

# LES ASSURANCES OUVRIERES EN TURQUIE (\*)

par

Dr. Ferit H. SAYMEN

Professeur de droit civil et de droit du travail  
à la Faculté de Droit d'Istanbul

## ASSURANCES CONTRE LES RISQUES PROFESSIONNELS.

### I. — INTRODUCTION.

Les lois de la sécurité sociale, à l'origine tout au moins, visent les salariés, car c'est principalement sur eux que pèse l'insécurité dérivant des vicissitudes de l'économie moderne; ce sont eux surtout qui sont à la merci du chômage, de l'invalidité, de la vieillesse, de l'accident et des maladies consécutives à la profession qu'ils exercent. Aujourd'hui, dans nombre de pays, non seulement le salarié, mais l'apprenti, le travailleur indépendant, voire toute personne soumise à l'insécurité sociale se trouve être garantie par un système unique d'Assurance.

La Turquie, nouvellement entrée dans cette voie, n'est pas encore arrivée à ce stade de développement. Les risques que couvrent les Assurances Sociales sont actuellement au nombre de cinq: accidents de travail, maladies professionnelles, vieillesse, maternité, maladies générales. Les personnes qui sont couvertes contre ces risques, ne constituent pas la population totale du pays, même pas tous les travailleurs et pas même tous les travailleurs dépendants ou salariés. Comme je l'ai dit, nous sommes encore aux débuts de notre

---

(\*) Suite de l'étude publiée dans le No. 2 de ces Annales.

évolution; mais je tâcherai de montrer que dans ce domaine aussi on constate une tendance vers l'extension.

D'après les risques qu'elles couvrent, les assurances sociales peuvent être groupées en deux catégories. En effet, l'ouvrier est menacé de certains risques uniquement parce qu'il exerce telle profession, manipule des machines à installation défectueuse, et des matières premières dangereuses, travaille dans des locaux insalubres etc... Ce sont des risques professionnels qui provoquent des accidents de travail ou des maladies professionnelles.

Mais à part cela, l'ouvrier est encore menacé par des risques qui peuvent abaisser son niveau de vie ou le plonger dans la misère en lui faisant perdre, totalement ou partiellement, son salaire : ce sont la vieillesse, la maternité, la maladie, le chômage, l'invalidité etc... Tout travailleur, dépendant ou indépendant, étant menacé par ces risques, on a coutume de les nommer risques sociaux par opposition aux risques professionnels.

C'est en nous basant sur cette distinction que nous étudierons tout d'abord le régime des Assurances contre les risques professionnels, c'est-à-dire l'accident de travail et les maladies professionnelles et que nous entreprendrons dans notre dernier exposé les risques sociaux couverts par les Assurances en Turquie. Et tout d'abord les accidents du travail et maladies professionnelles.

## II. ACCIDENTS DU TRAVAIL —MALADIES PROFESSIONNELLES

La loi fondamentale couvrant ces risques est du 22.6.1945, (No. 4772), modifiée une première fois en 1947 (loi No. 5019) et une seconde fois en 1950 (loi No. 5564). Ces lois comprennent en même temps des dispositions relatives à l'assurance - maternité; mais comme ce risque n'est pas professionnel, nous le traiterons dans notre prochaine conférence.

### 1. — DEFINITIONS

La loi fondamentale définit l'accident du travail et la maladie professionnelle.

1o. Est considéré comme accident de travail, tout événement survenu à l'assuré dans l'un des cas ci-dessous et entraînant immédia-



tement ou ultérieurement une lésion corporelle ou des troubles psychiques :

- a) pendant que l'assuré se trouve dans l'Établissement ;
- b) à la suite d'un travail dirigé par l'employeur ou son représentant;
- c) pendant qu'il est occupé dans l'Établissement à des opérations de sauvetage ou qu'il déploie une activité dirigée dans l'intérêt de l'employeur de l'Établissement ou des travaux faisant l'objet de l'exploitation;
- d) pendant les périodes de temps considérées comme durée journalière de travail par l'art. 40 du C.T.

Dans tous ces cas qui méritent quelques mots d'explication, remarquons tout de suite que, sans le dire expressément, le législateur turc s'attache à la notion de dépendance: L'accident doit survenir lorsque l'ouvrier est, pour telle ou telle raison, sous la dépendance de l'employeur. On en tire cette conclusion que si l'assuré se trouve à l'usine lors de l'accident ou si celui-ci se produit pendant les heures de travail, même si le travail exécuté n'était pas professionnel, il aurait droit au bénéfice de l'Assurance.

De ce point de vue général, l'accident doit se produire dans l'un des cas suivants :

*Premier cas* : pendant que l'assuré se trouve dans l'Établissement: c'est-à-dire ayant proposé ses services à l'employeur, étant prêt à exécuter le travail qui lui sera désigné. Certains voudraient élargir ce texte et faire bénéficier l'ouvrier de tout accident à lui survenu dès qu'il se trouve dans l'Établissement. Si par exemple, sans une faute lourde qui lui soit imputable, il se noie dans la piscine de l'usine, ou s'il est blessé à la suite d'une rixe survenue à l'usine, il aurait droit à l'Assurance. Cette interprétation basée uniquement sur la lettre de la loi nous paraît trop large, car non seulement elle ne tient aucun compte de la notion même d'accident de travail — en mettant la pédale sur les mots "*de travail*" — où une relation de causalité est nécessaire ; mais aussi et surtout elle semble ignorer l'esprit du législateur qui s'attache à la notion de dépendance. Tant que



l'ouvrier exécute une activité indépendante de l'autorité de l'employeur, on ne peut parler d'accident de travail. C'est pourquoi un accident survenu pendant le transport en commun des travailleurs, de leur domicile au lieu de travail, et effectué par l'employeur est considéré comme accident de travail; tandis que l'accident survenu pendant le trajet individuel de l'ouvrier de son domicile au lieu du travail, n'en sera pas un, car il y a relation de dépendance dans le premier cas et non dans le second.

Ajoutons que si cette interprétation extensive était acceptée, les autres cas énumérés par la loi seraient inutiles, car ils rentreraient tous dans le premier.

*Deuxième cas* : l'accident doit survenir à la suite d'un travail dirigé par l'employeur ou son représentant. Voilà où l'on met le doigt sur le lien de dépendance : l'ouvrier ou l'employé accidenté doit être sous la dépendance de son employeur, le travail qu'il exécute doit être un travail dirigé par son employeur. Si par exemple, le camionneur de l'usine conduit ses amis en pique-nique avec la voiture de l'Etablissement et qu'un accident survienne à ceux-ci au moment où ils sortent la voiture du garage, ceci ne peut être considéré comme un accident "survenu par le fait ou à l'occasion du travail" (pour employer l'expression du législateur français).

*Troisième cas* : l'accident doit survenir pendant que l'ouvrier est occupé dans l'Etablissement à des opérations de sauvetage ou qu'il déploie une activité dirigée dans l'intérêt de l'employeur, de l'Etablissement ou des travaux faisant l'objet de l'exploitation. Ici aussi le lien de dépendance est nettement saisissable. Dans le cas de sauvetage (et il s'agit de vies humaines) il y a un lien de dépendance si le sauvetage est organisé; mais au cas contraire, tout en demeurant en dehors de la notion d'accident du travail, l'humanité exige de faire bénéficier l'ouvrier sauveteur, accidenté.

Enfin *quatrième cas* : l'accident doit survenir pendant la durée journalière du travail. C'est de l'art. 40 du C.T. qu'il s'agit. Est considéré comme durée journalière du travail:

a — le temps nécessaire pour aller et revenir au travail, par transport en commun effectué par l'employeur.



b — le temps que l'ouvrier passe inoccupé dans l'Etablissement par la faute de l'employeur,

c — le temps que l'ouvrier passe en dehors de son travail envoyé en course par l'employeur,

d — le temps alloué à l'ouvrière allaitant son enfant dans la salle de l'Etablissement affectée à ce but.

La durée normale du travail est de 8 heures par jour ou 48 heures par semaine, plus les heures supplémentaires prévues expressément par le Code.

Rappelons que l'art. 2 de la loi 4772 mentionnée prévoit encore le cas où la lésion physique ou psychique se déclare *après* l'accident; mais il ne donne aucune précision quant à sa durée. Un traumatisme consécutif à une chute, des tics nerveux occasionnés par une explosion peuvent survenir quelques jours ou quelques semaines après l'accident; mais s'ils se déclarent plus tard le lien de causalité pourra être difficile à établir. Et si l'ouvrier entre temps a cessé le travail aura-t-il droit à l'Assurance?

En cas de maladie professionnelle l'art. 19 prévoit le cas et n'accorde à l'ouvrier le bénéfice de l'assurance que s'il y a moins d'une année qu'il a quitté le travail ayant occasionné sa maladie. Appliquera-t-on cette disposition par similitude, ou jugera-t-on qu'elle ne concerne que les maladies professionnelles et ne mettra-t-on aucun délai à l'accident de travail? La question n'a pas encore été tranchée par la jurisprudence et il nous paraît un peu prématuré de nous prononcer devant ces textes.

20. Quant à la maladie professionnelle, la loi fondamentale donne une définition générale ainsi formulée: la maladie professionnelle est la maladie temporaire ou permanente ou celle occasionnant des cas d'infirmités dues à une cause qui se répète en raison de la nature même du travail auquel est affecté l'assuré ou encore celles occasionnées par la conduite du travail.

D'après ce texte, aucune discrimination n'est faite quant aux conséquences de la maladie professionnelle: elles peuvent être temporaires comme par exemple une dermite: ou permanentes comme par exemple les rhumatismes; ou bien constituer une infirmité, comme par exemple la cécité. Cependant la loi distingue deux catégories causes à la maladie professionnelle:



a) Celle-ci peut résulter d'une cause qui se répète en raison de la nature même du travail. Cela revient à dire que telle maladie ne peut être contractée que si l'on exerce telle profession correspondante. Pour prévenir les conflits et apporter quelques précisions en cette matière, le règlement du 5 Février 1941 sur la protection de la santé des travailleurs et de la Sécurité du travail donne, dans son art. 34 une liste de ces maladies; remarquons que cette liste n'est pas limitative et peut être allongée soit par décision ministérielle, soit par l'interprétation de l'Adminstraton.

D'autre part, le législateur turc, a donné compétence au Gouvernement, par la loi du 16.2.1946 (No. 4864) d'adhérer à la Convention Internationale du Travail No. 42 (révisée en 1934) concernant la réparation des maladies professionnelles. La liste contenue dans le règlement turc, étant bien plus large que celle de la Convention aucune difficulté n'existe à cet égard tant du point de vue interne qu'international.

