Zeitschrift: Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse

Herausgeber: Union syndicale suisse

Band: 64 (1972)

Heft: 2

Artikel: L'assurance-maladie et la maintien du salaire dans les pays de la CEE et le pays de l'AELE

Autor: Creutz, H.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-385652

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

L'assurance-maladie et le maintien du salaire dans les pays de la CEE et les pays de l'AELE

Par H. Creutz, délégué du Bureau international du travail, Genève

Les individus, comme les peuples, sont attirés, selon les époques, tantôt par l'aventure, tantôt par la sécurité. De nos jours, la majeure partie de l'humanité, si l'on en juge par le développement et la demande de sécurité sociale, semble avoir choisi le deuxième objectif. L'âge moyen de l'homme est aujourd'hui plus élevé qu'à aucune autre époque de l'histoire et la prudence augmente avec les années. Peut-être aussi les chances de «faire fortune» par l'aventure sont-elles maintenant si rares qu'elles n'enflamment plus l'imagination, et en est-on réduit à rechercher l'aventure en dehors du domaine économique. Quoi qu'il en soit, le travailleur de notre époque veut avoir la certitude non seulement de pouvoir manger le lendemain mais aussi de pouvoir assurer sa subsistance et celle de sa famille pour le reste de ses jours.

Cette aspiration, même si elle n'était pas exprimée ouvertement, a toujours existé au cœur des hommes, mais ce n'est que récemment qu'elle est devenue une réalité accessible pour la grande masse des travailleurs. Le mécanisme de la sécurité sociale vise à compenser l'aveugle injustice de la nature et de la vie économique par l'application d'un système rationnel et organisé mais tempéré dans sa rigueur logique par un peu de bienveillance humaine.

A l'origine, la sécurité sociale a été conçue comme devant remplacer tous les moyens de se garantir contre les risques de l'existence dans une société en cours d'industrialisation. Tant que la cellule familiale occupée à l'agriculture constituait la base de l'économie et de la société, la perte soudaine des moyens d'existence d'une seule personne n'avait rien de tragique; mais qu'un ouvrier d'usine vînt à perdre sa capacité de gain du fait de la maladie, du chômage, de l'invalidité ou de la vieillesse, c'était immédiatement pour lui et pour sa famille la privation et la misère. En pareil cas, les premières solutions qui se présentèrent furent l'appel à la charité de la communauté religieuse ou à des secours d'amis, ou le recours à l'assistance publique des collectivités locales. Par la suite, l'aide mutuelle organisée par des groupes de travailleurs, d'abord sur la base de l'assurance volontaire, puis dans le cadre de l'assurance sociale obligatoire, offrit une solution à la fois plus efficace et plus digne à de telles situations.

Du point de vue historique et du point de vue logique, on peut considérer l'assurance-maladie comme la première et la principale branche de la sécurité sociale. En effet, chaque individu connaît tôt ou tard la maladie et, à tous les âges, sa venue est redoutée.

L'entretien de la santé pendant la jeunesse et l'âge adulte retarde l'attaque de la maladie, les symptômes de la vieillesse et la mort elle-même. D'autre part, une personne qui tombe malade est soumise à une double menace, tout d'abord parce qu'elle est mise dans l'impossibilité de poursuivre son travail et, par la suite, parce qu'elle doit faire face aux frais, souvent très élevés, des soins médicaux nécessaires. C'est pourquoi les maladies ont toujours été prises en considération par l'assurance sociale sous deux aspects:

- compensation de la perte de salaire résultant de l'incapacité de travail et
- administration des soins médicaux.

