

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

---

ÉVOLUTION ET TENDANCES  
de la  
SÉCURITÉ SOCIALE

\*

\* \*

ITALIE

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

Genève 1959

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

---

ÉVOLUTION ET TENDANCES  
de la  
SÉCURITÉ SOCIALE

\*

\* \*

ITALIE

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

Genève 1959

I

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

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

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

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

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

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

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

Etant donné que d'une part elles reflètent fidèlement l'évolution de la législation sur la sécurité sociale jusqu'à ce jour, telle qu'elle résulte des données recueillies, et que d'autre part elles étendent leur analyse à toutes les catégories de travailleurs protégées par les assurances sociales,

ces monographies peuvent être considérées comme constituant un supplément à celles publiées par la Haute Autorité "Les régimes de Sécurité Sociale applicables aux travailleurs du charbon et de l'acier dans la Communauté et en Grande-Bretagne".

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

S o m m a i r e

	<u>Page</u>
Avant-Propos	2
Assurance-Maladie	8
Assurance-Maladie des cultivateurs indépendants	95
Assurance-Maladie des employés de l'Etat	103
Assurance-Maladie des travailleurs au service des administrations locales	129
Assurance-Maladie des fonctionnaires des établissements de droit public	180
Assurance Invalidité	} 201
Assurance Vieillesse	
Assurance Survivants	
Accidents du travail et Maladies professionnelles	218
Allocations familiales	286
Assurance chômage	295
Annexe I - Plan de l'étude	310

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

---

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

AVANT-PROPOS

Italie

GENEVE 1959

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

En Italie, l'assurance-maladie n'est pas régie par une loi de portée générale, mais par plusieurs textes législatifs s'appliquant aux différentes catégories de travailleurs, du secteur public et du secteur privé, qui ont été adoptés successivement depuis l'établissement de l'assurance.

C'est dans le secteur de la production que l'assurance contre la maladie s'est constituée primitivement, au moment où les syndicats ont créé des sociétés de secours mutuels destinées à couvrir les besoins divers des travailleurs de différentes catégories; puis elle devait former par la suite, autour de l'Institut national d'assurance contre la maladie, au sein duquel les mutuelles syndicales des principaux secteurs de la production ont fusionné en application de la loi de 1943, le noyau central du régime le plus étendu qui ait été mis sur pied en vue de protéger les travailleurs en cas de maladie.

Ainsi, l'INAM gère l'assurance-maladie des travailleurs de l'agriculture, de l'industrie, du commerce, du crédit, des assurances et des services fiscaux affermés, et d'autres institut s'occupent des nombreux régimes d'assurance institués en faveur de certaines catégories de travailleurs des secteurs public et privé. Ce sont:

- 1)- Pour les travailleurs du spectacle, l'Institut national de prévoyance et d'assistance aux travailleurs du spectacle (1934) (Ente Nazionale di previdenza ed assistenza per i lavoratori dello spettacolo).
- 2)- Pour les employés et techniciens de l'agriculture et de la sylviculture, la Caisse nationale d'assistance aux employés de l'agriculture et de la sylviculture (1937) (Cassa Nazionale di Assistenza per gli Impiegati agricoli e forestali);
- 3)- Pour les gens de mer, les Caisses maritimes adriatique, tyrrénienne et méridionale (1937) (Cassa Marittime Adriatica, Tirrena e Meridionale);
- 4)- Pour les fonctionnaires des établissements de droit public, le Fonds national de prévoyance pour les fonctionnaires des établissements de droit public (1939) (Ente Nazionale di Previdenza per i Dipendenti da Enti di diritto pubblico);

- 5)- Pour les fonctionnaires de l'Etat, l'Institut national de prévoyance et d'assistance des employés de l'Etat (1942) (Ente Nazionale di Previdenza e assistenza per i dipendenti statali);
- 6)- Pour les employés des administrations locales, l'Institut national d'assistance aux employés de l'administration locale (1946) (Istituto Nazionale di assistenza dipendenti enti locali);
- 7)- Pour les travailleurs de l'aviation, la Caisse maritime Tyrrhénienne (1950) (Cassa Marittima Tirrena);
- 8)- Pour les journalistes professionnels, l'Institut national "G. Amendola" de prévoyance pour les journalistes italiens (1951) (Istituto Nazionale di previdenza per i giornalisti italiani "G. Amendola");
- 9)- Pour les cultivateurs indépendants, la Fédération nationale des caisses mutuelles de maladie pour les cultivateurs indépendants (1954) (Federazione Nazionale delle Casse mutue di malattia per i coltivatori diretti);
- 10)- Pour les dirigeants d'entreprises industrielles, le Fonds d'assistance-maladie pour les dirigeants des entreprises industrielles (1954) (Fondo assistenza sanitaria per i dirigenti di aziende industriali);
- 11)- Pour les agents et représentants de commerce, l'Institut national des Agents et représentants de commerce (1955) (Ente Nazionale Agenti e Rappresentanti di commercio);
- 12)- Pour les titulaires de pensions, d'allocations ou de rentes, les instituts chargés de gérer l'assurance-maladie auxquels les titulaires de pensions étaient affiliés durant la durée de leur rapport de travail (1955); et l'Institution nationale pour les retraités d'Italie (Opera Nazionale Pensionati d'Italia);
- 13)- Pour les artisans, la Fédération nationale des caisses de maladie mutuelles de l'artisanat (1956) (Federazione Nazionale Casse Mutue di Malattia per gli artigiani).

On constate donc que le champ d'application de l'assurance-maladie s'est étendu progressivement et que de nouvelles catégories de travailleurs ont été admises au bénéfice de l'assurance, soit par suite de leur affiliation à des organismes existants, soit par suite de la création d'instituts spéciaux; de plus, les divers organismes compétents s'emploient sans relâche à adapter et à étendre les prestations



en vue de mieux coordonner les activités exercées au sein de chacun d'entre eux aussi bien qu'à l'échelon général.

Cette tendance s'est accentuée et généralisée à partir de 1952. A ce propos, le Directeur général du Service de la prévoyance et de l'assistance du Ministère du travail et de la prévoyance sociale, M. Giovanni Carapezza, s'est exprimé en ces termes dans son rapport en date du 14 juillet 1958:

"Ce que je tiens à faire ressortir maintenant, ce sont les points saillants de l'évolution que l'assurance elle-même a suivi depuis 1952.

Les principes traditionnels sur lesquels le régime d'assurance-maladie se fondait précédemment étaient les suivants:

- la protection était limitée aux seuls travailleurs prêtant leurs services pour le compte d'autrui, dans l'exercice de leur activité rémunérée; en étaient donc exclus les travailleurs indépendants et les travailleurs qui avaient cessé d'exercer une activité rémunérée pour cause d'invalidité ou de vieillesse;
- les rapports de travail qui n'étaient pas, et ne pouvaient pas être régis par des contrats collectifs ne pouvaient bénéficier de la protection de l'assurance. Ce dernier principe procède de considérations d'ordre historique, puisque l'assurance-maladie tire son origine de rapports contractuels.

Le caractère anachronique de ces principes n'a pas échappé à la Commission chargée d'étudier la réforme de la prévoyance sociale qui, dans ses projets n°1, 2 et 6 respectivement, a proposé d'étendre la protection de l'assurance à tous les travailleurs du secteur privé et du secteur public qui prêtent leurs services pour le compte d'autrui, sans limite ni exclusion, ainsi qu'à tous les travailleurs indépendants qui tirent, exclusivement ou principalement, leurs revenus d'un travail individuel ou familial; d'étendre le service des prestations en nature accordées au titre des éventualités matérielles temporaires à tous les titulaires de rentes d'invalidité ou de vieillesse, aux membres de leur famille et à leurs survivants.

La législation a été modifiée dans le sens de ces propositions à partir de 1952. En effet:

- la loi n° 35 du 18 janvier 1952 a étendu la protection de l'assurance contre les maladies aux travailleurs prêtant

des services domestiques et familiaux, et elle en a confié la gestion à l'INAM;

Cette mesure a écarté le principe qui voulait que soient exclus du bénéfice de l'assurance les travailleurs dont les rapports de travail n'étaient pas régis par un contrat collectif;

- La loi n°1136 du 22 Novembre 1954 a assujetti à l'assurance contre la maladie les cultivateurs indépendants et les membres de leur famille, transgressant ainsi le principe selon lequel les travailleurs indépendants ne pouvaient bénéficier de la protection de l'assurance.

Le champ d'application de l'assurance a été élargi ultérieurement par les textes législatifs suivants: la loi n°1535 du 29 décembre 1956, qui a institué l'assurance obligatoire pour les artisans et les membres de leur famille; la loi n°91 du 15 février 1958, qui a institué l'ENPAV, organisme qui est chargé, notamment, de l'assistance maladie aux vétérinaires; et enfin, la récente loi n°2 50 du 13 mars 1958, qui a assujetti à l'assurance les pêcheurs de la petite pêche maritime et des eaux intérieures et les membres de leur famille, qui ont été affiliés au même régime que les ouvriers de l'industrie et a confié la gestion de l'assurance à l'INAM.

L'assistance aux cultivateurs indépendants, aux artisans et aux petits pêcheurs est financée au moyen des cotisations payées par les bénéficiaires eux-mêmes et par l'Etat, dont la participation financière se substitue, en quelque sorte, dans ce régime d'assurance, à la cotisation de l'employeur et sert à couvrir les charges entraînés par les assurances générales obligatoires.

Les deux lois ayant institué le régime d'assurance des cultivateurs indépendants et des artisans ont créé des instituts à l'organisation complexe qui sont dotés de la personnalité publique et dont les compétences s'étendent soit à l'ensemble du territoire national, soit à certaines localités seulement: les caisses mutuelles communales et provinciales sont groupées au sein de la Fédération nationale des caisses mutuelles de maladie des cultivateurs indépendants, et les Caisses mutuelles provinciales au sein de la Fédération nationale des caisses mutuelles de maladie de l'artisanat.

A propos de la multiplicité des instituts en question, il me semble devoir rappeler une controverse, qui s'est ravivée au moment de l'application des lois n°1136 de 1954 et n°1535 de 1956, et a parfois tourné à la polémique, et qui porte sur l'opportunité d'une décentralisation aussi poussée

du régime d'assistance aux cultivateurs indépendants et aux artisans, décentralisation qui ne peut qu'être préjudiciable et inéquitable pour les assurés, tant parce qu'elle provoque une augmentation des dépenses administratives, que parce qu'elle ne permet pas d'attribuer les prestations selon des critères uniformes.

Enfin, les deux lois n°841 du 30 novembre 1953 et n°692 du 4 août 1955 ont étendu la protection de l'assurance contre la maladie aux catégories de travailleurs qui ont interrompu leur vie active pour cause d'invalidité ou de vieillesse. En effet, en vertu de ces textes, les prestations en nature doivent être accordées à tous les bénéficiaires de pensions, d'allocations et de rentes du secteur public et du secteur privé, aux membres de leur famille et à leurs survivants, lesquels ont personnellement droit à l'assistance s'ils sont titulaires de rentes de réversibilité.

La loi n°841 de 1953 a arrêté les modalités d'attribution des prestations aux retraités de l'Etat, et elle a confié la gestion de l'assurance à l'ENPAS.

La loi n°692 de 1955 a défini le régime d'assistance-maladie de toutes les autres catégories de titulaires de pensions, de retraites et de rentes viagères de l'un et l'autre secteurs considérés.

Le régime prévu par la dite loi, qui s'est inspiré des suggestions et propositions d'une commission d'experts qui ont effectué des études spéciales en la matière et se sont même rendus à l'étranger à cet effet, se fonde sur le concept fondamental que l'assistance-maladie au pensionné n'est pas autre chose que la continuation de l'assistance qui recevait pendant la durée du rapport de travail.

Par conséquent, le législateur a imposé le service des prestations aux mêmes instituts et organismes qui ont protégé le pensionné contre la maladie lorsqu'il exerçait son activité rémunérée.

Comme des dérogations ont été prévues en faveur de certains instituts de prévoyance ne disposant pas d'un réseau de services sanitaires s'étendant à l'ensemble du territoire national, les pensionnés qui sont domiciliés dans certains villages éloignés des dispensaires ont éprouvé les plus grandes difficultés à obtenir les prestations.

Dans ces circonstances, le service des prestations en nature auxquelles ont droit les pensionnés qui étaient assisté précédemment par les instituts en question est à la charge exclusive de l'INAM, qui dispose d'un réseau de services sanitaires très dense grâce auquel les pensionnés domiciliés dans des centres secondaires peuvent plus facilement recourir à l'assistance à laquelle ils ont droit."

Les monographies qui suivent exposent l'évolution de l'assurance-maladie dans le cadre des organismes les plus importants.

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

I T A L I E

ASSURANCE - MALADIE

TABLE DES MATIERES

	<u>page</u>
EVOLUTION ET TENDANCES DE L'ASSURANCE CONTRE LA MALADIE EN ITALIE	10
STRUCTURE	35
CHAMP D'APPLICATION	41
PRESTATIONS	45
EVOLUTION DES CHARGES ET DE LEUR REPARTITION ENTRE LES DIVERSES PRESTATIONS	78
FINANCEMENT	90

L'ASSURANCE-MALADIE DES TRAVAILLEURS DE L'AGRICULTURE, DE  
L'INDUSTRIE, DU COMMERCE, DU CREDIT, DES ASSURANCES, DES  
SERVICES DOMESTIQUES ET DE LA PETITE PECHE ET DES TITULAI-  
RES DE RENTES DES MEMES SECTEURS.

(Gérée par l'Institut National  
d'Assurance contre la Maladie)

- 0 -

"EVOLUTION ET TENDANCES DE L'ASSURANCE  
CONTRE LA MALADIE EN ITALIE"

Depuis le milieu du XIXème siècle à peu près, à savoir depuis que les diverses parties de l'Italie se sont réunies pour constituer un Etat européen indépendant, l'assurance sociale contre la maladie a passé par trois grandes étapes qui en ont déterminé logiquement et successivement le caractère: la loi n°3818 du 15 avril 1886, qui a défini le statut juridique des sociétés de secours mutuels, la loi n°563 du 3 avril 1926, qui traitait de la reconnaissance juridique des associations syndicales, et la loi n°138 du 11 janvier 1943 qui a institué l'organisme unique chargé de gérer l'assistance-maladie en faveur des travailleurs.

Antécédents historiques de la loi n°3818 du 15 Avril 1956.

Le processus d'évolution qui a débuté au commencement du XIXème siècle dans tous les domaines - de façon manifeste dans les domaines techniques et scientifiques, et, moins visiblement, mais non moins profondément dans les moeurs et la morale - a influé en Italie également sur la conception que l'on avait de l'assistance et des méthodes d'assistance qui, auparavant, relevaient pour ainsi dire uniquement de la charité. Ainsi, dans la recherche des solutions aux problèmes sociaux qui s'est toujours inspirée de l'esprit de solidarité, on en vient à attacher toujours plus d'importance à l'élément humain qui postule le respect de la personnalité considérée comme un ensemble d'aspirations, de sentiments et de besoins qui confèrent à chaque être humain son individualité.

C'est de ce désir d'affranchir la personne humaine

de toute servitude morale et matérielle qu'a procédé la création de la société de secours mutuels qui groupait généralement des travailleurs appartenant à la même catégorie professionnelle et se proposaient souvent pour but d'accorder une forme ou l'autre d'assistance en cas de maladie.

Dès le début, ces organismes volontaires ont eu une existence précaire: en 1870, une enquête officielle montre que sur les 470 sociétés examinées, 28 seulement remplissent leurs obligations statutaires. Néanmoins, cette forme d'assistance qui se fonde sur l'esprit de la solidarité suscite un tel enthousiasme que le nombre des sociétés nouvelles ne cesse d'augmenter.

Il arrive donc un moment où il faut faire face à la situation créée par cet essor de la mutualité libre tant pour pallier l'absence de législation uniforme et coordonnée que pour remédier au déficit financier chronique des diverses sociétés de secours mutuels.

#### La loi n°3818 du 15 avril 1886.

Après des débats prolongés, et après le rejet successif de trois projets parlementaires (1877, 1880 et 1881) qui témoigne à l'évidence de la perplexité du gouvernement face aux problèmes économiques et politiques que posent les diverses solutions proposées, le Parlement a fini par fixer le statut juridique des sociétés de secours mutuel. La loi n°3818 définit les modalités de constitution des sociétés et arrêteait les normes qui devaient en régir le fonctionnement. Ainsi, en dépit des incertitudes et de l'instabilité de leurs programmes, les sociétés de secours mutuels se voient fixer un but précis: accomplir une oeuvre d'assistance en accordant aux malades des subsides et, dans certains cas, des prestations en nature. Bien que la loi ne contienne aucune disposition expresse en la matière, elle eut néanmoins pour effet d'uniformiser jusqu'à un certain point les conditions d'attribution des secours, le taux des cotisations et les mesures permettant de prévenir les abus.

Les sociétés de secours mutuels eurent un essor qui fit bientôt apparaître les lacunes de la loi de 1886. En effet, la dite loi n'avait pas imposé aux sociétés de secours mutuels l'obligation de faire enregistrer leur statut par des tribunaux compétents qui leur accordaient, le cas échéant, la personnalité juridique et les avantages qu'elles auraient pu en tirer étaient tellement insignifiants qu'au bout de 30 ans un petit nombre seulement de sociétés s'étaient fait enregistrer. Sur les 6535 sociétés existantes en 1904, 1506 seulement étaient enregistrées.

Le problème appelait donc une solution plus adéquate. Deux ans après la promulgation de la loi de 1898 sur la vieillesse, les dirigeants des sociétés de secours mutuels demandaient que soit instituée l'assurance maladie obligatoire et en 1901, les sociétés se groupaient pour la première fois et créaient la "Fédération italienne des sociétés de secours mutuels".

En 1905, le deuxième congrès ouvrier républicain demandait la révision de la loi de 1886 et, par la suite, la plupart des congrès locaux et nationaux ne manquèrent jamais de réclamer l'adoption de dispositions législatives tendant à réorganiser le secteur de l'assistance mutuelle.

Pendant cette période, d'innombrables propositions de modifications furent soumises au Parlement, mais sans succès. En 1907 enfin, le ministère de l'Agriculture, de l'Industrie et du Commerce institua une commission qui mit deux ans pour élaborer un projet de loi tendant à stimuler le développement des organismes d'assistance mutuelle et, partant, à préparer le terrain pour l'assurance obligatoire.

Après avoir été modifié à plusieurs reprises, le projet fut soumis au Conseil supérieur de l'assistance et de la prévoyance publique qui, après l'avoir examiné en décembre 1915, se prononça en faveur de l'affiliation obligatoire, tout en précisant qu'il y avait lieu de procéder par étapes et de tenir compte de la situation de fait, eu égard notamment à la situation peu prospère de l'économie nationale.

Le projet de loi ainsi modifiée reconnaissait, outre les sociétés de secours mutuel enregistrées (qu'elles fussent ou non groupées au sein d'unions ou de fédérations) une nouvelle catégorie d'organismes d'assurance, les caisses agréées (organismes créés à la demande de 200 travailleurs au moins); elles auraient été tenues les unes et les autres de garantir le service des prestations minima prévues par la loi. De plus, ce projet envisageait la création d'un institut central de coordination et d'un fonds national qui servira à subventionner les divers organismes.

Ce projet n'était certainement pas ambitieux, mais il ne devait néanmoins pas emporter l'adhésion du gouvernement qui le jugea inapplicable et ne le soumit même pas à l'examen du Parlement. Lorsque le Sénat adopta, en juillet 1917, un ordre du jour qui fut accepté par le gouvernement, et dans lequel il invitait ce dernier à lui soumettre dans les 3 mois un projet de loi relatif à l'assurance obligatoire contre la maladie, les circonstances semblèrent enfin propices à la solution du problème. Le décret du Lieutenant du Royaume en date du 23 août 1917 instituait une commission de 39 membres



(puis de 53 membres) qui avait pour mandat d'effectuer "les études nécessaires pour la préparation du plan d'un projet de loi relatif à l'assurance obligatoire contre la maladie en s'efforçant de coordonner rationnellement les dispositions applicables à l'assistance en cas de maladie et d'hospitalisation, la protection de la maternité et l'assurance obligatoire contre les accidents du travail ainsi qu'aux instituts de prévoyance et de bienfaisance existants".

Cette commission avait commencé ses travaux en octobre de la même année et présenta deux projets de loi distincts en juin 1919: l'un prévoyait la création d'un régime dont l'application serait limitée à l'assurance obligatoire contre la maladie seulement; l'autre envisageait l'unification des assurances contre les éventualités entraînant l'interruption ou la disparition de la capacité de travail (maladie, maternité, invalidité, accidents, décès) et l'institution, à l'échelon national d'un régime mixte d'assurance maladie qui engloberait l'assistance gratuite aux indigents.

Cette commission a exprimé sa préférence de principe pour le second projet de loi qui, outre les dispositions décrites ci-dessus, envisageaient l'adoption des mesures suivantes: coordination de l'assurance maladie avec l'assurance vieillesse et la prévoyance sociale; organisation décentralisée reposant principalement sur des caisses communales et intercomunales uniques; attribution de prestations en espèces (indemnité journalière en cas de maladie), et en nature (soins à domicile, hospitalisation et fournitures pharmaceutiques) et enfin financement de l'assurance au moyen de cotisations payées moitié par les employeurs et moitié par les travailleurs et de subventions de l'Etat et des communes.

Les rapports avec les hôpitaux, les médecins et les pharmaciens se fondaient sur les critères suivants; transfert de l'administration des hôpitaux gérés par les sociétés de secours mutuels aux instituts d'assurance; conclusion de conventions avec les hôpitaux conservant leur autonomie de gestion; création de nouveaux centres de gestion; création de nouveaux centres sanitaires; transfert de médecins au service des instituts d'assurance; pour l'assuré, liberté de choix entre les médecins inscrits sur les listes professionnelles; les honoraires des médecins se composaient d'un élément fixe et d'un élément variant proportionnellement aux actes médicaux effectifs; garantie accordée aux médecins sur les droits dérivant du contrat de travail et de la prévoyance pour la vieillesse; faculté reconnue aux instituts d'assurance d'ouvrir des pharmacies; indemnité de résidence et régime

de prévoyance en faveur des médecins.

Ces mesures à elles seules étaient déjà révolutionnaires, mais l'extension du champ d'application de l'assurance aurait eu des répercussions plus spectaculaires encore; en effet, l'obligation de l'assurance était étendue à tous les travailleurs, nationaux et étrangers, âgés de 14 à 65 ans, à savoir: les ouvriers et employés travaillant pour le compte d'autrui dans les secteurs de l'industrie, du commerce, de l'agriculture (y compris les colons, métayers et fermiers), de la chasse et de la pêche, des services publics, des professions libérales (y compris les instituteurs et les percepteurs privés), les gens de maison, les travailleurs indépendants, (y compris les personnes exerçant une profession libérale) dont les revenus ne dépassaient pas un montant déterminé et les membres de la famille de l'assuré (conjoint, enfants, père et mère, collatéraux et parents jusqu'au deuxième degré) qui vivaient avec l'assuré ou étaient à sa charge.

En dépit des multiples considérations impérieuses qui plaidaient en faveur de l'approbation du projet de loi ou de certaines de ses dispositions tout au moins, celui-ci fut néanmoins écarté en février 1920 sous un prétexte spécieux (présenté trop tard pour être publié) qui masque mal les préoccupations des milieux officiels face aux difficultés financières imprévisibles que l'adoption du projet risquait de soulever: au demeurant, la minorité de la commission s'était fait l'écho de ces préoccupations et avait exprimé en particulier l'avis que la réforme devrait être précédée et accompagnée d'une modification profonde de l'organisation politico-administrative du pays.

Ainsi, quelques années après que la guerre mondiale eût pris fin, et alors même que le nombre des personnes ayant besoin d'une assistance avait augmenté à cause de la guerre elle-même, l'assistance maladie en faveur des travailleurs n'avait en fait pas changé depuis le moment de l'unification du pays, puisque la loi de 1886 n'y avait pas apporté d'améliorations sensibles.

Dans l'intervalle, la situation financière des sociétés de secours mutuels libres était allée empirant. Il ressort d'une enquête effectuée en 1924 par le ministre du Travail, de l'Industrie et du Commerce que l'effectif moyen des sociétés qui, en 1904, était de 46 membres, s'était élevé à 154 membres en l'espace de 20 ans; on constate que les sociétés dont l'assise financière était la moins solide, ont été éliminées progressivement et que celles dont l'effectif était le plus important avaient consolidé leur position. Par contre, l'aug-

mentation du patrimoine social (78,5 millions de lires en 1924), pour importante qu'elle fût, compensait dans l'ensemble la diminution du pouvoir d'achat de la monnaie et ne permettait pas aux sociétés de garantir de façon absolue l'octroi d'une assistance suffisante.

Cependant, ce déclin de la mutualité facultative ne saurait être interprété comme une marque de désintéressement pour les initiatives de caractère social: des forces externes qui étaient déjà en action, imprimaient une nouvelle orientation aux efforts de la population active qui en vint à prendre conscience des insuffisances toujours plus graves des anciennes institutions. Peu à peu, le mouvement syndical étend son emprise à toutes les formes d'assistance mutuelle; même si elle s'exerce tout d'abord sous le couvert de la mutualité facultative, son action n'en suscite pas moins un intérêt beaucoup plus vif qui s'explique par la caractéristique fondamentale du mouvement lui-même: sa tendance à grouper et à soumettre à un régime uniforme les travailleurs qui appartiennent à la même catégorie professionnelle et sont employés dans la même entreprise.

Etant donné les liens qui unissent leurs membres, les syndicats et les sociétés de secours mutuel qui en dépendaient portaient en eux-mêmes le germe de l'affiliation obligatoire: c'est là en effet la plus sûre garantie de la solidarité qui doit exister entre tous les travailleurs et la promesse la plus sérieuse de l'octroi de l'assistance minimum à laquelle ils ont tous droit.

Le contrat collectif de travail qui devait très rapidement servir à inciter les travailleurs à participer d'une façon qui ne fût pas simplement formelle aux organismes de secours mutuel, a contribué, comme il était naturel et logique, à régler les activités des syndicats groupant les travailleurs d'une même profession ou d'une même entreprise.

#### Loi n°563 du 3 avril 1926.

La loi n°563 du 3 avril 1926, qui avait organisé le mouvement syndical et doté de la personnalité juridique les associations groupant les travailleurs d'un même secteur, a imposé l'application des dispositions contractuelles aux travailleurs d'un même secteur et marqué officiellement le début de la phase de la "mutualité syndicale"; mais en fait, elle n'a fait que sanctionner un état de choses existant et fonder sur des bases juridiques l'application des contrats collectifs qui exerçaient déjà tous leurs effets dans la pratique. De plus, en ce qui concerne l'assurance contre la maladie

en particulier, la dite loi a attribué directement aux associations de travailleurs et d'employeurs la responsabilité commune d'instituer les services d'assistance en faveur de toutes les catégories de travailleurs syndiqués. Un décret ultérieur (n°1251, de 1928), devait déclarer nuls et non avenue les contrats dans lesquels les dispositions relatives à l'assistance aux travailleurs en cas de maladie ne figureraient pas au nombre des clauses de caractère obligatoire.

Les principes dont s'inspirait la nouvelle politique sociale définie par la loi de 1926 ont été repris et consacrés dans la "Charte du Travail" promulguée le 21 avril 1927, qui contient diverses déclarations d'intention: collaboration entre les classes participant à la production, en vue de l'établissement de régimes de prévoyance (chiffre 26); extension progressive de l'assurance contre certaines éventualités (maladies professionnelles, tuberculose) jusqu'à l'institution de l'assurance générale contre toutes les maladies (chiffre 27); définition, dans les contrats de travail, des modalités de constitution des organismes d'assistance contre l'éventualité de la maladie (chiffre 28); délégation aux représentants respectifs des associations professionnelles des droits et obligations des membres qu'elles représentent en matière d'assistance (chiffre 29).

De plus, sur le plan juridique, les organismes d'assurance mutuelle sont considérés comme des organes indirects de l'administration publique qui possèdent en propre la personnalité juridique et ont pour objet de protéger le travail en vue d'accroître l'efficacité de la production: il s'agit donc d'une protection sociale et non d'une défense unilatérale des diverses catégories de travailleurs qui seraient mues par des intérêts égoïstes et par le souci de préserver certains privilèges.

En conséquence, l'éventualité de la maladie n'est plus considérée du point de vue de l'individu isolé mais de celui de la collectivité, et c'est à la collectivité elle-même qu'il appartient d'assumer les charges qui en résultent: ce dernier concept se trouve à mi-chemin entre la thèse qui veut que l'assurance soit facultative et relève de l'initiative privée, et la thèse selon laquelle l'assurance d'Etat doit s'imposer sans restriction aucune.