Il peut arriver cependant, qu'une maladie ne figurant pas dans la liste turque ou la Convention Internationale, puisse être considérée comme maladie professionnelle par l'ouvrier, répondant à la définition générale de la loi; et ceci pourra être contesté par l'Administration, comme ne figurant pas sur la liste. Ce conflit sera tranché en premier et dernier ressort par le Conseil Supérieur Sanitaire. Pour donner un exemple, la varice ne figure pas dans la liste comme maladie professionnelle des conducteurs et receveurs des Tramways. Le Conseil Supérieur Sanitaire appelé à trancher le litige survenu entre ces employés et l'Administration des Assurances, décida récemment que cette maladie devait être considérée comme de nature professionnelle pour les conducteurs et non pour les receveurs, car ceux-ci bien que debout circulent dans la voiture, tandis que ceux-là se tiennent debout sans se déplacer.

b) La maladie professionnelle peut encore être occasionnée par "la conduite du travail". Cette disposition ambiguë est interprétée de la façon suivante : la maladie dont il s'agit n'est pas purement professionnelle comme la silicose, la chalirose, l'antacose, la tabacose, l'asbestose ou la tuberculose des boulangers; c'est une maladie qui peut aussi être contractée en dehors du travail auquel l'ouvrier est affecté, mais vu le genre d'activité qu'il déploie, la maladie en



question peut très vraisemblablement être occasionnée par ce travail. Par exemple, la malaria n'est pas à proprement parler une maladie professionnelle ; l'ouvrier peut l'avoir contractée dès son enfance ou plus tard. Mais, si un ouvrier affecté aux travaux de dessèchement d'une région paludéenne contracte cette maladie, la malaria est alors considérée comme maladie professionnelle et résultant de "la conduite du travail". Cette disposition permet à l'Administration d'étendre logiquement et humainement une notion stricte et étniquée de la maladie professionnelle.

On voit que les risques professionnels garantis par la loi turque sont assez étendus. Cependant le législateur apporte quelques limitations à cette notion. Ainsi :

A: Il y a des cas où l'accident du travail, bien que rentrant dans la définition légale, *ne donne droit à aucune prestation.*

1°: C'est tout d'abord le cas où l'accident a été provoqué intentionnellement par l'ouvrier; mais jusqu'à ce que cette intention dolosive ait été établie, il continue à bénéficier de l'assistance médicale. En cas de décès, ses ayant-droit aussi sont écartés du bénéfice de l'Assurance (art. 34).

2°: C'est deuxièmement le cas où l'accident ou la maladie professionnelle a été provoqué intentionnellement par l'employeur, ou bien est résulté d'une activité contraire aux dispositions du décret relatif à la protection de la santé ouvrière et de la sécurité du travail, ou encore occasionné par le fait de l'employeur constituant un délit pénal, ou enfin du fait d'avoir affecté l'ouvrier à un travail autre que celui faisant partie de l'activité normale de l'Établissement. Dans ces cas, c'est à l'employeur et non plus à l'Institution des Assurances Ouvrières à indemniser l'ouvrier. (art. 37).

3°: Enfin, lorsque l'accident produit une interruption du travail ne dépassant pas trois jours, aucune indemnité n'est versée à l'ouvrier. Dans ce cas il est soumis au droit commun. Une telle limitation n'existe pas pour la maladie professionnelle dont la durée est normalement beaucoup plus grande.

B: La loi prévoit d'autres cas où *l'indemnité n'est que réduite.*  
Ainsi :

1° Lorsque l'accident ou la maladie professionnelle est due à une faute inexcusable de l'ouvrier (art. 35), mais non pas à celle de l'employeur. La doctrine a, tant en Turquie qu'ailleurs, signalé la difficulté qu'il y avait à distinguer le dol ou la faute lourde, de la faute inexcusable; si l'on remarque que le législateur s'est encore servi de la notion de la faute intentionnelle, cette difficulté devient inextricable. C'est pour la prévenir que le législateur s'est efforcé de donner les critères de cette notion de faute inexcusable, sans d'ailleurs y apporter beaucoup de clarté.

2°: Lorsque l'assuré ne se soumet pas aux prescriptions du médecin, son bénéfice à l'Assurance est réduit ou même supprimé.

3°: La même sanction lui est imposée, lorsque possesseur d'une rente versée par l'Assurance, il se refuse à un contrôle médical, postérieur à la fixation de cette rente.

C: La loi prévoit enfin *la faute d'un autre ouvrier ou d'un tiers* ayant provoqué l'accident ou la maladie professionnelle. S'il s'agit d'un ouvrier faisant partie de l'Etablissement et subordonné à l'employeur, qui, par sa faute ou sa négligence, a provoqué l'accident ou la maladie professionnelle, l'Institution des Assurances Ouvrières indemnise l'assuré; mais elle conserve son droit de recours contre l'employeur qui est, selon le Code des Obligations, responsable du dommage causé par ses auxiliaires.

Si l'accident ou la maladie est provoqué par un tiers étranger à l'Etablissement, celui-ci est responsable de ses actes fautifs: il n'aura rien à supporter si aucune faute ne lui est imputable; ce sera l'Assurance Ouvrière qui payera alors les dommages survenus à l'ouvrier.

La notion des risques professionnels ainsi examinée, il nous faut étudier maintenant le régime des primes ou cotisations qui constituent les ressources financières de ces Assurances.

## 2. — PRIMES ET COTISATIONS

Pour couvrir toutes les prestations dues à l'assuré, ainsi que les frais d'Administration, l'Institution des Assurances Ouvrières perçoit des primes ou cotisations qui sont entièrement à la charge de l'em-



ployeur. Un tarif a été fixé par un règlement (du 28 Juin 1946, modifié par celui du 18 Novembre 1948) qui, selon le danger qu'elles présentent, répartit les entreprises en 10 catégories, en partant des moins dangereuses et en augmentant la prime au fur et à mesure que le danger qu'elles présentent est plus grand. Le taux des primes est échelonné entre 0,5 % du salaire global, pour les moins dangereuses et 5 % pour les plus dangereuses; chaque classe diffère de la précédente par une augmentation de 0,5 %. Ainsi les salines, les fabrications d'instruments de précision, les industries de tapis, les travaux de photographie, la confection de vêtements, linges, chapeaux etc... entrent dans la première et la prime est de 0,5 %.

Les ateliers de tailleurs de pierre, les fabrications de terre cuite, (tuile, brique), verrerie, ferblanterie, chaudronnerie, couleurs, laques, vernis, sels chimiques, papier et cellulose, etc... entrent dans la deuxième classe et sont soumis à 1 % de prime.

La fabrication de ciment, poterie, faïence et porcelaine, l'industrie du coton, de la laine, de la soie, la tannerie etc... forment la troisième classe et paient 1.5% de prime.

Et ainsi de suite jusqu'à la dixième classe qui comprend les mines de charbon et autres mines et minerais; la fusion des métaux et le laminage ; la fabrication d'armes, de munitions et matières explosives, et qui paient 5 % de prime.

La loi prévoit aussi un échelonnement intérieur pour chaque classe de risque, selon les mesures de protection prises par les Etablissements similaires. Ainsi de deux fabriques de tissage, celle dont les mesures préventives sont excellentes subira une diminution par rapport à l'autre qui ne s'est contentée que d'un minimum de mesures préventives. Mais comme l'application de cette disposition exige une appréciation exacte des risques que présentent chaque entreprise et que celle-ci ne peut être établie que sur base d'une statistique assez étendue, la loi suspendait pour un délai de six ans l'application de cette disposition; ce délai a été récemment porté à dix ans, c'est-à-dire ajourné jusqu'en 1956. Quoique justifiée, cette disposition empêche toute modification du taux des primes visant à encourager les efforts des employeurs en vue de la prévention des risques professionnels.

L'assiette de la prime est le salaire de l'ouvrier. Le salaire de base est calculé au mois, et la loi fixe toute une série de règles pour

le calcul de ce salaire; elle limite encore le minimum de base à 2 et le maximum à 20 Ltqs. par jour.

Le recouvrement des primes se faisait en deux stades: un paiement provisoire au début de l'année et un paiement définitif à la fin. Mais ce système a été récemment simplifié, et les primes sont recouvertes par versements mensuels effectués par l'employeur. En cas de retard la prime est majorée de 10 % et de l'intérêt légal à titre de peine.

A la fin de chaque exercice, l'Administration des Assurances prélève sur le montant des primes encaissées trois sortes de provisions:

une provision mathématique correspondant à la somme indispensable pour effectuer aux assurés les prestations fixées par la loi;

une provision destinée à couvrir les affaires litigieuses pendantes;

une provision extraordinaire destinée à couvrir les prestations des années déficitaires. Elle est constituée par le solde résultant, en fin d'année, des provisions ci-dessus déduites des primes encaissées.

Les chiffres suivants empruntés au bilan de l'exercice 1950, donnent une idée de la situation financière des Assurances :

Provision extraordinaire	13.815.314,06
Provision mathématique	8.432.460,85
Provision des affaires en supens	9.709.229,57
	<hr/>
	24.957.004,48
Les primes versées s'élèvent à	15.204.691,14
et les créances à	1.423.454,98
	<hr/>
	16.628.146,122

Ce qui revient à dire que sur un actif de 41 millions et demi les 60 % constituent une provision et rien que les 40% sont destinés aux prestations de l'Assurance Sociale. Il me semble qu'il y a là un certain déséquilibre que je me contente de signaler sans vouloir l'approfondir.

### 3. — PRESTATIONS

1. *Bénéficiaires*: nous avons déjà dit un mot concernant les bénéficiaires des Assurances Ouvrières tels qu'ils ont été prévus par



le C.T. : Ce sont les ouvriers et les employés. Mais la loi sur les Assurances accidents de travail — maladies professionnelles ayant apporté quelques précisions casuistiques, il nous faut les étudier d'un peu plus près.

Après les modifications apportées à cette loi trois catégories doivent être distinguées.

a) *Les assurés*: ce sont les travailleurs considérés comme assurés et travaillant dans une entreprise soumise au Code de Travail. Donc, pour pouvoir bénéficier des Assurances Sociales, il faut être englobé dans la définition que le C.T. donne de l'ouvrier et effectuer un travail dans un Etablissement soumis à ce même Code. Il faut donc deux conditions:

*Premièrement*: être un ouvrier ou employé. D'après l'art. 1 du Code de travail, l'ouvrier est la personne qui exécute en vertu d'un contrat de travail dans un Etablissement appartenant à un tiers, un travail manuel ou un travail manuel et intellectuel à la fois. Sans nous arrêter sur les éléments de cette définition ajoutons que le Code du Travail, du point de vue des Assurances Sociales, y assujettit aussi les employés, c'est-à-dire les travailleurs effectuant un travail non plus manuel, mais plutôt intellectuel, pour le compte d'un employeur et qui ne sont pas chargés de la direction ou de gestion de l'Etablissement. Une très riche jurisprudence s'est formée au tour de ces notions qui a été unifiée en 1949 par un arrêt toutes chambres réunies du Conseil d'Etat. D'après cet arrêt, actuellement en plus des ouvriers et employés travaillant dans une entreprise industrielle, les employés de banques et des compagnies d'Assurances, ainsi que les employés des Etablissement de commerce, les instituteurs des écoles privées (que celles-ci soient laïques ou confessionnelles comme les écoles des Frères, des Pères et des Soeurs); les femmes que l'on nomme communément les artistes de bar; les dactylos, employés du téléphone, garçons de bureau des Etablissements, les infirmières, médecins, pharmaciens, chimistes etc... des cliniques privées sont considérés comme assurés.

*Deuxièmement*: il faut travailler dans un établissement soumis au C. T. Ces Etablissements sont ainsi délimités par l'art. 2 du C. T. "Le présent Code s'applique aux Etablissements dans lesquels la



nature du travail effectué exige, en général l'emploi journalier de dix ouvriers au moins. "Pour qu'un Etablissement soit donc soumis au C. T. et par conséquent aux lois sur les Assurances, ce n'est pas le nombre effectif d'ouvriers travaillant dans l'Etablissement qui est pris en considération, mais la nature, le potentiel du travail qui y est exécuté: si pour un travail donné, 10 ouvriers sont normalement et techniquement nécessaires, l'Etablissement sera soumis au C. T. même s'il n'emploie qu'un nombre moindre d'ouvriers.