Il est clair, en effet, que, dans l'assurance-maladie, les prestations en espèces sont aussi nécessaires que les prestations médicales pour sauvegarder la santé du travailleur et celle de sa famille, car le manque à gagner risque d'entraîner l'impossibilité d'acheter des produits alimentaires, du combustible ou d'autres biens de consommation indispensables à la santé.
Dans ce contexte, il convient de souligner qu'en plus de l'assurance-maladie, il existe souvent l'obligation de l'employeur, soit en vertu de dispositions légales, soit aux termes des conventions collectives, de verser tout ou partie du salaire en cas d'incapacité de travail provoquée par la maladie. Ce phénomène mérite une mention spéciale parce que l'obligation de l'employeur de continuer à verser le salaire ou une fraction de celui-ci en cas d'incapacité du travailleur, quoique pour une période relativement courte, et qui est l'une des plus anciennes prestations de sécurité sociale, avait été remplacée dans la plupart des pays européens par les indemnités versées par l'assurance-maladie obligatoire pendant des périodes beaucoup plus longues. Il n'est donc pas sans intérêt de noter que le législateur et les partenaires sociaux ont introduit de nouveau des prestations complémentaires ou le maintien du salaire à la charge directe de l'employeur.
En procédant maintenant à une description comparative de la protection en cas de maladie dans les pays de la CEE et de l'AELE, ce qui est le sujet de mon exposé, je me propose de traiter les deux aspects déjà mentionnés et si étroitement liés, à savoir celui des prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie et celui du maintien du salaire. Mais comme il s'agit d'un grand nombre de pays avec des régimes très évolués, mon exposé sera forcément assez sommaire, car le sujet est tellement vaste que tout un cycle de conférences serait nécessaire pour présenter une image quelque peu complète. Aussi vais-je laisser de côté la Suisse, dont vous connaissez certainement mieux que moi la situation.

Assurance-maladie

Le champ d'application

Si nous portons d'abord notre attention sur le problème de l'assujettissement, nous constatons que, dans les pays de la CEE, l'affiliation à l'assurance-maladie est réglée d'une manière plus uniforme que dans les pays de l'AELE. Dans le premier groupe de pays, en ce qui concerne les travailleurs salariés, elle n'est limitée qu'aux Pays-Bas (pour les soins de santé) et en Allemagne (pour les employés) par l'existence d'un plafond d'affiliation. La protection des travailleurs indépendants est assurée dans tous les pays, sauf en Allemagne, soit par des régimes spéciaux, soit par un régime applicable à tous les résidents aux Pays-Bas. Compte tenu de ces réserves, aucune différence notable n'est à relever entre ces six pays.
Dans les pays de l'AELE, à l'exception de l'Autriche et du Portugal, la réglementation est plus variée. Au Royaume-Uni, l'assurance-maladie couvre les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants, tandis que le Service national de santé est chargé de fournir tous les soins de santé à l'ensemble des résidents. En Suède, l'assurance pour les prestations en nature est obligatoire pour tous les résidents; par contre, l'assurance pour les prestations en espèces est limitée aux personnes économiquement actives, dont le gain dépasse un certain montant et aux ménagères. En Norvège, les prestations en nature sont accordées à tous les résidents, mais les prestations en espèces aux seuls travailleurs salariés. L'assurance-maladie danoise distingue entre membres actifs et membres passifs, dont seuls les premiers ont droit aux prestations. Les prestations en nature sont accordées à tous les résidents membres actifs, les prestations en espèces aux seuls travailleurs salariés membres actifs.
Dans tous les pays de la CEE et de l'AELE, les membres de famille bénéficient des soins de santé, soit de leur propre droit en tant que résidents, soit en vertu d'un droit dérivé en tant que membres de famille à charge de l'assuré. Dans presque tous les pays, cette protection s'étend également aux chômeurs et aux pensionnés.

Le financement

Dans tous les pays de la CEE et de l'AELE, l'assurance-maladie est financée par des cotisations des assurés et, le cas échéant, de leurs employeurs. En Belgique, en France, au Luxembourg, en Italie, au Danemark, en Norvège et au Portugal, la part incombant à l'employeur est plus élevée que celle incombant au travailleur. En Allemagne, en Autriche et aux Pays-Bas, l'employeur et le salarié

paient chacun la moitié de la cotisation. Dans la plupart des pays, une partie des dépenses est couverte par une participation des pouvoirs publics.
Soulignons, cependant, que cette participation n'est importante qu'au Royaume-Uni et en Suède, où elle couvre 50% et plus des dépenses, ainsi qu'en Belgique (mais l'invalidité y est incluse). Aucune intervention des pouvoirs publics n'est prévue en Allemagne, en France, en Italie, aux Pays-Bas et au Portugal.