Stimulé par cette politique, le mouvement favorable à l'institution de l'assurance gagne du terrain et ne tarde pas à marquer des points. Les initiatives ne sont pas toujours judicieuses et prudentes, il est souvent impossible de donner suite aux décisions prises et les résultats pratiques déçoivent bien souvent les espoirs; mais les organismes qui constituaient les derniers bastions de la mutualité facultative

tombent inéluctablement et ils se bornent à accorder certaines formes d'assistance complémentaire de peu d'importance; ils sont remplacés à un rythme rapide et sans coordination aucune par les organismes les plus divers qui n'ont qu'une seule caractéristique commune, à savoir leur désir de protéger les assurés contre l'éventualité de la maladie et ce, au moyen de cotisations que les employeurs et les travailleurs paient sur une base paritaire et que les contrats collectifs de travail fixent à peu près toutes au même taux. Par contre, les modalités d'octroi des prestations se fondent sur les formules les plus diverses: les prestations varient aussi bien qualitativement que quantitativement, tout comme l'équipement sanitaire et l'appareil administratif. Le champ d'application forme un tableau plus complexe encore: la compétence des organismes s'étend à l'échelon national, provincial ou interprovincial, ou bien elle est limitée à l'échelon de l'entreprise, de la profession ou de plusieurs professions. Chronologiquement, les organismes d'assurance ont été institués tout d'abord en faveur des ouvriers, puis en faveur des employés.

Cette évolution irrationnelle tient également au fait que l'organisation de l'assurance soulève plus ou moins de difficultés selon la catégorie de travailleurs protégée. Les dispositions relatives à l'affiliation syndicale, qui déterminent les activités exercées dans un secteur particulier, fournissent des indications de valeur indubitable; mais la pratique ne suit pas toujours la théorie, et en marge d'activités dont il est facile d'identifier le caractère individuel, il en est d'autres de caractère mixte qu'il est impossible, parfois pour des raisons d'ordre politique, simplement, d'intégrer avec la même rapidité dans le cadre de l'assistance mutuelle.

Il fallait naturellement que cette période de confusion initiale fût suivie d'une période d'organisation rationnelle qui devait favoriser la fusion des organisations mutuelles exerçant les mêmes activités en faveur des catégories de travailleurs assurés. Ce processus d'unification débute très tôt (1929) et prend fin, théoriquement du moins, en 1943; les causes de cette lenteur peuvent être recherchées dans l'origine du mouvement mutualiste syndical. Il ne faut oublier ni les traditions que la mutualité facultative avait laissées derrière elle, ni le fait qu'à ses débuts la mutualité syndicale elle-même avait un caractère facultatif.

En tout état de cause, on en vint progressivement à reconnaître que la centralisation des activités permettait non seulement de mieux comprendre les problèmes généraux et

de grouper plus efficacement les efforts déployés pour les résoudre, mais aussi d'éviter la dispersion des ressources financières qui sont éparpillées entre d'innombrables organismes sans que les assurés en retirent aucun avantage.

Mais, outre les considérations d'ordre général indiquées plus haut, qu'il est relativement facile d'écartier dans bien des cas, on constate que c'est justement dans les secteurs où une coordination effective s'impose avec le plus d'urgence, à savoir dans l'agriculture et l'industrie, que ce processus d'unification pose les problèmes les plus ardu.

Dans l'industrie en effet, la difficulté majeure réside dans la présence de catégories de travailleurs à revenus élevés, d'une part, et de catégories de travailleurs à revenus extrêmement bas, d'autre part, dont les premiers ont un emploi stable alors que les seconds n'ont parfois qu'une activité saisonnière ou occasionnelle, et dont les intérêts respectifs sont si opposés que les possibilités de coexistence pacifique et compréhensive sont extrêmement limitées. De plus, si l'on veut éviter que les tentatives d'unification ne soient vouées à l'échec, il faut tenir compte du nombre et de la complexité des organismes existants: faute de précautions, il serait risqué de lier le sort des caisses mutuelles prospères, dont la gestion donne satisfaction depuis de longues années, à celui d'organismes plus importantes mais dont l'expérience n'est pas encore venue sanctionner le succès.

Dans l'agriculture, la situation était radicalement différente puisque les sociétés d'assistance mutuelle y étaient rares et peu importantes. Alors que les sociétés de secours mutuels étaient déjà en voie de disparition dans les villes, les travailleurs de l'agriculture ont dû attendre de longues années encore avant que soient jetées les bases d'un régime d'assistance organique en leur faveur. Cette situation, que l'on retrouve également dans des pays plus riches et plus avancés que l'Italie, s'explique par les caractéristiques de la population agricole: elle vit disséminée dans les campagnes, répugne à se grouper dans les agglomérations et, bien souvent, n'est desservie que par des moyens de communication insuffisants; de plus, elle se compose surtout de travailleurs à faibles revenus.

Toutefois, les travaux théoriques et expérimentaux qui ont été effectués pendant la genèse des systèmes d'assistance créés au sein du mouvement syndical, ont abouti à des résultats concrets et importants. Malgré la multiplicité des organismes, la diversité des contrats collectifs et des dispositions législatives, les différences d'orientation, on

peut retrouver le fil conducteur d'une action linéaire qui aboutira à la stabilisation progressive de systèmes organiques. C'est sous cet angle qu'il faut envisager la fusion des caisses mutuelles de l'industrie et des caisses mutuelles de l'agriculture au sein de fédérations nationales, de même que de l'établissement national destiné à protéger les travailleurs de la branche du crédit: toutes ces initiatives annoncent la centralisation ultérieure de l'assurance mutuelle dans un organisme unique.

A la veille de la date qui marquera le début de la troisième étape de l'évolution de l'assurance-maladie, la structure de l'assurance-maladie italienne repose principalement sur des organismes mutuels institués en application des contrats collectifs de travail. Cependant, il ne faut pas négliger deux autres formes d'assurance-maladie auxquelles le mouvement syndical est resté étranger, pour des raisons d'ordre divers: l'assurance instituée par des organismes dont l'activité s'exerce en faveur de catégories particulières de travailleurs, et l'assurance instituée dans les provinces qui ont été restituées à l'Italie après la première guerre mondiale.

Loi n° 138 du 11 janvier 1943.

L'adoption de la loi n°138 du 11 janvier 1943, qui a porté création de l'"Institut unique" - l'Institut national d'assurance-maladie (I.N.A.M.) - a marqué l'ultime étape du processus d'unification de l'assurance contre la maladie, comme le prouvent sans doute possible les principes sur lesquels elle se fonde: fusion de tous les organismes d'assistance mutuelle existants: nationaux, territoriaux et provinciaux; affiliation obligatoire à l'Institut pour tous les travailleurs prêtant leurs services pour le compte de tiers et les membres de leur famille qui étaient déjà assurés, et extension progressive de l'application de l'assurance à tous les travailleurs et aux membres de leur famille qui n'étaient pas encore assurés, à la condition qu'ils fussent représentés par des associations syndicales; uniformité des taux et des limites des diverses prestations; détermination des critères de priorité régissant l'attribution des prestations; obligation faite aux employeurs et aux travailleurs de payer la cotisation sur une base paritaire; décentralisation fonctionnelle de la structure du régime d'assurance.

De toute évidence, le législateur s'était proposé de jeter les bases d'un organisme unique qui serait en mesure d'assister l'ensemble de la population active; il aurait été

impossible d'atteindre ce but en une seule étape, même si la situation avait été normale, aussi la loi a-t-elle attribué aux associations syndicales intéressées la faculté de décider quelles seraient les catégories de travailleurs qui, au début, pourraient être exclues du champ d'application de la loi.

Ce processus progressif permettait notamment de mettre à l'épreuve la solidité du nouvel organisme, d'en éprouver et d'en aménager les modalités de fonctionnement de telle sorte qu'il puisse accueillir en temps voulu de nouvelles catégories d'affiliés.

Toutefois, quelques mois plus tard, la réalisation de ce programme devait être bouleversée par la guerre et les événements politiques que l'on sait. Le décret n°400 du 6 mai 1943 - premier et seul texte édicté en vue de donner à l'institut unique une existence juridique - qui prévoyait la suppression des organismes d'assistance mutuelle existant dans certains secteurs - ne reçut qu'une application partielle. En fait, l'institut se vit conférer les pouvoirs nécessaires en matière d'assistance seulement pour les ouvriers de l'agriculture et les travailleurs du commerce, de la branche crédit-assurances, des services fiscaux affermés et de l'industrie; les organismes d'assistance mutuelle protégeant certaines catégories de travailleurs, et les caisses des nouvelles provinces et de nombreuses caisses d'entreprise, ou d'entreprises de l'industrie se soumettaient dans des conditions plus ou moins légales, à l'obligation d'opérer leur fusion et continuent à jouir d'une autonomie de fait.

Etant donné que cette tentative d'unification avait partiellement échoué - même si la grande majorité de la population était affiliée à l'institut unique - l'application des autres critères s'inspirant d'un souci d'uniformité devait se heurter elle aussi à des obstacles insurmontables, en raison de difficultés de tout genre - financières et économiques, d'organisation et de fonctionnement, d'origine juridique ou traditionnelle - qui étaient dues à l'évolution sociale et à la diversité des doctrines politiques qui se sont fait jour depuis la guerre. Aussi, les textes tendant à normaliser le régime d'assistance et à adapter la législation à des exigences nouvelles, se sont-elles succédé sans relâche pendant la période dite de "reconstruction" (1945-1950).

Malgré d'innombrables modifications, les modalités de service des prestations continuent de rester aussi disparates - leur diversité était l'effet des caractéristiques des anciens organismes de secours mutuel - et l'assistance-maladie conserve



sa physionomie complexe, la fusion volontaire d'innombrables caisses d'entreprises de l'industrie au sein de l'institut unique n'ayant eu que des effets négligeables.

En 1946, la création d'une commission placée sous la présidence du sénateur d'Aragon devait être l'une des dernières manifestations de la tendance favorable à l'unification des systèmes d'assurance mutuelle; cette commission fut chargée d'examiner dans quelle mesure il était matériellement possible de procéder à une refonte fondamentale et organique de tous les régimes de prévoyance, et d'établir un régime général de protection contre la maladie. Après deux années d'études, la commission a présenté un projet très intéressant et très ambitieux, mais <sup>sans</sup> l'accompagner d'une évaluation actuarielle exacte des dépenses; de toute façon, les charges entraînées par un tel projet auraient été si élevées que le pays n'eût évidemment pas été en mesure de les supporter: le projet fut donc écarté.

Malgré les obstacles qui tenaient soit à des insuffisances fonctionnelles, soit à des lacunes de la législation, - dont la moins importante n'est pas l'absence de règlements d'application de la loi fondamentale - et qui, bien souvent, ont entravé son développement, le nouvel institut n'a cessé de profiter de l'expérience technique qu'il acquérait chaque jour, et il a même écarté progressivement les hésitations qui sont le propre du premier âge, pour prendre son plein essor et atteindre le rang qui lui revient parmi les conquêtes sociales les plus précieuses de la nation.

En 1950, la promulgation de la loi n°860 complète la compétence en matière de protection de la maternité, qui avait été conférée à l'institut, lequel a pris définitivement le nom d'Institut national d'assurance contre la maladie - INAM.

Aux termes de ce nouveau texte important, l'Institut doit accorder, outre les prestations de maternité en nature prévues par les dispositions déjà en vigueur, une indemnité spéciale en espèces qui doit être payée pendant les périodes où la travailleuse est tenue d'interrompre l'activité lucrative pour cause de grossesse ou d'accouchement.

Dès lors, l'INAM ne cesse d'étendre ses activités; il élargit son propre champ d'action en matière d'assistance, perfectionne ses méthodes et ses systèmes et s'emploie de toute évidence à atteindre le but qu'il s'est fixé, à savoir, unifier les prestations et simplifier les formalités; le projet de "petite réforme", dont les autorités supérieures de surveillance ont autorisé l'application en 1959, à titre d'essai, constitue l'une des dernières initiatives de l'INAM.

Ainsi, le tableau de l'assurance-maladie italienne se présente comme une composition aux tonalités différentes, qui

s'ordonnent autour et à côté d'une couleur centrale dominante et se détachent avec plus ou moins de netteté suivant leur importance, leur vivacité, leur nuance et leur dessin; ce sont les innombrables organismes qui avaient été créés en faveur de certaines catégories de travailleurs, les caisses provinciales de Trente et de Bolzano, les caisses d'entreprise, ou d'entreprises, de l'industrie et les divers organismes d'assistance mutuelle institués récemment en faveur de certaines catégories de travailleurs indépendants. Les lacunes n'ont plus désormais que des proportions infimes et l'on est fondé à annoncer que, dans un avenir proche, toute la population active sera protégée comme il se doit contre les éventualités de la maladie et de la maternité.

Tableau No 1 a)

EVOLUTION DES EFFECTIFS DE LA POPULATION ASSUREE A LA MUTUALITE  
(en milliers d'unités et en pourcentage de la population)

MUTUALITE FACULTATIVE			MUTUALITE SYNDICALE						
Sociétés de secours mutuels	1904	1924	Secteurs	1930	1931	1932	1933	1934	1935
	926	885		Travail.	Travail.	Travail.	Travail.	Travail.	Travail.
			Agriculture	--	--	--	--	200	1600
			Commerce	168	198	220	238	252	250
			Crédit-assurances-Services fiscaux affermés	--	--	--	--	--	--
			Industrie	--	751	--	--	--	2086
<u>TOTAL</u>	926	885	<u>TOTAL</u>	---	949	--	--	--	3936
POPULATION	32500	38500	POPULATION	---	41177	--	--	--	42300
<u>NOMBRE DES ASSURES EN % DE LA POPULATION</u>	2,7	2,3	<u>NOMBRE DES ASSURES EN % DE LA POPULATION</u>	---	2,2	--	--	--	9,0

Tableau No 1

Suite b)

EVOLUTION DES EFFECTIFS DE LA POPULATION ASSUREE A LA MUTUALITE  
(en milliers d'unités et en pourcentage de la population)

Secteurs	MUTUALITE SYNDICALE								
	1936	1937	1938	1939			1940		
	Travail.	Travail.	Travail.	Trav.	M.d.f.	Total	Trav.	M.d.f.	Total
Agriculture	--	4903	5225	--	--	6366	--	--	7152
Commerce	264	300	373	383	--	383	340	--	340
Crédit, assurances services fis- caux affermés	--	--	--	89	156	245	98	212	310
Industrie	2104	2373	2619	2909	--	2909	3275	--	3275
<u>TOTAL</u>	--	7576	8217	--	--	9903	--	--	11077
POPULATION	--	43122	43776	44259			44675		
NOMBRE DES ASSURES EN % DE LA POPULATION	--	17,5	18,7	22,3			24,7		

EVOLUTION DES EFFECTIFS DE LA POPULATION ASSUREE A LA MUTUALITE

(en milliers d'unités et en pourcentage de la population)

MUTUALITE SYNDICALE							MUTUALITE UNIFIEE		
Secteurs	1941			1942			1946		
	Trav.	M.d.f.	Total	Trav.	M.d.f.	Total	Trav.	M.d.f.	Total
Agriculture	--	--	7258	--	--	--	4082	2518	6600
Commerce	322	--	322	310	340	650	305	379	684
Crédit, assurances services fis- caux affermés	99	276	372				103	164	267
Industrie	3267	4506	7773				2359	3335	5694
<u>TOTAL</u>	--	--	15728				6850	6395	13245
POPULATION	44986						46126		
NOMBRE DES ASSURES EN % DE LA POPULATION	24,7						28,4		

EVOLUTION DES EFFECTIFS DE LA POPULATION ASSUREE A LA MUTUALITE  
(en milliers d'unité et en pourcentage de la population)

MUTUALITE UNIFIEE									
Secteurs	1947			1948			1949		
	Trav.	M.d.f.	Total	Trav.	M.d.f.	Total	Trav.	M.d.f.	Total
Agriculture	4271	2257	6528	4262	2443	6705	4234	2273	6507
Commerce	323	416	739	336	434	770	325	403	728
Crédit, assurances, services fis- caux affermés	103	164	267	91	140	231	80	122	202
Industrie	2895	3799	6694	2787	3755	6542	2826	3752	6578
<b>TOTAL</b>	7592	6636	14228	7475	6773	14248	7464	6551	14015
<b>POPULATION</b>	45540			45871			46121		
<b>NOMBRE DES ASSURES EN % DE LA POPULATION</b>	31,2			31,5			30,3		

Tableau No 1

Suite e)

EVOLUTION DES EFFECTIFS DE LA POPULATION ASSUREE A LA MUTUALITE  
(en milliers d'unités et en pourcentage de la population)

MUTUALITE UNIFIEE									
Secteur	1950			1951			1952		
	Trav.	M.d.f.	Total	Trav.	M.d.f.	Total	Trav.	M.d.f.	Total
Agriculture	4068	2110	6178	4109	2085	6194	4180	2143	6323
Commerce	355	440	795	388	480	868	450	563	1013
Crédit, assurances, services fis- caux affermés	81	133	214	80	128	208	84	136	220
Industrie	2919	3775	6994	1060	3951	7011	3415	4327	7742
<u>TOTAL</u>	2424	6457	13881	7637	6645	14282	8129	7170	15299
POPULATION	46423			47159			47442		
NOMBRE DES ASSURES EN % DE LA POPULATION	29,8			30,3			32,2		

Tableau No 1

Suite f)

EVOLUTION DES EFFECTIFS DE LA POPULATION ASSUREE A LA MUTUALITE  
(en milliers d'unités et en pourcentage de la population)

MUTUALITE UNIFIEE									
Secteurs	1953			1954			1955		
	Trav.	M.d.f.	Total	Trav.	M.d.f.	Total	Trav.	M.d.f.	Total
Agriculture	4168	2130	6298	4177	2082	6259	3893	1870	5763
Commerce	511	636	1147	566	707	1273	598	744	1342
Crédit, assurances, services fis- caux affermés	85	137	222	87	143	230	89	145	234
Industrie	3828	4879	8707	3924	5119	9043	4166	5099	9265
Employés de maison	212	--	212	256	--	256	284	--	284
<u>TOTAL</u>	8804	7782	16586	9011	8049	17060	9030	7858	16888
POPULATION	47655			47940			48185		
NOMBRE DES ASSURES EN % DE LA POPULATION	34,8			35,6			35,0		



Tableau No 1

Suite g)

EVOLUTION DES EFFECTIFS DE LA POPULATION ASSUREE A LA MUTUALITE  
(en milliers d'unités et en pourcentage de la population)

MUTUALITE UNIFIEE						
Secteurs	1956			1957		
	Trav.	M.d.f.	Total	Trav.	M.d.f.	Total
Agriculture	3847	1831	5678	3855	1873	5728
Commerce	632	784	1416	673	843	1516
Crédit, assurances, services fis- caux affermés	93	158	251	95	160	255
Industrie	4356	5535	9891	4524	5637	10161
Employés de maison	305	--	305	328	--	328
Titulaires de rentes d'in- validité et de vieillesse	1762	799	2561	2077	973	3050
<b>TOTAL</b>	10995	9108	20103	11552	9486	21038
POPULATION	48373			48600		
NOMBRE DES ASSURES EN % DE LA POPULATION	41,5			43,3		

**NOTE :** On estime que du fait de l'extension de la mutualité aux pêcheurs, aux travailleurs à domicile et aux membres de leur famille, le nombre des assurés affiliés à l'Institut unique atteindra environ 22 millions d'unités en 1959.

MUTUALITE SYNDICALE :  
AUGMENTATION DES RECETTES PROVENANT DES COTISATIONS ET DES  
DEPENSES AU TITRE DE L'ASSISTANCE  
(en millions de liras)

Année		Commerce	Industrie	Agriculture	Crédit
1930	Cotisations	23.242 (1)			
	Assistance en espèces	6.543			
	Assistance en nature	1.924			
	Assistance hospitalisation				
* 1931	Cotisations	31.668 (1)			
	Assistance en espèces	16.470			
	Assistance en nature	4.735			
	Assistance hospitalisation				
1932	Cotisations	32.982 (1)	57.868		
	Assistance en espèces	17.424	47.749		
	Assistance en nature	5.141			
	Assistance hospitalisation				
1933	Cotisations	33.744 (1)	71.044		
	Assistance en espèces	15.376	32.790		
	Assistance en nature	3.721	25.506		
	Assistance hospitalisation				
1934	Cotisations	34.856	-		
	Assistance en espèces	17.927	-		
	Assistance en nature	4.350	-		
	Assistance hospitalisation			-	
1935	Cotisations	33.842 (1)	99.985		
	Assistance en espèces	18.226	53.119		
	Assistance en nature	4.863	27.062		
	Assistance hospitalisation				
1936	Cotisations	37.317 (1)	-		
	Assistance en espèces	19.056	60.592		
	Assistance en nature	5.172	41.585		
	Assistance hospitalisation				

MUTUALITE SYNDICALE :

AUGMENTATION DES RECETTES PROVENANT DES COTISATIONS ET DES  
DEPENSES AU TITRE DE L'ASSISTANCE

(en millions de lires)

Année		Commerce	Indus- trie	Agri- culture	Crédit
1937	Cotisations	47.642 (1)	161.312	50.067	
	Assistance en espèces	23.308	68.597	} 23.506	
	Assistance en nature	} 7.587	} 62.664		
	Assistance hospitalisation				
1938	Cotisations	59.971 (1)	-	109.720	
	Assistance en espèces	26.610	82.171	13.853	
	Assistance en nature	} 8.875	} 76.433	48.574	
	Assistance hospitalisation				21.291
1939	Cotisations	63.427 (1)	-	166.922	11.475
	Assistance en espèces	29.953	133.217	34.807	} 7.486
	Assistance en nature	} 10.221	} -	52.708	
	Assistance hospitalisation				
1940	Cotisations	-	745.140	158.981	15.350
	Assistance en espèces	-	219.290	42.146	} 12.717
	Assistance en nature	-	} 298.424	66.985	
	Assistance hospitalisation	-		61.456	
1941	Cotisations	-	851.818	189.429	25.800
	Assistance en espèces	-	262.736	40.385	} 21.129
	Assistance en nature	-	} 382.424	68.205	
	Assistance hospitalisation	-		68.966	
1942	Cotisations	95.039	-	-	
	Assistance en espèces	53.029	-	-	
	Assistance en nature	} 15.817	-	-	
	Assistance hospitalisation			-	

Tableau No 2/B

a)

MUTUALITE UNIFIEE  
AUGMENTATION DES RECETTES ET DES DEPENSES  
(en millions de lires)

	1943	1944	1945	1946	1947	1948
<u>RECETTES</u>						
- Cotisations	850,9	1130,8	2521,4	11184,7	32182,1	48211,2
- Recettes globales	952,9	1275,9	2987,3	11420,2	32712,2	51146,4
<u>DEPENSES</u>						
- Indemnité de maladie			528,9	2092,0	6928,8	11873,8
- Indemnité de maternité			-	-	-	-
- <u>Total des prestations en espèces</u>			55,6	2160,4	7045,0	12024,4
- Praticiens de médecine générale			297,2	916,7	2548,2	5093,1
- Médecins spécialistes			359,7	1000,8	2603,9	4719,3
- Fournitures pharmaceutiques			306,4	1779,1	5416,7	12690,3
- Soins d'hospitalisation			567,0	2381,0	6548,5	12079,3
- <u>Total des prestations en nature</u>			1654,0	6443,4	18310,9	36318,3
- <u>Dépenses totales au titre des prestations</u>	804,1	958,9	2209,6	8603,7	25355,9	48342,7
- <u>Autres dépenses</u>	136,2	339,6	779,8	1664,5	4074,3	6216,9
- <u>Dépenses globales</u>	904,3	1348,5	2989,5	10268,3	29430,2	54559,7
EXCEDENT	12,1	-	-	1151,9	650,1	-
DEFICIT	-	72,6	2,2	-	-	3413,3

NOTE : Pour les années 1956 et 1957, la première colonne indique les recettes provenant des cotisations et les recettes globales, y compris les montants versées par l'I.M.P.S. en application de la loi No 692 de 1955; la deuxième colonne indique les recettes provenant des cotisations et les recettes globales, non compris les montants sus-mentionnés.

MUTUALITE UNIFIEE  
AUGMENTATION DES RECETTES ET DES DEPENSES  
(en millions de lires)

	1949	1950	1951	1952	1953	1954
<b>RECETTES</b>						
Cotisations	50140,5	59060,3	82666,4	91066,9	100481,7	109790,0
Recettes globales	50623,9	59872,4	83850,7	92650,9	102475,8	112221,4
<b>DEPENSES</b>						
Indemnité de maladie	11309,1	10769,5	13114,0	14026,0	16246,5	16154,1
Indemnité de maternité	-	-	2891,5	4924,1	4686,6	5462,2
<u>Total des prestations en espèces</u>	11309,1	10769,5	16048,7	18987,3	20967,4	21647,3
Praticiens de médecine générale	7234,9	7620,9	10744,2	13095,1	16977,5	19848,2
Médecins spécialistes	6468,7	7635,8	8645,4	9723,8	11432,0	12867,3
Fournitures pharmaceutiques	10442,6	9855,6	13030,9	17646,2	21657,7	23707,9
Soins d'hospitalisation	13910,6	14401,2	16830,9	18621,4	22226,3	24825,0
<u>Total des prestations en nature</u>	39296,8	40990,2	51069,9	61165,3	74725,8	83885,8
<u>Dépenses totales au titre des prestations</u>	51380,3	52449,6	67721,2	80789,2	96333,7	106207,1
<u>Autres dépenses</u>	8833,3	10182,9	11873,4	13280,8	13343,1	15022,3
<u>Dépenses globales</u>	60213,8	62632,6	79594,6	94050,0	109676,9	121229,4
<b>EXCEDENT</b>	-	-	4256,0	-	-	-
<b>DEFICIT</b>	9594,9	2760,2	-	1399,1	7201,1	9007,9

MUTUALITE UNIFIEE  
AUGMENTATION DES RECETTES ET DES DEPENSES  
(en millions de lires)

	1955	1956		1957	
<u>RECETTES</u>					
Cotisations	129178,4	175470,5	129050,7	193866,6	139103,4
Recettes globales	127168,6	181164,2	134744,4	222329,1	167565,9
<u>DEPENSES</u>					
Indemnité de maladie	17539,8	20672,8		26841,0	
Indemnité de maternité	5602,8	5905,4		6223,6	
<u>Total des prestations en espèces</u>	23232,6	26608,7		33093,7	
Praticiens de médecine générale	23632,6	31314,4		38160,6	
Médecins spécialistes	13944,5	15618,6		18425,2	
Fournitures pharmaceutiques	27544,6	40260,5		50104,1	
Soins d'hospitalisation	28458,4	44132,2		51829,8	
<u>Total des prestations en nature</u>	96266,1	134057,3		161544,0	
<u>Dépenses totales au titre des prestations</u>	120213,7	162547,5		195618,2	
<u>Autres dépenses</u>	17100,3	19475,0		26554,3	
<u>Dépenses globales</u>	137314,0	181022,5		222172,6	
EXCEDENT	-	141,7		156,4	
DEFICIT	10145,3	-		-	

## STRUCTURE

### a) - Importance de la mutualité

Ainsi qu'il ressort de l'historique des diverses phases du développement de la mutualité des origines jusqu'à nos jours, la mutualité n'a cessé de gagner en importance en Italie, aussi bien en ce qui concerne l'effectif de la population protégée que du point de vue purement financier (voir les tableaux 1 et 2).

### b) - Statut juridique des organismes de secours mutuels

Le statut juridique des organismes de secours mutuels, qui à l'origine avaient un caractère absolument facultatif, a été établi par la loi No 3818 de 1896; toutefois, seule une minorité de sociétés de secours mutuels se sont prévalu de la faculté d'obtenir la reconnaissance juridique qui leur était attribuée par la dite loi.

Avec le passage à la mutualité syndicale (1926), les divers organes d'assistance ou de secours mutuels - caisses isolées et fédérations de caisses - acquirent automatiquement, dès leur constitution, la qualité d'organismes de droit public; les lois qui les ont institués ont attribué la même qualité aux autres instituts d'assurance contre la maladie qui n'ont pas été institués en application de contrats collectifs.

Le statut juridique des organismes d'assurance n'a pas changé depuis 1943 et il a été confirmé par la constitution de la République italienne qui a délégué à l'Etat l'exercice des fonctions publiques spécifiques en matière d'assistance.

c)- Régimes généraux et régimes particuliers.