Quant aux ouvriers étrangers: s'ils sont envoyés en Turquie par une entreprise d'un pays étranger, en vue d'un emploi temporaire pour le compte de cette entreprise, ils ne sont pas assujétis à l'Assurance. Mais si l'ouvrier étranger travaille dans un Etablissement turc pour le compte de cet Etablissement il est bénéficiaire de la loi, à condition de réciprocité. Ajoutons que si le bénéficiaire de l'Assurance est envoyé à l'étranger par son établissement pour un travail temporaire, il est toujours considéré comme assuré pendant qu'il exécute ce travail.

Signalons, pour finir, une disposition récemment modifiée de la loi sur les Assurances accidents - maladies professionnelles. Le nouvel art. 84 stipule que les travailleurs d'un Etablissement qui devraient normalement être soumis au Code du travail et ne l'ont pas encore été pour quelque raison que ce soit, sont considérés comme assurés. En cas d'accident ou de maladie professionnelle ils bénéficieront des prestations tandis que l'employeur sera tenu de verser les primes en cours et celles en retard. On a voulu ainsi et avec raison, soustraire l'ouvrier à la mauvaise foi ou à la négligence de l'employeur, aussi bien qu'à la lenteur de l'Administration.

b) *Les non - assurés*: on peut dire en général que les travailleurs qui ne sont pas soumis au Code du Travail ne bénéficient pas de la loi sur les Assurances. Il nous faut cependant préciser cette règle. Ne bénéficient pas de l'Assurance :

1°: les travailleurs employés dans les Etablissements dont la nature du travail exécuté n'exige pas 10 ouvriers. C'est le grand problème qui actuellement occupe les milieux ouvriers et gouvernementaux. Certains voudraient englober dans le C. T. toute entreprise employant même un ouvrier. Un député a déposé récemment



au Parlement, un projet de loi dans ce sens. Mais jusqu'à nouvel ordre, le critère de dix ouvriers demeure.

2°: les travailleurs employés dans les transports maritimes et aériens, ainsi que les travailleurs agricoles sont tenus en dehors du Code du Travail. Les conditions particulières de ces activités exigent peut-être de telles exceptions à condition que des lois spéciales vinssent faire bénéficier ces travailleurs des prérogatives accordées aux autres. Or rien de tel n'a été fait jusqu'à présent.

3°: les fonctionnaires et employés recevant un traitement ou salaire d'un budget public demeurent en dehors du Code du Travail et partant de la loi sur les Assurances. Mais s'il s'agit d'un employé (et non plus d'un fonctionnaire) exécutant un travail prévu par le C.T., et par conséquent soumis aux risques professionnels il bénéficiera des Assurances. Ainsi, selon nous, l'employé travaillant à l'usine même (par exemple un ingénieur travaillant à la Centrale Electrique de la ville) sera assujéti à l'Assurance; tandis que s'il est affecté à un travail de bureau en dehors de l'usine, la loi ne pourrait lui être appliquée, car il n'est plus soumis au risque professionnel.

4°: le travail à domicile est aussi exclu du champ du C.T., par suite les travailleurs à domicile non seulement ne sont pas protégés par les dispositions du Code du Travail en général, mais aucune mesure des Assurances Sociales ne vient à leur secours. Nous ne sommes pas sans apprécier les difficultés extrêmes qu'il y a à étendre la réglementation du travail à cette sorte d'industrie; mais il faut prendre en considération que cette forme de travail étant très répandue en Turquie, un très grand nombre de travailleurs se trouvent sans défense vis-à-vis d'employeurs sans scrupule. Il me semble qu'un effort devrait être tenté pour faire bénéficier des lois de la Sécurité Sociale, les travailleurs à domicile ainsi que les travailleurs employés à des services domestiques.

5°: l'épouse, les ascendants, les descendants et frères et soeurs de l'employeur, vivant en ménage avec lui sont exceptés du bénéfice de l'Assurance, même s'ils travaillent à titre d'ouvrier dans son entreprise. C'est le C.T. (art. 102/1) qui formule cette exception. Nous ne voyons pas en quoi, le fait d'être apparenté à l'employeur

et de vivre en ménage avec lui réduirait les risques professionnels. L'énumération même faite par la loi est arbitraire: en effet, le père et la mère, l'épouse et le frère ne profiteront pas de l'Assurance; mais la belle-mère, le beau-père ou le beau-frère, l'oncle et la tante, les cousins et cousines se trouvant dans les mêmes conditions en seront bénéficiaires. Avouons qu'il nous est difficile de comprendre la raison de ce texte.

c) *les travailleurs susceptibles d'être appelés au bénéfice des Assurances*: La loi du 1.3.1950 (No. 5564) modifiant la loi fondamentale de l'Assurance accidents de travail - maladie professionnelle, institue, à l'instar de certaines législations étrangères, l'Assurance facultative. D'après l'art. 4 de cette loi les travailleurs, employés dans les Etablissements ou exerçant une activité qui ne se trouve pas soumise au C.T. pourront conformément aux conditions générales établies par le Ministère du Travail, contracter des Assurances Collectives. Ces contrats seront conclus entre d'une part l'Institution des Assurances Ouvrières et d'autre part l'employeur du groupe de travailleurs désirant s'assurer, ou bien l'Association de ces travailleurs, leurs syndicats ou les syndicats patronaux. Les charges et bénéfices de cette Assurance facultative seront identiques à ceux des Assurances obligatoires.

Bien que jusqu'à présent aucune application de cet article n'ait été faite à notre connaissance, il n'en demeure pas moins vrai que, sans modifier la législation, il devient possible d'étendre son application à toutes les personnes qui ne s'y trouvent pas directement assujéties. L'avenir des Assurances couvrant les risques professionnels paraît ainsi être très fécond.

2. *Prestations*: en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle survenu à l'assuré, les prestations qui lui sont dues sont énumérées par la loi (art. 4); on peut les ranger en deux catégories: prestations en nature, et prestations en espèce.

a) *Prestations en nature*: en se conformant à la convention internationale No. 17 (du 10 Juin 1925), concernant la réparation des accidents du travail, le législateur a préféré le régime de prestation en nature à celui consistant à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques.



Les prestations en nature sont:

aa) *L'assistance sanitaire* qui comprend un traitement médical approprié, la fourniture de médicaments et autres moyens thérapeutiques, et si nécessaire l'hospitalisation. Cette assistance sanitaire dure jusqu'au rétablissement de l'assuré; cependant elle ne peut dépasser en deux ans 15 mois de traitement effectif.

Il nous faut toutefois ajouter que l'Institution des Assurances Ouvrières n'ayant pas encore complètement organisé ses services sanitaires et hospitaliers, la loi oblige l'employeur à fournir à la victime les premiers secours et à lui assurer le traitement médical quitte à l'assurance de lui rembourser tous ses frais. Dans les grandes entreprises qui ont établi un service médical, ou même des infirmeries ou des hôpitaux conformément aux dispositions de la loi sur l'hygiène publique, les blessés sont en général soignés par les médecins de ce service. Dans les autres entreprises l'assuré est libre de choisir son médecin et en général, c'est l'employeur qui paie directement la note d'honoraires." Il ne fait pas de doute que cet état de choses n'est satisfaisant ni pour l'assuré, ni pour l'assureur, ni pour l'employeur. La remarque ayant été formulée dans le rapport de la Mission du B.I.T. nous ne nous y attarderons pas.

bb) Les prestations en nature comprennent en second lieu un *traitement orthopédique*, ainsi que la fourniture et le renouvellement des appareils de *prothèse*. L'assuré est tenu de se servir de ces appareils, au cas contraire il risque de perdre en tout ou en partie ses droits à l'Assurance (art. 11,36). L'Administration conserve pour cela un droit de contrôle; si l'assuré refuse de s'y soumettre sans motif valable, il risque encore de perdre ses droits (art. 80).

cc) Les prestations en nature comprennent en troisième lieu, *les frais de déplacements*. Il peut arriver que les soins médicaux et hospitaliers, les traitements orthopédiques ou la fourniture des appareils de prothèse ne puissent être fournis à l'assuré au lieu de son domicile; un déplacement, voire un voyage assez long peut s'imposer. La gravité du cas, peut aussi exiger que l'assuré se fasse accompagner par quelqu'un. Les frais de voyage et de déplacement sont aussi remboursés par l'Assurance. La loi prévoit même, dans certains cas graves, un voyage à l'étranger pour subir un traitement que l'on ne peut réaliser dans le pays. (art 4/E,F).

b) *Prestations en espèces*: Les prestations en espèces sont en principe fonction du salaire journalier ou annuel de l'assuré, le salaire annuel étant fixé à 300 fois le salaire journalier.

En outre le montant de ces prestations variera selon que l'assuré se trouvera dans l'un des cas suivants:

1. incapacité de travail temporaire,
2. incapacité de travail partielle et permanente,
3. incapacité de travail totale et permanente,
4. décès (art. 3/1).

Examinons - les rapidement.

aa: *incapacité de travail temporaire*. On entend par cette expression, l'état de la victime qui après une période plus ou moins longue de traitement recouvre son ancienne puissance de travail sans qu'il en résulte pour elle une diminution définitive de son pouvoir de gain.

Dans ce cas, les indemnités journalières ne sont payées qu'à partir du quatrième jour d'incapacité; pour une incapacité d'un délai moindre l'assuré ne reçoit aucune prestation en espèce; cependant si l'incapacité excède les 15 jours, les prestations sont payées pour toute la durée de cette incapacité, y compris les trois premiers jours, mais sa durée maximum est de 15 mois en deux ans, à partir du jour de l'accident ou du début du traitement en cas de maladie.

l'indemnité journalière est égale à la 1/2 du salaire si l'assuré n'a pas été hospitalisé et s'il n'a pas de personnes à entretenir;

elle est des 2/3 pour l'assuré non hospitalisé et ayant à sa charge l'entretien de son conjoint, ses enfants ou ses père et mère;

en cas d'hospitalisation (ou de cure dans une station thermale) elle est du 1/3 si l'assuré n'a pas de personne à entretenir; et de la 1/2 s'il en a.

Si l'établissement sanitaire ne fournit pas de nourriture à l'assuré hospitalisé, l'indemnité journalière sera égale à celle de l'assuré non - hospitalisé.

Les indemnités journalières sont payées à la fin de la semaine; en cas de difficulté ou de retard dans ce paiement l'employeur avan-



ce à l'assuré ses indemnités et se fait rembourser par l'Assurance à la fin du mois.

*bb: Incapacité de travail partielle permanente.* On entend par cette expression, l'état du travailleur susceptible de gagner encore son salaire soit dans sa profession soit dans une autre mais de façon plus ou moins réduite.

A l'expiration de la durée d'incapacité temporaire fixée par la loi, l'assuré dont la capacité de travail est réduite de plus de 10 % sans atteindre les 100 % aura droit à une pension durant toute sa vie. Le pourcentage d'invalidité en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle est réglementé par une Ordonnance du 24.7.1948 (No. 3/7900). Elle est basée sur le principe de l'évaluation de l'incapacité professionnelle, le montant de la rente étant calculé proportionnellement aux conséquences du sinistre sur la capacité professionnelle de la victime. Ainsi un ouvrier imprimeur qui perdra le pouce de la main droite sera autrement indemnisé que l'ouvrier chargé d'entretenir le feu d'un haut fourneau et ayant subi la même lésion. Un pneumothorax pour un ouvrier de verrerie donnera droit à une indemnité plus grande que celle à accorder à une caissière d'un Etablissement commercial. Mais la loi fixe un maximum: cette indemnité ne pourra jamais dépasser les 60 % du salaire annuel de base; si cependant l'état de l'assuré exige l'assistance permanente d'une tierce personne, l'indemnité sera majorée de 50 %.