Les prestations en nature

Dans les douze pays sous étude, l'éventail des prestations en nature est sensiblement le même en ce qui concerne les régimes applicables aux travailleurs salariés ou à tous les résidents. Elles comprennent: soins médicaux, hospitalisation, produits pharmaceutiques, soins dentaires, prothèses, séjours en maison de cure et sanatorium. Des limitations existent dans certains régimes spéciaux applicables aux travailleurs indépendants, par exemple en Belgique et en France, ainsi que dans le régime néerlandais de l'assurance obligatoire généralisée contre certains risques spéciaux de maladie. A part ces quelques exceptions, les différences portent principalement sur la durée pendant laquelle les prestations en nature sont accordées et sur la participation financière qui reste à la charge de l'assuré. Seuls l'Italie et le Portugal connaissent une limite quasi générale de la durée de prise en charge. En revanche, la durée de l'hospitalisation est limitée en Allemagne, en Autriche, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Il est à noter que certaines prestations en nature (soins dentaires, cures, prothèses, etc.) sont accordées de façon plus ou moins restrictive selon le pays.
La participation financière de l'assuré n'existe, en principe, pas dans les pays où le système du tiers payant (la caisse paie le médecin, etc.) est en vigueur, à savoir en Allemagne, en Autriche, aux Pays-Bas, au Portugal et au Royaume-Uni. Elle existe, par contre, dans les pays appliquant le système du tiers garant (l'assuré paie lui-même le médecin, etc.), à savoir la Belgique, la France, le Luxembourg et la Suède. Quelques pays connaissent le système du tiers payant comme le système du tiers garant; tel est le cas au Danemark, en Italie et en Norvège.
Il apparaît utile de donner un bref aperçu de l'organisation des soins médicaux dans chacun des pays sous étude, selon le groupement que je viens d'indiquer.
En Allemagne, qui applique le principe du tiers payant, les assurés peuvent se faire soigner selon le principe du libre choix. Il n'y a pas de participation aux frais, sous réserve d'une participation personnelle modique du patient aux dépenses afférentes à chaque ordonnance.

Il en est de même en Autriche avec l'exception suivante: en cas d'hospitalisation d'un membre de famille, l'assuré est tenu de payer lui-même les 10% des frais pendant les premières quatre semaines.
Aux Pays-Bas, qui appliquent également le système du tiers payant, aucune participation de l'assuré aux frais n'est prévue, sauf en ce qui concerne la fourniture d'appareils de prothèse, d'optique et d'acoustique, pour lesquels une participation allant jusqu'à 30% est exigée.
Parmi les pays appliquant le système du tiers payant, le Portugal est celui où la participation de l'assuré aux frais est la plus élevée. Ainsi, la participation aux frais des soins médicaux et de l'hospitalisation est de 30%, sans pouvoir dépasser, toutefois, les 30% du salaire journalier brut. La participation aux frais des fournitures pharmaceutiques est de 25% pour les assurés et de 50% pour les membres de famille; elle est supprimée en cas d'indigence.
En ce qui concerne les prestations du Service national de santé britannique accordées, elles aussi, selon le système du tiers payant, une participation du patient aux frais n'existe que pour certains appareils. En juin 1968, le paiement d'une certaine somme par ordonnance, supprimé en février 1965, a été réintroduit.
En Belgique, pays qui applique le système du tiers garant, les personnes couvertes peuvent s'adresser librement à des médecins privés de leur choix. Pour les soins reçus d'un omnipraticien, elles ont à payer elles-mêmes, à titre de participation aux frais, environ 25% des honoraires prévus par le tarif officiel; quant aux 75% restants, elles doivent se les faire rembourser par leur mutualité. Des dispositions du même genre régissent l'achat des médicaments prescrits. Il n'y a pas de participation en cas d'intervention de spécialistes et en cas d'hospitalisation. Le système tout entier se caractérise d'ailleurs par l'importance attachée au maintien de l'indépendance des praticiens et du caractère privé des relations entre médecins et patients.
Selon le système français du tiers garant, le patient paie directement les praticiens, pharmaciens et établissements de soins, auxquels il s'adresse librement. Il se fait ensuite rembourser la part garantie par la législation. La participation de l'assuré est fixée à 25%, mais réduite à 20% pour les soins dispensés au cours d'une hospitalisation, ou bien supprimée en cas de traitement onéreux, de maladie prolongée ou de certaines affections. En ce qui concerne les fournitures pharmaceutiques, le ticket modérateur est de 30%, mais ramené à 10% pour certains médicaments coûteux.
Au Luxembourg, où le système du tiers garant est appliqué, le patient exerce le libre choix du médecin. La participation aux frais des soins médicaux varie suivant les caisses, mais est sans application pour les bénéficiaires ouvriers. L'hospitalisation est entièrement gratuite pour les assurés des caisses ouvrières et dans cer-