Le régime général d'assurance-maladie qui ne relève de l'Institut national d'assurance-maladie - INAM - que depuis 1943 (Loi n°138 du 11 janvier 1943) ne protégeait, à l'origine, que les catégories de travailleurs ci-après: les ouvriers, les fermiers et les métiers de l'agriculture et les membres de leur famille; les ouvriers et employés de l'industrie, du commerce, des banques, des assurances et des services fiscaux affermés et les membres de leur famille; les apprentis et certaines catégories de travailleurs à domicile. Par la suite, le régime a étendu progressivement sa protection aux travailleurs employés sur les chantiers de travail et de reboisement (1951); au personnel domestique (1952); aux apprentis (1955) et aux membres de leur famille (1956) (nouvelle réglementation); aux titulaires de rentes d'invalidité et de vieillesse et aux membres de leur famille (1955); aux travailleurs de la petite pêche maritime et des eaux intérieures et aux membres de leur famille (1958); aux travailleurs à domicile et aux membres de leur famille (nouvelle réglementation) (1958).

Par contre, l'INAM ne peut accorder le bénéfice de son assistance aux travailleurs suivants:

- tous les travailleurs des catégories susmentionnées et les titulaires de rentes qui sont domiciliés dans le Trentin et le Haut Adige, lesquels sont assurés auprès des caisses provinciales de Trente et de Bolzano qui appliquent un régime d'assistance analogue à celui de l'INAM;
- certains groupes de travailleurs de l'industrie pour lesquels il existe des caisses mutuelles autonomes d'entreprise, ou d'entreprises, qui appliquent le même régime que l'INAM;
- les titulaires de rentes d'invalidité et de vieillesse et les membres de leur famille qui sont déjà assurés contre la maladie par certains organismes de droit public (voir régimes particuliers).

d)- Participation des assurés à la gestion des organismes.

Pendant la période de la mutualité facultative, la gestion des sociétés de secours mutuel relevait de conseils d'administration ou de comités de direction qui se composaient exclusivement de personnes élus par l'assemblée générale des assurés membres de la société.



Pendant la période de la mutualité syndicale, les conseils d'administration des caisses créées en faveur des travailleurs de l'agriculture et de l'industrie - même après qu'elles eurent fusionné au sein de fédérations nationales - ont eu la même structure de base, et les travailleurs et les employeurs y déléguaient le même nombre de représentants, lesquels étaient désignés par les associations syndicales compétentes.

Les mêmes modalités déterminent la nomination des membres et la compétence des conseils d'administration de la Caisse et de l'Institut de caractère national qui ont été créés respectivement pour le commerce d'une part, et le crédit et les assurances d'autre part, ainsi que des instituts établis en faveur de certaines catégories particulières de travailleurs.

En pratique, les travailleurs prennent une part plus concrète et plus active à la gestion de l'assurance mutuelle dans les organismes dont le champ d'activité est limité territorialement - caisses d'entreprise, caisses provinciales, etc.- et ils y participent indirectement dans les organismes de compétence nationale dont la gestion est centralisée.

Du fait de l'unification de la mutualité et de la suppression consécutive de la plupart des sociétés organisées sur une base territoriale (celles qui existent encore ont conservé leurs anciennes caractéristiques), les travailleurs participent à la gestion de l'Institut unique au sein du conseil d'administration exclusivement, - à savoir de l'organisme central qui exerce maintenant les fonctions autrefois dévolues aux conseils d'administration des caisses d'entreprise ou des caisses provinciales. Par contre, le rapport entre le nombre des représentants des employeurs et des travailleurs n'est plus paritaire, et s'établit en faveur de ces derniers (11 membres travailleurs pour 8 membres employeurs).

De plus, les travailleurs ont un autre moyen de participer directement à la gestion du régime général d'assurance-maladie, en vertu des dispositions de la loi qui a institué l'I.N.A.M., dispositions qui définissent les modalités de constitution des comités provinciaux et prévoient qu'employeurs et travailleurs y seront représentés comme il se doit.

Après divers essais, le mode de constitution des comités a été définitivement arrêté en 1953; le rapport entre le nombre des représentants des employeurs et celui des représentants des travailleurs est de 6 à 9, et les comités sont ainsi en mesure de remplir le rôle consultatif et les fonctions de surveillance qui leurs sont attribués par la loi.

Au cours des diverses étapes de l'évolution de la mutualité, les compétences spécifiques du Conseil d'administration considéré comme l'organe de gestion suprême, n'ont pas été modifiées; les plus importantes sont les suivantes: établissement et approbation des bilans, décisions relatives à l'attribution de l'assistance, modification des statuts et règlements, etc.. Le Conseil d'administration qui, à l'origine, comprenait exclusivement des représentants des employeurs et des assurés élus par l'Assemblée des membres et par les Associations syndicales compétentes a vu sa composition s'élargir progressivement: il comprend désormais des représentants des ministères intéressés, du corps médical, des organismes chargés de gérer les autres formes de régimes généraux de prévoyance, soit au total 32 membres.

L'élargissement de la composition des organes de gestion est une conséquence directe du rôle toujours plus important de la mutualité dans la vie économique et sociale du pays: l'activité des instituts d'assurance et la solution des problèmes que posent le fonctionnement et l'assistance tantôt coïncident, tantôt s'opposent aux intérêts de ceux qui sont chargés d'assurer le service des prestations et de ceux qui appartiennent au secteur de la production, et il est donc logique que ces derniers assument leur part de responsabilité face au pays.

#### e)-Organisation fonctionnelle.

A la différence de ce qui se passe dans les autres régimes de prévoyance, l'assistance en nature joue un rôle prépondérant dans la mutualité, d'où l'importance du problème que pose l'organisation du régime qui doit satisfaire tant aux besoins d'ordre sanitaire qu'aux exigences administratives.

Ce problème qui, à l'époque de la mutualité facultative, était insignifiant du fait de l'importance négligeable des prestations en nature, a trouvé une solution évidente et facile pendant la période de la mutualité syndicale également aussi longtemps que le champ d'activité des sociétés de secours mutuels a été limité dans l'espace soit à l'échelon de l'entreprise, soit à celui d'une localité, s'il s'agissait d'une caisse professionnelle; lorsque ce processus d'unification des organismes d'assistance mutuelle eut gagné en ampleur, le principe de la centralisation des fonctions administratives (l'application en fût-elle limitée à la direction et à la coordination de certaines fonctions), est venu se superposer à celui de la décentralisation indispensable pour assurer le service des prestations en nature.

Cette répartition entre fonction centralisée (direction, administration et assistance sanitaire) et décentralisées (fonctions exécutives, administratives et assistance en nature) a subsisté sans modification aussi bien au sein de l'Institut unique que dans n'importe quel organisme d'assurance de caractère national.

Il convient simplement de faire observer que les régimes d'assurance qui appliquent le système de remboursement et ne fournissent donc pas directement les prestations en nature ont plus ou moins décentralisé leur administration, compte tenu de leurs propres ressources et des besoins des catégories de personnes protégées.

Enfin, pour ce qui est des organismes qui appliquent le système d'assistance directe, on ne peut parler de décentralisation absolue de l'assistance en nature que si l'on tient compte non seulement des centres sanitaires qui sont propriété de ces organismes mais aussi des établissements publics et privés qui leur apportent leur concours en vertu de conventions individuelles ou collectives.

#### f)- Indépendance administrative et financière.

On se rappelle que les sociétés de secours mutuels étaient indépendantes sur le plan financier également; et c'est surtout parce qu'elles ne pouvaient faire appel à d'autres sources de financement pour compléter les cotisations de leurs membres et les donations dont elles bénéficiaient fréquemment qu'elles ont périéclité et fini par disparaître.

Les sociétés de secours mutuels créées en application de la loi n°563 de 1928 ou en application de contrats collectifs de travail devaient elles aussi bénéficier d'une certaine autonomie administrative et se suffire à elles-mêmes sur le plan financier, et ce, qu'elles aient un caractère territorial ou national, et qu'elles aient été autonomes ou groupées au sein de fédérations; toutefois dans leur cas, le bien-fondé de pareille exigence semble plus évident.

Pendant cette période, les fonctions de surveillance ont été dévolues au ministère des Corporations, qui était compétent en dernier ressort pour approuver les bilans des organismes autonomes et des fédérations qui, au demeurant, avaient déjà été soumis au contrôle et à la révision des collèges syndicaux compétents.

Avec la création de l'Institut national d'assurance maladie, les organismes qui y ont été incorporés ont perdu leur autonomie administrative, et leurs opérations ont été englobées dans un bilan annuel général. Par contre, le principe

selon lequel l'autarcie financière doit être assurée par le truchement des cotisations a continué à prévaloir, et l'Institut ne doit compter sur aucune participation de l'Etat, abstraction faite de la contribution que ce dernier verse régulièrement en faveur de certaines catégories de travailleurs, (pêcheurs).

Le bilan général de l'Institut qui est contrôlé et vérifié par le collège syndical est approuvé en dernière instance par le ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, de concert avec les ministères des Finances et du Bilan.

Le contrôle des caisses mutuelles d'entreprise qui n'ont pas été incorporées dans l'Institut unique, lesquelles doivent se suffire à elles-mêmes sur le plan financier et jouissent de l'autonomie administrative, relève théoriquement de l'E.N.A.M. mais, en raison de leur statut juridique ambigu, il est effectué en fait par le ministère du Travail.

#### g)- Evolution vers la sécurité sociale.

En conclusion, il convient de rappeler la diversité des tendances qui ont caractérisé l'évolution de la mutualité au cours des trois phases qui viennent d'être décrites: la mutualité libre (jusqu'en 1925) qui doit son existence à des initiatives de caractère social et qui a passé par une période de crise économique et connu les plus grandes difficultés financières; la mutualité syndicale (1925-1943) qui, au contraire, a dû son essor rapide au développement parallèle des organisations syndicales qui ont favorisé la constitution de sociétés de secours mutuels financés grâce à un système contractuel qui permettait d'adapter constamment le taux des cotisations au coût des prestations, et enfin la troisième phase qui commence après les tribulations de la guerre et de l'après-guerre, et pendant laquelle la mutualité dépasse ses buts traditionnels et s'oriente vers la protection de la population active en faisant une plus large place à l'esprit de solidarité dans la conception de la sécurité sociale.

En étendant le bénéfice des prestations aux titulaires de rentes d'invalidité et de vieillesse, la législation italienne a en fait assuré la continuité du service des prestations de l'assurance maladie pendant toute la durée de la vie des travailleurs assurés.

## CHAMP D'APPLICATION.

### Généralités.

Pour ce qui est des principales dispositions d'application commune qui délimitent le champ d'application de l'assurance, il convient de préciser que les dispositions législatives pas plus que les clauses contractuelles relatives au service des prestations de maladie ne fixent aucune limite de revenus (plafond) aux fins de l'affiliation obligatoire à l'assurance: l'affiliation est obligatoire pour tous les travailleurs de l'un et l'autre sexes qui ont atteint l'âge de 14 ans (âge minimum légal d'admission au travail) et qui appartiennent à une catégorie professionnelle déterminée, quel que soit le montant de leur rétribution respective ou de leurs revenus personnels.

Pour ce qui est des membres de la famille, le droit aux prestations est déterminé par des critères qui diffèrent selon la catégorie de travailleurs et, au départ, par l'application de séries de dispositions qui s'appliquent aux quatre grandes branches de la mutualité: agriculture, commerce, crédit-assurances, services fiscaux affermés, industrie.

Au moment de l'unification du régime d'assurance, le nombre de ces groupes a été ramené à trois, les travailleurs du commerce et des branches crédit-assurances et services fiscaux affermés ayant été assujettis aux mêmes dispositions; l'application des dispositions relatives à l'industrie a été étendue aux catégories de travailleurs nouvellement admises au bénéfice de l'assurance ainsi qu'aux travailleurs dont le régime d'assurance a fait l'objet d'une nouvelle réglementation. Une quatrième série de dispositions viendra par la suite définir les conditions d'ouverture du droit aux prestations pour les membres de la famille des titulaires de rentes d'invalidité ou de vieillesse.

En dépit de leur diversité, les dispositions en vigueur en la matière présentent néanmoins certains points communs. Sont généralement assurés en qualité de membres de la famille de l'assuré: l'épouse, les enfants, les frères et soeurs, les parents. Dans l'agriculture, sont expressément reconnus comme membres de la famille ayant droit aux prestations de l'assurance les grands-parents, les beaux-parents, les petits-enfants et les neveux (enfants des enfants ou enfants des frères et soeurs); l'ampleur du champ d'application de ces dispositions s'explique simplement par la composition traditionnelle de la famille paysanne italienne où des générations successives restent souvent groupées et unies autour

du chef de famille.

Pour obtenir la qualité d'ayant droit, le membre de la famille devait également vivre en communauté domestique avec le chef de la famille et être à sa charge, en d'autres termes, il devait vivre sous le même toit et ne pouvait avoir un revenu supérieur à une limite fixée.

Après la seconde guerre mondiale, la pénurie de logements et l'importance accrue des migrations internes de travailleurs ont amené le législateur à supprimer la condition selon laquelle le membre de la famille devait vivre en communauté domestique avec le chef de la famille pour avoir droit aux prestations et ce, pour toutes les catégories d'assurés, à l'exception des membres de la famille titulaires de rentes d'invalidité ou de vieillesse.

#### "Petite réforme".

Les dispositions qui ont été approuvées récemment au titre "de la petite réforme" simplifient nettement la désignation des membres de la famille ayant droit aux prestations; en effet, elles admettent au bénéfice des prestations de l'assurance tous les membres de la famille au titre desquels le chef de la famille perçoit les allocations familiales.

#### Extension du champ d'application de la mutualité pendant la période syndicale.

On indique ci-après les principales dates qui (jusqu'en 1943) ont marqué l'extension de la mutualité aux diverses catégories de travailleurs et aux membres de leur famille (y compris les travailleurs agricoles).

- 1925: Caisses mutuelles provinciales pour les travailleurs domiciliés dans les provinces acquises par l'Italie après la première guerre mondiale (les travailleurs déjà assistés par les caisses mutuelles provinciales instituées en vertu de la législation autrichienne).
- 1929: Caisse nationale d'assurance contre la maladie pour les employés de commerce. Caisses d'entreprise pour les travailleurs des entreprises électriques.
- 1930: Caisses d'entreprises et caisses professionnelles pour diverses catégories de travailleurs de l'industrie. Caisses provinciales pour les ouvriers agricoles. Fédération nationale des caisses mutuelles de maladie pour

les travailleurs de l'agriculture.

- 1931: Caisse des travailleurs des services de transport en commun privés ou concessionnés.
- 1932: Caisse nationale des travailleurs de l'industrie du papier et de la presse.
- 1934: Fédération nationale des caisses mutuelles de l'industrie.  
Caisse nationale des ateliers typographiques des quotidiens.
- 1936: Caisses provinciales pour les employés de l'industrie.
- 1937: Fermiers et métayers.  
Institut national pour les employés des entreprises privées du gaz et de l'adduction d'eau.
- 1938: Institut national pour les employés des entreprises de la branche et les membres de leur famille.
- 1939: Membres de la famille des travailleurs de l'industrie.  
Membres de la famille des travailleurs de l'agriculture.  
Concierges, barbiers, coiffeurs, travailleurs occupés dans des entreprises de construction, voyageurs de commerce et représentants.
- 1940: Institut national pour les colporteurs, les vendeurs de journaux et les membres de leur famille. Membres de la famille des travailleurs du commerce.

Dans le cas des travailleurs de l'agriculture, l'affiliation n'est obligatoire qu'après détermination de la nature et de la durée de l'activité lucrative exercée pendant l'année, et, depuis 1939, après inscription ultérieure, avec indication de l'activité qu'ils ont déclaré exercer, sur les listes nominales des travailleurs agricoles qui sont établies à cet effet dans les diverses provinces. Pour ce qui est des fermiers et des métayers, la limite d'âge minimum aux fins de l'affiliation obligatoire a été fixée à 12 ans, car les adolescents de cet âge sont en mesure d'exercer une activité lucrative dans le cadre de l'exploitation agricole (surveillance du bétail, cueillette, etc.).

#### L'extension de la mutualité après 1943.

Après la constitution de l'Institut national d'assurance-maladie, les catégories de travailleurs susmentionnées (à part quelques exceptions plus importantes) formeront le noyau ini-

tial et principal du régime général d'assurance-maladie qui étendra par la suite son assistance à d'autres catégories de travailleurs.

On indique ci-après les dates d'admission:

- 1948: les orphelins des travailleurs italiens (membres de la famille).
- 1951: les travailleurs occupés sur les chantiers de travail et de reboisement.
- 1952: les employés de maison.
- 1955: apprentis (nouvelle réglementation).
- 1955: titulaires de rentes d'invalidité et de vieillesse et les membres de leur famille.
- 1956: membres de la famille des apprentis qui sont chefs de famille.
- 1958: travailleurs de la petite pêche maritime et des eaux intérieures, et les membres de leur famille.
- 1958: les travailleurs à domicile et les membres de leur famille (nouvelle réglementation).

L'obligation de l'affiliation comporte:

- pour les orphelins des travailleurs italiens, l'affiliation à l'Institut national d'assistance homonyme;
- pour les travailleurs occupés sur les chantiers de travail et de reboisement, leur prise en charge par les ateliers-écoles;
- pour les travailleurs à domicile, la détermination de l'activité effectivement exercée, et leur inscription, en tant que tels, sur les listes provinciales appropriées qui seront établies à cet effet;
- pour les travailleurs de la petite pêche maritime et des eaux intérieures, la détermination de l'activité qu'ils exercent effectivement soit à leur propre compte, soit en tant que membre de coopérative et de sociétés de pêcheurs, et leur inscription en tant que tels sur des listes provinciales qui seront établies à cet effet. Aucune limite d'âge n'a été fixée pour les employés de maison. De même, aucune clause ou condition ne limite les droits et obligations en matière d'affiliation des titulaires de rentes d'invalidité ou de vieillesse, qui sont affiliés du seul fait qu'ils



ont droit aux prestations des régimes d'assurance correspondants.

Ne sont pas assujettis à l'affiliation obligatoire et ne peuvent faire valoir des droits à ce titre les membres de la famille des travailleurs des catégories suivantes:

- les manœuvres agricoles travaillant à titre occasionnel ou exceptionnel dans l'agriculture;
- les travailleurs occupés sur les chantiers de travail et de reboisement;
- les employés de maison.

Il convient de signaler enfin que les travailleurs de la petite pêche maritime constituent la première catégorie de travailleurs indépendants qui ait été assujettie au régime général d'assurance contre la maladie.

#### PRESTATIONS.

Pendant la période de la mutualité syndicale, la nature et le montant des prestations à accorder aux ayants droit étaient déterminées par voie de contrats collectifs, après entente entre les confédérations syndicales intéressées; en 1943, la compétence en la matière a été transférée au pouvoir législatif, après que les clauses contractuelles eurent perdu le caractère de normes obligatoires ayant force de loi.

#### PRESTATIONS EN NATURE.

##### Systemes d'attribution.

Lorsqu'on parle de prestations en nature, il faut commencer par indiquer le système qui est appliqué pour en assurer le service aux ayants droit, car le choix de tel ou tel système pose des problèmes différents et appelle donc des solutions différentes.

Dès le début de la mutualité, il existait deux systèmes fondamentaux: d'une part, le système d'assistance directe, dans lequel les prestations étaient fournies gratuitement par l'organisme d'assurance, sans que l'ayant-droit ait donc à avancer le montant des dépenses afférentes aux soins qui lui étaient nécessaires (auquel cas il était tenu de participer aux frais); d'autre part, le système d'assistance indirecte, dans lequel l'organisme d'assurance remboursait à l'ayant-droit tout ou partie des dépenses qu'il avait engagées.

Dans ce dernier cas, évidemment, l'action de l'organisme qui assure le service des prestations est d'ordre administratif surtout puisqu'il y a simplement un rapport financier avec l'assuré et que l'organisme s'abstient de tout contact avec celui qui assure effectivement le service de la prestation sociale. Dans le système d'assistance directe, au contraire, la fonction de l'organisme d'assurance est un peu plus complexe puisque celui-ci se charge, d'une part, de créer les installations nécessaires à la protection de la santé des ayants droit et, d'autre part, de rémunérer directement les services de ceux qui fournissent effectivement les prestations.

Il s'ensuit que l'organisme d'assurance doit établir avec ceux qui fournissent les prestations sociales des rapports d'ordre financier et moral dont la portée et l'importance seront d'autant plus grandes que le champ d'action de l'organisme d'assurance sera large.

Abstraction faite de la période de la mutualité facultative, pendant laquelle les prestations en nature sont restées absolument insignifiantes, on constate que, pendant la période suivante, les organismes d'assurance ont adopté le système de remboursement pour les catégories de travailleurs dont la situation financière était la plus prospère, en raison surtout du fait que leurs rapports de travail étaient plus stables (commerce et crédit-assurances-services fiscaux affermés), et qu'ils ont appliqué le système d'assistance directe pour les catégories de travailleurs aux revenus les plus bas (agriculture et industrie).

Un tel critère d'ordre financier, dont on ne peut certes affirmer objectivement qu'il est toujours pertinent, a perdu beaucoup de sa valeur après 1943; on peut même affirmer qu'il est désormais périmé. Etant donné la diffusion de la médecine moderne, qui applique des thérapeutiques coûteuses et exige une spécialisation très poussée, nul ne peut aujourd'hui, avec le seul revenu de son travail, avancer les fortes sommes qu'exige généralement le traitement d'une maladie, s'agit-il d'un cas de durée et de gravité normales.

C'est pour cette raison que les sociétés mutuelles d'assurance s'orientent vers l'adoption du système direct; dans le régime général d'assurance maladie, l'application des dispositions qui font de l'assistance directe le système officiel d'attribution des prestations est tempérée par le choix qui est laissé à l'ayant-droit d'opter expressément pour le système avec remboursement.

La possibilité offerte à ceux qui optent pour le système avec remboursement de bénéficier du système d'assistance

directe en cas d'hospitalisation est une variante qui mérite d'être signalée et qui s'explique par les raisons exposées plus haut.

### Soins médicaux.

(Tableaux 4 et 5).

Relèvent des soins médicaux les prestations qui sont fournies par des praticiens de médecine générale à domicile ou dans les dispensaires, par des médecins spécialistes dans les dispensaires ainsi que par des sages-femmes, prestations qui sont accordées pour toutes les formes de maladie, à l'exclusion des maladies de nature tuberculeuse ou professionnelle ou des maladies entraînées par un accident du travail.

#### I - Mutualité syndicale (1926-1943).

1. Dans les systèmes avec remboursement, le libre choix du médecin traitant et de la sage-femme était absolu; l'organisme d'assurance remboursait directement à l'assuré, sur la base du tarif adéquat, les sommes qu'il avait dépensées.

2. Dans le système d'assistance directe, les soins médicaux étaient dispensés gratuitement par les médecins de confiance (dans ce cas, le médecin-traitant était choisi unilatéralement par l'organisme d'assurance, qui était généralement une caisse d'entreprise), par des médecins avec lesquels l'organisme était lié par une convention (dans ce cas, le choix était relatif puisque l'assuré choisissait parmi les médecins qui avaient demandé et avaient été autorisés à exercer dans le cadre de la mutualité); il en allait de même pour les soins obstétricaux.

En principe, tous les médecins pouvaient adhérer aux conventions conclues par les organismes d'assurance; cependant, certains organismes n'acceptaient d'admettre au bénéfice de ces conventions qu'un nombre limité de médecins qu'ils estimaient suffisant pour répondre aux besoins de leurs propres assurés.

Pour ce qui est des conventions avec les médecins (ou les sages-femmes), les organismes d'assurance les concluaient à l'échelon local ou provincial, avec l'ordre provincial des médecins (ou avec le collège provincial des sages-femmes); ces conventions définissaient les obligations réciproques des parties, à savoir pour les médecins (ou les sages-femmes), les tâches qu'ils devaient accomplir et les règles qu'ils devaient

observer en exerçant leur profession dans le cadre de la mutualité; et pour les organismes d'assurance, le montant des honoraires qu'ils paieraient.

Les médecins étaient rémunérés généralement sur la base d'un système avec forfait annuel pro capite, alors que les sages-femmes étaient payées à forfait, au titre de chaque prestation.

Les organismes d'assurance appliquaient le même système quand il n'y avait pas de centre sanitaire relevant directement de leur gestion, et ce également dans le cas des soins fournis par des spécialistes dans les dispensaires au titre d'une ou de plusieurs spécialisations; l'organisme passait avec des établissements publics et privés une convention dans laquelle il fixait des tarifs de rémunération soit au temps soit par acte médical.

3. Les rapports entre les organismes d'assurance et le corps médical ne posaient pas encore de graves problèmes tant parce que le nombre des médecins agréés offraient tous de bonnes possibilités de travail que parce que les dispositions d'application générale sont édictées par les organes centraux du gouvernement.

4. Dès leur création, les organismes d'assurance mutuelle créés en application d'un contrat collectif de travail étaient tenus de pourvoir aux soins médicaux de ceux qu'ils protégeaient - à savoir les travailleurs et les membres de leur famille. Seuls faisaient exception les travailleurs agricoles auxquels l'organisme d'assurance n'assurait des soins de spécialistes et des soins obstétricaux qu'à titre facultatif et selon ses disponibilités financières; les membres de la famille des manœuvres agricoles travaillant à titre occasionnel ou exceptionnel dans l'agriculture étaient exclus du bénéfice de toute prestation.

Les limites et exclusions susmentionnées s'expliquent par la modicité des ressources des caisses agricoles qui, dans certains cas, sont extrêmement limitées. Le financement des organismes d'assurance des travailleurs agricoles n'est pas suffisant pour leur permettre de pouvoir faire face à toutes leurs obligations financières; ils ne peuvent donc s'aligner strictement, dans ce domaine, sur les dispositions qui sont applicables en la matière dans les autres secteurs car il ne faut pas que la cotisation d'assurance grève trop lourdement les revenus de ces travailleurs.

5. Le droit aux soins médicaux s'ouvrait au moment même où le travailleur occupait un emploi rémunéré quelconque pour le compte de tiers. Théoriquement, le droit était réellement acquis et opérant:

pour les travailleurs agricoles, au moment de leur inscription sur les listes nominales appropriées;

pour les ouvriers de l'industrie, du commerce et de la branche crédit-assurance-services fiscaux affermés, au moment de leur engagement, à condition que le rapport de travail fût confirmé après la période d'essai (une semaine en général);

pour les employés de l'industrie, du commerce et de la branche crédit-assurance-services fiscaux affermés, 30 jours (période d'essai) après l'admission à l'emploi;

pour les membres de la famille, le droit aux soins médicaux s'ouvrait et était acquis au moment même où il s'ouvrait et était acquis pour le chef de famille.

6. Les soins médicaux étaient assurés pendant 180 jours au maximum pendant toute période de 12 mois, pour tous les travailleurs et les membres de leur famille y ayant droit; en fait, on peut dire que la protection de l'assurance s'étendait sur toute l'année, au moins dans le cas des travailleurs de l'industrie pour lesquels la loi prévoyait que le service des prestations ne serait pas assuré que dans le cas où la maladie aurait débuté six mois après la cessation ou la suspension du travail (état de chômage se prolongeant au-delà de six mois).

## II - Mutualité unifiée (après 1943).

7. Aux termes de la loi n°138 du 11 janvier 1943 qui en a porté création, l'Institut unique applique le système d'assistance directe à tous ceux qui y sont affiliés. Toutefois, le système avec remboursement continue d'être appliqué dans les mêmes conditions en faveur des catégories de travailleurs qui en bénéficiaient antérieurement (commerce, crédit-assurance-services fiscaux affermés), mais ils doivent opter expressément pour ce système tous les ans.

Parcille dérogation au régime général s'explique par la situation politico-économique dans laquelle le pays se trouvait lors de la période de reconstruction. On n'estimait pas opportun de modifier l'organisation de l'assurance mutuelle alors qu'on envisageait une refonte fondamentale de l'ensemble du régime de prévoyance italien.