L'ouvrier atteint d'incapacité partielle permanente qui se trouve être victime d'une seconde incapacité de même nature, se verra allouer une indemnité équivalente au total des deux invalidités. Le salaire de base sera non pas celui qu'il touchait lors de ce second sinistre, mais celui qu'il recevait avant sa première invalidité.

*cc: Incapacité de travail totale permanente.* C'est l'état du travailleur ne pouvant plus exercer une activité rémunératrice à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. Il aura alors droit à une rente viagère dont le montant annuel sera égal à 60 % de son salaire annuel; si son état exige l'assistance permanente d'une tierce personne, la rente est majorée de 50 %, c'est-à-dire portée à 90 %.

Dans les cas d'incapacité permanente (totale ou partielle) la rente est convertie en un capital dans les cas suivants: si le montant mensuel de cette rente est inférieure à 5 Ltqs., si le degré d'invalidité ne dépasse pas 20 % l'incapacité de travail et qu'il existe un espoir d'amélioration; enfin, à la demande de l'assuré, si son incapacité de travail est inférieure à 50 % et que l'Administration a confiance en ce qu'il en fera un bon usage.

*dd : Décès.* En cas de décès une indemnité forfaitaire de 75 Ltqs. est versée à la famille de l'assuré. Une pension est allouée d'autre part à sa veuve et à son orphelin.

La veuve de l'assuré, mariée avant l'accident, recevra une pension annuelle s'élevant à 30 % du salaire annuel de son conjoint. En cas de remariage la pension est suspendue.

Si l'ouvrier, en état d'incapacité de travail permanente est à la charge de son épouse ouvrière, et si celle-ci vient à décéder, la même pension lui sera allouée jusqu'à ce qu'il soit à l'abri de l'indigence.

La pension de l'orphelin est fixée à 15 % du salaire annuel du père; si l'enfant est orphelin de père et de mère ou le devient par la suite, la pension est de 25 %. Elle est versée à l'enfant jusqu'à l'âge de 16 ans; si l'enfant poursuit des études, jusqu'à 19 ans; elle est viagère si l'enfant est infirme et inapte au travail.

Le total des pensions de la veuve (ou veuf) et des orphelins ne peut en aucun cas dépasser 60 % du salaire annuel de l'assuré; au cas contraire elles sont soumises à une réduction proportionnelle; mais au fur et à mesure que le droit prend fin, le montant des autres pensions est proportionnellement augmenté.

La loi fait encore une distinction selon la nature de la filiation. Du point de vue de la mère, la filiation légitime ou naturelle ne joue aucun rôle. Mais du point de vue du père, pour que l'orphelin puisse réclamer une pension, il faut qu'il ait une filiation légitime ou bien, qu'étant né hors mariage, il ait été légitimé, ou reconnu par le père avant l'accident ou la maladie. Le même règle s'applique en cas d'adoption.

On voit d'après ces données que les prestations en espèces accordées à la veuve et à l'orphelin sont à peu près du même niveau que celles accordées dans les autres pays. Si nous ajoutons que



la loi modificative en créant d'un côté l'Assurance facultative, a de l'autre augmenté le montant de ces pensions, la tendance au développement de la sécurité sociale apparaîtra d'elle-même.

## ASSURANCES CONTRE LES RISQUES SOCIAUX

Les risques sociaux actuellement couverts par la législation turque sont: la maternité, la vieillesse, la maladie générale; chacun d'eux faisant l'objet d'une loi distincte, il nous faut les étudier séparément.

### I. ASSURANCE MATERNITE

La loi de 1945 (No. 4772) relative à l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles réglemeute aussi l'assurance maternité. Bien que techniquement la maternité ne soit pas un risque professionnel mais bien un risque social et que pour cela il eût été logique de la réglemeuter à part, le législateur turc ne s'est pas embarrassé de telles considérations théoriques, et se plaçant à un point de vue plutôt réaliste et pratique a jugé utile d'organiser aussitôt que possible l'assurance maternité. En agissant ainsi non seulement il poursuivait une politique démographique, mais encore encourageait les assurés à régulariser leur situation matrimoniale; car un grand nombre d'ouvriers, bien que vivant en ménage avec leur épouse et engendrant des enfants, s'abstiennent de régulariser leur situation. L'Assurance maternité devait les pousser à cette régularisation; aussi les espoirs fondés sur elle n'ont pas été déçus.

Remarquons, d'autre part, que la politique du Gouvernement ne se borne pas uniquement et isolément en la protection de la mère ouvrière, mais que cette protection fait partie d'une politique plus vaste relative à la protection de la famille en général. Il nous est malheureusement impossible de décrire même les grandes lignes de cette politique protectrice de la famille · il nous faut nous contenter de souligner la nécessité qu'il y a en Turquie, lorsqu'on traite de la protection de la mère au travail, de ne pas l'isoler de l'ensemble des institutions de protection sociale, mais au contraire de l'intégrer dans l'ensemble de l'édifice.

C'est dans cet esprit que le législateur turc a réglementé l'assurance maternité parmi les dispositions de l'Assurance accidents-maladies professionnelles. Mais pour donner satisfaction aux nécessités doctrinales, sans pour cela porter atteinte à sa politique générale, il a placé cette assurance dans son cadre réel en l'intégrant dans la loi du 4.1.1950 (No. 5502) relative à l'Assurance maladie générale.

Cette loi, bien qu'entrée en vigueur le 1er Mars 1951, c'est-à-dire il y a à peine 6 mois, ne s'applique en réalité que dans les régions où les Etablissements sanitaires institués par l'Administration des Assurances Ouvrières seront suffisants pour répondre aux besoins de ladite région. En attendant, la loi accorde à l'Administration le droit de conclure des contrats avec les employeurs pour la reprise des Installations Sanitaires attachées à leurs Etablissements. Tout ceci nécessite du temps et de l'argent; c'est pourquoi la loi réserve au Conseil des Ministres le droit de désigner les localités dans lesquelles cette loi sera appliquée au fur et à mesure que les Institutions sanitaires seront fondées.

Concernant la maternité, la loi No. 5502 dit textuellement que les dispositions de la loi 4772 relatives à la maternité ne s'appliqueront pas là où la nouvelle loi sera mise en application. Par conséquent, le statut actuel de l'assurance maternité présente cette bizarrerie d'être constitué de deux régimes distincts: les dispositions de la loi ancienne continuent à s'appliquer dans l'ensemble du territoire; et la loi nouvelle la remplace au fur et à mesure que les possibilités hospitalières sont réalisées. Ainsi dans la région d'Istanbul c'est la loi nouvelle qui s'applique, tandis que dans les autres régions, Ankara, Izmir, Zonguldak etc... c'est la loi ancienne.

Aussi paradoxale que paraisse cette situation elle a été motivée par des nécessités pratiques. Nous étudierons de front ces deux lois en tâchant d'en dégager les principales différences.

#### 1.—BENEFICIAIRES.

Comme nous l'avons déjà dit, le Code du travail assujettit à l'Assurance non seulement les ouvriers mais aussi les employés. Ce qui est encore confirmé par les articles premiers de ces deux lois



qui stipulent que seules les personnes prévues par le C.T. seront appelées au bénéfice de l'Assurance - maternité.

Or la portée d'une telle disposition est très limitée et ne répond pas au but social des Assurances. En effet, bien que depuis une décade le nombre des ouvrières ait doublé en Turquie, il n'en reste pas moins vrai que les ouvriers constituent la majorité de la classe laborieuse. Or, accorder le bénéfice de la loi à l'ouvrière seulement, c'est priver l'ouvrier marié d'un avantage qui socialement doit lui revenir. C'est pour parer à cet inconvénient que la loi No. 4772 définit la maternité comme étant "la grossesse et les couches de la femme assurée ou de la femme de l'assuré". Ce qui revient à dire que non seulement l'ouvrière en cas de maternité bénéficiera de la loi, mais l'ouvrier marié jouira des mêmes avantages en cas de maternité de son épouse. Cette disposition marque encore la tendance du législateur turc à étendre autant que faire se peut le champ des Assurances ouvrières.

C'est dans cet esprit que la loi apporte une précision relative aux usines militaires. Comme nous l'avons déjà dit les ouvriers de ces usines ont leur statut particulier réglementé par une loi spéciale (No. 3575); Or celle-ci ne prévoit pas l'Assurance - maternité. C'est pourquoi la loi nouvelle No. 5502 dispose que les Caisses d'entr'aide des ouvriers et employés des usines militaires, auront à appliquer les dispositions de la loi relative à la maternité et les prestations qu'elles effectueront ne pourront être inférieures à celles prévues par elle. (art. 1/II).

Ajoutons que, comme pour les accidents de travail et les maladies professionnelles, la loi nouvelle (5502) préconise l'assurance maternité facultative et collective pour les travailleurs non soumis au C. T. (art. 37).

Cependant pour bénéficier de l'Assurance - maternité certaines conditions sont prévues :

*Premièrement:* l'ouvrière assurée ou bien l'ouvrier pour sa femme non assurée, doit avoir durant l'année qui précède la naissance, travaillé pendant 160 jours dans une ou plusieurs entreprises assujetties au C. T. La nouvelle loi réduit ce délai à 90 jours pour l'ouvrière assurée et maintient les 160 jours pour l'ouvrier dont la femme n'est pas assurée.

*Deuxièmement*: l'Administration des Assurances Ouvrières doit être avisée de la grossesse de l'ouvrière ou de celle de l'épouse de l'ouvrier assuré; cet avis prénatal doit être fait au moyen d'un rapport médical ou d'un rapport de sage-femme diplômée. La copie légalisée de l'acte de l'état civil tient lieu de rapport médical.

*Troisièmement* : la naissance de l'enfant doit être portée à la connaissance de l'Administration des Assurances Ouvrières dans un délai de 50 jours. En cas d'avortement non délictuel le délai de cette déclaration est réduit à 10 jours.

*Quatrièmement*: l'ouvrier assuré, pour pouvoir bénéficier de l'Assurance - maternité, doit être civilement marié avec sa conjointe avant l'accouchement, tandis que l'ouvrière fille-mère bénéficie de l'Assurance - maternité.

## 2.— PRIMES ET COTISATIONS:

Il faut faire une distinction :

a) En vertu de la loi 4772, pour couvrir les prestations nécessitées par l'assurance - maternité, des primes seront fixées et les cotisations perçues par l'Administration des Assurances Ouvrières. L'employeur seul est assujéti au paiement de ces primes. C'est donc le même principe que celui des Assurances accidents de travail et maladies professionnelles qui s'applique ici. Seul l'employeur supporte la charge de l'Assurance, sans que pour cela l'ouvrier soit soumis à une retenue quelconque de salaire.

Quant au taux de la prime, il est uniforme pour toutes les entreprises (art. 38 in fine), car il s'agit non plus de risques professionnels, mais de risques sociaux. Aussi le décret précité de 1946, fixe pour toutes les entreprises à 1 pour cent du total des salaires payés durant un mois aux assurés, le taux de la prime maternité.