taines caisses pour les membres de famille. La participation de l'assuré aux frais des fournitures pharmaceutiques ne peut pas excéder 25%.
La Suède applique également le système du tiers garant avec libre choix du médecin. La participation aux frais des soins médicaux est fixée à 25% des tarifs établis par les caisses et agréé par l'Etat. Mais étant donné que les médecins ne sont pas liés par ces tarifs et que leurs honoraires les dépassent en moyenne par le double, le patient paie, en plus de sa participation de 25%, la part qui excède le tarif agréé. La participation aux frais des fournitures pharmaceutiques est de 50% si leur prix ext supérieur à 5 couronnes. Elle est supprimée pour les dépenses dépassant 15 couronnes. L'hospitalisation est entièrement gratuite.
Le Danemark applique un système mixte, à savoir le système du tiers payant pour les assurés du Groupe A (dont le revenu est inférieur à un certain plafond) et le système du tiers garant pour les assurés du Groupe B (dont le revenu est supérieur à ce plafond). Les assurés du Groupe A bénéficient de soins médicaux gratuits. Les assurés du Groupe B paient les honoraires eux-mêmes et sont partiellement remboursés par les caisses, selon une réglementation variable. Pour les deux groupes d'assurés, la participation aux frais des fournitures pharmaceutiques est fixée à 25%. L'hospitalisation est gratuite pour tous les assurés.
En Italie, les assurés peuvent choisir entre l'assistance directe (système du tiers payant) et l'assistance indirecte (système du tiers garant). Dans le cas de l'assistance indirecte, le choix du médecin ou de l'hôpital est complètement libre, tandis que, dans le cas de l'assistance directe, le choix est limité aux médecins agréés et aux hôpitaux conventionnés. Sous le système de l'assistance directe, les soins médicaux, l'hospitalisation et les fournitures pharmaceutiques sont entièrement gratuits. Par contre, sous le système de l'assistance indirecte, l'assuré règle les honoraires ou frais librement convenus et est remboursé suivant les tarifs approuvés par les services ministériels de contrôle, tandis que la participation aux frais des médicaments est de 25% ou plus.
En Norvège, finalement, le système du tiers payant ou le système du tiers garant s'appliquent selon les caisses. Dans le système du tiers garant, appliqué par la plupart des caisses, la prise en charge des frais pour soins médicaux varie entre 60 et 100% selon le tarif et la nature de la maladie. Dans le système du tiers payant, les soins médicaux sont entièrement gratuits. Dans les deux systèmes, l'hospitalisation est gratuite s'il s'agit d'un hôpital public. En cas d'hospitalisation dans une clinique privée, si le coût est plus élevé, la différence est à la charge des assurés, sauf en cas de maladie grave, où les frais de certains médicaments sont remboursés à 100%.