EVOLUTION DU NOMBRE DES AYANT-DROIT A L'ASSISTANCE  
AVEC REMBOURSEMENT ET DU NOMBRE DES ASSURES AYANT OPTÉ POUR  
L'ASSISTANCE AVEC REMBOURSEMENT  
DEPENSES AFFÉRENTES AUX PRESTATIONS EN NATURE  
AU TITRE DE L'ASSISTANCE AVEC REMBOURSEMENT  
(en milliers d'unités)

M U T U A L I T E    S Y N D I C A L E							
	1931	1935	1937	1938	1939	1940	1941
Affiliés	751	3936	7576	8217	9903	11077	15728
Ayant-droit à l'assistance avec remboursement	198	250	300	373	628	650	697
Pourcentage du total des affiliés	26,3	6,3	3,9	4,5	6,3	5,8	4,4
Assurés ayant bénéficié du système avec remboursement	198	250	300	373	628	650	697
Pourcentage du total des affiliés	26,3	6,3	3,9	4,5	6,3	5,0	4,4
Dépenses afférentes aux prestations en nature accordées aux bénéficiaires (en millions)	4,7	4,9	7,6	8,9	18,0	--	--

EVOLUTION DU NOMBRE DES AYANT-DROIT A L'ASSISTANCE  
AVEC REMBOURSEMENT ET DU NOMBRE DES ASSURES AYANT OPTÉ POUR  
L'ASSISTANCE AVEC REMBOURSEMENT  
DEPENSES AFFÉRENTES AUX PRESTATIONS EN NATURE  
AU TITRE DE L'ASSISTANCE AVEC REMBOURSEMENT  
(en milliers d'unités)

MUTUALITE UNIFIEE						
	1946	1947	1948	1949	1950	1951
Affiliés	13245	14228	14248	14015	13881	14282
Ayant-droit à l'assistance avec remboursement	951	1005	1002	930	1009	1077
Pourcentage du total des affiliés	7,1	7,0	7,0	6,6	7,2	7,4
Assurés ayant bénéficié du système avec remboursement	--	--	--	--	63	48
Pourcentage du total des affiliés	--	--	--	--	0,4	0,3
Dépenses afférentes aux prestations en nature accordées aux bénéficiaires (en millions)	138,1	183,7	221,9	222,1	236,0	238,6

Tableau 3  
(Suite)

EVOLUTION DU NOMBRE DES AYANT-DROIT A L'ASSISTANCE  
AVEC REMBOURSEMENT ET DU NOMBRE DES ASSURES AYANT OPTÉ POUR  
L'ASSISTANCE AVEC REMBOURSEMENT  
DÉPENSES AFFÉRENTES AUX PRESTATIONS EN NATURE  
AU TITRE DE L'ASSISTANCE AVEC REMBOURSEMENT  
(en milliers d'unités)

MUTUALITE UNIFIEE						
	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Affiliés	15299	16587	17060	16888	20103	21038
Ayant-droit à l'assistance avec remboursement	1233	1369	1503	1576	20103	21038
Pourcentage du total des affiliés	7,9	8,2	8,8	9,3	100,0	100,0
Assurés ayant bénéficié du système avec remboursement	48	38	33	24	49	50
Pourcentage du total des affiliés	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
Dépenses afférentes aux prestations en nature accordées aux bénéficiaires (en millions)	183,3	165,4	125,5	125,0	200,0	222,6



Bien que les études entreprises dans ce sens n'aient abouti à l'adoption d'aucune disposition d'application générale, il n'en reste pas moins que la prudence dont on a fait preuve pendant cette période difficile a porté ses fruits, puisqu'elle a permis, lors de l'adoption des mesures qui ont ultérieurement élargi le champ d'application de l'assurance-maladie, d'adapter les critères d'après l'évolution des facteurs économiques et sociaux.

Dans la pratique, le système avec remboursement ne semble cependant pas jouir des faveurs de la population assurée; en effet, le nombre de ceux qui y ont recours est resté extrêmement faible, et ce, même en 1955, année où le droit d'option a été reconnu à toutes les catégories de travailleurs protégés (voir tableau 3).

Si l'Institut unique a décidé cette extension qui est pour ainsi dire restée sans effets pratiques, c'est afin de satisfaire aux demandes du corps médical qui estime que le système avec remboursement permet comme il convient de préserver les principes traditionnels de la profession médicale: rapports médecin-malade, libre choix du médecin, libre choix du traitement, secret professionnel, etc..

8. Après l'unification des organismes d'assurance mutuelle, quelques-unes des caisses qui existent encore ont continué d'appliquer le système d'assistance directe par l'intermédiaire du médecin de confiance. L'Institut unique a exclusivement recours aux services des médecins avec lesquels il a passé des conventions, qui sont rémunérés soit au titre de chaque acte médical, soit moyennant un montant annuel forfaitaire pro capite.

Au début, les obligations et les droits réciproques ont continué à être définis par voie d'accords provinciaux conclus avec les ordres des médecins et les collèges de sages-femmes. Par la suite, alors que les rapports de l'Institut avec les sages-femmes ne posaient aucun problème, le corps médical devait avancer en 1949, d'innombrables revendications en affirmant vouloir préserver la liberté professionnelle et empêcher toute interférence de tiers, en particulier du principal organisme d'assurance. En réalité, le corps médical se ressentait du malaise qui caractérise la transition entre la fin d'une période révolue et l'apparition de nouveaux et plus larges horizons: il cherchait donc à défendre les valeurs traditionnelles de la profession en affirmant leur intangibilité et, dans le même temps, il reconnaissait, mais sans vouloir y consentir, la validité des nouvelles concessions.

Les parties restent sur leurs positions, parfois extrêmement contrastées, pendant des années, et tentent diverses expériences jusqu'en 1955, année où - grâce aussi à l'oeuvre de médiation des organes ministériels de surveillance et des associations syndicales - l'Institut unique et le corps médical concluent un accord qui règle leurs rapports réciproques à l'échelon national.

Outre la faculté d'opter pour le système avec remboursement, qui est étendue à toutes les catégories protégées, l'accord établit les principes généraux ci-après:

liberté pour les praticiens de médecine générale agréés d'exercer dans le cadre de la mutualité; liberté pour les ayants droit de choisir le médecin traitant parmi les dits médecins; limitation du nombre des ayants droit que chaque praticien de médecine générale peut soigner dans le cadre de la mutualité; rétribution par acte médical ou rémunération forfaitaire annuelle pro capite (le second de ces systèmes s'appliquant en particulier aux zones essentiellement agricoles).

L'accord marque une date importante dans l'évolution des rapports entre la mutualité et ceux qui assurent effectivement le service des prestations sociales, et ce pour deux raisons: à cause de l'intervention de l'Etat, dont on reconnaît pour la première fois la nécessité dans les cas où les controverses de ce genre ne peuvent être réglées dans le cadre de négociations bilatérales, et à cause de la définition, par voie statutaire, de normes générales qui écartent les obstacles réputés insurmontables qui empêchaient une collaboration agissant entre le corps médical et la mutualité, et qui permettent d'envisager sous le jour le plus propice la recherche des solutions à apporter aux problèmes encore en suspens.

Les contacts permanents entre les organes chargés de représenter l'une et l'autre partie leur ont permis jusqu'ici d'examiner leurs problèmes avec sérénité, et l'on peut en conclure que l'accord est bien l'instrument qui convient à cet effet.

9. L'un des problèmes qui prêtent encore à controverse avec le corps médical est celui des soins dispensés par les médecins spécialistes dans les dispensaires; pour le service de ces prestations, l'Institut unique applique les mêmes critères que ceux qu'appliquaient autrefois les caisses mutuelles de l'agriculture et de l'industrie (voir point 3 ci-dessus).

Le corps médical demande que soit supprimée la limitation, pourtant nécessaire, du nombre des médecins spécialistes admis à exercer dans le cadre de la mutualité, afin que

L'Institut emploie tous les spécialistes qui le désirent et que l'assuré ait donc la liberté de choix. En bref, il revendique pour les médecins spécialistes la faculté d'exercer leur profession dans le cadre de la mutualité en jouissant du même régime libéré que les praticiens de médecine générale.

Ici encore, il faut signaler l'action d'un facteur qui est absolument étranger à la mutualité à savoir, la pléthore de médecins: en 1957, il y avait quelque 75.000 médecins sur une population de 49,5 millions d'habitants, et leur nombre augmentait chaque année de plus de 2.800 unités. En outre, en raison des caractéristiques de la médecine moderne, le nombre des spécialistes ne cesse de s'accroître par rapport à celui des praticiens de médecine générale, et si l'on considère qu'en Italie les médecins qui sont établis à leur propre compte constituent l'écrasante majorité on ne peut logiquement s'étonner de ce que le corps médical se préoccupe de voir se rétrécir le cercle de sa clientèle et soit tenté, dans le même temps, de considérer la mutualité comme sa principale, voir son unique source de travail et de gains.

L'accord de 1955 a traité également à la réglementation des rapports entre l'Institut unique et les médecins spécialistes employés dans les dispensaires appartenant à l'Institut.

10. Toutes les catégories de travailleurs qui étaient obligatoirement affiliés à l'Institut à la date de sa constitution, de même que les catégories de travailleurs qui ont été admis ultérieurement au bénéfice de l'assistance-maladie ont droit aux soins médicaux, tout comme les membres de leurs familles. Quant aux catégories de travailleurs agricoles qui en étaient précédemment exclus, ils ont droit (de même que les membres de leurs familles) aux soins dispensés par les spécialistes exerçant dans les dispensaires depuis 1946, et aux soins obstétricaux depuis décembre 1949 (ouvriers et manoeuvres) et janvier 1950 (fermiers et métayers). Sont toujours exclus les membres de la famille de toutes les catégories (soins obstétricaux) et les membres de la famille des manoeuvres travaillant à titre exceptionnel ou occasionnel (toutes les prestations).

11. Les conditions déterminant l'ouverture et l'acquisition du droit aux soins médicaux pour les catégories de travailleurs qui étaient obligatoirement affiliés à l'Institut au moment de sa création ont été indiquées au point 5 ci-dessus.

Pour ce qui est des catégories d'assurés qui ont été admis ultérieurement au bénéfice des prestations de l'assurance, l'acquisition théorique du droit aux prestations de-

vient effective et opérante:

- pour les employés de maison, six mois après le début du travail, à condition que l'employeur ou les employeurs soient tenus (même s'ils ne l'ont pas encore effectivement fait) de payer douze cotisations hebdomadaires pour les vingt-quatre semaines précédant immédiatement la demande de prestations;
- pour les apprentis, au moment où débute le rapport spécial d'apprentissage, ou au moment de l'inscription aux cours spéciaux de formation complémentaire;
- pour les travailleurs de la petite pêche et pour les travailleurs à domicile, au moment de l'inscription sur les listes provinciales respectives à établir;
- pour les titulaires de rentes, au moment où le travailleur peut faire valoir ses droits à une rente d'invalidité ou de vieillesse;
- pour les membres de la famille (voir le point 5 ci-dessus).

12. Les soins médicaux sont assurés pendant 180 jours au maximum pendant toute période de douze mois, pour tous les travailleurs et les membres de leurs familles y ayant droit.

L'application de la disposition qui jouait précédemment en faveur des seuls travailleurs de l'industrie (droits à l'assistance jusqu'à l'expiration d'un délai de six mois après la cessation du travail) a été étendue à tous les assurés. De plus, il n'y a aucune limite de durée pour la catégorie des titulaires de rentes, lorsqu'ils sont atteints de l'une des maladies "typiques de la vieillesse" qui sont expressément mentionnées dans le décret ministériel pertinent.

#### Fournitures pharmaceutiques.

(tableaux 4 et 5).

Les prestations pharmaceutiques sont accordées pour toutes les formes d'affection morbide, à l'exclusion des maladies de nature tuberculeuse ou professionnelle ou des maladies provoquées par des accidents du travail.

#### I. Mutualité syndicale (1926/1943).

1. Dans le système avec remboursement, l'organisme d'assurance remboursait les dépenses que l'assuré avait encourues pour l'achat de médicaments, soit intégralement dans le cas de préparations magistrales, soit à concurrence d'un

montant déterminé dans le cas de spécialités qu'il était impossible de remplacer par des préparations magistrales équivalentes (crédit - assurances - services fiscaux affermés). Dans le secteur du commerce, la somme des montants remboursés au titre des fournitures pharmaceutiques et des soins médicaux ne peut dépasser 25 pour cent de l'indemnité de maladie.

La limitation a donc un double caractère: financier (limite maximum des dépenses dans chaque cas de maladie) et qualitatif (impossibilité de remplacer le produit).

2. Dans le système d'assistance directe, l'organisme d'assurance fournissait gratuitement soit les médicaments et autres moyens thérapeutiques, y compris les spécialités (qui étaient inscrits sur une liste appropriée établie après accord entre les organismes de secours mutuel et les confédérations intéressées), qui étaient indispensables et ne pouvaient être remplacés par des préparations magistrales (industrie), soit uniquement les préparations magistrales (agriculture). Dans les deux cas, l'organisme refusait de fournir les médicaments lorsque la maladie n'entraînait pas d'incapacité de travail.

Cette restriction était donc uniquement qualitative, et visait soit l'ensemble des spécialités, soit uniquement celles qu'il était impossible de remplacer par des préparations magistrales; de plus, l'assuré n'avait pas droit aux prestations lorsqu'il n'était pas atteint d'une incapacité de travail.

Les organismes d'assurance payaient les médicaments délivrés par la pharmacie sur la base d'accords locaux et provinciaux conclus avec les ordres provinciaux des pharmaciens; ces accords définissaient les obligations des pharmaciens et stipulaient les rabais qu'elles devaient éventuellement consentir sur le prix des médicaments.

Les organismes d'assurance ne possédaient aucune pharmacie en propre.

3. Les rapports existant à l'époque entre les organismes d'assurance et les pharmacies n'appellent aucune observation particulière, car l'assistance fournie dans ce domaine n'a eu qu'une portée relativement limitée, aussi bien sur le plan financier que sur le plan numérique.

4. Ayaient droit aux prestations pharmaceutiques les travailleurs du commerce et de la branche crédit-assurances-services fiscaux affermés (dans les limites indiquées au point 1 ci-dessus) et les travailleurs de l'industrie et de l'agri-

culture (dans les limites indiquées au point 2 ci-dessus); dans le cas de ces derniers toutefois, le service des dites prestations était facultatif, et les fermiers et métayers, de même que les manoeuvres travaillant à titre exceptionnel et tous les membres de leurs familles étaient exclus du bénéfice des prestations (voir point 4 de la section "soins médicaux").

Il convient de signaler que les limitations et exclusions imposées dans le secteur de l'agriculture témoignent clairement des réserves que suscitait l'extension du système d'assistance pharmaceutique directe aux membres de la famille des assurés, réserves qui se sont également manifestées dans le secteur de l'industrie; pour les membres de la famille des travailleurs de l'industrie en effet, l'assistance pharmaceutique n'est devenue obligatoire qu'en 1942 seulement, à savoir trois ans après qu'ils eurent été admis au bénéfice de l'assurance.

On peut dire qu'à cette époque déjà les organismes d'assurance craignaient que les ayants droit ne recourent à cette forme d'assistance dans des proportions imprévisibles qui risqueraient d'imposer des charges excessives par rapport aux ressources dont les organismes d'assurance appliquant le système d'assistance gratuite disposent normalement.

5. Le droit aux prestations pharmaceutiques était régi par des dispositions qui ont été indiquées au point 5 de la section "soins médicaux".

6. La durée du service des prestations pharmaceutiques était fixée par les dispositions qui ont été mentionnées au point 6 de la section "soins médicaux".

## II. Mutualité unifiée (après 1943).

7. Comme on l'a déjà vu au point 7 de la section "Soins médicaux", le système avec remboursement a continué à être appliqué même après l'unification de la mutualité.

Toutefois, le remboursement est effectué dans les conditions et dans les proportions fixées pour le système d'assistance directe (voir les points 8 et 9 ci-après).

8. Dans le système d'assistance directe l'Institut unique fournit gratuitement, sans formalité aucune, les préparations magistrales et les spécialités irremplaçables qui sont prescrites pour certains groupes déterminés de maladies. Par contre, l'assuré doit obtenir son autorisation préalable lorsqu'il s'agit de spécialités autres que celles qui viennent d'être mentionnées.

Lorsque la maladie n'entraîne pas une incapacité de travail, les médicaments fournis gratuitement sont délivrés uniquement dans les dispensaires.

Les produits sont payés directement aux pharmacies, sur présentation des ordonnances exécutées.

9. Jusqu'en 1949, les rapports entre l'Institut unique et les pharmaciens ont été régis par des accords passés avec les ordres provinciaux des pharmaciens, puis par une convention nationale conclue avec la Fédération des ordres et complétée par des accords provinciaux ayant trait à l'escompte à accorder sur le prix de vente des produits. En 1955, enfin, la loi a expressément fixé la fraction de l'escompte qui était à la charge du pharmacien et du fabricant de produits pharmaceutiques respectivement, de sorte que le problème des rapports entre l'Institut et les pharmaciens a perdu de son acuité et consiste désormais à déterminer, dans le cadre de la convention nationale, leurs obligations administratives réciproques.

10. Ont droit aux prestations pharmaceutiques tous les travailleurs appartenant aux catégories assurées, à l'exclusion des manoeuvres travaillant à titre exceptionnel dans l'agriculture, des fermiers et métayers. Pour ce qui est des membres de la famille, sont exclus du bénéfice des prestations tous les membres de la famille des travailleurs de l'agriculture (voir point 4 de la section "soins médicaux").

11. Les conditions qui déterminent l'ouverture et l'acquisition du droit à l'assistance pharmaceutique pour les catégories de travailleurs obligatoirement affiliés à l'Institut unique sont les mêmes que celles qui sont indiquées au point 11 de la section "Soins médicaux".

12. En ce qui concerne la durée du service des prestations pharmaceutiques, les dispositions et considérations pertinentes ont été indiquées au point 12 de la section "Soins médicaux".

#### "Petite réforme".

Les dispositions qui viennent d'être approuvées dans le cadre de la "Petite réforme" simplifient sensiblement les conditions de délivrance des fournitures pharmaceutiques, puisqu'elles autorisent le médecin à prescrire librement, sans autorisation préalable, la quasi-totalité des préparations magistrales et des spécialités se trouvant dans le commerce;

cependant, le bénéficiaire doit participer aux frais lorsque le prix de la spécialité dépasse le montant-limite qui a été fixé pour chaque groupe de spécialités analogues.

### Soins d'hospitalisation.

#### (Tableaux Nos 4 et 5)

Les assurés ont droit aux soins d'hospitalisation au titre de toutes les formes d'affections, (à l'exclusion des maladies de nature tuberculeuse ou professionnelle, des maladies provoquées par des accidents du travail), qu'elles soient infectieuses ou contagieuses.

#### I.- Mutualité syndicale (1926/1943).

1. Dans le système avec remboursement, les dépenses encourues par l'assuré au titre des soins dispensés dans un établissement hospitalier de son choix lui sont remboursées sur la base du tarif approprié.

2. Dans le système d'assistance directe, les assurés sont soignés gratuitement dans les établissements publics et privés qui ont conclu avec les organismes d'assurance des conventions qui définissent les obligations réciproques des parties: pour les hôpitaux, les prestations à fournir et les normes à observer pour le traitement des assurés; pour les organismes d'assurance, le tarif de la journée d'hospitalisation.

Pendant cette période, les rapports entre les organismes d'assurance et les administrations des hôpitaux n'ont soulevé aucune difficulté.

3. Les organismes d'assurance ne possèdent pas d'établissements hospitaliers propres, pas plus qu'ils ne participent directement à la construction ou à l'installation des hôpitaux.

4. Ont droit aux soins d'hospitalisation tous les travailleurs et les membres de leur famille des secteurs suivants: commerce, crédit-assurances-services fiscaux affermés, industrie et agriculture: dans le cas de ces derniers, le service des prestations est facultatif.

Dans l'agriculture, sont exclus du bénéfice de l'assistance les membres de la famille des manœuvres travaillant à titre occasionnel ou exceptionnel.

5. Le droit aux prestations d'hospitalisation est régi par les dispositions qui ont déjà été indiquées au point 5 de la section "soins médicaux".



6. La durée maximum de l'octroi de l'assistance en cas d'hospitalisation est de 180 jours par an pour les travailleurs de toutes les catégories et pour les membres de la famille des travailleurs de l'agriculture y ayant droit; de 30 jours par an pour les membres de la famille des travailleurs des autres catégories.

Dans le cas des travailleurs de l'industrie, le droit aux prestations d'hospitalisation s'éteint deux mois après la cessation ou la suspension du travail (état de chômage qui se prolonge au-delà de deux mois).

### II. Mutualité unifiée (après 1943).

7. Comme on l'a déjà vu au point 7 de la section "soins médicaux", le système avec remboursement a continué d'être appliqué même après l'unification de la mutualité. Toutefois, les dépenses encourues par l'assuré ne lui sont remboursées qu'à concurrence des montants que l'Institut unique aurait dépensé s'il avait appliqué le système de l'assistance directe.

La faculté d'option a été étendue en 1955 à toutes les catégories d'assurés de telle façon que l'assuré peut bénéficier du système d'assistance directe en cas d'hospitalisation même lorsqu'il a opté pour l'assistance directe.

8. Dans le système d'assistance directe, les soins d'hospitalisation sont dispensés gratuitement, après autorisation, dans des hôpitaux publics et établissements de traitement privés avec lesquels l'Institut unique a passé une convention à cet effet.

En cas d'urgence, notification de l'hospitalisation effective doit être donnée dans les délais les plus rapides, de façon que l'Institut puisse déterminer immédiatement s'il est tenu d'assumer la charge de l'hospitalisation.

9. Les rapports entre l'Institut unique et les administrations des hôpitaux sont toujours régis par des accords particuliers; en effet, il n'existe aucune réglementation d'application générale dans ce domaine, à l'exception de la disposition du décret royal n°1631 du 30 Septembre 1938 qui autorise l'Institut à appliquer les mêmes tarifs d'hospitalisation que les communes appliquent pour les personnes inscrites sur la liste des indigents. Néanmoins, il se pose un problème grave et controversé du fait que les tarifs d'hospitalisation, qui sont établis selon les méthodes les plus disparates, sont fixés unilatéralement par les diverses administrations et formellement valides, sans être modifiés généra -

lement, par les autorités préfectorales.

On peut prévoir que l'Etat exercera une action médiatrice dans ce domaine, comme il l'a déjà fait pour régler les rapports avec le corps médical.

10. Toutes les catégories de travailleurs obligatoirement affiliés à l'Institut unique - travailleurs et membres de leur famille - ont droit à l'assistance hospitalisation à la seule exception des membres de la famille des manoeuvres travaillant à titre occasionnel ou exceptionnel dans l'agriculture.

11. Les conditions d'ouverture et d'acquisition du droit aux soins d'hospitalisation sont les mêmes que celles qui ont été indiquées au point 11 de la section "soins médicaux".

12. Pour ce qui est de la durée annuelle maximum du service des prestations d'hospitalisation, voir le point 6 ci-dessus, sous réserve des variantes ci-après:

la disposition applicable aux seuls travailleurs de l'industrie (état de chômage qui se prolonge au-delà de deux mois) est étendue à tous les travailleurs.

Les prestations sont obligatoires même pour le secteur de l'agriculture.

La durée annuelle maximum de 30 jours est portée à 90 jours pour les orphelins des travailleurs italiens affiliés à l'Institut national homonyme (catégorie spéciale de membres de la famille), et à 180 jours pour les enfants nés "avant terme" et pour les membres de la famille hospitalisés dans des centres hautement spécialisés.

Aucune limite de durée n'est fixée pour la catégorie des titulaires de rentes qui sont atteints de l'une des maladies de la vieillesse qui sont mentionnées dans le décret ministériel pertinent.

#### "Petite réforme".

Les dispositions approuvées récemment à ce titre portent à 180 jours par an, pour tous les ayants droit sans exception - travailleurs et membres de leur famille - la durée maximum du service de l'assistance (étant entendu qu'il n'y a aucune limite dans le cas de maladies de la vieillesse) et elles autorisent l'hospitalisation même en cas d'accouchement normal, de maladie à évolution chronique, de névrose et de psychose, à l'exclusion des maladies exigeant l'internement dans un établissement psychiatrique.

De plus l'Institut unique prend à sa charge 50 pour

cent des dépenses d'hospitalisation afférentes aux maladies infectieuses et contagieuses, qui étaient précédemment à la charge des communes.

### PRESTATIONS EN ESPÈCES.

(Tableaux 4 et 5).

#### Généralités.

Dans les premières sociétés de secours mutuels, l'assistance en cas de maladie, de maternité ou de perte de salaire provoquée par une incapacité de travail, revêtait la forme d'une prestation en espèces.

En effet, l'assistance financière constitue le système d'assistance le plus rapide, le moins coûteux et le plus efficace, surtout comme les sociétés de secours mutuels où la modicité des ressources financières commandait une extrême parcimonie et où la connaissance réciproque que les membres avaient les uns des autres constituait en soi une garantie adéquate contre les abus.

Pendant les quelques années qui suivirent l'établissement de la mutualité syndicale, les prestations en espèces continuèrent d'être la principale forme d'assistance, surtout dans les régimes d'assistance indirecte où le montant de l'indemnité journalière détermine directement celui des sommes remboursées au titre des dépenses de caractère sanitaire (commerce).

Mais c'est précisément pendant cette période, qui a été marquée par l'essor rapide de la mutualité et par la consécration du système d'attribution directe des prestations, que l'assistance en espèces - dont l'indemnité de maladie est, de loin, la prestation la plus importante - cède définitivement le pas à l'assistance en nature. Ce n'est là au demeurant que le prolongement naturel des caractéristiques diverses des deux formes d'assistance: l'une est liée au salaire, de sorte que le coût et le nombre des prestations ont tendance à être relativement stables; l'autre est liée à des facteurs psychologiques et subjectifs, et elle est donc susceptible de variations imprévues et imprévisibles.

Telle est la raison pour laquelle l'assistance en espèces n'a connu qu'une extension restreinte par rapport à l'extraordinaire essor de l'assistance en nature. Il n'y a pas lieu de s'étonner de ce que l'amélioration qualitative

et quantitative des prestations en nature n'ait pas été accompagnée d'une amélioration correspondante de l'indemnité journalière qui n'a pour ainsi dire fait l'objet d'aucune modification, tant en ce qui concerne la durée du service que le montant. Un principe de saine administration qui est reconnu désormais par tous les organismes de prévoyance de tous types, déconseille l'octroi de prestations trop favorables si l'on veut éviter que les bénéficiaires ne soient tentés d'en abuser et ne se prétendent victimes d'un préjudice qu'il est difficile d'établir dans le domaine de la maladie.

### I. Mutualité syndicale (1926/1943).

1. C'est pendant cette période que l'assistance financière accordée en cas de maladie a pris définitivement et de façon prépondérante la forme d'une indemnité journalière.

Dans l'agriculture, tous les travailleurs, à l'exclusion des fermiers et métayers, avaient droit à l'indemnité. Le montant et la durée du service des prestations étaient fixés chaque année par les divers conseils d'administration des caisses mutuelles, mais l'indemnité ne pouvait dépasser la limite maximum de 50 pour cent du salaire; la durée maximum du service des prestations était de 120 jours par an. Il y avait un délai de carence absolue de 6 jours.

Dans le commerce, tous les travailleurs ayant qualité de salariés avaient droit à l'indemnité; le montant de l'indemnité était égal au montant de la rétribution (rétribution maximum) et la durée du service de la prestation était de 180 jours par an. Il n'y avait pas de délai de carence.

Dans l'industrie, tous les travailleurs ayant la qualité d'ouvriers avaient droit à l'indemnité. L'indemnité atteignait un montant journalier fixe qui variait selon les classes de salaire-horaire (le nombre des classes, qui était de 11 à l'origine a été porté à 13 en 1940); le service en est assuré pendant 150 jours par an au maximum. Le délai de carence absolue était de 3 jours.

Les travailleurs de la branche crédits-assurances-services fiscaux affermés ne percevaient aucune indemnité, car ils étaient tous considérés comme des employés et que l'employeur était donc tenu de verser la rétribution normale pendant les périodes de maladie.

2. Pour ce qui est de l'assistance maternité, les dispositions suivantes étaient applicables:

Dans l'agriculture, l'indemnité de maladie était ver-

sée pendant 15 jours en cas d'accouchement (sauf pour les femmes des fermiers et métayers).

Dans le commerce, les ouvrières percevaient l'indemnité journalière de maternité pendant le dernier mois de la grossesse et pendant le mois qui suivait l'accouchement, avec prolongation facultative pendant 15 jours.

Dans l'industrie, les ouvrières percevaient une prime de natalité et d'accouchement dont le montant était fixé chaque année par le conseil d'administration des diverses caisses.

Dans la branche crédits - assurances - services fiscaux affermés, aucune prestation en espèces n'était versée.

3. Enfin, pour ce qui est de l'assistance en cas de décès, il convient de rappeler les dispositions ci-après:

Dans l'agriculture, une indemnité de décès, dont le montant devait être fixé chaque année, pouvait être versée à titre facultatif - à savoir dans les limites des disponibilités des diverses caisses - aux membres de la famille des travailleurs décédés.

Les travailleurs du commerce ne percevaient aucune prestation en espèces.