Le mode de recouvrement des cotisations est, depuis la modification apportée à la loi No. 4772, le même que ceux des autres Assurances; c'est-à-dire que le versement doit s'effectuer au plus tard durant le mois qui suit le paiement des salaires; passé



ce délai une majoration pénale de 10 pour cent l'intérêt moratoire légal est à la charge de l'employeur.

b) La nouvelle loi 5502 relative aux maladies et à la maternité a modifié ce système. La nouvelle loi dit que pour couvrir toutes les prestations et assistances prévues par la loi, l'Administration des Assurances Ouvrières perçoit des primes. Mais ce qu'elle omet, c'est la règle relative à la charge de l'employeur. D'ailleurs elle ne pouvait formuler une pareille règle disent certains; car la raison du paiement des primes par l'employeur s'explique par un long processus qui commence par la responsabilité de l'employeur dérivant de sa faute délictuelle et qui, passant par la théorie de la faute contractuelle, arrive à son suprême développement, à la théorie du risque professionnel qui a conduit à l'assurance obligatoire. Or rien de tel pour le risque social. L'employeur n'a rien à voir avec la maternité, la maladie, la vieillesse, l'invalidité ou le chômage de son ouvrier. Aussi ne devra-t-il pas être tenu de contribuer au paiement des primes relatives à l'Assurance - risques sociaux.

Cette vue un peu simpliste, semble perdre de vue la solidarité économique, sociale et juridique qui lie le capital au travail. Comme le remarque très judicieusement le Prof. Mossé: "Aucune raison pour que le travail soit traité moins favorablement que le capital. Puisque l'entrepreneur supporte les risques de maladie, d'invalidité de chômage du capital, on ne voit pas pourquoi il ne supporterait pas de même la maladie, l'invalidité, le chômage du travailleur". (1)

Le législateur turc, entre ces deux tendances opposées, a choisi un moyen terme. Les primes des Assurances contre les risques sociaux sont supportées par l'ouvrier et l'employeur; chacun payant la moitié du montant des cotisations. Le taux est de 4 pour cent pour maladies générales et maternité; donc l'ouvrier paiera 2 pour cent de son salaire et l'employeur les autres 2 pour cent. (art. 25 et 28). On ne peut pas dire que le taux de la prime a été augmenté, car le 1 pour cent de la loi. No. 4772 était relatif

(1) M. Mossé: *Economie et législation industrielle*, Paris 1940 p. 373.

à la maternité seule, tandis que les 4 pour cent de la loi No. 5502 couvrent la maternité et la maladie générale.

Nous nous trouvons donc actuellement en face d'un statut à double face: certains ouvriers (et le plus grand nombre) ne paient aucune prime et sont couverts seulement contre le risque maternité; tandis que certains autres (actuellement une minorité) paient 2 pour cent de leur salaire et leur employeur les 2 pour cent qui restent, mais sont couverts contre tous risques maladies-maternité. Rappelons que cet état est transitoire et est voué à disparaître progressivement.

### 3. — PRESTATIONS.

Ici aussi une distinction s'impose d'après le régime établi par les deux lois en présence.

a) La loi No. 4772 n'accorde que des prestations pécuniaires. En effet, l'art. 12 modifié dispose qu'une assistance pécuniaire, dont le montant sera fixé ultérieurement par l'Administration, sera accordée à l'ouvrière assurée ou à l'épouse non assurée de l'ouvrier. De même l'art 30 modifié prévoit le paiement d'un subside d'allaitement au cas où l'enfant naîtrait vivant. La loi ajoute cependant que l'Administration des Assurances Ouvrières pourra, si possible, faire exécuter les accouchements et les traitements consécutifs dans un Etablissement qu'elle jugera convenable. Cette exception ne fait que confirmer la règle.

Aussi la loi accorde deux sortes de prestations pécuniaires pour les cas de maternité; l'une sert à couvrir les frais sanitaires et l'autre les salaires qui seront perdus. Sur cette base le tarif établi est le suivant:

1. — assistance en cas de grossesse : 10 Ltqs. à forfait;
2. — naissance ou avortement :

Il y a naissance quand la conception a duré plus de 180 jours et avortement pour une période de conception moindre. Si l'enfant est né vivant après 180 jours il s'agit d'un cas d'un enfant né vivant; le mort-né est celui qui naît non-vivant après 180 jours de conception. On n'accorde aucune prestation pour les avortements.



Les accouchements faits sans intervention donnent droit à 50 Ltqs. que l'enfant soit né vivant ou mort. En cas de pluralité de naissance 50 Ltqs. en plus sont accordées pour chaque enfant.

3. — Une prestation forfaitaire de 60 Ltqs. est accordée pour les frais d'allaitement en cas de naissance d'enfant vivant. En cas de pluralité de naissance un supplément de 60 Ltqs. est accordé pour chaque enfant vivant.

4. — Les frais occasionnés par les maladies consécutives à l'accouchement telles que eclampsie, flebis, sepsis, anémie; ou par les interventions pour cas de version ou d'abriotomie; ou encore pour les césariennes sont remboursés à l'assuré pour autant qu'il les justifie sur base des pièces et rapports délivrés par des autorités officielles.

L'allocation constituant les indemnités de salaire n'est accordée qu'à l'ouvrière seule. L'ouvrier assuré ne les touchera pas pour son épouse non assurée. Selon l'art. 29 de la loi, cette indemnité est égale aux 70 pour cent de salaire journalier pour une période allant jusqu'à 3 à 6 semaines aussi bien avant qu'après les couches, à condition toutefois qu'elle ne travaille pas et ne touche pas de salaire pendant ces périodes. L'ouvrière assurée touchera la même indemnité pour une période maximum de 6 semaines, en cas d'avortement non criminel, à condition toutefois qu'elle soit incapable de travailler.

On voit ainsi que la loi n'accorde à l'assurée en cas de maternité que des prestations en espèce, réservant les prestations en nature à des cas exceptionnels, soumis à l'appréciation de l'Administration.

b) Il en va autrement dans la nouvelle loi 5502. Ici, le législateur plus conséquent avec le but de l'Assurance-maternité, admet en principe les prestations en nature. Selon l'art. 3, paragraphe II les prestations ci-dessous sont assurées à l'ouvrière ou à l'ouvrier pour son épouse non assurée:

1. — un examen médical pour l'état de grossesse ;
2. — l'assistance médicale nécessaire à l'accouchement;
3. — une allocation pécuniaire pour l'allaitement;

4. — une allocation pécuniaire à l'ouvrière assurée pour indemnité de salaire.

*Premièrement:* l'examen médical se fait par des médecins ou sages - femmes désignés au préalable par l'Administration des Assurances. L'assurée est tenue de se faire examiner au plus tard à son sixième mois de grossesse. Elle est aussi tenue de se présenter à des examens ultérieurs et de suivre le traitement qui lui sera ordonné par le médecin; sinon elle risque de perdre tout ou partie de ses allocations de salaire.

*Deuxièmement:* l'assistance médicale d'accouchement consiste à procurer des médicaments et des fournitures sanitaires à l'accouchée, ainsi que les soins médicaux qui lui seront donnés à domicile par une sage-femme désignée au préalable par l'Administration. Si c'est nécessaire, un médecin peut être appelé au moment de l'accouchement et dans les cas où tous les deux jugeront nécessaire la femme pourra être hospitalisée.

Dans le cas et dans les lieux où ces prestations en nature ne pourront être fournies, la loi réserve à l'Administration le droit de les exécuter en espèce selon un tarif fixe.

*Troisièmement:* l'allocation pécuniaire pour allaitement est fournie au cas où l'enfant est né vivant; le montant est fixé par le Ministère du Travail; en cas de pluralité de naissances cette somme est portée au double.

*Quatrièmement:* les allocations pour indemnité de salaire sont dues uniquement à l'ouvrière assurée. Il faut pour cela qu'elle ait travaillé et payé des primes pendant au moins 160 jours durant l'année qui précède la naissance. Elle recevra sauf les Dimanches une allocations journalière équivalant aux  $\frac{2}{3}$  de son salaire journalier, à condition de ne pas travailler et de ne toucher aucun autre salaire. Ceci lui est accordé pour une période pouvant aller de 3 semaines avant et de 6 semaines après les couches.

## II. MALADIES GENERALES.

C'est la même loi 5502 qui, entrée en vigueur le 1er Mars 1951, régleme l'Assurance maladie générale. Mais comme elle n'est appliquée que dans une partie restreinte du territoire et ne



semble pas prête à être étendue de si tôt, nous n'en donnerons qu'un aperçu très général.

#### 1 — CHAMP D'APPLICATION DE LA LOI.

Conformément à la règle générale des Assurances Ouvrières, les dispositions de l'Assurance maladies générales s'appliquent aux ouvriers et employés travaillant dans les entreprises soumises au C.T. et considérées par ce Code comme assurés. L'assurance collective facultative est aussi prévue par la loi, mais n'a pas eu encore l'occasion de s'appliquer. Une autre disposition de la loi marque encore la tendance du Droit turc vers l'extension des Assurances sociales. En effet, bien que les membres de la famille, de l'assuré ne soient pas appelés au bénéfice de la loi, sa femme et ses enfants soumis à sa puissance paternelle, ses père et mère qui vivent avec lui seront admis à l'examen et au traitement médical dans les Etablissements de l'Institution des Assurances à un tarif minimum. Par conséquent sans qu'il ait à payer une prime supplémentaire et sans que ceux-ci soient assurés, ils bénéficieront d'un grand rabais pour leur traitement. Si ce n'est pas l'idéal, c'est déjà un avantage appréciable. Cependant la loi excepte deux catégories de personnes du bénéfice de l'assurance - maladies.

1°) Ce sont d'abord les travailleurs qui bénéficient d'une caisse d'entr'aide constituée par une loi spéciale. Il faut donc que cette caisse soit constituée par une loi; par conséquent le règlement intérieur d'une entreprise soumise au C.T. qui aurait déjà constitué sa caisse d'aide couvrant les maladies en général n'est pas pris en considération, et les bénéficiaires de ces caisses privées sont assujettis au régime commun de la loi No. 5502. Mais si, la caisse d'entr'aide particulière est constituée par une loi spéciale, ses bénéficiaires continueront à lui être assujettis et par conséquent demeureront en dehors de la loi 5502. Ce sont particulièrement les caisses d'entr'aide que nous avons déjà mentionnées dans notre partie historique : usines militaires, administration générale des voies maritimes et portuaires etc...

2e) La loi excepte aussi du bénéfice de l'Assurance maladie, les travailleurs temporaires. D'après l'art. 8 du C.T. on entend par travail temporaire toute activité qui d'après sa nature ne dure

que trente journées de travail; le travailleur temporaire est celui qui exécute un pareil travail. D'ailleurs, le C.T. dans son même article stipule que la plupart de ses dispositions ne sont pas applicables à ces travaux et les soumet au C.O. Par conséquent la loi sur l'Assurance - maladies n'a fait que se conformer à cette règle générale.

## 2. PRIMES ET COTISATIONS

Comme nous l'avons déjà dit à propos de l'assurance - maternité, une prime de 4 % du salaire est fixée par la loi, dont la moitié est payée par l'employeur et l'autre par l'assuré. C'est à l'employeur qu'incombe l'obligation de stopper à la source les cotisations de ses ouvriers, d'y ajouter les siennes et de les verser au plus tard dans un délai d'un mois à l'Administration des Assurances Ouvrières. Il est responsable de tout retard ou négligence sans que l'ouvrier ait à en supporter les conséquences.