Les prestations en espèces

Dans tous les pays, l'assurance-maladie prévoit des prestations en espèces pour les travailleurs salariés, respectivement les personnes économiquement actives, couverts.
En Allemagne, où l'employeur est légalement tenu de maintenir le salaire intégral pendant les premières six semaines de l'incapacité de travail, l'indemnité de maladie n'est payable qu'à partir de la septième semaine, sans condition de stage. Elle s'élève à 75% de la rémunération régulière perdue dans la limite du salaire cotisable et est portée à 79% pour une personne à charge, à 82% pour deux et à 85% pour trois ou plus. Les assurés ayant droit à l'indemnité de maladie ne la perçoivent pas pendant la durée d'une hospitalisation, mais reçoivent en lieu et place une prestation dite indemnité de ménage. Cette indemnité s'élève à 25% de l'indemnité de maladie. Si l'assuré subvenait totalement ou de façon prépondérante à l'entretien de personnes à charge, l'indemnité de ménage est portée à 66 ⅔% de l'indemnité de maladie pour une personne à charge et elle augmente de 10% au titre de chaque autre personne à charge, jusqu'à concurrence du montant intégral de l'indemnité de maladie. La durée des prestations en espèces est limitée, pour une même maladie, à 78 semaines sur une période de trois ans.
Le travailleur belge n'a pas droit aux indemnités de maladie aussi longtemps que l'employeur est légalement tenu au maintien du salaire. Ainsi, les indemnités de maladie ne sont payables à un ouvrier qu'à partir de la deuxième semaine et à un employé qu'à partir du deuxième mois de l'incapacité de travail. L'assuré doit avoir accompli un stage de six mois dont 122 jours de travail effectif ou de journées assimilées et justifier du paiement des cotisations minima. Pendant la première année d'incapacité, l'indemnité de maladie dite indemnité d'incapacité primaire est égale à 60% de la rémunération cotisable. Pendant les deux années qui suivent, l'indemnité de maladie dite indemnité d'incapacité prolongée est égale à 60% de la rémunération cotisable, ou à 40%, selon que le bénéficiaire a ou n'a pas de personne à charge. Pendant la durée d'une hospitalisation, les indemnités dues aux bénéficiaires sans charge de famille sont réduites à 20% de la rémunération cotisable.
En France, pour pouvoir prétendre à l'indemnité de maladie pour les six premiers mois, l'assuré doit justifier de 200 heures d'emploi salarié au cours des trois mois précédant la cessation du travail, ou bien de 120 heures au cours du dernier mois, pour la période au-delà du sixième mois, il doit avoir été immatriculé depuis douze mois et justifier avoir travaillé 800 heures pendant ces douze mois, dont 200 heures au cours du premier des quatre trimestres précédant la cessation du travail. L'indemnité de maladie est due après un délai de carence de trois jours. Son montant est égal à 50%