Dans la branche crédits-assurances-services fiscaux affermés, l'indemnité était égale à 4 mois de traitement en cas de décès du chef de famille; à 2 mois de traitement en cas de décès du conjoint et à 1 mois de traitement en cas de décès d'un autre membre de la famille.

Dans l'industrie, les membres de la famille d'un travailleur décédé recevaient une indemnité de décès dont le montant était fixé chaque année par le conseil d'administration des diverses caisses, mais ne pouvait toutefois dépasser la limite maximum prévue par les dispositions en vigueur.

## II. Mutualité unifiée (après 1943).

4. Les modalités d'attribution de l'indemnité de maladie établies en faveur des catégories de travailleurs qui ont été intégrées à l'institut unique au moment de sa création ont été définies comme suit par les dispositions législatives de 1946 à 1947.

Dans l'agriculture (1946), les travailleurs, toujours à l'exclusion des fermiers et colons, bénéficient d'une indemnité dont le montant varie selon la catégorie et selon qu'il s'agit d'hommes, de femmes ou d'enfants. Le service de l'indemnité est assuré pendant 180 jours par an au maximum. Il y a un délai de carence relative de 3 jours.

Pour les employés des services publics, le montant de l'indemnité a été fixé à 80 pour cent de la rétribution.

Dans la branche crédits-assurances-services fiscaux affermés (1947), il n'y a pas d'indemnité de maladie (ces travailleurs sont considérés comme des employés).

Dans l'industrie (1946), l'indemnité de maladie est versée aux ouvriers. Cette indemnité, qui est égale à 50 pour cent de la rétribution, est payée pendant 150 jours par an au maximum. Il y a un délai de carence absolue de 3 jours.

L'indemnité est également attribuée, selon la branche dans laquelle ils travaillent, aux travailleurs employés de façon prépondérante et continue à domicile pour le compte de tiers; en revanche, ne sont pas admis au bénéfice de l'indemnité les travailleurs à domicile qui exercent telle ou telle activité expressément mentionnés dans le décret ministériel pertinent (à édicter).

A l'exception de cas mentionnés ci-dessus, aucune des autres catégories de bénéficiaires (employés de maison, apprentis, travailleurs de la petite pêche, titulaires de rentes d'invalidité et de vieillesse) qui ont été assujettis par la suite à l'obligation de s'affilier à l'institut unique, ne bénéficie de l'indemnité journalière de maladie.

5. Pour ce qui est de l'assistance de maternité, les dispositions ayant trait aux catégories de bénéficiaires qui ont été affiliés à l'institut unique dès sa création ont subi d'importantes modifications pendant cette période.

Dans l'agriculture, les dispositions précédemment en vigueur (voir point 2 ci-dessus) ont été abrogées en 1950; l'indemnité est versée sous forme d'une indemnité unique dont le montant varie selon la catégorie à laquelle appartient la travailleuse qui se trouve ainsi indemnisée au titre de la période d'interdiction obligatoire du travail: 8 semaines avant et 8 semaines après l'accouchement.

Dans le commerce, toutes les ouvrières perçoivent depuis 1950 une indemnité journalière de maladie, dont le montant est égal à 80 pour cent de la rétribution, pendant toute la période d'interdiction obligatoire du travail: 6 semaines avant et 8 semaines après l'accouchement.

Dans la branche crédits-assurances-services fiscaux affermés, toutes les travailleuses recevaient depuis 1947 une indemnité d'accouchement payée sous forme d'indemnité forfaitaire; en 1950, cette disposition a été abrogée, et aucune indemnité ne leur est versée au titre de la période d'interdiction obligatoire du travail (6 semaines avant et 8 semaines après l'accouchement), l'employeur étant tenu de

verser la rétribution normale aux diverses catégories de travailleuses.

Dans l'industrie, une indemnité forfaitaire d'accouchement était versée à toutes les ouvrières ou employées depuis 1946; toutefois, la disposition a été abrogée en 1950 et les ouvrières perçoivent désormais une indemnité journalière de maternité dont le montant atteint 80 pour cent de la rétribution, pendant toute la période d'interdiction obligatoire du travail: 3 mois avant et 8 semaines après l'accouchement.

Quant aux catégories de bénéficiaires qui ont été inscrites à l'institut par la suite, la loi de 1950 relative à la protection physique et économique des travailleuses mères (1) prévoit qu'une indemnité forfaitaire dont le montant variera selon la catégorie, sera payée aux travailleuses domestiques et aux travailleuses à domicile en cas d'avortement spontané ou thérapeutique. Cette indemnité est versée par l'I.N.P.S. (Institut national de la prévoyance sociale).

Aucune prestation n'est prévue en faveur des apprentis, des travailleurs de la petite pêche et des titulaires de rentes d'invalidité et de vieillesse.

6. Enfin, pour ce qui est de l'assistance en cas de décès, le régime applicable aux catégories de travailleurs affiliés à l'Institut unique au moment de sa création a été établi comme suit par les dispositions législatives de 1946 et 1947.

Dans l'agriculture, aucune prestation en espèces n'est versée.

Dans le commerce (1947) et l'industrie (1946), la loi prévoit le versement, en cas de décès du travailleur, d'une indemnité de décès dont le montant est fixe (le montant de cette indemnité, qui n'a pas été modifié depuis 1946, est insignifiant).

Dans la branche crédits-assurances-services fiscaux affermés, le montant de l'indemnité fixe varie selon qu'il s'agit du décès du chef de famille, du conjoint, d'un autre membre de la famille ou d'un enfant mort-né. Les montants n'ont pas été modifiés depuis 1947.

Aucune prestation n'est prévue à ce titre en faveur des catégories de bénéficiaires qui ont été affiliés ultérieurement à l'Institut unique.

---

(1) - B.I.T., Série législative, 1950 - It. 2

"Petite réforme".

Les dispositions dont l'application vient d'être autorisée dans le cadre de la petite réforme, prévoient que la durée maximum du service de l'indemnité de maladie sera de 180 jours pour tous les ayants droit, sans distinction; elles excluent le paiement de l'indemnité au titre des jours fériés non payés, et uniformise les diverses dispositions précédemment applicables aux périodes d'hospitalisation pendant lesquelles l'indemnité est versée au taux normal; si la personne hospitalisée n'a pas de charges de famille, l'indemnité est ramenée aux  $2/5$  du taux normal.

Il convient également de signaler la décision importante qui a imposé à l'institut le service de certaines prestations qu'il accordait précédemment à titre facultatif: prothèses, moyens thérapeutiques, cures balnéo-thermales, etc.; à cet effet, l'Institut unique contribue aux dépenses engagées par les bénéficiaires à concurrence de 50 pour cent du montant maximum fixé pour chaque forme d'assistance.



## EVOLUTION DU NOMBRE DES AYANT-DROIT AUX DIVERSES

## PRESTATIONS DE L'INSTITUT UNIQUE

SECTEURS	Agricul- ture	Com- merce	Crédit Assu- rance Services fisc. af.	Indus- trie	Employés de maison	Titu- laires rentes inv. et vieil.	TOTAL
1946	Indemnité maladie	2074	270	---	2181	---	4525
	Indemnité maternité	---	---	---	---	---	---
	Ass. Gén. à domicile et dispens.	6600	684	267	5694	---	13245
	Assist. pharmaceut.	1477	684	267	5694	---	8122
	Assist. hospital.	6077	138	267	5694	---	12176
1947	Indemnité maladie	2088	290	---	2645	---	5023
	Indemnité maternité	---	---	---	---	---	---
	Ass. gén. à domicile et dispens.	6528	739	267	6694	---	14228
	Assist. pharmaceut.	1518	739	267	6694	---	9218
	Assist. hospital.	6472	307	267	6694	---	13740
1948	Indemnité maladie	2064	305	---	2557	---	4926
	Indemnité maternité	---	---	---	---	---	---
	Ass. gén. à domicile et dispens.	6705	770	231	6542	---	14248
	Assist. pharmaceut.	1544	770	231	6542	---	9087
	Assist. hospital.	6577	770	231	6542	---	14120

EVOLUTION DU NOMBRE DES AYANT-DROIT AUX DIVERSES  
PRESTATIONS DE L'INSTITUT UNIQUE

SECTEURS	Agricul- ture	Com- merce	Crédit Assu- rance Services fisc. af.	Indus- trie	Employés de maison	Titu- laires rentes inv. et vieil.	TOTAL
1949	Indemnité maladie	2016	293	---	2579	---	4888
	Indemnité maternité	---	---	---	---	---	---
	Ass. gén. à domicile et dispens.	6507	728	202	6578	---	14015
	Assist. pharmaceut.	1484	728	202	6578	---	8992
	Assist. hospital.	6446	728	202	6578	---	13954
1950	Indemnité maladie	1867	323	---	2660	---	4850
	Indemnité maternité	---	---	---	---	---	---
	Ass. gén. à domicile et dispens.	6178	795	214	6694	---	13881
	Assist. pharmaceut.	1296	795	214	6694	---	8999
	Assist. hospital.	6124	795	214	6694	---	13827
1951	Indemnité maladie	1873	356	---	2798	---	5027
	Indemnité maternité	555	105	---	830	---	1490
	Ass. gén. à domicile et dispens.	6194	868	208	7011	---	14281
	Assist. pharmaceut.	1396	868	208	7011	---	9483
	Assist. hospital.	6159	868	208	7011	---	14246

Tableau 4  
(Suite)

EVOLUTION DU NOMBRE DES AYANT-DROIT AUX DIVERSES  
PRESTATIONS DE L'INSTITUT UNIQUE

SECTEURS	Agricul- ture	Com- merce	Crédit Assu- rance Services fisc. af.	Indus- trie	Employés de maison	Titu- laires rentes inv. et vieil.	TOTAL
1952	Indemnité maladie	1928	412	---	3005	---	5345
	Indemnité maternité	562	120	---	825	---	1507
	Ass. gén. à domicile et dispens.	6323	1013	220	7742	---	15298
	Assist. pharmaceut.	1526	1013	220	7742	---	10501
	Assist. hospital.	6310	1013	220	7742	---	15286
1953	Indemnité maladie	1917	474	---	5240	---	5631
	Indemnité maternité	562	136	---	836	---	1534
	Ass. gén. à domicile et dispens.	6298	1147	222	8707	212	16586
	Assist. pharmaceut.	1518	1147	222	8707	212	11806
	Assist. hospital.	6288	1147	222	8707	212	16570
1954	Indemnité maladie	1971	529	---	3364	---	5864
	Indemnité maternité	602	149	---	840	---	1591
	Ass. gén. à domicile et dispens.	6259	1273	230	9043	256	17061
	Assist. pharmaceut.	1652	1273	230	9043	256	12454
	Assist. hospital.	6248	1273	230	9043	256	17050

EVOLUTION DU NOMBRE DES AYANT-DROIT AUX DIVERSES

PRESTATIONS DE L'INSTITUT UNIQUE

SECTEURS	Agricul- ture	Com- merce	Crédit Assu- rance Services fisc. af.	Indus- trie	Employés de maison	Titu- laires rentes inv. et vieil.	TOTAL
1955	Indemnité maladie	1812	559	---	3359	---	5730
	Indemnité maternité	572	155	---	805	---	1532
	Ass. gén. à domicile et dispens.	5763	1342	234	9265	284	16888
	Assist. pharmaceut.	1490	1342	234	9265	284	12615
	Assist. hospital.	5754	1342	234	9265	284	16879
1956	Indemnité maladie	1838	509	---	3376	---	5803
	Indemnité maternité	595	163	---	804	---	1562
	Ass. gén. à domicile et dispens.	5678	1416	251	9891	305	20102
	Assist. pharmaceut.	1360	1416	251	9891	305	15784
	Assist. hospital.	5670	1416	251	9391	305	20094
1957	Indemnité maladie	1898	623	---	3396	---	5917
	Indemnité maternité	595	163	---	804	---	1562
	Ass. gén. à domicile et dispens.	5728	1516	255	10161	328	21038
	Assist. pharmaceut.	1368	1516	255	10161	328	16678
	Assist. hospital.	5728	1516	255	10161	328	21038





EVOLUTION DU NOMBRE DES PRESTATIONS EN ESPECES ET

EN NATURE

(en milliers d'unité)

MUTUALITE SYNDICALE

	1941				1942			
	Com- merce	Agri- cul- ture	Cré- dit	In- dus- trie	Com- merce	Agri- cul- ture	Cré- dit	Indus- trie
Ayant-droit	322	7258	375	7773	650	---	---	2970
Cas de maladie ayant bénéficié de l'assistance	147	909	74	2230	177	---	---	929
Journées de maladie	2879	---	---	36919	3633	---	---	15905
Journées d'hos- pitalisation	---	136	---	168	---	150	---	110
Cas d'hospi- talisation	---	2262	---	2605	---	2436	---	1321
Fournitures pharmaceutiques	---	---	---	5322	---	---	---	1530

EVOLUTION DU NOMBRE DES PRESTATIONS EN ESPECES ET

EN NATURE

(en milliers d'unités)

MUTUALITE UNIFIEE

	1946	1947	1948	1949	1950	1951
Indemnité en espèces						
<u>Ayant-droit</u>	4525	5023	4926	4888	4850	5027
- Cas de maladie	1406	2011	2217	2032	1967	2239
- Journées de maladie	27807	38454	42407	40061	36245	39573
Indemnité de maternité						
<u>Ayant-droit</u>	---	---	---	---	---	1490
- Cas indemnisés	---	---	---	---	---	61
Praticiens de médecine générale						
<u>Ayant-droit</u>	13425	14228	14248	14015	13881	14281
- Visites	8207	13159	13601	19717	18629	20097
Dispensaire						
<u>Ayant-droit</u>	13425	14228	14248	14015	13881	14281
- Visites de médecins spécialistes	18570	25445	31667	35005	34258	36203
Soins obstétricaux						
- Cas d'accouchement ou d'avortement	131	182	247	246	286	300
Fournitures pharmaceutiques						
<u>Ayant-droit</u>	8122	9218	9087	8992	8999	9483
- Prescriptions	10145	19826	33575	33826	30777	35297
- dont : spécialités	3818	9673	20639	18729	14611	17199
Soins d'hospitalisation						
<u>Ayant-droit</u>	12176	13740	14120	13954	13827	14246
Cas d'hospitalisation	364	539	602	636	637	681
- Journées d'hospitalisation	5690	7953	8933	8869	8376	8689



EVOLUTION DU NOMBRE DES PRESTATIONS EN ESPECES ET

EN NATURE

(en milliers d'unités)

MUTUALITE UNIFIEE

	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Indemnité en espèces						
<u>Ayant-droit</u>	5345	5631	5864	5730	5803	5917
- Cas de maladie	2554	2947	2859	3075	3296	4074
- Journées de maladie	42550	47486	46630	48564	54393	63950
Indemnité de maternité						
<u>Ayant-droit</u>	1507	1534	1591	1532	1562	1562
- Cas indemnisés	72	77	79	82	86	89
Praticiens de médecine générale						
<u>Ayant-droit</u>	15298	16586	17061	16888	20102	21038
- Visites	28840	33517	36144	39588	50744	57850
Dispensaire						
<u>Ayant-droit</u>	15298	16586	17061	16888	20102	21038
- Visites de médecins spécialistes	39627	43261	45604	41282	47638	49112
Soins obstétricaux						
Cas d'accouchement ou d'avortement	310	347	379	390	412	310
Fournitures pharmaceutiques						
<u>Ayant-droit</u>	10501	11806	12454	12615	15784	16678
- Prescriptions	48180	62431	65945	69270	100483	121654
- dont : spécialités	25280	32501	35151	37362	50913	61876
Soins d'hospitalisation						
<u>Ayant-droit</u>	15286	16576	17050	16879	20094	21038
Cas d'hospitalisation	739	817	877	919	1176	1328
- Journées d'hospitalisation	9241	10237	10836	11258	15723	17829

L'EVOLUTION DES CHARGES ET DE LEUR REPARTITION ENTRE LES  
DIVERSES PRESTATIONS

On se reportera aux tableaux 2 - 5 et 6 pour se faire une idée exacte de l'évolution des charges et de leur ventilation entre les diverses prestations.

Il semble toutefois nécessaire d'insister sur les aspects suivants de cette évolution :

1 - Dans la mutualité unifiée, l'augmentation des dépenses afférentes à l'assistance maladie n'est pas proportionnelle à l'augmentation du nombre des ayants droit à l'assistance et du niveau des salaires. Si l'on prend les années 1950 et 1956 comme base, et si l'on admet, très approximativement que pendant la même période le nombre des ayants droit tout comme le niveau des salaires ont augmenté de 50 pour cent, les recettes provenant des cotisations en 1956 auraient dû s'élever à 135 milliards de lires environ, auquel cas elles auraient été supérieures de 6 milliards à ce qu'elles ont été effectivement.

Toujours dans l'hypothèse ci-dessus, les dépenses au titre des prestations auraient dû atteindre en 1956, 108 milliards de lires environ; elles auraient alors été inférieures de 26 milliards à ce qu'elles ont été effectivement.

Proportionnellement, il y a donc eu une diminution des recettes provenant des cotisations et une augmentation des dépenses afférentes aux prestations.

2 - Les dépenses n'ont pas augmenté dans les mêmes proportions pour toutes les prestations. En prenant toujours les années 1950 et 1956 comme base, on constate que ce sont les postes suivants qui ont accusé les augmentations les plus sensibles : soins dispensés par les praticiens de médecine générale (de 7,6 milliards à 31,3 milliards), fournitures pharmaceutiques (de 9,8 milliards à 40,2 milliards) et soins d'hospitalisation (de 14,4 milliards à 44,1 milliards).

3 - L'augmentation du nombre des prestations ne correspond pas toujours à l'augmentation des dépenses afférentes aux diverses prestations.

EVOLUTION DES DEPENSES PARTIELLES ET GLOBALES DES

SOCIETES MUTUELLES SYNDICALES

(en pourcentage du produit des cotisations)

	Assistance en espèces	Assistance en nature et hospitalisat.	Assistance en nature	Assistance hospitalli- sation	Dépenses globales au titre des pres- tations
1930 Commerce	28,1	8,2	---	---	36,3
1931 Commerce	52,0	15,0	---	---	67,0
1932 Commerce	52,8	15,6	---	---	68,4
Industrie	---	---	---	---	82,5
1933 Commerce	48,5	11,0	---	---	59,5
Industrie	46,1	35,2	---	---	81,3
1934 Commerce	51,4	12,4	---	---	63,8
1935 Commerce	54,4	14,3	---	---	68,7
Industrie	53,1	27,0	---	---	80,1
1936 Commerce	51,1	13,8	---	---	64,9
1937 Commerce	49,9	16,7	---	---	76,6
Industrie	42,5	38,8	---	---	81,3
Agriculture	---	---	---	---	46,9

EVOLUTION DES DEPENSES PARTIELLES ET GLOBALES DES  
SOCIETES MUTUELLES SYNDICALES  
(en pourcentage du produit des cotisations)

		Assistance en espèces	Assistance en nature et hospitalisat.	Assistance en nature	Assistance hospitali- sation	Dépenses globales au titre des pres- tations
1938	Commerce	44,3	14,8	---	---	59,1
	Agriculture	17,2	---	41,0	19,3	77,5
1939	Commerce	47,2	16,1	---	---	63,3
	Agriculture	20,8	---	30,9	26,0	73,7
	Crédit	---	---	---	---	65,2
1940	Industrie	29,4	40,0	---	---	69,4
	Agriculture	26,4	---	42,1	38,6	107,1
	Crédit	---	---	---	---	82,8
1941	Industrie	30,8	44,3	---	---	75,6
	Agriculture	21,3	---	36,0	36,4	93,7
	Crédit	---	---	---	---	81,9
1942	Commerce	55,8	16,6	---	---	72,4

EVOLUTION DES DEPENSES PARTIELLES ET GLOBALES  
DE L'INSTITUT UNIQUE  
(en pourcentage du produit des cotisations)

	1943 en %		1944		1945	
	coti- sations	dépenses	coti- sations	dépenses	coti- sations	dépenses
Indemnité de maladie					20,97	17,69
Indemnité de maternité						
<u>TOTAL DES PRESTATIONS</u> <u>EN ESPECES</u>					22,03	18,59
Soins de praticiens de médecine générale					11,79	9,94
Soins dispensés dans les dispensaires					14,27	12,03
Fournitures pharma- ceutiques					12,15	10,25
Soins d'hospitalisa- tion					22,49	18,97
<u>TOTAL DES PRESTATIONS</u> <u>EN NATURE</u>					65,59	55,32
<u>ENSEMBLE DES PRESTATIONS</u>	94,50	85,51	84,80	71,10	87,62	73,91
Autres dépenses	16,01	14,49	34,45	28,90	30,92	26,09
<u>DEPENSES TOTALES</u>	110,51	100,--	119,25	100,--	118,54	100,--

TABLEAU No 6/B  
suite a)

EVOLUTION DES DEPENSES PARTIELLES ET GLOBALES

DE L'INSTITUT UNIQUE

(en pourcentage du produit des cotisations)

	1946		1947		1948	
	coti- sations	dépenses	coti- sations	dépenses	coti- sations	dépenses
Indemnité de maladie	18,70	20,37	21,54	23,54	24,63	21,76
Indemnité de maternité						
<u>TOTAL DES PRESTATIONS</u> <u>EN ESPECES</u>	19,32	21,04	21,89	23,94	24,95	22,04
Soins de praticiens de médecine générale	8,20	8,93	7,91	8,66	10,57	9,33
Soins dispensés dans les dispensaires	8,95	9,74	8,10	8,84	9,16	8,10
Fournitures phar- maceutiques	15,91	17,33	16,84	18,40	26,33	23,26
Soins d'hospitali- sation	21,29	23,19	20,34	22,25	25,06	22,14
<u>TOTAL DES PRESTATIONS</u> <u>EN NATURE</u>	57,61	62,75	56,89	62,22	75,34	66,57
<u>ENSEMBLE DES PRESTA- TIONS</u>	79,62	83,79	78,78	86,16	100,29	88,61
Autres dépenses	14,38	16,21	12,66	13,84	12,90	11,39
<u>DEPENSES TOTALES</u>	91,80	100,--	91,44	100,--	113,19	100,--

EVOLUTION DES DEPENSES PARTIELLES ET GLOBALES  
DE L'INSTITUT UNIQUE

	1949		1950		1951	
	coti- sations	dépenses	coti- sations	dépenses	coti- sations	dépenses
Indemnité de maladie	22,55	18,78	18,23	17,19	19,36	20,11
Indemnité de maternité	---	---	---	---		
<u>TOTAL DES PRESTATIONS</u> <u>EN ESPECES</u>	22,72	18,92	18,38	17,33	19,41	20,16
Soins de praticiens de médecine générale	14,43	12,02	12,90	12,17	13,--	13,50
Soins dispensés dans les dispensaires	12,91	10,75	12,93	12,19	10,46	10,86
Fournitures phar- maceutiques	20,83	17,34	16,69	15,74	15,76	16,37
Soins d'hospitali- sation	27,74	23,10	24,38	22,99	20,12	20,89
<u>TOTAL DES PRESTATIONS</u> <u>EN NATURE</u>	70,37	65,27	69,40	65,45	61,78	64,16
<u>ENSEMBLE DES PRESTATIONS</u>	102,47	85,33	88,80	83,74	81,92	85,08
Autres dépenses	17,63	14,67	17,22	16,26	14,36	14,92
<b>DEPENSES TOTALES</b>	<b>120,10</b>	<b>100,--</b>	<b>106,04</b>	<b>100,--</b>	<b>96,28</b>	<b>100,--</b>

EVOLUTION DES DEPENSES PARTIELLES ET GLOBALES  
DE L'INSTITUT UNIQUE  
 (en pourcentage du produit des cotisations)

	1952		1953		1954	
	coti- sations	dépenses	coti- sations	dépenses	coti- sations	dépenses
Indemnité de maladie	15,40	14,91	16,17	14,81	14,72	13,33
Indemnité de maternité	5,41	5,24	4,66	4,28	4,97	4,50
<u>TOTAL DES PRESTATIONS</u> <u>EN ESPECES</u>	20,85	20,19	20,86	16,12	19,71	17,85
Soins de praticiens de médecine générale	14,38	13,92	116,90	15,48	18,07	16,37
Soins dispensés dans les dispensaires	10,67	10,34	11,38	10,42	11,73	10,62
Fournitures phar- maceutiques	19,38	18,76	21,55	19,74	21,59	19,56
Soins d'hospitali- sation	20,45	19,80	22,12	20,27	22,61	20,48
<u>TOTAL DES PRESTATIONS</u> <u>EN NATURE</u>	67,16	65,03	74,37	68,13	76,40	69,20
<u>ENSEMBLE DES PRESTA- TIONS</u>	88,71	85,90	95,87	87,83	96,73	87,60
Autres dépenses	14,56	14,10	12,24	11,22	13,68	12,40
<b>DEPENSES TOTALES</b>	103,27	100,--	109,15	100,--	110,41	100,--



EVOLUTION DES DEPENSES PARTIELLES ET GLOBALES

DE L'INSTITUT UNIQUE

(en pourcentage du produit des cotisations)

	1955		1956		1957	
	coti- sations	dépenses	coti- sations	dépenses	coti- sations	dépenses
Indemnité de maladie	14,72	12,77	11,78	11,42	13,84	12,08
Indemnité de maternité	4,74	4,13	3,36	3,26	3,21	2,80
<u>TOTAL DES PRESTATIONS</u>						
<u>EN ESPECES</u>	19,49	16,92	15,16	14,70	17,07	14,89
Soins de praticiens de médecine générale	19,33	17,21	17,86	17,30	19,68	17,18
Soins dispensés dans les dispensaires	11,70	10,15	8,89	8,63	9,50	8,30
Fournitures pharma- ceutiques	23,12	20,06	22,95	22,23	25,84	22,55
Soins d'hospitalisation	23,88	20,73	25,15	24,38	26,74	23,33
<u>TOTAL DES PRESTATIONS</u>						
<u>EN NATURE</u>	80,78	70,11	76,40	74,05	83,32	72,72
<u>ENSEMBLE DES PRESTATIONS</u>	100,87	87,55	92,06	89,24	100,90	88,05
Autres dépenses	14,34	12,45	11,10	10,76	13,70	11,95
<u>DEPENSES TOTALES</u>	115,21	100,--	103,16	100,--	114,60	100,--

NOTES

- 1) Le postes "Autres dépenses" comprend les dépenses générales et les frais d'administration, les provisions pour amortissement et service des intérêts, les dépenses extraordinaires de caractère sanitaire, etc...
- 2) Les pourcentages indiqués à la rubrique "Indemnité de maternité" ont été calculés à partir de 1951, à savoir à partir de la première année d'application de la loi no 860 de 1950 relative à la protection physique et économique des travailleurs mères.
- 3) A partir de 1956, les divers pourcentages sont calculés sur la base des "recettes" et non pas des "cotisations", car depuis l'année en question on englobe dans les recettes les sommes que l'I.N.P.S. verse conformément à la loi No 692 de 1955, en remboursement des dépenses engagées par l'I.N.A.M. pour le traitement et la prévention des affections de nature tuberculeuse et pour l'assistance aux titulaires de rentes de vicillesse et d'invalidité et aux membres de leur famille.