Aussi pour pouvoir bénéficier des prestations en nature que nous étudierons tout de suite, il suffit que l'ouvrier se soit engagé par un contrat de travail à fournir son activité à l'employeur dont l'entreprise est soumise au C.T. c'est une application automatique de l'Assurance. Mais pour que l'assuré puisse bénéficier des allocations pour indemnité de salaire, il faut qu'il ait versé au moins une cotisation de 160 jours de primes, durant l'année qui précède sa maladie.

## 3. PRESTATIONS.

Elles sont ici aussi de deux sortes: en nature et en espèces.

1. *Les prestations en nature* comprennent l'assistance médicale, traitement orthopédique, fourniture, pose et renouvellement des instruments de prothèse (sauf les prothèses dentaires). La loi ne contient pas d'autres détails pour ces deux dernières prestations; mais elle en donne plusieurs pour les soins médicaux.

D'abord elle précise le sens de ces termes; les soins médicaux consistent :

a) à faire examiner le malade, diagnostiquer son mal et lui prescrire un traitement



b) à l'hospitaliser et à le soigner

c) à lui fournir les médicaments et autres moyens thérapeutiques jusqu'à son rétablissement,

d) à lui payer les frais de voyage si son examen médical ou son traitement nécessitent un déplacement.

Nous n'avons pas besoin de dire que toutes ces prestations sont à la charge de l'Assurance et que l'assuré en bénéficie gratuitement.

En principe les soins médicaux durent jusqu'au rétablissement complet de l'assuré; ils ne peuvent cependant dépasser 90 jours à compter du moment où l'Administration des Assurances a entrepris le traitement; mais pour l'assuré qui a versé une cotisation de 160 jours durant l'année qui précède sa maladie, la durée du traitement est portée à 180 jours. Cette durée est encore susceptible d'être prolongée de 90 jours s'il est médicalement établi que cette prolongation aura pour effet de supprimer ou tout au moins de diminuer dans une grande proportion l'invalidité de l'assuré.,

La faute intentionnelle ou délictuelle de l'assuré et a fortiori sa faute inexcusable ne sont pas des causes de suppression de soins médicaux. Nous verrons qu'il en est autrement pour les prestations en espèce.

Afin de faciliter à l'ouvrier les démarches qu'il doit entreprendre pour arriver à se faire traiter, la loi a pris les mesures suivantes :

a) un rapport de médecin prescrivant le repos est nécessaire;

b) l'Administration des Assurances indique par affichage dans les entreprises, l'adresse des médecins et des Etablissements sanitaires qui lui sont attachés;

c) l'assuré a le choix entre ces médecins. Mais une fois qu'il s'est adressé à l'un d'eux, il ne peut le changer que si l'Administration des Assurances le juge nécessaire. De même, l'Administration appréciera s'il y a lieu de joindre un médecin consultant au médecin traitant ou d'hospitaliser le malade. Cependant si la

maladie ne peut être traitée à domicile, ou si l'état du malade exige un contrôle permanent, ou bien si le malade doit être isolé selon la loi sur la Santé publique, l'hospitalisation est obligatoire et l'Administration n'a plus un pouvoir d'appréciation.

2. *Les prestations en espèce.* Elles sont relatives à l'indemnité pour pertes de salaires. Mais pour cela un certain nombre de conditions doivent être réunies.

a) *Conditions :*

1°: l'ouvrier assuré doit avoir travaillé et payé une cotisation d'au moins 160 jours avant son incapacité temporaire de travail.

2°: sa maladie doit avoir une durée de plus de trois jours; à partir du quatrième jusqu'au 15<sup>e</sup> jour sa prestation lui est assurée, sauf pour les trois premiers jours de carence. Si sa maladie dure plus de 15 jours les prestations lui sont dues pour tous les jours, y compris les jours de carence.

3° la maladie ne doit pas provenir d'une faute intentionnelle ou délictuelle imputable à l'assuré. Cependant demeurent acquises les indemnités qui lui ont été versées avant que la preuve de cette faute ait été établie. S'il s'agit d'une faute inexcusable, l'indemnité peut être réduite jusqu'à moitié selon le degré de cette faute.

4°: la non observation des mesures prescrites par le médecin, fait aussi perdre le droit à cette indemnité, tant qu'elles ne seront pas observées.

b) *Montant:*

— En principe, le montant de l'indemnité est égal à la moitié du salaire journalier de l'assuré.

— il est porté aux  $\frac{2}{3}$  si l'assuré a à sa charge l'entretien de son conjoint, de ses enfants ou de ses père et mère;

— en cas d'hospitalisation il est réduit au  $\frac{1}{3}$ ; mais si l'assuré a des personnes à sa charge, il est alors de  $\frac{1}{2}$ .

Dans tous ces cas, la journée de Dimanche n'est pas payée à l'assuré. Les prestations en espèce lui sont versées à la fin de la



semaine écoulée. Remarquons que ces dispositions sont les mêmes que celles de l'Assurance maladies professionnelles.

### III. ASSURANCE VIEILLESSE.

#### 1 — ELABORATION DE LA LOI.

Le C.T. dans son article 107, déjà cité, prescrivait la création de l'Assurance vieillesse aussitôt que les circonstances le permettraient. Ces circonstances, il faut le croire, ne se sont pas réalisées pendant de longues années. Mais la fondation de l'Institution des Assurances Ouvrières a eu, entre autres effets, celui d'instiguer le Ministère du Travail à l'élaboration de cette assurance. En effet, à la première Assemblée Générale des Assurances Ouvrières qui tint ses assises en Mars 1946, les délégués ouvriers demandaient surtout que l'assurance — vieillesse fut créée. L'une des commissions de cette Assemblée, consacrait son activité au problème de l'Assurance - vieillesse. En proposant l'élaboration d'une loi sur l'Assurance - vieillesse la commission suggérait que celle-ci fut complétée par l'Assurance invalidité - décès; elle attirait l'attention sur les facteurs nécessaires à la fixation des primes et des pensions; suggérait que les primes fussent versées par l'ouvrier, l'employeur et l'Etat; attirait l'attention sur la nécessité qu'il y aurait à formuler des règles transitoires pour les travailleurs déjà âgés, ainsi que pour les travailleurs saisonniers et intermittents; et enfin demandait que l'on examina la possibilité pour l'ouvrier sans travail de pouvoir bénéficier de l'assurance à condition qu'il continua à payer toutes ses primes.

Lorsqu'à la session de l'année suivante on voulut reprendre la question, le Directeur adjoint des Assurances (Monsieur Chukru Soykan) vint annoncer que le Ministère étudiait la question, et qu'un certain nombre de principes étaient déjà arrêtés. En effet, l'ordre du jour de l'Assemblée du Travail (qui est un organe consultatif du Ministère du Travail), réunie en 1947 contenait un article relatif aux "principes fondamentaux du projet de loi sur l'Assurance - vieillesse." Cette Assemblée étudia la question de son point de vue et proposa un certain nombre de principes devant servir de base à l'élaboration de la loi.

Dans son discours d'ouverture de la troisième session de l'Assemblée Générale en 1948, le Ministre du Travail disait être convaincu de la nécessité qu'il y avait à compléter par d'autres, les Assurances qui se trouvaient en vigueur, c'est-à-dire accidents de travail, maladies - professionnelles, maternité. Aussi la commission chargée d'étudier les questions relatives à la vie du travail, prenait tout d'abord en mains celle concernant l'assurance - vieillesse, et les principes qu'elle proposa furent favorablement accueillis par l'Assemblée générale.

Enfin, à l'Assemblée Générale réunie l'année suivante, c'est-à-dire en 1949, le projet de loi ainsi que l'exposé des motifs de l'Assurance - vieillesse furent distribués aux membres et le Ministre du Travail annonça qu'ils étaient déposés au Bureau de la G.A.N. L'idée émise en 1946 avait rapidement progressé, car la loi sur l'Assurance vieillesse était votée le 2 Juin 1949 et promulguée au Journal officiel le 8 du même mois sous le No. 5417.

Ajoutons que le rapport élaboré par la Mission du Bureau International du Travail ayant séjourné en Turquie de mars à mai de l'année 1949, a eu une heureuse influence sur les modifications qu'a subie la loi lors de son examen à la G.A.N. En effet, il est dit dans ce rapport: "Entre temps, le projet a été adopté — avec plusieurs modifications — par la G.A.N..... Les modifications apportées ont tenu compte de plusieurs suggestions formulées dans le présent rapport et que la mission avait faite verbalement au cours d'entretiens avec les autorités compétentes lors de son séjour à Ankara. Le rapport a été rédigé avant que la mission ait eu connaissance du texte définitif de ladite loi; la publication de celle-ci ne rend d'ailleurs pas nécessaire une modification des remarques et des suggestions contenues dans le présent rapport." (1)

Pour permettre à l'Administration des Assurances d'organiser son service spécial, et de terminer ses préparatifs, la loi accordait un délai de quelques mois. Elles n'entraient complètement en vigueur que le 1er Avril 1950. Ce bref aperçu illustre très clairement le mode d'élaboration originale d'une loi d'assurance ouvrière, en Turquie: les délégués ouvriers, patronaux et gouvernementaux, les membres universitaires lancent l'idée, la couvent et la dévelop-

---

(1) Les problèmes du travail en Turquie, Genève 1950, p. 78 note 1.



pent; le gouvernement se l'approprie, élabore un projet de loi et le dépose au Parlement; les spécialistes du B.I.T. sont appelés à y donner leur avis, et il en résulte une loi.

#### CONTENU DE LA LOI.

##### 1. *Bénéficiaires :*

Comme dans les autres lois sur les Assurances, les bénéficiaires de l'Assurance - vieillesse sont les ouvriers et employés assujettis au C.T. La loi rend encore possible les assurances facultatives collectives par voie contractuelle; mais cette disposition nouvelle dans la législation turque, n'a pas encore eu l'occasion de s'appliquer jusqu'aujourd'hui. Par contre, sont écartés du bénéfice de la loi:

a) ceux qui bénéficient déjà d'une Caisse de vieillesse fondée par une loi (nous avons rencontré une disposition analogue dans l'Assurance - maternité);

b) ceux qui sont employés dans les travaux qui par leur nature n'exige pas une durée supérieure à 30 jours;

c) ceux qui sont employés dans les travaux saisonniers; c'est-à-dire des travaux qui durant l'année nécessitent une période d'activité suivie d'une période d'inaction et qui dans tous les cas ne dépassent jamais plus de 200 jours de travail. Un décret a énuméré ces travaux; aussi les travailleurs qui y sont employés, bien que bénéficiant des autres Assurances, se trouvent exclus de celle-ci;

d) ceux enfin qui sont exclus par le C.T. et que nous avons déjà mentionnés à propos de l'Assurance accident de travail-maladies professionnelles.

##### 2. *Primes et cotisations :*

En principe la prime est à la charge de l'employeur et de l'assuré; aucun fonds public ne vient y apporter sa contribution. Mais, comme le font remarquer les experts du B.I.T. dans leur rapport (p. 107), une modification de ce système mettrait la loi

en accord avec les dispositions des conventions Internationales du travail Nos 35, 37 et 39 concernant l'Assurance - vieillesse, invalidité et décès (1933). Mais l'état actuel du budget ne paraît pas permettre la réalisation d'une telle suggestion.

L'assiette de la cotisation est en principe le salaire journalier en espèces touché par le travailleur, avec un minimum de 2 et un maximum de 20 Ltqs. Si le salaire journalier n'atteint pas 2 Ltqs. l'employeur est tenu de verser la différence; s'il dépasse 20 Ltqs. la prime est calculée sur cette somme.