du salaire cotisable. Lorsque l'assuré a trois enfants ou plus à charge, le taux est porté à 66 ⅔% à partir du trente et unième jour. En cas d'hospitalisation, le montant de l'indemnité de maladie est réduit à 20% pour l'assuré sans charge de famille, et à 50% pour l'assuré avec deux enfants ou plus à sa charge. La durée des prestations est, en principe, de 360 jours par période de trois années consécutives, mais peut être prolongée jusqu'à la fin du trente-sixième mois en cas de maladie de longue durée, ou bien jusqu'à la fin du quarante-huitième mois lorsque l'assuré fait l'objet d'une réadaptation ou d'une rééducation professionnelle.
En Italie, l'indemnité de maladie est payable après un délai de carence de trois jours. Son montant est égal à 50% du dernier salaire réel. Le taux est portée à 66 ⅔% à partir du vingt et unième jour. Il n'existe pas de suppléments pour charge de famille. En cas d'hospitalisation, l'indemnité est réduite à deux cinquièmes pour l'assuré sans famille à charge. La durée de la prestation est de 180 jours par an au maximum.
Au Luxembourg, l'indemnité de maladie est payable après un délai de carence de deux jours qui, toutefois, peut être supprimé à titre de prestation supplémentaire dans les conditions statutaires. La prestation normale s'élève à 50% du salaire cotisable, mais la plupart des caisses prévoient une prestation statutaire de 70%. Le maximum légal est de 75%. En cas d'hospitalisation, l'assuré sans charge de famille reçoit, à titre de prestation statutaire, un pécule de 17,5 à 25%, selon les statuts. Les assurés avec charge de famille ont droit à une allocation ménagère. Son taux normal est de 25%, tandis que le taux statutaire est de 50 à 70% suivant la caisse et l'importance de la famille. Le maximum légal est fixé à 75%. La durée du versement des prestations est limitée à vingt-six semaines, sous réserve d'une possibilité de prolongation de trois mois au plus, s'il est probable que l'assuré pourra recouvrer dans ce délai sa capacité de travail. En ce qui concerne les employés, l'indemnité de maladie n'est pas versée pendant que le salaire est maintenu par l'employeur.
Le travailleur néerlandais ne peut prétendre à l'indemnité de maladie qu'après l'expiration de la période légale du maintien du salaire imposée à l'employeur. Le délai de carence de deux jours peut être supprimé si la caisse a prévu une telle disposition dans son règlement. Le montant de l'indemnité de maladie est uniformément fixé, avec ou sans charge de famille, avec ou sans hospitalisation, à 80% du salaire cotisable. La durée de la prestation est de cinquante-deux semaines au maximum.
En Autriche, l'indemnité de maladie est versée à partir du quatrième jour d'incapacité de travail. Elle est suspendue aussi longtemps que l'assuré continue à toucher son salaire. Le montant de l'indemnité de maladie est égal à 50% du salaire cotisable. A partir du quarante-troisième jour, le taux est porté à 60%. Compte tenu des

suppléments statutaires pour charge de famille, le montant de l'indemnité peut aller jusqu'à 75%. En cas d'hospitalisation, l'assuré marié reçoit une allocation de famille. Elle s'élève à 50% de l'indemnité de maladie, mais peut être portée statutairement à 100% en rapport au nombre des membres de famille à charge. L'assuré sans charge de famille reçoit de l'argent de poche, dont le montant est fixé par les statuts sans pouvoir dépasser 50% de l'indemnité de maladie. Les prestations sont dues pendant une période de vingt-six semaines, qui peut être prolongée de cinquante-deux semaines en tant que prestations complémentaires.

Au Danemark, les employés ont droit au maintien de leur salaire pendant 120 jours. Les ouvriers, par contre, reçoivent une indemnité de maladie s'ils justifient d'au moins 40 heures de travail au cours des quatre semaines précédant la maladie. Le délai de carence est de six jours. Ce délai est supprimé si la durée de la maladie dépasse trois semaines. L'indemnité de maladie est d'un montant fixe qui varie selon l'âge et l'état civil de l'assuré, mais sans tenir compte du salaire antérieur ni du nombre d'enfants à charge. En cas d'hospitalisation, l'indemnité est réduite sauf s'il s'agit d'un assuré avec charge de famille ou d'une ménagère sans revenu. La durée maximum de la prestation est de 468 jours sur une période de trois ans.

En Norvège, tous les travailleurs peuvent prétendre à une indemnité de maladie après un délai de carence de trois jours. Son paiement est suspendu aussi longtemps que l'assuré continue à toucher son salaire. L'indemnité est d'un montant forfaitaire qui varie selon la classe de revenus de l'assuré. Un supplément fixe est payable pour chaque personne à charge. En cas d'hospitalisation, l'indemnité est réduite à un tiers pour l'assuré sans charge de famille. La durée maximum de la prestation est de 104 semaines pour la même maladie.

Au Portugal, le travailleur a droit à une indemnité de maladie après un délai de carence de trois jours. Son montant s'élève à 60% du salaire moyen perçu au cours de l'année précédant l'incapacité de travail pendant un an, et à 30% pendant les trois ans suivants. La durée maximum de la prestation est de quatre ans.

Les prestations en espèces de l'assurance-maladie au Royaume-Uni consistent d'abord en une indemnité de maladie pour tous les assurés. Le stage requis est de vingt-six semaines de cotisation depuis l'inscription, et de cinquante semaines de cotisation dans la dernière année de cotisation.