VARIATIONS DES TAUX DE COTISATION DES OUVRIERS

ET EMPLOYES DE L'INDUSTRIE

Année	Taux en pourcentage de la rémunération				Rémunération journalière moyenne	
	Ouvriers		Employés		Ouvriers	Employés
	Total	dont à la charge du travailleur	Total	dont à la charge du travailleur		
1936	---	---	1 %	0,50 %	---	---
1938	3,20% (moyenne)	1,60 %	---	---	18,40	909,08
1939	4,70% (moyenne)	2,35 %	2 %	1 %	---	---
1946	5 %	---	3 %	---	---	---
1948	---	---	---	---	884,61	34672
1950	5,53 %	---	3 %	---	---	---
1951	6,53 %	---	4 %	---	1010,23	41936
1956	6,93 %	0,15 %	4,40 %	0,15 %	1242,29	52663
1957					1298,53	53145

VARIATIONS DES TAUX DE COTISATION  
 OUVRIERS ET EMPLOYES DE L'AGRICULTURE

Année	TAUX JOURNALIER								COLONS ET METIERS	
	OUVRIERS PERMANENTS				MANOEUVRE					
	Hommes		Femmes et jeunes gens		Hommes		Femmes et jeunes gens		total	dont à la char- ge du travail- leur
total	dont à la char- ge du travail- leur	total	dont à la char- ge du travail- leur	total	dont à la char- ge du travail- leur	total	dont à la char- ge du travail- leur			
	‰		‰		‰		‰		‰	
1939	0,45	0,225	0,30	0,15	0,61	0,305	0,41	0,205	0,151	0,075
1946	4,50	----	3,04	---	6,10	---	4,10	----	1,40	----
1947	16,50	----	12,50	---	25,--	---	17,50	----	6,13	----
1948	16,005	----	12,125	---	24,25	---	16,975	---	5,9461	----
1949	16,--	----	12,12	---	24,25	---	16,97	----	5,94	----
1950	20,--	----	16,12	---	28,25	---	20,97	----	11,29	----
1951	29,43	----	23,71	---	35,75	---	28,12	----	11,29	----
1957	30,19	----	24,32	---	36,78	---	28,85	----	11,29	----

VARIATIONS DES TAUX DE COTISATIONS  
OUVRIERS ET EMPLOYES DU COMMERCE ET DE LA BRANCHE  
CREDIT - ASSURANCE - SERVICES FISCAUX AFFERMES

Année	Taux de cotisation en pourcentage de la rémunération					
	COMMERCE				CREDIT-ASSURANCE- SERVICES FISCAUX AFFERMES	
	Ayant-droit à l'indemnité		n'ayant pas droit à l'indemnité			
	Total	dont à la charge du travailleur	Total	dont à la charge du travailleur	Total	dont à la charge du travailleur
1932	3 ‰ (rémunération maximum 1.800 liras)	1,50 ‰	---	---	---	---
1938	---	---	---	---	1 ‰	0,50 ‰
1941	4 ‰	2 ‰	---	---	2 ‰	1 ‰
1942	4 ‰ (rémunération maximum 2.000 liras)	2 ‰	---	---	2,50 ‰	1,25 ‰
1944	4 ‰ (rémunération maximum 3.000 liras)	2 ‰	---	---	---	---
1947	4,50 ‰	---	3 ‰	---	3 ‰	---
1950	4,81 ‰	---	3 ‰	---	3 ‰	---
1956	5,21 ‰	0,15 ‰	3,40 ‰	0,15 ‰	3,40 ‰	0,15 ‰

## FINANCEMENT.

### Généralités.

On a déjà indiqué qu'en Italie la mutualité se fonde sur des principes qui ont trouvé la plus large audience pendant la période de la mutualité syndicale, à savoir:

Il doit y avoir une solidarité maximum entre les catégories les mieux pourvues et celles qui le sont le moins;

Les organismes d'assurance doivent se suffire à eux-mêmes sur les plans économique et financier;

Toute intervention financière de l'Etat est exclue;  
La cotisation est payée sur une base paritaire par les travailleurs et les employeurs.

Après l'unification de la mutualité, la situation générale de l'économie après la guerre, l'extraordinaire extension des prestations et l'admission de nouvelles catégories de travailleurs aux revenus modiques ou de travailleurs indépendants devaient imposer la révision partielle du dernier des critères ci-dessus, encore que l'on puisse dire qu'ils resteront théoriquement toujours valables et opérants, du moins aussi longtemps que fonctionnera le système de financement.

Pendant la période de la mutualité syndicale, les taux de cotisation étaient fixés de façon uniforme en fonction de la catégorie des assurés, de la qualification - ouvriers ou employés - du sexe et de l'âge (agriculture); de plus elles étaient à la charge pour moitié du travailleur et pour moitié de l'employeur. Toutefois, en 1946, la loi a astreint l'employeur au paiement de la fraction de la cotisation due par le travailleur, en précisant toutefois que la disposition était d'application provisoire en attendant "la réglementation organique de la répartition entre employeurs et travailleurs des charges que constituent les cotisations au titre des diverses formes de prévoyance et d'assistance sociale". Il s'ensuit que le principe de la répartition paritaire est toujours valide théoriquement; mais, en 1955, le travailleur a été à nouveau appelé à cotiser, ne fût-ce que dans une mesure assez limitée (0,15 pour cent), en vue de faire face à l'augmentation constante des charges entraînées par le service des prestations.

Ainsi, tant pendant la période de la mutualité syndicale que pendant celle de la mutualité unifiée, le système de financement a été et est resté essentiellement contributif; il faut en effet tenir pour une véritable cotisation la participation que l'Etat verse pour couvrir les dépenses entraînées par l'assistance fournie aux travailleurs de la petite pêche et aux membres de leur famille: comme il s'agit de travailleurs indépendants, il n'y a pas, en l'occurrence, de cotisation de l'employeur. Par contre, les sommes versées à l'Institut unique au titre du traitement des cas de tuberculose ne relevant pas de sa compétence spécifique et de l'assistance accordée aux titulaires de rentes d'invalidité et de vieillesse et aux membres de leur famille ne doivent pas être considérées comme des cotisations: il s'agit de montants qui lui sont remboursés par les régimes de prévoyance respectifs pour le compte desquels l'I.N.P.S. recouvre les cotisations prévues par la loi.

Enfin, soucieux de respecter intégralement le principe de solidarité, le législateur n'a jamais fixé de limite maximum de revenus et de gains aux fins de l'obligation d'affiliation et de l'obligation de cotisation.

Les organismes d'assurance doivent donc compter pour ainsi dire exclusivement sur les cotisations pour couvrir leurs charges financières. Il convient d'observer, cependant, qu'il était possible, pendant la période syndicale, de modifier à n'importe quel moment le taux des cotisations dans le cadre du contrat collectif, par voie d'accord entre les associations syndicales de travailleurs intéressées mais que, depuis 1943, la révision du taux de cotisation est devenue beaucoup plus complexe en raison de l'absence d'instruments contractuels et qu'elle doit faire l'objet d'une décision de pouvoir législatif, qui exige souvent une longue procédure parlementaire.

C'est pour ces raisons qu'il n'a pas été nécessaire de prévoir de mesures particulières de péréquation pendant la période syndicale: l'équilibre était rétabli automatiquement au sein même de l'organisme d'assurance par le jeu des cotisations et des transferts de capitaux. L'industrie offre le seul exemple que l'on puisse citer à cet égard: un fonds spécial géré par la Fédération nationale servait à couvrir les déficits éventuels du bilan des caisses mutuelles affiliées.

Après 1943, la centralisation de la gestion permet à l'Institut unique d'appliquer certaines mesures de compensation plus que nécessaires, en particulier entre le secteur de l'industrie et celui de l'agriculture dont les dépenses au ti-

tre de l'assistance dépassent de beaucoup, et dans des proportions toujours plus fortes, le produit des cotisations. De toute façon, la péréquation est une affaire interne et se fait en l'absence de toute intervention financière de l'extérieur.

L'application stricte du principe de l'autarcie financière est à l'origine des modifications qui ont été apportées aux taux de cotisations afin d'admettre de nouvelles catégories de bénéficiaires, d'étendre les prestations de l'assurance et d'améliorer les thérapies et traitements médicaux (voir tableau n°7).

#### Détermination et recouvrement de la cotisation.

Le taux de cotisation qui a été fixé par voie contractuelle pendant la période syndicale et par voie législative ultérieurement (en vertu d'une disposition législative promulguée en 1957, les organes gouvernementaux sont habilités à édicter, s'il y a lieu, des décrets portant modification des cotisations d'assurance) est exprimé généralement en pourcentage de la rétribution moyenne brute perçue pendant une période de travail déterminée.

Il arrive parfois que, pour des raisons d'ordre pratique ou parce qu'il est matériellement impossible de calculer le gain moyen individuel, l'Institut unique fixe, avec l'accord des associations syndicales intéressées, une rétribution conventionnelle valable pour tous les travailleurs de la même catégorie et qu'il calcule sur cette base la cotisation journalière ou mensuelle. Ce système s'applique en général aux catégories de travailleurs dont l'emploi a un caractère irrégulier ou saisonnier (conducteurs de motoculteurs ou de batteuses, presseurs de livres, etc.), aux coopératives de travailleurs (auxiliaires de la circulation, travailleurs des ports, etc.) et aux travailleurs rémunérés au rendement ou selon d'autres méthodes analogues (producteurs, assureurs, employés des services publics, etc.).

Pendant la période de la mutualité syndicale, les organismes d'assurance percevaient directement les cotisations dans le cadre de leur compétence territoriale, soit à l'échelon national, régional, provincial ou de l'entreprise; dans l'Institut unique, par contre, le recouvrement se fait à l'échelon provincial.

Seules quelques catégories de travailleurs, à vrai dire peu importantes, paient leurs cotisations aux organes centraux qui reçoivent les sommes dues par l'institution



chargée de gérer les assurances tuberculose et invalidité, vieillesse (au titre de l'assistance en cas de maladie de nature tuberculeuse et au titre des titulaires de rentes d'invalidité et de vieillesse) et par l'Etat (au titre de l'assistance aux pêcheurs).

Sont également payées aux organes centraux les cotisations au titre de l'assistance aux travailleurs agricoles qui sont déterminées et perçues par un organisme spécial, le service des listes nominales des travailleurs et des cotisations unifiées de l'agriculture.

On a déjà signalé la gravité de la situation de l'agriculture qui s'explique, et s'expliquait déjà lors de la période syndicale, par ses caractéristiques économiques, ethniques et sociales: moyens financiers limités, détermination difficile des revenus, irrégularité du travail. En bref, le système contributif adopté pour les autres secteurs ne saurait s'appliquer utilement dans le secteur agricole.

On a donc mis au point, en 1939, un système tout à fait particulier qui, à quelques modifications formelles près a continué de fonctionner jusqu'à nos jours: un organisme autonome établi et tient à jour les listes provinciales où il inscrit et classe, aux fins de l'assistance, tous les travailleurs agricoles, y compris les fermiers et les métayers, selon la durée du travail annuel. Puis, le service affecte aux fins de cotisation les travailleurs aux diverses exploitations agricoles, en fonction de la superficie des terres cultivées et il établit chaque année le taux journalier de la cotisation globale pour l'ensemble des assurances sociales.

Enfin, cet organisme perçoit des cotisations par l'intermédiaire des services fiscaux des communes et il répartit le produit entre les instituts chargés de gérer les diverses formes d'assurance.

Ce système présente l'avantage évident de simplifier au maximum les formalités administratives imposées à l'employeur et, en dépit de ses imperfections inévitables, il a reçu un accueil si favorable que les organes gouvernementaux ont été amenés à établir un projet de loi, actuellement en discussion, d'après lequel toutes les cotisations dues au titre de la prévoyance et de l'assistance seront unifiées aux fins de détermination et de recouvrement.

Il convient de signaler que de toutes les catégories de travailleurs qui ont été admises au bénéfice de l'assurance dont le régime d'assurance a fait l'objet d'une réglementation nouvelle après 1943, les travailleurs à domicile sont les seuls à avoir été assimilés, aux fins des cotisations,

aux travailleurs des secteurs auxquels ils appartiennent: en d'autres termes, leurs cotisations sont fixées en pourcentage du salaire. Pour les autres catégories de travailleurs, la cotisation est forfaitaire et s'établit comme suit:

- pour les travailleurs occupés sur les chantiers de travail et de reboisement, 25 lires par semaine à la charge de l'employeur (Etat);
- pour les travailleurs domestiques, 130 lires par semaine à la charge de l'employeur;
- pour les apprentis, 60 lires par semaine à la charge de l'employeur (chefs d'entreprise s'il s'agit d'apprentis de l'industrie et du commerce; fonds pour la formation professionnelle s'il s'agit d'apprentis artisans);
- pour les pêcheurs, 700 lires par an à la charge de la coopérative ou du travailleur, et 600 lires par an à la charge de l'Etat.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

---

L'ASSURANCE-MALADIE DES CULTIVATEURS INDEPENDANTS

ITALIE

GENEVE 1959

La loi n° 1136 du 22 novembre 1954 a étendu l'assurance-maladie, à titre obligatoire, également aux cultivateurs indépendants en Italie.

Avant la promulgation de cette loi, seuls les salariés, les métayers et les colons, ainsi que les personnes employées par des tiers, prévus par les lois n°138 du 11 janvier 1943 et n° 1485 du 14 juillet 1937, bénéficiaient de l'assurance maladie dans le secteur agricole. Les personnes habituellement désignées sous le terme de cultivateurs indépendants n'étaient assurés que contre les accidents du travail en vertu de la loi n°1450 du 23 Août 1917.

Aux termes de l'assurance-maladie, on entend par "cultivateurs indépendants" les propriétaires, locataires, "enfitenti", et usufruitiers, qui s'occupent directement et habituellement de la culture de la terre ou de l'élevage et de la surveillance du bétail, avec l'aide des membres de leur famille.

L'assurance couvre également, outre les titulaires des exploitations, les membres du groupe familial et les parents à la charge des titulaires.

Les conditions suivantes doivent être remplies pour que l'exploitation puisse être assurée:

- la main d'oeuvre du groupe familial doit représenter plus de la moitié de la main-d'oeuvre totale normalement nécessaire pour assurer le fonctionnement de l'exploitation;
- les besoins annuels présumés de l'exploitation en main-d'oeuvre ne doivent pas être inférieurs à trente journées de travail d'homme.

La loi prévoit deux catégories de caisses mutuelles:

- Les Mutuelles communales, qui exercent leur activité sur le territoire de chaque circonscription communale du pays;
- Les Mutuelles provinciales, dont le champ d'activité s'étend à la circonscription territoriale de chaque province, conformément aux divisions administratives du territoire national.

La loi répartit les attributions de chacune de ces Caisses de la manière suivante:

- Les Mutuelles communales sont chargées des prestations médicales générales, à domicile ou en clinique, ainsi que des prestations obstétriques simples;
- Les Mutuelles provinciales, au contraire, sont seules habilitées à fournir les prestations médicales spécialisées, diagnostiques et curatives, ainsi que les prestations d'hospitalisation.

Il n'est prévu aucune limite pour l'assistance médicale générale ou spéciale, tant au point de vue qualitatif que quantitatif, en dehors de l'observation des règles de procédure permettant de participer à l'assistance.

Par contre, l'hospitalisation est limitée à une durée maximum de 180 jours par année. Ce maximum tend toutefois à disparaître, pour arriver à accorder l'assistance gratuite la plus complète, sans considération de durée.

Le financement des prestations est assuré au moyen des recettes suivantes:

- Une cotisation fixe s'élevant actuellement à 750 liras, versée par les entreprises pour chaque membre de leur personnel susceptible de bénéficier de l'assistance; (contribution appelée "capitario" pour cette raison).
- Une contribution dite d'entreprise ou de solidarité, également versée par l'entreprise, et calculée en proportion du nombre de journées de travail nécessaires à la marche de l'exploitation, mais avec un minimum de 80 jours et un maximum de 150 jours, pour chacun des membres du groupe familial. A titre d'indication générale, on peut considérer que le montant national moyen par travailleur de cette contribution a été de 684 liras en 1957.
- Une contribution fixe de l'Etat, qui est actuellement de 1.500 liras par personne mise au bénéfice de l'assistance.

On peut donc conclure, sur la base des chiffres ci-dessus, que le financement des prestations a été assuré en 1957 grâce au versement total de 2.934 lires en moyenne par personne assurée.

La contribution par tête de 750 lires est destinée aux Caisses Mutuelles communales. Elle est versée à chacune de ces organisations au prorata du nombre de personnes de leur territoire inscrites dans les rôles de l'Assurance.

La loi prévoit toutefois que, si le revenu provenant de la contribution par tête est insuffisant, les Mutuelles Communales peuvent décider d'imposer à leurs adhérents des cotisations complémentaires jusqu'à concurrence des dépenses supplémentaires. De même, le Conseil de direction des Mutuelles Communales peut, sous réserve d'approbation par la majorité de l'Assemblée, étendre les prestations de la Caisse à d'autres buts non prévus à titre obligatoire par la loi de base, tels que fournitures de médicaments, cures thermales, etc..

Le solde des contributions moyennes nationales par assisté - représenté par la contribution fixe de l'Etat (1.500 lires) et de la contribution moyenne d'entreprise à la charge des assurés eux-mêmes (684 lires en 1957), - soit 2.184 lires pour 1957 (1.500 + 684) est versé aux Caisses Mutuelles provinciales pour couvrir les prestations relatives aux soins spécialisés et à l'hospitalisation.

Ce solde est alloué de la manière suivante:

- la contribution de l'Etat en totalité, soit 1.500 lires pour chaque assuré, sur la base du nombre de personnes inscrites dans le rôle des assurés de la Province.
- le montant de la contribution moyenne nationale per capita, par contre, est alloué sur la base d'un plan de répartition établi chaque année par la Fédération nationale et approuvé par le Conseil central de la Fédération elle-même, en s'inspirant de critères de solidarité nationale.

Il convient de faire remarquer que les dépenses dues aux soins spécialisés et à l'hospitalisation ne peuvent être financés par les Caisses Mutuelles provinciales au moyen des contributions qu'elles reçoivent que pour autant que les assurés dont il s'agit se trouvent au bénéfice des dispositions législatives spéciales concernant le paiement de soins aux personnes économiquement faibles dans chaque commune. En outre, les dispositions en vigueur prévoient que les taux de remboursement des frais d'hospitalisation doivent correspondre aux dépenses effectives des hôpitaux. Ces dispositions ont pour

conséquence d'introduire une contribution financière indirecte de l'Etat en faveur des institutions d'assistance de droit public.

Dans le domaine de l'hospitalisation, la loi prévoit en outre le versement aux institutions d'assistance de droit public d'une certaine somme destinée à couvrir les frais d'hospitalisation, ce qui permet à ces institutions de verser aux hôpitaux avec lesquels elles sont en rapport, à titre de compensation pour les soins médicaux accordés, une somme forfaitaire ne pouvant toutefois pas dépasser 7.900 lires par personne hospitalisée.

Enfin, il convient de faire remarquer que bien qu'il n'existe aucune règle impérative contraignant les médecins à accorder des tarifs spéciaux aux Mutuelles Communales et Provinciales, de tels tarifs existent toutefois en fait, tant pour les soins généraux que pour les soins spécialisés. Sur le plan national, il ne s'agit encore que d'accords provisoires, mais sur le plan communal et provincial, il existe déjà des contrats précis conclus entre médecins et caisses Mutuelles, prévoyant des tarifs inférieurs aux honoraires normalement demandés par les médecins à leur clientèle privée.

Il ne suffit donc pas, pour apprécier à sa juste valeur la portée économique et sociale de l'extension de l'assurance-maladie aux cultivateurs indépendants, de se baser uniquement sur le montant des contributions fournies par l'Etat, si importantes que soient ces contributions. Il faut également tenir compte des facilités accordées aux institutions d'assurance de droit public, et des réductions auxquelles elles ont droit, qui allègent sensiblement leur bilan.

Pour la mise en oeuvre de leur programme étendu d'assistance, les organisations mutualistes des cultivateurs indépendants peuvent compter non seulement sur la collaboration des médecins et les autorités d'hygiène publique, mais encore sur les services offerts par les cliniques ambulantes créées et gérées directement par les caisses mutuelles provinciales.

Ces cliniques ambulantes poursuivent deux buts:

- combler les lacunes existantes et apporter les soins spécialisés le plus près possible des assurés;
- permettre des économies en diminuant en fin de compte le coût des soins par unité, tout en améliorant et en perfectionnant l'aide accordée.

Ces objectifs n'excluent nullement l'organisation ultérieure de consultations spéciales ("condotte mediche") dans les communes où les soins médicaux généraux ne peuvent pas être accordés de manière satisfaisante ou seraient trop coûteux.

On comprendra mieux le système d'organisation décrit ci-dessus si l'on tient compte du fait qu'il agit dans le cadre et en faveur d'une catégorie sociale qui est non seulement très dispersée, et par conséquent fortement fractionnée, mais qui a également été pendant longtemps négligée par l'Etat. On a en effet cru pendant longtemps, à tort, que les cultivateurs, petits ou grands, disposaient eux-mêmes des moyens et de l'initiative nécessaire pour s'occuper de leur santé dans toutes les circonstances.

Cette conception enracinée dans les esprits explique pourquoi il a fallu, surtout dans les zones arriérées, forcer plus ou moins les cultivateurs à se mettre au bénéfice de l'assurance. Pour la même raison, il a également été nécessaire d'élargir quelque peu le cadre même de l'assistance au delà des limites prévues par la loi.

Ainsi, à titre d'exemple, dans le domaine de l'assistance aux femmes en couches, l'aide accordée devrait être entièrement du ressort des Mutuelles Communales et devrait être limitée aux soins à domicile, les Mutuelles Provinciales n'intervenant qu'en cas d'hospitalisation, lors d'accouchements difficiles ou présumés tels. Or, dans la pratique, il arrive souvent, surtout dans les centres ruraux où les habitations paysannes n'offrent pas de garanties suffisantes en matière d'hygiène, que l'on envoie sans autre les mères dans des établissements hospitaliers spécialisés, malgré le coût beaucoup plus élevé qui en résulte pour les sociétés d'assurance.

De tels pouvoirs discrétionnaires sont possibles parce que la loi de base, s'inspirant de critères démocratiques, a confié aux assurés eux-mêmes, à titre solidaire, la gestion des Caisses Mutuelles.

Tous les postes directeurs au sein des Mutuelles Communales et Provinciales, ainsi que dans la Fédération nationale elle-même, sont pourvus au moyen d'élections libres qui ont lieu tous les trois ans.

La Fédération Nationale des Caisses Mutuelles communales et provinciales de maladie possède des attributions qui, sans limiter l'autonomie fonctionnelle des différentes Caisses Mutuelles, - lesquelles jouissent d'une personnalité juridique propre - assure d'une part, l'unité de direction sur le plan technique, et d'autre part l'application des principes de solidarité prévus par la loi sur le plan économique et social.

Chronologiquement parlant, l'assurance maladie en faveur des cultivateurs indépendants est l'avant-dernier régime de mesures prises en Italie dans le domaine de la sécurité sociale.



Les résultats obtenus dès la première année d'application du nouveau régime ont été immédiats et convaincants. Ils sont dus assurément à la structure démocratique des mesures d'assistance adoptées en Italie, elle-même le résultat du nouveau régime de représentation démocratique appliqué dans ce pays. Les excellents résultats obtenus dans le domaine de l'assurance des cultivateurs indépendants ont eus pour effet d'inciter une autre catégorie sociale importante, celle des artisans, à demander et à obtenir de l'Etat une loi prévoyant l'introduction d'un système d'assistance analogue.

C'est là, croyons-nous, un titre qui plus que tout autre confirme la valeur des nouveaux critères adoptés en Italie, critères dont tiendront sans doute compte les techniciens et les spécialistes de l'assurance-maladie lorsqu'ils auront à effectuer des études comparatives entre les différents régimes d'assurance appliqués jusqu'à ce jour.

Le groupe des cultivateurs indépendants italiens, arrivé tard à l'assurance, n'en a pas moins déjà atteint à l'heure actuelle le deuxième rang en importance dans le pays, compte tenu du nombre d'assurés et du volume des prestations accordées.

L'importance de l'assurance - maladie des cultivateurs indépendants dans le domaine des assurances sociales en Italie résulte clairement des données statistiques contenues dans le tableau qui suit:

1. Assurés et assistance hospitalière.
2. Année
3. Assurés
4. Assistance hospitalière
5. Exploitants
6. Membres de la famille
7. Total
8. Nombre de cas
9. Nombre de journées
10. Interventions chirurgicales
11. a) Non classés.
12. Soins spécialisés
13. Année
14. Spécialités
15. Analyses
16. Chirurgie
17. Physiothérapie
18. Soins oculaires
19. Odontoiatrie

20. Otorinolaringologie
21. Radiologie
22. Autres spécialités
23. Total
24. Prestations non classées
25. Montant des contributions et des prestations (en milliers de lires)
26. Année
27. Contributions (1)
28. Prestations (2)
29. (1) Y compris la contribution de l'Etat
30. (2) Non compris les frais d'administration
31. Montant des prestations (en milliers de lires)
32. Année
33. Hospitalisation
34. Soins spéciaux
35. Soins généraux
36. Prestations complémentaires
37. Total
38. Remarque: les prestations indiquées par les statistiques ci-dessus ont été fournies par 7.784 Caisses Mutuelles communales et 91 Caisses Mutuelles provinciales.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

---

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance-Maladie des employés de l'Etat

Italie

GENEVE 1959

TABLE DES MATIERES

	Page
ANTECEDENTS HISTORIQUES - GRANDES ETAPES	105
STRUCTURE	106
CHAMP D'APPLICATION	110
PRESTATIONS EN NATURE	112
PRESTATIONS EN ESPECES	118
L'EVOLUTION DES DEPEUSES ET LEUR REPARTITION ENTRE LES DIFFERENTES CATEGORIES DE PRESTATIONS	120
FINANCEMENT	123

L'ASSURANCE - MALADIE DES EMPLOYÉS DE L'ÉTAT.  
(1938/1958).

(Gérée par l'"Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per i Dipendenti Statali -E.N.P.A.S.)

- o -

Antécédents historiques.

Décret royal n° 135 du 25 avril 1897, dotant de la personnalité morale l'Institut national de prévoyance "Humbert ler" pour les orphelins des employés subalternes des administrations publiques italiennes.

Décret royal n°619 du 26 février 1928 portant approbation du texte unique des dispositions législatives relatives à l'Oeuvre de prévoyance en faveur du personnel civil et militaire de l'Etat et de ses survivants (oeuvre instituée en 1918).

Décret royal n° 2823 du 29 novembre 1928 transformant l'Institut Humbert ler susmentionné en Institut National de prévoyance Humbert ler en faveur des travailleurs au service des entreprises industrielles de l'Etat et de leurs orphelins.

Décret royal n°2287 du 16 décembre 1937 érigeant le dit institut en Institut national de prévoyance "Humbert ler" pour les ouvriers de l'Etat.

Loi n°22 du 19 janvier 1942 portant création de l'Institut national de prévoyance et d'assistance pour les employés de l'Etat (E.N.P.A.S.) auquel ont été incorporés l'Oeuvre de prévoyance et l'Institut Humbert ler susmentionnés.

Grandes étapes.

1900/1937 - Assistance fondée sur la mutualité; secours financier limité en cas de maladie (subsides); caractère facultatif de l'assistance; l'affiliation est facultative pour certaines catégories d'employés de l'Etat (Institut Humbert ler - ouvriers) (décret royal n°2823 du 29 novembre 1928) et obligatoire pour d'autres (Oeuvre de prévoyance - employés) (décret royal n°34 du 3 janvier 1926); diverses institutions ne font plus de distinction nette entre les fonctions qui relèvent de l'assistance pure et simple ou de l'assurance, les premières étant presque toujours accessoires par rapport aux secondes.

- 1938 - Pour les ouvriers, affiliation obligatoire (Institut Humbert Ier) et institution de l'assurance en vue de l'attribution de prestations en nature; les prestations médicales sont accordées directement et gratuitement; des prestations en espèces sont accordées en cas d'absence du travail pour cause de maladie, d'accouchement et d'interruption de grossesse (décret-loi royal n°2287 du 16 décembre 1937 et règlement d'application approuvé par le décret n°491 du 31 mars 1938). Pour les employés, la situation exposée ci-dessus demeure inchangée (oeuvre de prévoyance).
- 1942 - Institution d'un régime d'assistance médicale unique et égal pour tous les travailleurs au service de l'Etat (employés civils et militaires, ouvriers) et les membres de leur famille, avec affiliation obligatoire; le régime est financé au moyen de subventions fixes de l'Etat (E.N.P.A.S.); les prestations médicales sont accordées uniquement sous forme indirecte (avec remboursement) (loi n°22 du 19 janvier 1942 et règlement d'application approuvé par le décret royal n°917 du 26 juillet 1942).
- 1945 - Le régime d'assistance maladie est établi sur des bases réellement actuarielles (article 19 du décret-loi n°722 du 21 novembre 1945).
- 1947 - Début du système d'assistance gratuite directe dans les dispensaires (qui complète l'assistance en nature accordée dans le cadre du système indirect) (article 12 du décret-loi n°147 du 12 février 1948).
- 1953 - Extension de l'assurance au personnel retraité. Début de la participation de l'assuré au coût des prestations en nature; début du processus tendant à faire porter le bénéfice de l'assistance sur les cas les plus graves principalement; assistance de durée indéterminée lorsqu'il s'agit de maladies de longue durée dont la gravité est reconnue; fixation d'un montant forfaitaire déterminé pour le remboursement des frais entraînés par un premier groupe de maladies "bénignes" (article 6 de la loi n°841 du 30 octobre 1953).

#### Structure.

##### a) Mutualité.

Dans le secteur public, de même que dans d'autres secteurs, l'assistance mutuelle considérée comme une forme d'as-

assurance facultative a influé de façon déterminante sur le développement de l'assurance contre la maladie. Dès la fin du siècle dernier, il existait déjà des associations, caisses et sociétés de secours mutuels qui avaient été établies sur l'initiative de certaines catégories d'employés de l'Etat. Il s'agissait en fait d'institutions à l'existence généralement précaire et aux moyens financiers limités qui accordaient à leurs membres des secours en cas de maladie ainsi que des subsides de natures diverses (décès, etc..).