Le taux de la prime est de 8 %, mais ceci n'est qu'une norme de base, la loi y apportant certaines majorations selon la nature du travail effectué par l'Assuré. Ainsi,

a) Il est de 10% pour ceux qui sont employés dans des travaux alternatifs. Le taux de la prime a été augmenté dans ces travaux en raison de la baisse du nombre de jours de travail qu'ils nécessitent. En effet, pour le taux normal de 8 % la loi exige 200 jours de travail par an; et pour les travaux alternatifs 160 jours au minimum sont suffisants.

b) Il est encore majoré pour ceux qui sont employés dans les travaux pénibles et épuisants entraînant l'usure prématurée des forces physiques; les travaux de cette nature sont énumérés dans un Règlement (6.4.1950) indiquant le détail d'application de la loi (art. 11); en outre le degré d'épuisement et d'usure que suscite le travail entrepris y est aussi indiqué. Ainsi les travaux souterrains et sous-marins entrent dans cette catégorie et le degré d'épuisement est de 30 %; il en est de même pour les travaux effectués à haute pression et à température élevée; pour les travaux de nitruration des matières explosives etc... Tandis que dans la fabrication de matières explosives, de soudure oxygène et électrique effectuée à la main, dans les travaux exécutés dans l'eau ou à l'humidité ce degré est de 15%. La prime normale de 8 % est majorée proportionnellement à ces chiffres. Par exemple, le taux de la cotisation de l'ouvrier lamineur dont le travail est à un taux d'épuisement de 30 % sera de  $8 + (8 \times 30/100) = 10.400 \%$ . Tandis que celui d'un soudeur à la main sera de  $8 + (8 \times 15/100) = 9,2 \%$ . Ces cotisations sont aussi payées moitié par l'ouvrier et moitié par l'employeur.



c) Si l'ouvrier est affecté à un travail alternatif qui est en même temps épuisant et pénible, le taux de base de la cotisation n'est plus de 8 mais de 10%. Celui-ci sera majoré en proportion directe du taux d'épuisement. Par exemple si le travail alternatif est aussi un travail épuisant de 30%, la cotisation sera de  $10 + (10 \times 30/100) = 13\%$ ; s'il est de 15 %, la cotisation sera de  $10 + (10 \times 15/100) = 11,5 \%$ .

Les règles de recouvrement et de paiement des primes étant les mêmes que pour les autres assurances, nous nous contentons de renvoyer aux explications déjà données.

### 3. Prestations :

Elles sont de deux sortes: pension de vieillesse et remboursement en capital. Outre l'assuré, le conjoint, les enfants, les pères et mères peuvent aussi en bénéficier. Etudions - les séparément.

a) *Pension de vieillesse*: Pour pouvoir bénéficier de la pension de vieillesse, il faut avoir 60 ans révolus. Cet âge est la limite de base, la limite normale pour l'ouvrier et l'employé soumis à la loi sur l'Assurance - vieillesse. Mais la loi prévoit aussi des cas de vieillesse prématurée. Les conditions à réaliser pour bénéficier de la pension - vieillesse sont différentes dans chacun de ces cas.

a: *L'Assuré âgé de 60 ans révolus*: c'est le cas normal. Trois conditions sont exigées.

*Premièrement*: il faut que l'assuré ait travaillé pendant 25 ans au moins. Si l'ouvrier a débuté assez jeune, par exemple à 17, 25, 30 et même 35 ans, il pourra réclamer sa pension à 60 ans. Ainsi il aura travaillé respectivement 43, 35, 30 et 25 ans. Mais s'il débute plus tard, il n'aura droit à la pension qu'une fois les 25 années de travail accompli; ainsi s'il se met au travail à 40 ans, ce n'est qu'à 65 qu'il pourra bénéficier d'une pension et non plus à 60. Cependant la détermination d'un âge limite n'était pas sans inconvénient: au jour de l'entrée en vigueur de la loi, il se trouvait des ouvriers âgés qui n'auraient pas pu remplir la condition de 25 années de travail. Appliquée à la lettre, la loi n'aurait profité aux ouvriers que dans 25 ans, ce qui évidemment était contraire non seu-

lement à la justice sociale, mais aussi à la solidarité qui existe entre les générations d'une même classe sociale. C'est pour éviter cette injustice que la loi ne cherche pas la réalisation de cette condition pour les ouvriers ayant dépassé l'âge de 35 ans au jour de l'entrée en vigueur de la loi (c'est-à-dire le 1.4.1950). Dès cette date, il suffit qu'ils soient restés assurés pendant au moins un an, pour qu'à l'âge de 60 ans une pension leur soit allouée. Par exemple, un ouvrier âgé de 55 ans touchera sa pension à 60 bien qu'il soit demeuré assuré pendant 5 ans seulement. De même l'ouvrier âgé de 63 ans pourra réclamer sa pension à 64, si durant cette année il a payé sa cotisation.

*Deuxièmement* : il faut que l'assuré ait versé une cotisation annuelle moyenne de 200 jours dès son affiliation jusqu'au jour où il est appelé à bénéficier de la pension. Pour pouvoir contrôler avec efficacité et précision la réalisation de cette condition, la loi institue un système de fichier individuel avec correspondance d'un livret d'Assurance portant un numéro d'ordre qui restera constant pendant toute la carrière de l'assuré. Il sera ainsi facile à l'assuré de prouver son identité et la réalisation des conditions exigées par la loi. Pour faciliter les opérations de l'Administration, un système mécanographique très moderne a été introduit tant au Bureau Central que dans les grandes Agences régionales.

*Troisièmement*: l'Assuré doit acquérir 200 jours d'assurance dans les trois dernières années précédant la réalisation du risque. Dans le rapport de la Mission du B.I.T. (p. 98), nous lisons les lignes suivantes: "La densité moyenne seule ne suffit pas à qualifier l'assuré; il faut en cas de réalisation d'un risque que l'intéressé justifie d'un certain minimum de cotisation (stage), et, depuis, qu'il soit sensé ne pas avoir cessé définitivement de faire partie de l'effectif des assurés (période de protection). "La loi réunit ces deux conditions en une seule, en exigeant que l'assuré acquiert 200 jours d'assurance au moins dans les trois dernières années précédant la réalisation du risque.

$\beta$ : *l'assuré âgé de moins de 60 ans*: Dans certains cas avons-nous dit, la loi abaisse la limite d'âge normal et crée pour ainsi dire des cas de vieillesse pécoce. Ces cas sont au nombre de deux:



*Premier cas* : le salarié atteint d'invalidité permanente l'empêchant d'exécuter un travail rémunérateur pourra bénéficier de l'Assurance pension à 50 ans révolus s'il a satisfait aux autres conditions énumérées plus haut. (25 ans de travail, paiement moyen annuel de 200 jours de cotisations, paiement de 200 jours d'Assurance dans les 3 dernières années précédant le sinistre). La loi prévoit l'élaboration d'un règlement pour définir et préciser les cas d'invalidité. (Art. 12) (Voir Règlement Assurance - vieillesse art. 16.) Bien que cette manière de procéder ait l'avantage d'éviter des conflits et d'apporter une certitude; elle a, selon nous, l'inconvénient d'être trop rigide, de ne pouvoir s'étendre à tous les cas qui se présentent dans la pratique et partant risque de devenir arbitraire et inéquitable :

Aussi, préférons-nous, une définition large qui tiendrait compte non seulement d'une lésion physique du salarié, mais aussi et surtout de la perte de gain qui en résultera pour lui. La pratique administrative et la jurisprudence des Tribunaux viendront préciser le contenu d'une telle définition et l'adapter aux circonstances toujours mouvantes de la vie. Comme le dit de rapport de la Mission du B.I.T. "on peut regarder celles-ci comme étant au moins aussi importantes que la législation elle-même" (p. 101).

*Deuxième cas*: pour le salarié affecté à un travail déprimant et occasionnant une usure sur son organisme, une diminution est faite de l'âge normal de vieillesse, compte tenu du degré d'usure occasionné par le travail effectué. Nous savons qu'un règlement a divisé ces travaux en deux, les uns occasionnent une usure de 30%, les autres seulement de 15%. Aussi, l'âge normal est-il abaissé dans ces proportions. Par exemple, un ouvrier ayant travaillé 5000 jours dans un Industrie où l'usure est de 30 % bénéficiera d'une marge de 1500 jours. Mais la loi précise que cet âge ne peut être inférieur à 54 ans. Comme nous l'avons déjà dit, les salariés travaillant dans de telles Industries sont assujettis à une prime majorée, mais par contre ils bénéficient d'une diminution de la limite d'âge. Mais faut-il encore que les autres conditions générales soient réalisées.

γ. *Les salariés affectés à des travaux alternatifs* : la durée moyenne annuelle de 200 jours est abaissée à 160 jours pour ceux-

ci; (c'est pourquoi le taux de leur prime est porté de 8 à 10 %). Les autres conditions générales demeurent analogues; par conséquent ils n'auront droit à la pension qu'à l'âge de 60 ans révolus. Si, cependant ils ont été affectés à des travaux alternatifs pour certaines années et à des travaux continus pour d'autres, on calculera 160 jours pour les uns et 200 jours pour les autres. Si le travail alternatif est en même temps un travail épuisant occasionnant une usure prématurée (comme le travail des mines), une diminution est effectuée proportionnellement au degré de l'usure. Ainsi pour les travaux de mine où l'usure est de 30 %, 124 jours de cotisation seront tenus équivalents à 160 jours de cotisation pour les autres.

Ces conditions réalisées, quel sera le *montant* de la pension vieillesse ? On peut dire en règle générale, qu'il est proportionnel à la somme des cotisations versées. Par conséquent, il sera facteur de la durée du travail de l'assuré et du niveau de son salaire. Plus d'années il aura travaillé et plus élevé aura été son salaire, plus haut sera le montant de sa pension. Ainsi calculée, la pension est le 20 % des primes payées. Elle est versée mensuellement et à titre viager. Si cependant, le montant annuel de la pension se trouve être inférieur à 400 Ltqs., l'assuré touchera ce montant qui est considéré comme un minimum par la loi.

Au cas où l'assuré serait en état de réclamer l'Assurance - invalidité totale et l'Assurance - vieillesse, il bénéficiera de la totalité de celle qui est la plus élevée et de la moitié de l'autre.

*Pension de veuves* : une pension est accordée à la veuve de l'ouvrier si celui-ci touchait déjà une pension ou s'il avait le droit de la réclamer. Il faut pour cela qu'ils aient été mariés depuis au moins un an et que la veuve ne touche pas par ailleurs un salaire ou une autre pension. Cependant, au cas où les revenus personnels de la veuve seront inférieurs à la pension, l'Assurance lui versera la différence. Mais la pension de viduité ne dure que trois ans; au cas où la veuve aura atteint ses 50 ans sans s'être remariée elle touchera à nouveau son ancienne pension. Celle-ci est des 40 % de la pension que touchait ou devait toucher l'assuré décédé.

Un autre cas où la pension est accordée à la veuve est le suivant :



Si l'ouvrier décédé a rempli un minimum de 25 années de travail, a payé sa cotisation moyenne annuelle, et une moyenne de 200 jours pour les trois dernières années et qu'il ait 50 ans révolus, le montant de la pension à accorder à la veuve est encore les 40 % de ce que l'ouvrier aurait touché si à cette époque une pension lui eut été accordée.