Le délai de carence est de trois jours; il est levé si la maladie dure plus de douze jours. L'indemnité est d'un montant forfaitaire et une majoration fixe est payable pour chaque personne à charge. La durée maximum de la prestation est de cinquante-deux semaines et illimitée si 156 cotisations hebdomadaires ont été payées. En 1966, une indemnité supplémentaire calculée en fonction du gain a été intro-

duite. Elle est payable après un délai de carence de douze jours à toutes les personnes économiquement actives, dont le gain dépasse un certain plafond et qui doivent verser des cotisations supplémentaires. Le montant de l'indemnité supplémentaire est égal à un tiers du gain hebdomadaire moyen du bénéficiaire jusqu'à un certain plafond. Le versement est limité à 156 jours. La prestation maximum, y compris les majorations pour personnes à charge et le supplément calculé en fonction du gain, ne peut pas dépasser 85% du gain hebdomadaire moyen. Les prestations sont versées intégralement pendant les premières huit semaines d'une hospitalisation, et ensuite réduites.
Les prestations en espèces de l'assurance-maladie suédoise se composent d'une indemnité forfaitaire de base, d'une indemnité supplémentaire calculée en fonction du gain et, le cas échéant, de majorations pour enfants à charge. Le délai de carence est d'un jour. En cas de maintien du salaire, les prestations ne sont pas versées. La réduction prévue pendant l'hospitalisation du bénéficiaire ne peut pas dépasser 50% de l'indemnité. La durée des prestations en espèces est illimitée.

Maintien du salaire

Outre les prestations en espèces de l'assurance-maladie, il existe, dans la plupart des pays sous étude, des obligations de l'employeur relatives au maintien du salaire en cas de maladie du travailleur, soit en vertu de conventions collectives.
Ainsi, en Allemagne, la législation garantit le maintien du salaire intégral pendant six semaines à tous les travailleurs.
Les dispositions légales en vigueur en Belgique garantissent aux employés le maintien de leur salaire intégral pendant un mois, tandis que les ouvriers n'ont droit qu'à 80% de leur salaire pendant une semaine.
En France, il n'existe pas de législation relative au maintien du salaire. Par contre, les conventions collectives le prévoient en général pendant au moins un mois, parfois pendant six ou même neuf mois. Les pourcentages du salaire maintenu varient selon les différentes branches de l'industrie et dépendent souvent de la durée de l'emploi dans l'entreprise.
La plupart de ces conventions s'appliquent soit aux techniciens, contremaîtres et cadres, soit aux travailleurs rémunérés au mois. Lorsque le salaire est maintenu, l'indemnité de maladie est versée à l'employeur.
En Italie, les employés de l'industrie ont droit au maintien du salaire pendant un mois en vertu de dispositions légales, tandis que le maintien du salaire pour les employés du commerce est réglé par les conventions collectives. Pour les ouvriers, les conventions collectives ou accords d'entreprise prévoient des prestations qui