Alors que dans le secteur privé la multiplication et le développement des sociétés de secours mutuels devaient très tôt amener le législateur à réglementer le fonctionnement de ces organismes et à les soumettre au régime des corporations syndicales en vigueur à l'époque (loi n°563 du 3 avril 1926), dans le secteur public, au contraire, celui-ci tarda à reconnaître la nécessité d'une intervention destinée à protéger les travailleurs contre la maladie (si on laisse de côté l'action, insignifiante et empirique, accomplie en matière d'assistance par l'Œuvre de prévoyance déjà mentionnée); c'est donc l'esprit d'initiative des catégories de travailleurs intéressés qui a dû suppléer, dans une large mesure, à l'inertie de pouvoir publics, tout au moins jusqu'à la création de l'Institut Humbert Ier (1938) et, ultérieurement, de l'E.N.P.A.S. (1942). On peut attribuer les causes de cette intervention principalement au fait que les employés de l'Etat qui, sous le régime fasciste, étaient groupés en associations "professionnelles", étaient pratiquement dépourvus de tout moyen de négociation et aussi, selon toute probabilité, à la conviction très répandue - et non moins erronée - que l'Etat accordait aux travailleurs à son service un traitement suffisant pour qu'ils s'assurent et soient encouragés à le faire à leurs propres frais, et notamment pour qu'ils prennent les mesures de prévoyance nécessaires pour faire face à leurs besoins en cas de maladie.

Aujourd'hui, la mutualité n'a plus qu'une place insignifiante dans le cadre du vaste régime d'assistance maladie institués en faveur des travailleurs au service de l'Etat; son objet est de garantir le service de prestations complémentaires d'un montant minime qui viennent s'ajouter aux prestations beaucoup plus importantes accordées régulièrement par l'E.N.P.A.S. Son rôle est d'autant moins important que l'on a tendance à intégrer dans ce dernier organisme tout le système de protection des travailleurs du secteur public.

b) Transition vers l'administration des régimes de sécurité sociale par des organismes de droit public ou vers d'autres solutions.

Se reporter aux indications données dans le rapport relatif à l'I.N.A.M.

c) Régimes généraux et régimes spéciaux.

Se reporter aux indications données dans le rapport relatif à l'I.N.A.M.

d) Participation des assurés à la gestion des organismes (composition et compétence des conseils d'administration, systèmes d'élection).

Pour ce qui est de la participation des assurés à la gestion des organismes susmentionnés, on peut formuler les observations suivantes:

- la composition des organes administratifs n'a pratiquement subi aucune modification avec le temps (abstraction faite des quelques années de guerre 1943/1947 pendant lesquelles la gestion de l'assurance a été confiée, à titre exceptionnel, à un commissaire: en effet, les divers conseils d'administration se composent tous du même nombre de fonctionnaires des divers ministères (qui avaient la double qualité de préposés au contrôle et de représentants de l'employeur qui, en l'occurrence et d'un certain point de vue, se trouve être l'Etat) et de représentants des assurés (les représentants des divers ministères ont été en majorité uniquement au sein du Conseil d'administration de l'Institut Humbert Ier).

La seule innovation digne d'intérêt a été apportée en 1948, année où, pour la première fois, un représentant du personnel de l'Institut a été nommé au sein du Conseil d'administration de l'I.N.P.A.S.

Par contre, les modalités de nomination du président et des membres de l'organe collégial ont beaucoup varié.

Pour ce qui est de la nomination du président, tantôt elle a été faite par le ministre sur désignation d'un organe politique et extra-constitutionnel (secrétaire de l'ancien parti fasciste dissous) comme ce fut le cas pour l'Institut Humbert Ier (1938), tantôt elle a eu un caractère exclusivement politique, comme ce fût le cas pour l'I.N.P.A.S. en 1942, tantôt enfin elle a été décidée par décret du Chef de l'Etat sur proposition du Ministère (1948).



Pour ce qui est des autres membres du conseil d'administration, c'est le système de la nomination par voie ministérielle (1938) qui a été appliqué pour commencer, puis celui du choix politique (1942) et enfin le même que pour la nomination du président (1948).

Quant aux pouvoirs de décision, les compétences des divers organes n'ont pas subi de modifications importantes et sont restées les mêmes, notamment pour ce qui concerne: l'approbation des bilans; les décisions relatives à l'organisation des organes centraux et périphériques de l'Institut; la détermination des cotisations qui ne sont pas fixées par la loi; la constitution, l'augmentation et l'utilisation des fonds de réserves et le règlement du personnel; les propositions relatives à des modifications éventuelles des statuts; l'acceptation ou le rejet, par voie administrative, des recours formés par les assurés, etc..

Quant aux modalités de désignation ou de proposition de nomination des représentants des assurés au conseil d'administration, elles ont nettement évolué quant au fond, même s'il n'en apparaît rien du point de vue formel.

Bien que la représentation des assurés n'ait jamais été directe, en d'autres termes, bien que les représentants des assurés, (sauf les représentants du personnel de l'Institut) n'aient jamais été élus directement, au scrutin à un tour, par les assurés, il convient de préciser que, jusqu'en 1943, les représentants des assurés furent choisis parmi les "personnes de confiance" (fiduciari) des associations professionnelles de travailleurs intéressés, lesquelles n'étaient pas élues mais nommées sur la base de considérations d'ordre politique et, souvent même, n'appartenaient pas à la catégorie de travailleurs représentée. Par la suite, les propositions de nomination portaient exclusivement sur les travailleurs assurés auprès de l'Institut qui étaient désignés par les centrales syndicales "nationales représentatives de la majorité" et choisis parmi les dirigeants des organisations de travailleurs affiliées qui accédaient à leur charge grâce à des élections directes parmi les associés.

Les différences qui viennent d'être indiquées tiennent de toute évidence aux différences existant entre les systèmes statutaires appliqués avant et après 1943, respectivement, dont le premier reposait sur les principes autoritaires du régime fasciste à base corporative, alors que le second se fonde sur des principes propres à la démocratie parlementaire.

e) Décentralisation.

Aux termes de la loi, les attributions définies par les statuts sont dévolues exclusivement aux organes centraux, de sorte que les offices périphériques qui ne possèdent aucun pouvoir de décision doivent être considérés comme des "services" (et non comme des organes) par lesquelles s'irradie l'activité de l'Institut; on ne peut donc parler d'organisations décentralisées au sens strict du terme. Quant à la structure des divers instituts mentionnés plus haut, elle a évolué progressivement et est passée de systèmes centralisés à des formes plus ou moins accentuées de décentralisation fonctionnelle; cette transition a été rendue nécessaire par l'extension progressive du champ d'application de l'assurance qui, sur le plan de l'administration, a imposé une délégation des pouvoirs à l'administration centrale, et sur celui de l'organisation, la création d'offices périphériques dont la compétence s'étendait primitivement à plusieurs régions (bureaux départementaux de l'Institut Humbert ler - 1938) puis a été limitée à plusieurs, voire à une seule province (E.N.P.A.S. - 1942).

f) Autonomie administrative et financière -  
contrôle de l'Etat.

L'autonomie administrative et financière des instituts de prévoyance établie en faveur des employés de l'Etat se manifeste dans l'autonomie de gestion que les dispositions législatives et réglementaires reconnaissent aux autres organismes de droit public.

Pour ce qui est du contrôle de l'Etat, il convient de rappeler que l'Institut Humbert ler était simplement soumis à la surveillance du ministère, lequel se bornait à vérifier la légitimité des activités de l'Institut (article 23 du décret-loi royal n°2287 du 16 novembre 1937); quant à l'E.N.P.A.S., il relève du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale et est soumis à la surveillance du ministère des Finances, en vertu de l'article 18 de la loi n°22 du 19 Janvier 1942 et des modifications qui y ont été apportées ultérieurement.

CHAMP D'APPLICATION.

- Extension du champ d'application aux différentes catégories d'employés et d'ouvriers.

Les ouvriers sont tenus de s'affilier à l'assurance maladie depuis le 1er janvier 1938 (décret-loi n°2287 du 16 décembre 1937) et les employés depuis le 1er septembre 1942 (loi n°22 du 19 janvier 1942 et règlement d'application pertinent).

- Limite maximum de rémunération.

Il n'y a pas de limite maximum de rémunération au-delà de laquelle le travailleur n'est plus assujéti à l'assurance maladie.

- Apprentis: ne ressortissent pas du secteur public.

- Titulaires de pension: les titulaires de pension ont été admis au bénéfice de l'assurance maladie à partir du 1<sup>er</sup> décembre 1953 (loi n° 841 du 30 Octobre 1953).

- Chômeurs: ils ne relèvent pas du régime d'assistance géré par l'E.N.P.A.S.

- Membres de la famille de l'assuré:

Aux termes de l'article 10 du décret royal n°2287 du 16 décembre 1937 (Institut Humbert 1<sup>er</sup>), étaient admis à bénéficier de l'assistance les assurés (ouvriers) et les membres de leur famille indiqués ci-après:

a) Le conjoint, à condition qu'il ne soit pas séparé légalement et à ses torts (le mari en cas d'incapacité de travail permanente);

b) Les enfants légitimes, légitimés ou naturels reconnus légalement, jusqu'à l'âge de 15 ans pour les fils, et de 18 ans pour les filles, ou à n'importe quel âge en cas d'incapacité de travail permanente lorsqu'ils vivent avec l'assuré et sont à sa charge;

c) Les parents lorsqu'ils vivent avec l'assuré et sont à sa charge;

d) Les frères et soeurs jusqu'à l'âge de 21 ans, ou n'importe quel âge, s'ils sont atteints d'une incapacité de travail absolue et permanente, lorsqu'ils vivent avec l'assuré et sont à sa charge.

Il est donc évident que le champ d'application de l'assurance a tendance à s'étendre en ce qui concerne aussi bien les travailleurs qui sont affiliés personnellement à l'assurance que les membres de leur famille y ayant droit (voir le tableau I ci-après). L'augmentation du nombre des ayants-droit à l'assistance résulte surtout de l'affiliation de nouvelles catégories de personnes.

Pour ce qui est des membres de la famille, il se manifeste depuis une quinzaine d'années une tendance évidente à élargir les enfants assimilés aux enfants légitimes) et à assouplir les critères qui déterminent l'ouverture du droit

à l'assistance (limite d'âge de certains membres de la famille).

- Elargissement des catégories de travailleurs protégés.

Sans objet dans le cas de l'E.N.P.A.S.

PRESTATIONS "EN NATURE".

a) Soins médicaux.

Rapports avec le corps médical.

Le système régissant les rapports entre l'Institut Humbert Ier et, ultérieurement, entre l'E.N.P.A.S. d'une part, et le corps médical d'autre part, a subi certaines modifications qui ont été rendues nécessaires par les différences existant entre les deux formes d'assistance fournies par chacun de ces organismes respectivement.

Alors que dans l'un et l'autre organismes les tâches de caractère technique et administratif - telles par exemple celles qui sont liées à la gestion et à la coordination des services sanitaires - ont été, et sont encore, remplies par des médecins "titularisés" (engagés par voie de concours publics, assujettis à un rapport de travail, analogue à celui des fonctionnaires administratifs qui est régi par un règlement approprié définissant leurs conditions de rémunération ainsi que leur statut juridique), l'Institut Humbert Ier, qui accordait des prestations en nature directement et gratuitement (dans les dispensaires et à domicile) avait recours, pour l'octroi des soins de médecine générale, aux services de médecins engagés dans le cadre d'un "rapport professionnel" (à savoir par une simple lettre qui fixait la rémunération, les obligations et les conditions de service des dits médecins, sans donner naissance à un véritable rapport de travail) et, pour l'octroi des soins de spécialistes, à des médecins rémunérés "sur la base d'une note d'honoraires à notula (dont les honoraires étaient fonction du nombre d'actes médicaux); l'E.N.P.A.S., au contraire, qui applique surtout le système d'assistance indirecte avec remboursement, et où l'assistance directe (qui n'est accordée à l'heure actuelle que dans les dispensaires) complète la principale forme d'assistance, est partie, depuis 1948, à une convention conclue avec le corps médical (qui expire tous les quatre ans, peut

être renouvelée et est régie par un règlement spécial), qui établit un rapport contractuel tout en laissant subsister le rapport du type professionnel.

Cette nouvelle forme de rapport satisfait non seulement aux revendications des médecins qui réclamaient un régime plus conforme à l'équité, mais aussi aux exigences nouvelles qui résultent des modifications apportées au système d'assistance qui, outre la préparation professionnelle au sens stricte du terme, postule la connaissance des connaissances des règles complexes, et sans cesse modifiées, qui régissent les services de l'Institut, et, partant, imposent un rapport de travail durable et moins occasionnel.

En étudiant la transition d'une forme à l'autre, on peut discerner d'ores et déjà, en toute objectivité, la tendance à établir les rapports de travail sur des bases stables qui permettront d'intégrer progressivement les médecins dans le système d'assistance, sans porter atteinte au caractère essentiellement libéral de leur profession.

#### - Libre choix.

Le libre choix a été reconnu dès l'établissement de l'E.N.P.A.S. (1942) et il va de pair avec le système de remboursement que l'Institut a adopté dès sa création; ce système répond mieux aux besoins des employés de l'Etat, ainsi que l'expérience d'une quinzaine d'années l'a confirmé, surtout si l'on tient compte de l'organisation actuelle des régimes de prévoyance italiens qui ne sont pas uniformes mais s'articulent en fonction des diverses catégories d'ayants-droit. Il convient de rappeler à ce propos que la classe des employés de l'Etat, extrêmement nombreuse, comprend différentes catégories de travailleurs qui sont elles-mêmes composites. La possibilité d'opérer un large choix, qui permet à l'assuré d'exprimer librement sa volonté reflète, sur le plan des faits, la multiplicité des catégories d'assurés, et ce dans le cadre d'un système plus souple que celui qu'imposerait la forme d'assistance directe.

Le libre choix - tant du médecin traitant que du système thérapeutique ou de l'établissement de traitement - était et est resté entier et absolu, conformément à la volonté exprimée par le législateur lors de l'élaboration des statuts de l'Institut (articles 4 et 8 du règlement d'application approuvé par le décret royal n°917 du 26 juillet 1942). Le caractère absolument libre du choix est attesté par le fait qu'il n'est soumis à aucune restriction, serait-ce à des restrictions indirectes, comme ce serait le cas si l'assuré devait faire

son choix sur une liste donnée, si ample soit-elle, de médecins, de pharmaciens ou d'établissements de traitement.

On peut donc dire que l'introduction du principe de libre choix (dont il n'est pas question dans les textes législatifs qui ont établi l'Institut Humbert 1er) donne à l'évolution de l'assurance-maladie une orientation entièrement nouvelle dont l'influence se fera sentir également en dehors du cercle restreint des employés de l'Etat.

- Modalités de remboursement.

Le système de remboursement des frais afférents aux soins médicaux (ce terme désignant toute la gamme des prestations en nature) n'a pas subi de modifications importantes. L'Institut applique toujours, en accordant la priorité à tel ou tel de ces systèmes alternativement, des critères qui sont directement liés aux trois systèmes possibles d'octroi de l'assistance, à savoir l'assistance indirecte (l'Institut rembourse tout ou partie des honoraires que l'assuré a payé au médecin de confiance) l'assistance directe (l'Institut verse aux médecins des honoraires forfaitaires au titre des prestations qu'ils ont fournies gratuitement aux assurés dans les dispensaires de l'Institut) et l'assistance contractuelle (l'Institut assume, dans certains cas déterminés, les charges afférentes aux diverses prestations que les médecins ont fournies dans les cabinets rattachés à des établissements publics de traitement avec lesquels l'Institut a passé une convention, ou, à titre tout à fait exceptionnel, dans les cabinets de spécialistes avec lesquels l'Institut a passé une convention, de sorte que l'assuré n'a pas à faire d'avance de fonds).

C'est précisément à cause de la coexistence de ces trois formes d'assistance que l'Institut n'a pas encore marqué de préférence nette et exclusive pour tel ou tel des systèmes de paiement susmentionnés. On peut donc supposer logiquement que la situation demeurera inchangée dans ce secteur jusqu'à ce que l'on s'oriente nettement vers l'établissement d'un régime d'assurance générale et uniforme.

b) Fourniture pharmaceutique.

- Produits admis.

Le transfert de la gestion de l'Institut Humbert 1er à l'E.N.P.A.S. a été marqué par une modification extrêmement intéressante en ce qu'il a entraîné la suppression de toute limitation du nombre (et aussi du type des prescriptions: préparations magistrales et spécialités) des produits pharmaceutiques; ainsi, il n'y a plus de liste restrictive des pro-

duits admis, et les médecins peuvent donc prescrire librement les médicaments qui figurent dans la pharmacopée officielle, pour autant que les quantités prescrites semblent en rapport avec la maladie déclarée (article 7 du décret-loi n°147 du 12 février 1948).

- Montant des frais remboursés.

C'est en 1953 que l'Institut a renoncé à rembourser intégralement les dépenses afférentes aux produits pharmaceutiques - alors qu'il en avait accepté et appliqué le principe au cours de ses premières années d'activité - sous l'effet d'une tendance nettement innovatrice; en effet, des enquêtes statistiques spéciales avaient montré que ce système d'assistance entraînait des inégalités de traitement, car les assurés qui souffraient de maladies n'exigeant que des prestations pharmaceutiques étaient défrayés effectivement (et non pas seulement théoriquement) des dépenses qu'ils avaient engagées à raison de 100 pour cent, alors que les montants remboursés aux assurés souffrant d'affections exigeant uniquement des soins médicaux étaient parfois inférieurs à 50 pour cent de leurs dépenses effectives qui, à la différence de ce qui se produisait dans le cas des fournitures pharmaceutiques, n'étaient remboursées qu'à concurrence des montants fixés par le tarif approprié.

De plus, comme les assurés en vinrent à consommer toujours plus de médicaments coûteux et que les prix des produits pharmaceutiques avaient nettement tendance à augmenter, l'Institut vit son équilibre financier compromis et décida, de sa propre initiative, en application des dispositions de l'article 6 de la loi n° 841 du 30 Octobre 1953, de diminuer les montants remboursés au titre des dépenses "reconnues" pour l'achat de produits pharmaceutiques et autres moyens thérapeutiques d'un pourcentage inversement proportionnel au montant des dépenses (9 pour cent pour la première tranche de 10.000 lires, 7 pour cent pour la seconde tranche de 10.000 lires, et 4 pour cent pour les tranches successives).

On admet que l'expérience d'autres pays (Suède, Danemark, Norvège, France, Grèce, etc..) n'a pas été sans influencer sur l'adoption de mesures qui s'inspirent du principe de la participation de l'assuré aux frais et qui, dans un certain sens, ont marqué un recul par rapport à la situation antérieure.

- Modalités de remboursement.

Les observations formulées à propos des soins médicaux sont également valables, dans une large mesure, pour le

système de paiement des produits pharmaceutiques.

Le paiement a lieu sous deux formes seulement: le système indirect (remboursement des médicaments prescrits par le médecin traitant) et le système direct (fourniture gratuite des produits que l'assuré doit utiliser exclusivement dans les dispensaires de l'Institut: injections).

Face aux multiples difficultés soulevées par l'opposition résolue de l'ordre des pharmaciens, l'Institut n'a jamais pu autoriser les assurés à se procurer les médicaments auprès d'un groupe déterminé de pharmaciens avec lesquels ils auraient passé une convention (l'Institut remboursant ultérieurement les médicaments ainsi obtenus), ou dans des pharmacies qu'ils auraient exploitées directement.

c) - Établissements publics de traitement.

Rapports avec les établissements de traitement.

De même que dans le cas des autres instituts de prévoyance, les rapports de l'Institut avec les établissements de traitement publics sont réglementés par des dispositions de portée générale. On se reportera donc à ce sujet aux indications fournies dans le rapport relatif à l'I.N.A.M.

- Tarifs d'hospitalisation.

On se reportera au rapport relatif à l'I.N.A.M. Il convient de préciser toutefois qu'en vertu de l'article 10 de la loi n°22 du 19 Janvier 1942, les tarifs de pension (retta: frais de séjour, y compris les soins), en cas d'hospitalisation et les honoraires des médecins des hôpitaux sont payés conformément aux dispositions des articles 81 et 82 du décret royal n° 1631 du 30 Septembre 1938.

- Sécurité sociale et équipement hospitalier.

On se reportera aux indications données dans le rapport relatif à l'I.N.A.M. Il convient d'observer à ce propos qu'il est impossible, en tout état de cause, d'examiner comme il le faudrait, dans un rapport tel que celui-ci, le rôle des services de sécurité sociale dans l'aménagement de l'équipement hospitalier, et l'on rappelle, d'autre part, la contribution apportée indirectement dans ce domaine par l'E. N.P.A.S. qui, grâce à son oeuvre d'assistance, a indubitablement encouragé les assurés à recourir aux services hospitaliers dans tous les cas où ils préféreraient, par le passé, se faire soigner à domicile.



- Catégories d'assurés bénéficiant des prestations en nature.

De même que par le passé, l'Institut accorde la même assistance aux assurés des différentes catégories, qui bénéficient tous de prestations en nature.

- Début et durée du service des prestations.

Le droit aux prestations s'ouvre à la date d'affiliation à l'Institut, même si l'administration publique compétente a omis de signaler l'engagement du travailleur.

Pour ce qui est de la durée du service des prestations en général, elle n'a jamais dépassé la limite maximum de 180 jours (consécutifs ou non) au cours d'une période de douze mois, qui est prévue par les dispositions actuellement en vigueur, sauf dans les cas auxquels s'appliquaient les dispositions particulières relatives aux maladies ayant "même siège et même nature".

En 1956, l'Institut a supprimé toute limite de durée pour un premier groupe important de maladies (maladies chroniques, maladies à issue mortelle, maladies graves et maladies de longue durée), de sorte que l'assuré qui souffre des affections en question peut bénéficier de l'assistance de l'Institut pendant une période illimitée, sans préjudice évidemment du droit qui lui est reconnu de se prévaloir, dans le délai fixé par le règlement, des prestations prévues pour les autres maladies qui ne sont pas comprises dans la dite classification. Il convient de rappeler que cette mesure a été prise par la voie administrative et n'a pas été sanctionnée par le pouvoir législatif.

En ce qui concerne, en particulier, l'assistance en cas d'hospitalisation, il y a lieu de rappeler que l'Institut Humbert Ier (1938) autorisait l'assuré à bénéficier de l'hospitalisation gratuitement pendant une période maximum de quatre semaines en lieu et place des soins médicaux et de la fourniture des médicaments et autres moyens thérapeutiques. L'E. N.P.A.S. (1942), pour sa part, assurait précédemment le service des dites prestations pendant une période maximum de 120 jours (consécutifs ou non) dans le courant d'une période de douze mois dans les limites de la durée générale susmentionnée; par la suite, il a à diverses reprises allongé la durée de l'hospitalisation, qui coïncide désormais avec la durée maximum du service des prestations. Les dispositions relatives aux maladies chroniques, aux maladies à issue mortelle, etc. sont également applicables en cas d'hospitalisation.

On estime en définitive qu'il se manifeste une tendance nette à accorder l'assistance sans limite de durée, et que les conditions sont toujours plus favorables à cette évolution.

Le droit à l'assistance-maladie s'éteint normalement lorsque l'assuré ou le membre de sa famille cesse de faire partie des catégories de personnes y ayant droit; toutefois, aux termes de l'article 5 du décret-loi n° 147 du 12 décembre 1948, l'assuré continue d'avoir droit à l'assistance lorsque la maladie a été déclarée avant la fin, ou dans les trente jours qui suivent la fin de l'affiliation, si, et aussi longtemps que, l'assuré n'a pas droit à l'assistance d'un autre organisme au titre d'un nouveau rapport de travail.

#### PRESTATIONS EN ESPECES.

##### - Délai de carence.

Depuis la création de l'Institut d'Humbert Ier, le délai de carence (absolu) est de deux jours; toutefois, il ne s'applique pas lorsqu'il y a hospitalisation ou rechute dans les vingt jours qui suivent la fin de la maladie précédant la maladie antérieure.

Le fait qu'aucune mesure n'a été prise pour modifier les dispositions applicables en la matière prouve que le délai de carence, tel qu'il a été conçu et défini, s'est révélé dans la pratique un bon instrument d'administration pour le régime d'assistance financière aux travailleurs; l'Institut estime qu'il n'y a pas lieu, à l'heure actuelle, de le supprimer.

##### - Montant des indemnités journalières.

Les modalités de calcul du montant des indemnités journalières versées aux ouvriers ont subi entre 1938 et 1956 de nombreuses modifications qui, en fait ont jalonné le passage progressif d'une forme de subvention alimentaire à une indemnité qui se substitue au salaire.

Le montant de l'indemnité, qui est toujours fonction de la rétribution servant de base au calcul de la cotisation s'élevait, jusqu'en 1953, à 50 pour cent de la rétribution de base <sup>tant</sup> pour les cas de maladie que pour les cas d'accouchement ou d'interruption de grossesse; par la suite, la proportion a été portée à 80 pour cent, mais uniquement pour une fraction (la fraction initiale) de la période annuelle donnant lieu à indemnité (tout d'abord 30 jours, puis 60 jours), et elle est toujours de 50 pour cent pour la durée de la période résiduelle.

Il convient de rappeler qu'avec cette innovation, l'Institut a pour la première fois dépassé la limite de la moitié de la rétribution dont les régimes d'assurance italiens ne s'étaient jamais départis jusqu'ici, et qu'il a donc accompli un pas décisif dans la voie de l'égalisation des régimes d'assistance financière en cas d'absence du travail pour cause de maladie qui ont été institué en faveur des ouvriers et employés de l'Etat.

Cette décision a imprimé un élan décisif à la revision des critères applicables en la matière; preuve en est que le Parlement a été saisi récemment d'un projet de loi tendant à soumettre au même régime ouvriers et employés, notamment, et surtout, en ce qui concerne les modalités d'octroi d'une assistance financière en cas de maladie.

- Durée.

Il convient de rappeler tout d'abord que dès la création de l'Institut Humbert l'er le versement de l'indemnité journalière aux ouvriers a été subordonnée à une "période de stage" (six mois à compter de la date d'affiliation, pour les prestations dues en cas d'absence du travail pour cause de maladie; vingt semaines d'affiliation effective pendant l'année ayant précédé la réalisation de l'éventualité, pour les prestations dues en cas d'accouchement; article 5 du décret-loi royal n°2287 du 16 décembre 1937); toutefois, ces dispositions sont devenues caduques, et le droit aux prestations en question s'ouvre désormais au moment de l'affiliation au régime et s'éteint avec la cessation du rapport de travail.

En même temps qu'il changeait le montant des prestations, l'Institut a modifié la durée du service des prestations en espèces accordées aux ouvriers sous forme d'indemnité journalière et ce, dans un sens nettement favorable aux intéressés.

La durée du service des prestations qui, en 1938, était de 120 jours (consécutifs ou non) a été portée à 180 jours en 1948; il n'y a donc plus d'écart entre la période pendant laquelle l'assuré a droit à l'assistance (prestations en nature) et la période pendant laquelle il a droit à l'indemnité (prestations en espèces), de sorte que l'Institut couvre intégralement les éventualités pendant lesquelles l'assuré a besoin de l'une et l'autre formes de protection, (maladie entraînant une incapacité de travail absolue).

Jusqu'en 1953, la période d'interdiction absolue du travail en cas d'interruption de grossesse (4 semaines seulement après l'accouchement ou l'interruption de grossesse, en

1938; 30 jours avant l'accouchement et 6 semaines après, en 1948; 6 semaines avant et 8 semaines après, en 1950) était considérée comme une absence pour cause de maladie et était englobée de ce fait dans la période de durée générale susmentionnée (respectivement 120 ou 180 jours, comme on l'a indiqué plus haut).

La loi n° 841 du 30 octobre 1953 a apporté deux innovations fondamentales et institué un nouveau régime pour la protection, tant physique que financière, des mères qui travaillent (loi n°860 du 26 août 1950):

a) - Premièrement, l'employeur doit garantir à la femme qui travaille la couverture des principales période d'abstention obligatoire du travail prévues par la loi n°860, conformément aux dispositions antérieurement en vigueur.

b) - Deuxièmement, l'employeur doit garantir cette couverture dans tous les cas, et, partant, même au delà de la limite de durée fixée pour le service de l'indemnité normale de maladie.