*Pensions d'orphelins* : Une pension est accordée à l'orphelin de l'ouvrier jusqu'à ce qu'il ait accompli ses 18 ans ; s'il est invalide et incapable de travailler cette rente est constituée à titre viager. La pension à accorder à un ou plusieurs orphelins ne peut en aucun cas dépasser les 20 % de la pension de l'assuré décédé. Ce montant est partagé entre les enfants.

*Pension aux père et mère* : ceux-ci ne bénéficient d'une pension que si l'assuré décède sans descendant. La pension qui leur sera accordée est de 20 % de la pension de l'assuré décédé. Elle sera partagée à égalité entre le père et la mère s'ils sont en vie; si l'un d'eux est décédé la totalité reviendra à l'autre. Cette pension aussi est viagère.

b) *Remboursement en capital*:

1. *L'Assuré* qui ne bénéficiera pas d'une pension, parce qu'il n'a pas réuni toutes les conditions requises par la loi se verra attribuer un capital dans les cas suivants:

a) *Mariage*: l'ouvrière qui est assurée depuis 5 ans au moins, qui a versé par an en moyenne 200 journées (160 pour les travaux alternatifs) de cotisations durant l'époque où elle travaillait, reçoit un capital au cas où elle quitte son travail dans le but de contracter mariage. Cette somme est égale au montant des primes versées par elle seule. Si elle reprend le travail, on ajoutera les nouvelles prérogatives à acquérir à celles déjà acquises ultérieurement, à condition qu'elle restitue le capital qui lui avait été alloué lors de son mariage.

β) *Le non accomplissement des 25 ans* : l'ouvrier qui n'arrive pas à accomplir les 25 années de stage exigé par la loi, se voit attribué une somme égale au montant des primes versées par lui seul, si à l'âge de 65 ans il quitte le travail. Pour cela il faut qu'il

soit assuré depuis au moins 5 ans et qu'il ait versé par an en moyenne 200 journées de cotisations (160 pour les travaux alternatifs).

γ) *Incapacité de travail* : si pour des raisons de santé, l'assuré se voit obligé d'abandonner définitivement toute activité rémunératrice, il aura aussi droit à un capital, à condition qu'il n'ait pas acquis droit à la pension vieillesse. L'art. 16 du Règlement de l'Assurance vieillesse cite les cas d'invalidité. Ajoutons que l'assuré, pour pouvoir jouir de cette prérogative, doit avoir satisfait aux conditions générales exigées par la loi; c'est alors seulement qu'il se voit attribuer un capital égal aux cotisations versées par lui et pour lui. Mais si son invalidité résulte d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, cette somme forfaitaire sera réduite au montant des primes versées par l'assuré seul, car il touchera d'autre part une indemnité pour invalidité.

2. Si l'ouvrier décède avant qu'il ait acquis droit à la jouissance d'une pension, le remboursement du capital se fait à ses *ayant-droits*.

Si l'assuré décède avant qu'il n'ait accompli ses 50 ans, et qu'il ait versé une cotisation annuelle moyenne de 200 journées depuis son affiliation jusqu'à son décès, le montant des primes payées par lui et pour lui est restitué à ses *ayant-droits*. Cette somme est ainsi partagée : la moitié à la veuve, le quart à chaque enfant n'ayant pas dépassé les 18 ans (âge de la majorité en Turquie); cependant le total des sommes versées à la veuve et aux orphelins ne peut dépasser le montant du capital à rembourser; si avec le décès du père, les enfants restent orphelins de père et mère, les 30 % du montant des cotisations sont alloués à chacun d'eux sans que le total puisse dépasser le montant du capital à rembourser.

Si après ce partage, il reste un reliquat, celui-ci est attribué au père et à la mère du de cujus à condition que de son vivant il fut chargé de leur entretien soit facultativement soit par décision judiciaire.

Enfin, au cas où les *ayant-droits* toucheraient une indemnité de l'assurance accident de travail - maladies professionnelle, le capital remboursé est réduit de moitié. En outre, au décès de l'assu-



ré une somme forfaitaire de 50 Ltqs. est attribuée à la famille pour frais funéraires; mais si l'assurance accident de travail - maladie professionnelle aurait payé ces frais, cette somme forfaitaire n'est plus versée à la famille.

#### 4. *Continuation facultative de l'Assurance.*

Rappelons que pour pouvoir bénéficier de la pension vieillesse, l'assuré doit avoir travaillé 25 ans au moins et avoir versé annuellement une moyenne de 200 journées de primes. Si ces conditions ne sont pas réunies l'assuré perd tous ses droits. C'est pour remédier à la situation des travailleurs se trouvant dans ce cas que la loi a institué un système d'Assurance facultative.

Pour profiter de ce système il faut :

a) que le salarié ait déjà travaillé pendant au moins 5 ans dans une entreprise assujettie à l'assurance vieillesse ;

b) qu'il ait versé sa cotisation de 200 journées (160 pour les travaux alternatifs);

c) qu'il ait avisé l'Administration des Assurances, dans l'année qu'il a quitté son travail, de son désir de continuer l'assurance à son compte;

d) qu'il ait effectué le versement annuel de ses cotisations, d'après un taux de 8 % calculé sur l'assiette de son dernier salaire, et pour un montant correspondant à 250 journées au minimum.

Ces conditions réalisées, l'assuré jouit des mêmes droits et prérogatives que les assurés obligatoires.

#### CONCLUSION.

Nous arrivons ainsi au terme de notre exposé sur la description des Assurances Sociales en Turquie. Nous nous rendons très bien compte que nous sommes loin d'avoir épuisé notre sujet; car nous nous sommes contenté de dégager les lignes générales de la législation turque et d'y indiquer certaines solutions pratiques. Nous nous sommes aussi efforcé de souligner la tendance de la législation et la préoccupation du législateur turc d'étendre progressive-

ment le champ des lois de la Sécurité Sociale. Le système des Caisses d'entraide des confréries et corporations est bien éloigné; comme aussi est dépassé le système d'aide et d'assistance créé pour les mineurs de la région d'Heraclee. Mais on est encore loin d'avoir atteint un vrai système de sécurité sociale complet. D'abord parce qu'un grand nombre de travailleurs sont exceptés du bénéfice des Assurances, et parce qu'ensuite tous les risques sociaux ne se trouvent pas encore complètement couverts par la loi.

Mais il ne faut pas oublier que c'est depuis 1945 seulement qu'un véritable effort a été entrepris pour la prévention et l'indemnisation des risques professionnels et sociaux. Depuis cette date de grands progrès ont été réalisés dans ce domaine 1° par l'élargissement du cercle des personnes assujetties aux lois de la sécurité sociale, 2° par la création de l'Assurance facultative et collective, 3° par l'établissement progressif des Assurances couvrant les risques sociaux.

S'il est vrai de dire que le présent est plein du passé et gros de l'avenir, nous pouvons tirer la conclusion qu'en Turquie, bien que la question de la Sécurité Sociale soit à ses débuts, une tendance nette se manifeste dans la législation et chez les hommes d'Etat vers la création d'un système de Sécurité Sociale unique et général.

#### BIBLIOGRAPHIE DU DROIT TURC (\*)

##### II — Ouvrages en français

- BAŞGİL, Ali Fuad : Le Travail (dans la Vie juridique des peuples), Paris 1939.
- BERKER, Faruk : L'assistance et l'assurance sociale en Turquie, thèse Genève, 1949
- B. I. T. : Les problèmes du Travail en Turquie (Etudes et Documents, N. S. 25), Genève, 1950

(\*) Nous ne citons que les ouvrages et études se rapportant directement au Droit turc; quant aux ouvrages généraux d'Economie sociale, de Droit du Travail et des Assurances sociales, nous les supposons connus.



- HAMAMIOĞLU, Orhan : La réparation des accidents du travail dans les principaux pays et particulièrement en Turquie, thèse Grenoble 1945 (imprimée à Lausanne)
- LE GENISSEL, A. : L'ouvrier d'industrie en Turquie, Beyrouth 1948
- OSMAY, Mukdim : L'artisanat en Turquie (Extrait de la Revue internationale du Travail), Genève 1935

## II — O u v r a g e s e n t u r c

- AĞAOĞLU, S. : et HÜDAİOĞLU, S. : Histoire du Droit du Travail, 1939
- AK, Rexat : Voir, Soykan Şükrü
- AKSOY, Sadri : Législation annotée des assurances ouvrières, İzmir 1946
- ARKAN, Baha : Les maladies professionnelles, Ankara 1947
- DİCLELİ, Vedat : Le paupérisme et les formes de l'assistance sociale (Rev. de la Faculté de Droit d'Ankara, T. III, p. 108)
- ESEN, Bülent N. : Droit du Travail turc, Ankara 1944
- İŞÇİ SİGORTALARI KURUMU : Guide de l'assurance vieillesse (destiné à l'usage des ouvriers), Ankara 1949
- KURTAY, Muammer : Les assurances ouvrières (Rev. de la Faculté de Droit d'Ankara, T. III, p. 384)
- MINISTÈRE DU TRAVAIL : Législation du Travail, T. I, Ankara 1946
- SAYMEN, Ferit H. : Cours de Droit du Travail (polycopié), professé à la Faculté de Droit d'Istanbul, 1951
- Tribunal compétent dans les conflits résultant des assurances ouvrières (Extrait de la Revue du Barreau d'Istanbul), Istanbul 1951
- Les tendances de développement du Droit du Travail turc, 1950 (Extrait de la Revue de Droit social et d'Economie)
- La nature juridique de l'Institution des Assurances ouvrières, note de jurisprudence (Extrait de la Revue de la Faculté de Droit d'Istanbul), 1949
- La notion d'accident de travail (Çalışma, No. 17, p. 17)
- SOYKAN, Şükrü : Les assurances sociales en Turquie (dans A.I.S.S., polycopié, p. 40), Genève, Juillet 1950
- SOYKAN, Şükrü et AK, Reşat : L'assurance vieillesse et son mode d'application, Ankara 1949
- TARUS, İlhan : Les Ahis, Ankara 1947
- TOLGA, Muammer V. : Droit du Travail, İstanbul 1943
- Les bases sociologiques et juridiques des assurances ouvrières en Turquie (Revue du Barreau d'Istanbul, 1949, p. 449)
- UZBARK, H. : L'assurance du point de vue social (Çalışma, No. 16, p. 25)
- YAVUZ, Fehmi : Nos assurances sociales (Rev. de l'Ecole des Sciences Politiques, 1947, T. II, p. 333; T. III, 1948, p. 140)
- YİĞİTLER, Nazif U. : Droit ouvrier du bassin houiller d'Héraclée, Zonguldak 1943

**II — Documents officiels turcs**

PROCES-VERBAUX de l'Assemblée Générale de l'Institution des Assurances ouvrières, de 1945 à 1950. Un volume pour chaque session annuelle.

RAPPORTS annuels d'activité et bilans de la Direction Générale de l'Institution des Assurances ouvrières, de 1946 à 1950. Un volume pour chaque année d'activité.

RAPPORTS annuels des censeurs de l'Institution des Assurances ouvrières, de 1948 à 1950.

**IV — Revues turques**

ÇALIŞMA (Travail), Organe du Ministère du Travail, Ankara (mensuel)

REVUE de la Faculté de Droit de l'Université d'Ankara (trimestriel)

REVUE de la Faculté de Droit de l'Université d'Istanbul (trimestriel)

REVUE de l'Ecole des Sciences Politiques, Ankara (trimestriel)

REVUE de Droit social et d'Economie, İstanbul (mensuel)

REVUE du Barreau d'Istanbul (mensuel).

---