s'ajoutent à l'indemnité de maladie. Elles consistent dans le maintien total ou partiel du salaire pendant le délai de carence ou dans le paiement d'un supplément à l'indemnité de maladie. La durée et le montant de ces prestations varient selon la branche de l'industrie, le nombre d'années de service et la durée de l'emploi dans l'entreprise. Pendant les périodes de maintien du salaire, les prestations en espèces de l'assurance-maladie sont suspendues.
Au Luxembourg, en vertu de dispositions légales, les employés bénéficient du maintien du salaire pour le mois au cours duquel la maladie s'est déclarée, ainsi que pendant les trois mois suivants. A l'expiration de cette période, ils ont droit au versement par l'employeur de la différence entre l'indemnité de maladie et les 100% du salaire net pendant neuf mois. Pour les ouvriers, il n'existe pas de législation relative au maintien du salaire.
Les dispositions légales en vigueur aux Pays-Bas prévoient le maintien du salaire intégral pendant un mois pour les employés, et pendant une semaine pour les ouvriers. En outre, il existe des règles très variées dans les conventions collectives, au paiement d'un supplément à l'indemnité de maladie. Le montant et la durée de ces prestations supplémentaires varient selon les conventions et en fonction de la durée de l'emploi dans l'entreprise.
La législation danoise garantit aux employés le maintien du salaire pendant 120 jours. Pour les ouvriers, les conventions collectives ou accords d'entreprise prévoient souvent le maintien du salaire pendant le délai de carence.
En Norvège, il n'existe pas de dispositions légales relatives au maintien du salaire. Toutefois, en vertu d'une assurance conventionnelle, qui couvre environ 280 000 travailleurs, une allocation de maladie supplémentaire est payable pendant cinquante-deux semaines à partir du dixième jour d'incapacité de travail.
Au Portugal, il n'y a pas de législation en matière de maintien du salaire. A ma connaissance, des conventions collectives ou accords d'entreprise y relatifs font également défaut.
Il en est de même au Royaume-Uni. Toutefois, certaines entreprises versent une allocation de maladie supplémentaire à titre volontaire.
La Suède, finalement, n'a pas non plus de législation relative au maintien du salaire. Il existe cependant des conventions collectives qui prévoient, surtout pour les employés, le paiement par l'employeur d'un supplément à l'indemnité de maladie.

Conclusions

Ayant terminé la partie descriptive de mon exposé, il paraît intéressant d'essayer d'en tirer quelques conclusions générales.
La première constatation qui s'impose à l'évidence concerne la généralisation de la protection déjà réalisée. Certes, l'extention de

la protection sociale en cas de maladie à l'ensemble de la collectivité nationale ou de la communauté de travail est encore loin d'être atteinte partout, même dans les pays relativement avancés à cet égard. Néanmoins, les progrès réalisés par de nombreux systèmes visent sans conteste à élargir toujours davantage le cercle des personnes protégées, afin de constituer en définitive un réseau national de protection.

La deuxième tendance dominante de l'évolution récente de la protection sociale en cas de maladie se marque dans la recherche toujours plus exigeante d'une protection effective. Ce désir se dessine, en premier lieu, dans le domaine des prestations sanitaires. L'institution de services nationaux de santé implique non seulement la généralisation du régime public de distribution des soins, mais aussi une tentative systématique pour assurer à l'ensemble de la collectivité nationale l'exercice du droit à la santé, qui s'identifie d'abord au droit de recevoir les soins requis en l'état de la science médicale, compte tenu de toutes mesures connexes de prévention, de réadaptation, de rééducation et de réintégration dans le milieu professionnel et social. Dans les pays qui demeurent attachés à la pratique libérale de la médecine, les méthodes de remboursement des frais de soins ont été sensiblement améliorées, comme en Belgique ou en France par exemple, grâce à l'aménagement des procédures conventionnelles instituées entre la sécurité sociale et les professions médicales, de manière à relever le niveau de la protection garantie. De plus, la suppression de toute limite de temps pour l'octroi de prestations sanitaires, récemment étendue à divers pays, notamment en Belgique, au Danemark, en France, au Luxembourg, en Norvège et en Suède, outre le cas du Service national de santé britannique, constitue un progrès considérable.

Une tendance analogue se manifeste dans le domaine des prestations en espèces destinées à se substituer aux revenus du travail. Ainsi, le relèvement ou la suppression du plafond des rémunérations prises en compte pour le calcul des indemnités de maladie, la hausse du taux de ces prestations, l'adoption de formules diverses de salaire garanti en cas de maladie s'inscrivent au nombre des mesures prises en ce sens. Très caractéristique encore à cet égard apparaît l'évolution récente au Royaume-Uni, qui a complété son système de prestations uniformes de base par un nouveau régime de prestations échelonnées en relation avec les gains antérieurs. Il est permis d'affirmer que l'action de ces tendances aboutit de plus en plus à une garantie effective des revenus du travail.

La protection sociale en cas de maladie fait l'objet d'une évolution constante et rapide. Un échange d'expérience dans les différents pays s'avère aujourd'hui plus indispensable que jamais, parce que la confrontation d'idées est le meilleur moyen pour aboutir à des solutions constructives.