Par l'effet de cette loi, les femmes enceintes et les accouchées sont donc assurées de percevoir les prestations en espèces pendant toute la période prévue pour l'assistance normale en cas de maladie, à savoir pendant les 180 journées de service de l'indemnité; à partir de la 181ème journée, la première des deux formes d'assistance susmentionnées revêt un caractère propre et devient une prestation distincte.

Pour ce qui est des tendances qui se sont manifestées dans ce domaine, on se rapportera aux indications données à la section précédente.

#### L'EVOLUTION DES DEPENSES ET LEUR REPARTITION ENTRE LES DIFFERENTES CATEGORIES DE PRESTATIONS.

Ainsi qu'on pourra le constater à l'examen du tableau II ci-joint, les dépenses afférentes aux prestations en nature accordées à toutes les catégories d'assurés, ainsi que les dépenses afférentes aux prestations en espèces (indemnité journalière) versées aux ouvriers exclusivement, n'ont pas cessé d'augmenter pendant la période comprise entre le 1er septembre 1942 (début de la gestion de l'E.M.F.A.S.) et le 30 juin 1957.

Si l'on fait abstraction des cinq années 1942/1947, qui furent marquées par les vicissitudes de la guerre et de l'après-guerre et surtout par la dévaluation de la monnaie, on peut dire que les facteurs d'ordre général qui ont déterminé

cette évolution sont les suivants:

- L'élargissement progressif du cercle des bénéficiaires.
- Le recours accru aux prestations.
- L'attribution de nouvelles prestations (indemnité en cas de décès, prothèses dentaires, prothèses de travail et autres prothèses telles que bandages herniaires, ceintures, etc, soins physiques, cures balnéo-thermales, etc.):
- La prolongation de la durée du service des prestations en nature et en espèces.
- La hausse générale des prix (et, par contrecoup, du prix des produits pharmaceutiques et des moyens thérapeutiques, des tarifs de remboursement des honoraires des médecins et des chirurgiens, des tarifs d'hospitalisation, etc.), ainsi que l'augmentation des salaires (et, par tant, des montants servant de base pour la calcul de l'indemnité versée aux ouvriers).

Si l'on prend séparément les divers éléments du coût des prestations, on constate que l'augmentation des dépenses doit être attribuée aux causes suivantes:

a) - Prestations en nature.

- Pour les honoraires des médecins et le coût des produits pharmaceutiques, la suppression du système tarifaire (appliqué de 1942 à 1947) dans lequel les dépenses étaient remboursées d'après un tarif qui fixait le montant maximum qui pouvait être remboursé au titre de chaque journée de maladie, montant qui diminuait en fonction de la durée de la maladie.
- Pour les honoraires au titre des prestations fournies par des médecins, des chirurgiens, au titre des examens effectués aux fins de diagnostic et de traitements physiothérapeutiques, etc... les améliorations apportées à diverses reprises au tarif de remboursement de l'Institut.
  - Pour les produits pharmaceutiques, la diffusion de médicaments coûteux de découverte récente (antibiotiques, extraits hépatiques, etc.) et l'habitude qu'ont pris les médecins de prescrire des médicaments en nombre toujours plus grand.
  - Pour les prestations en espèces, notamment pour les indemnités en cas de décès et d'accouchement, la majoration des montants fixés.

- Pour les prothèses en général, la participation accrue de l'Institut aux dépenses engagées par l'assuré.
- Pour les prestations en nature, en particulier, l'introduction et l'extension du système d'assistance directe dans les dispensaires.
- Pour toutes les prestations, la meilleure connaissance qu'ont les assurés des prestations accordées par l'Institut.

b) - Prestations en espèces versées aux ouvriers.

- L'augmentation du montant de l'indemnité (qui a été portée de 50 pour cent à 80 pour cent pendant la période initiale d'absence du travail);
- Les améliorations apportées aux prestations en espèces qui sont accordées aux ouvrières en cas de grossesse et d'accouchement.

On a constaté que pendant la période de 1946/1957, le montant des prestations (en nature et en espèces) a augmenté de près de 14 fois (puisque'il a passé de 2156 à 31.173 millions de lires), alors que celui des prestations en espèces versées aux ouvriers a presque quadruplé (de 223 à 837 millions de lires).

L'analyse des différents postes des dépenses au titre des prestations en nature montre que les dépenses ont augmenté dans les proportions suivantes entre 1948 et 1957 (comme l'Institut appliquait précédemment un tarif de remboursement global, certaines dépenses ne faisaient pas l'objet de postes distincts):

- Honoraires médicaux: 218,7 % (de 1.765 à 5.596 millions de lires);
- Médicaments, 181,6 % ( de 4.024 à 11.331 millions de lires);
- Hospitalisation, 341% (de 1.691 à 7.457 millions de lires);
- Examens effectués aux fins de diagnostic, 177,1% (de 328 à 909 millions de lires);
- Thérapies diverses, 191,3% (de 300 millions en 1950 à 874 millions en 1957);
- Assistance directe dans les dispensaires, 590,2% (de 439 à 3.030 millions de lires);

- Allocations en cas d'accouchement, 278,2% (de 124 à 469 millions de liras);
- Indemnités en cas de décès, 369,6% (de 102 à 479 millions de liras).

Quant aux prestations au titre des interventions chirurgicales, des prothèses en général et aux prestations dites "diverses", elles ont augmenté constamment dans l'ensemble; toutefois les données qui figurent au tableau permettent difficilement de se rendre compte de leur augmentation car les critères qui ont déterminé leur inscription sous tel ou tel poste ont varié au cours des exercices successifs du fait de l'existence du système tarifaire susmentionné.

D'une façon générale, on peut affirmer que presque toutes les dépenses ont tendance à augmenter.

#### FINANCEMENT.

##### - Salaire de base et limite maximum.

Tant pour les prestations en nature que pour les prestations en espèces attribuées aux ouvriers à titre d'indemnité journalière (1), le salaire de base pris en considération pour le calcul de la cotisation a été, dès le début de l'assurance, la rétribution de base de l'assuré (traitement, paie, salaire ou émoluments de même nature, quelle que soit leur dénomination, payés normalement à l'assuré, y compris, dans le cas des ouvriers, les compléments de salaire ainsi que les appointements perçus au titre d'un travail rémunéré au rendement); ce n'est que par la suite (à partir de 1945) et progressivement, que l'Institut a basé le calcul de la cotisation sur la rétribution totale (y compris l'indemnité de cherté de vie, les suppléments au titre des charges de famille, le treizième mois, etc.).

Depuis le 1er juillet 1956, date à laquelle les divers éléments fixes et réguliers de la rétribution versée par l'Etat ont été englobées dans une rétribution unique, la base est fixée à 80 pour cent de la nouvelle rétribution; toutefois, cette décision a été prise pour des raisons qui ne sont pas liées à l'assurance-maladie, à savoir par la nécessité d'étaler sur plusieurs exercices financiers les dépenses entraînées par les pensions que l'Etat sert aux travailleurs

---

(1) - Ces prestations relèvent de deux régimes différents, au titre desquels les assurés versent des cotisations distinctes.

anciennement à son service, pensions qui émargent au budget de l'Etat et qui, on le sait, sont également fonction de la base susmentionnée.

En tout état de cause, il semble que les deux notions de rétribution "globale" et de "base de cotisation" aient tendance à se superposer.

- Taux de cotisation.

Le taux de la cotisation par rapport à la rétribution a souvent été modifié (et presque toujours augmenté) pour consolider ou assurer l'équilibre financier du régime, qui était compromis par les variations constantes du volume des prestations accordées plutôt que par les diminutions imprévues du produit des cotisations; on sait, au demeurant, combien il est difficile de fonder la gestion du régime sur de solides bases techniques, étant donné l'instabilité du risque lié à l'éventualité de la maladie.

Le taux de cotisation tend à se rapprocher - tout au moins pour ce qui est des prestations en nature - de celui qui est imposé par les organismes analogues qui assurent d'autres catégories de travailleurs contre la maladie.

- Péréquation des charges.

Etant donné qu'il s'agit d'un régime centralisé et unique pour toutes les catégories d'ayants-droit à l'assistance, il n'existe aucun système de péréquation.

- Contributions de l'Etat.

Dans le régime d'assurance-maladie des employés de l'Etat, les cotisations sont payées en partie par l'Etat qui couvre une partie des charges entraînées par l'assurance (sur une base paritaire ou non, selon le cas), en raison de la qualité d'employeur "assurant" qui, d'un certain point de vue, peut lui être attribuée.

Compte tenu de cette considération, il y a lieu de rappeler que l'Etat n'a subventionné l'assurance qu'à deux occasions seulement: tout d'abord, au moment de l'établissement de l'E.N.P.A.S., l'Etat a décidé, afin de permettre à l'Institut de fournir l'assistance prévue par ses statuts, de lui attribuer un montant annuel de 200 millions de lires qui serait réparti entre les diverses administrations de l'Etat (article 2 de la loi n°22 du 9 janvier 1942); puis, au moment où il a été décidé d'étendre le bénéfice des prestations en nature aux pensionnés, l'Etat a versé à l'Institut un montant de 1.800 millions de lires à titre de contribution aux dépen-



ses entraînées par l'organisation du nouveau service (article 7, alinéa II de la loi n°841 du 30 Octobre 1953). Il s'agit, on le voit, de deux contributions financières (dont l'une avait, à l'origine, un caractère régulier et permanent, mais a été supprimé par la suite, et dont l'autre n'a eu qu'un caractère exceptionnel et transitoire) qui ont constitué de véritables subventions.

- L'évolution de la situation financière considérée dans ses rapports avec l'extension du champ d'application de l'assurance.

On ne peut dire que l'admission régulière de nouvelles catégories d'ayants-droit à l'assistance-maladie ait influé favorablement sur la situation financière de l'Institut, puisque l'augmentation des recettes provenant des cotisations a toujours, et presque simultanément, été de pair avec un accroissement des dépenses entraînées par l'élargissement du champ d'application de l'assurance: en effet, l'affiliation de nouvelles catégories d'assurés a simplement eu pour effet de déplacer le centre de gravité du recettes et dépenses, sans modifier essentiellement les données du problème financier que pose la gestion de l'assurance.

Au contraire, il est arrivé parfois (par exemple en 1948, au moment de l'affiliation du personnel des chemins de fer) que l'augmentation soudaine des demandes de prestations ait même précédé l'augmentation prévue des recettes provenant de cotisations et entraîné un déséquilibre financier temporaire. Toutefois, ce phénomène s'explique logiquement par le fait que le service des prestations n'est subordonné à aucune période de stage.

- L'évolution de la situation financière considérée dans ses rapports avec les nouvelles techniques et les fluctuations des prix.

On se rapportera à ce sujet aux indications données dans le rapport relatif à l'I.N.A.M.

- Evolution de la situation financière considérée dans ses rapports avec la limite maximum de cotisation.

Comme on l'a déjà indiqué, l'Institut applique une limite maximum de cotisation depuis le mois de juillet 1956,

et ce pour des motifs de caractère contingent; toutefois, on ne dispose pour l'instant d'aucun élément permettant d'apprécier correctement les répercussions de cette mesure sur l'évolution de la situation financière de l'Institut.

-o-O-o-

EFFECTIF DE LA POPULATION ASSISTEE PAR L'I.E.N.P.A.S.

TABLÉAU I

PERIODE (exercice financier)	PERSONNEL EN ACTIVITE (1)			PERSONNEL A LA RETRAITE (2)			TOTAL GENERAL
	Assurés	Membres de la famille	Total	Assurés	Membres de la famille	Total	
1946-47	687.000	1.193.000	1.880.000	-	-	-	1.880.000
1947-48	947.000	1.647.000	2.594.000	-	-	-	2.594.000
1948-49	1.043.000	1.816.000	2.859.000	-	-	-	2.859.000
1949-50	1.065.000	1.853.000	2.918.000	-	-	-	2.918.000
1950-51	1.065.000	1.853.000	2.918.000	-	-	-	2.918.000
1951-52	1.065.000	1.853.000	2.918.000	-	-	-	2.918.000
1952-53	1.071.000	1.863.000	2.934.000	-	-	-	2.934.000
1953-54	1.080.000*	1.879.000	2.959.000	400.000	300.000	700.000	3.559.000
1954-55	1.080.000	1.879.000	2.959.000	420.000	294.000	714.000	3.673.000
1955-56	1.110.000	1.900.000	3.010.000	430.000	300.000	730.000	3.740.000
1956-57	1.110.000	1.750.000	2.860.000	480.000	330.000	810.000	3.670.000
1957-58	1.100.000	1.740.000	2.840.000	490.000	350.000	840.000	3.680.000

(1) L'augmentation sensible du nombre des personnes ayant au droit à l'assistance pendant les exercices financiers 1946-47 et 1947-48 résulte de l'extension de l'assistance-maladie à 135.000 travailleurs des chemins de fer (D.O.P.S. No 568 du 30 juin 1957) et à l'ensemble du personnel des forces armées de l'Etat (DI no 147 du 12 février 1948).

(2) Admis au bénéfice de l'assistance à partir de décembre 1953.

LE COUT DES PRESTATIONS ACCORDEES PAR L'E.N.P.A.S. ET LEUR REPARTITION  
ENTRE LES DIVERSES CATEGORIES (en millions de livres)

PERIODE (Exercices financiers)	A S S I S T A N C E M A L A D I E										TOTAL DES PRESTA- TIONS (en nature et en espèces)	INDENNITES AUX JOURNALIERS (Prestations en espèces)			
	PRESTATIONS EN NATURE (Système indirect (remboursement))					PRESTATIONS EN ESPECES (Système indirect, remboursements.)									
	Hono- raires médi- caux	Médi- caments	Hospi- tali- sation	Inter- ven- tions chirurgi- cales	Con- sul- ta- tions	Théra- pies di- verses	Total	Assis- tance di- recte dans les dis- pensaires	Allo- ca- tions d'ac- cou- che- ment	In- dem- nité de décès			Pro- thè- ses	Pres- ta- tions di- verses	Total
1942/43	36	(1)	8	-	(1)	-(1)	÷(1)	44	2	5	-	3	8	54	26
1943/44	32		9	-				41	1	3	-	12	15	57	34
1944/45	37		10	-				47	1	2	-	50	52	100	39
1945/46	405		107	39				551	8	33	-	215	248	807	143
1946/47	1.309		291	106				1.729	32	80	-	315	395	2.156	233
1947/48	3.782		969	280				5.177	223	124	102(2)	535	761	6.161	366
1948/49	1.756		1.691	1.487				8.286	439	310	242	626	1.178	9.903	354
1949/50	1.678		1.896	590				8.531	1.020	310	220	627	1.157	10.708	314
1950/51	1.730		2.050	710				10.030	1.230	390	223	340	971	12.231	337
1951/52	1.783		2.018	722				11.134	1.504	385	228	279	926	13.564	273
1952/53	1.814		3.295	375				12.802	1.783	394	230	311	960	15.545	369
1953/54	2.545		4.141	299				15.513	2.313	395	214	297	991	13.817	501
1954/55	3.504		5.549	311				19.563	2.694	412	209	273	968	23.225	582
1955/56	4.894		6.249	339				24.015	2.849	459	224	284	1.374	23.238	740
1956/57	5.596		7.457	376				26.543	3.030	469	479	335	1.600	31.173	837

N.B. - Les données se rapportent uniquement à la gestion de l'E.N.P.A.S. (début de l'assistance-maladie : 1er sep-  
tembre 1942)

(1) Les prestations n'ont pas été ventilées entre les divers postes et ont été imputées globalement sur le poste  
"assistance médico-chirurgicale et pharmaceutique)

(2) L'allocation a été versée à partir du 1er janvier 1948

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

---

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance-maladie des travailleurs au service  
des administrations locales

Italie

GENEVE 1959

TABLE DES MATIERES

	Page
ANTECEDENTS HISTORIQUES	131
STRUCTURE	135
CHAMP D'APPLICATION	140
NATURE DE L'ASSISTANCE	143
PRESTATIONS	150
FINANCE ENT	163
TABLEAUX	167

L'ASSURANCE-MALADIE DES TRAVAILLEURS AU SERVICE  
DES ADMINISTRATIONS LOCALES.

Gérée par l'Institut National d'Assistance pour les Travailleurs au service des Administrations locales. (I.N.A.D.E.L.).

- 0 -

ANTECEDENTS HISTORIQUES.

Introduction.

On sait que ce sont les anciennes sociétés de secours mutuels qui fonctionnent pour la plupart à l'échelon de l'entreprise, qui les premières ont pris l'initiative d'organiser systématiquement l'assurance contre la maladie.

L'expansion progressive de ce type d'organisation embryonnaire qui se fondait sur la libre affiliation des travailleurs a commencé vers la fin du siècle dernier.

Toutefois, il fallut attendre l'année 1926 pour que la loi apportât une sanction juridique à la création de systèmes déterminés de protection qui couvrent de grandes masses de travailleurs. C'est en effet cette année-là que l'Etat, par un texte législatif approprié, a demandé aux organisations syndicales - qui étaient reconnues comme des organes de droit public dotés de la personnalité juridique - d'établir, lors de la conclusion des contrats collectifs de travail, l'obligation de l'assurance des travailleurs contre le risque de maladie.

Les effets de cette première intervention des pouvoirs publics n'ont cependant pas dépassé le cadre du secteur privé, le législateur n'ayant adopté à l'époque aucune disposition tendant à instituer l'assurance obligatoire en faveur des travailleurs du secteur public.

L'Etat avait de multiples motifs de s'intéresser au premier chef à la masse des travailleurs du secteur privé.

Avant toute chose, l'intervention de l'Etat a été motivée par la nécessité de promulguer une disposition de caractère impératif qui oblige l'employeur privé à assumer les charges qu'imposait la protection contre certaines éventualités particulières qui limitaient ou annihilait la capacité de travail et, partant, la capacité de gain du travailleur.

Pareil contrôle ne s'imposait évidemment pas pour les travailleurs du secteur public, dont l'employeur n'était autre

que l'administration publique elle-même.

D'autres facteurs, qu'il est facile d'identifier, ont concouru, en outre, à susciter la participation directe de l'Etat à la protection des travailleurs du secteur privé, à savoir:

- le fait que le rapport de travail a un caractère plus précaire dans le secteur privé que dans le secteur public;
- les risques accrus auxquels la grande masse des ouvriers manuels se trouvent exposés de par la nature même du travail qu'ils accomplissent et des conditions du milieu dans lequel ils exercent souvent leur activité professionnelle (industrie, agriculture, etc.);
- l'existence, dans le secteur privé, de nombreuses organisations d'assistance mutuelle, créées sur une base volontaire et dont l'organisation appelait une réglementation plus organique;
- le fait que les syndicats menaient une action beaucoup plus combattive pour protéger les importants groupes de travailleurs du secteur public ne pouvaient s'appuyer sur une organisation syndicale solide et efficace;
- l'affirmation, dans la doctrine nouvelle de l'assurance sociale du principe selon lequel l'Etat a le droit et le devoir d'intervenir directement afin de protéger les grandes masses ouvrières, qui sont particulièrement exposées aux risques de la production industrielle.

Toutefois, il devait s'écouler quelques années encore avant que l'assurance obligatoire contre la maladie soit étendue de quelques catégories de travailleurs aux caractéristiques particulières à toutes les branches d'activité et que le principe de la mutualité s'impose non seulement en faveur des travailleurs fournissant leurs services pour le compte d'autrui, mais, - et ce avec une force insoupçonnée - à de larges catégories de travailleurs indépendants (agriculteurs, artisans).

Cette extension progressive du champ d'application de l'assurance obligatoire s'explique également par le fait que l'on en est venu à accepter progressivement les nouvelles conceptions de la solidarité générale qui sont à la base des régimes modernes de sécurité sociale, et qui amènent l'Etat à intervenir plus directement en vue de protéger le droit de tous les travailleurs et de tous les citoyens à la protection contre toute éventualité qui risque de suspendre ou d'annihiler



la possibilité de travail et de gain.

Ce principe a trouvé sa consécration juridique la plus solennelle à l'article 38 de la Constitution de la République qui dispose expressément: "Les travailleurs ont droit à ce qu'ils soient assurés des moyens suffisants, prévus d'avance, de satisfaire à leurs besoins vitaux en cas d'accident, de maladie, d'invalidité, de vieillesse et de chômage involontaire".

La réglementation de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs du secteur public a commencé dans les années qui ont immédiatement précédé la dernière guerre mondiale (E.N.P. D.E.D.P.), puis elle s'est étendue, après la guerre, dans le cadre des lois qui établissent l'obligation de l'assurance pour tous les travailleurs au service de l'Etat (1942) et des administrations locales (1946).

- 0 -

- Diffusion du concept de la mutualité et affirmation de l'obligation de l'assurance pour les employés des administrations locales.

L'assurance est devenue obligatoire à l'entrée en vigueur du décret législatif du chef provisoire de l'Etat n°350 du 31 octobre 1948.

Précédemment, l'I.N.A.D.E.L., qui avait été créé en vue d'accomplir une oeuvre de prévoyance de portée limitée, avait la faculté d'aider ses propres affiliés dans certains cas d'incapacité grave et ce, dans les limites de ses ressources financières.

De toute évidence, l'octroi de cette assistance était laissé à l'entière discrétion de l'Institut et ne découlait pas d'un droit propre des assurés; le droit à ce type d'assistance a été établi en 1946 seulement par la loi susmentionnée.

Les catégories de travailleurs intéressées n'ont pas toutes accueilli avec une égale satisfaction les dispositions qui les assujettissaient à l'assurance obligatoire auprès d'un seul institut public de caractère national.

La disposition a suscité de nettes oppositions, en particulier parmi les groupes de travailleurs qui avaient déjà organisé des régimes d'assistance mutuelle, lesquels tentèrent d'échapper à l'action unificatrice de la loi, et en demandèrent la modification au pouvoir législatif.

Cette attitude s'explique principalement par le fait

suivant: s'il existait pour les employés des administrations locales quelques sociétés mutuelles organisées à l'échelon de l'entreprise autour desquelles gravitaient des intérêts particuliers bien constitués et ces sociétés bénéficiaient parfois - c'était le cas, par exemple, pour <sup>les</sup> employés des hôpitaux - d'importantes facilités d'organisation qui tenaient à la nature particulière du milieu dans lequel les travailleurs exerçaient leur activité.

Il convient d'ajouter que les catégories de travailleurs assistés ne connaissaient guère les principes fondamentaux de la mutualité, et que dès les premières années de l'après-guerre il s'était manifesté en Italie, une tendance à l'adoption de systèmes décentralisés et autonomes, tendance qui incitait de nombreux administrateurs des organismes locaux à attirer et à conserver dans la juridiction de l'administration locale les organismes qui s'acquittaient de tâches particulières en matière d'assistance et de prévoyance.

Dans le même temps, il se manifestait une opposition générale, mais moins organisée, au principe même de la mutualité: en vue d'enrayer l'extension de cette tendance, on réclamait l'adoption d'un système d'affiliation volontaire, qui laisserait au travailleur la faculté de s'inscrire à l'Institut d'assistance institué par la loi de l'Etat.

Les revendications formulées en la matière furent longuement discutées dans de nombreux congrès syndicaux des travailleurs de cette catégorie, et se sont fait entendre même au sein du Conseil d'administration de l'Institut, qui compte des représentants des assurés et des instituts locaux de toute l'Italie.

Il a été possible de surmonter cette vive opposition, qui émanait des milieux les plus divers, en faisant connaître et en montrant que le système de la mutualité doit rallier de très nombreux adhérents pour pouvoir atteindre la plupart des buts qu'elle se propose. Ce système est donc opposé à l'affiliation facultative, surtout si l'institut d'assurance exerce ses activités en faveur de catégories de travailleurs aux revenus modiques ou limités.

C'est l'élimination des sociétés mutuelles existantes qui pose le problème le plus difficile; en l'occurrence, il ne s'agissait plus de surmonter des préjugés qui procédaient pour la plupart d'une ignorance des avantages de la mutualité, mais d'amener à composition des organismes existants qui accomplissaient déjà une oeuvre d'assistance, n'était-ce qu'à titre privé et à l'échelon de l'entreprise.

De toute façon, la loi a été appliquée à tous les organismes locaux, de sorte que tous les employés des administrations locales furent inscrits à l'I.N.A.D.E.L. Un certain nombre de travailleurs restèrent affiliés en même temps à des sociétés mutuelles privées qui, dans bien des cas, aménagèrent leur activité en vue de fournir une assistance complémentaire ou subsidiaire de celle que l'I.N.A.D.E.L. accorde en vertu de la loi.

L'I.N.A.D.E.L. a conclu des accords particuliers avec certaines sociétés mutuelles importantes qui assuraient le personnel des établissements hospitaliers, conformément à la loi, les membres de ces mutuelles étaient affiliés à l'Institut, mais celui-ci déléguait à la mutuelle la responsabilité d'accorder l'assistance dont il assumait les frais.

L'Institut avait conclu les accords en question pour une durée limitée afin de permettre l'élimination progressive des organisations existantes, tout en évitant de susciter brusquement des différends regrettables, soit avec leurs assurés, soit avec les organismes qui avaient favorisé la création des sociétés mutuelles.

Quoi qu'il en soit, ce système d'assistance par délégation a été éliminé progressivement.

## STRUCTURE.

### 1. Participation des assurés à la gestion administrative.

Dès la création de l'Institut, les catégories de travailleurs assurés ont été largement représentées au sein du Conseil d'administration de l'Institut.

Au moment de l'établissement de l'assistance en nature (1947), la composition du conseil a été modifiée et le nombre des représentants des assurés porté de quatre à huit.

De plus, depuis 1955, les pensionnés délèguent également un représentant au conseil, en vertu de la loi n°692 du 4 août 1955.

Les diverses modifications qui se sont succédé témoignent de la tendance, qui s'est manifestée dans les années qui ont immédiatement suivi la fin de la guerre, à accroître la proportion des représentants des travailleurs qui siègent au sein des organes collégiaux de l'Institut.

### 2. Composition et mandat du Conseil d'administration.

Actuellement, le Conseil d'administration comprend outre le président, quatre représentants ministériels (minis-

tère de l'Intérieur, ministère des Finances, ministère du Travail, ministère de la Santé). Les administrations locales sont également représentées par quatre membres, et les assurés par neuf membres au total.

Conformément à la loi n°259 du 14 avril 1957, les décisions sont prises à la majorité des voix; s'il y a égalité des voix, le président a voix prépondérante.

Il ressort de ce qui précède que les divers organes de l'administration publique sont représentés au sein du conseil d'administration; y font entendre leur voix, les organes locaux qui emploient les assurés et sont tenus de payer les cotisations, et enfin les représentants des assurés eux-mêmes qui sont les bénéficiaires directs de l'assistance.

Aux termes de la loi qui a porté création de l'Institut, la surveillance de l'organisme relève du ministère de l'Intérieur, d'où la participation d'un représentant de ce ministère au Conseil d'administration.

Il convient de signaler que l'I.N.A.D.E.L. est le seul institut de prévoyance qui ne relève pas directement du contrôle du ministère du Travail, qui n'intervient dans l'administration de l'Institut que par l'intermédiaire de son représentant d'administration.

L'attribution des pouvoirs de contrôle d'un organisme public exerçant son activité dans le secteur national de l'assurance au ministère de l'Intérieur plutôt qu'au ministère du Travail constitue une exception dans le régime d'assistance mis sur pied en Italie; elle trouve son explication dans le fait que le ministère de l'Intérieur (Direction générale de l'administration civile) contrôle, en vertu de la loi, toutes les administrations locales d'où proviennent les ressources financières (cotisations).

### 3. Système d'élection.

Le Conseil d'administration approuve les budgets et les bilans; se prononce sur les questions d'importance capitale et sur les placements; organise et régit l'activité de l'Institut et établit les dispositions régissant le statut juridique et économique du personnel.

Il élit, en son sein, un vice-président qui doit être choisi parmi les représentants des assurés et un Comité exécutif se composant du président du Conseil d'administration et de quatre membres qui sont choisis, sur une base paritaire, parmi les représentants des travailleurs intéressés et les administrateurs des organismes locaux qui font partie du conseil.

Le comité exécutif contrôle les organes exécutifs et veille à l'application stricte des décisions adoptées par le Conseil d'administration; il s'occupe des affaires d'administration courante, et, sur délégation du conseil, ou en cas d'urgence, se prononce sur les questions relevant de la compétence du conseil lui-même.

Le président et les membres du Conseil d'administration sont nommés par décret du Président de la République, sur proposition du ministère de l'Intérieur, avec l'agrément des ministres des Finances et du Travail.

Les représentants des assurés sont choisis parmi les candidats désignés par les organisations syndicales reconnues à l'échelon national.

Les membres chargés de représenter les organismes locaux sont choisis parmi les administrateurs de ces organismes.

#### 4. Centralisation et décentralisation de l'assistance.

A l'origine, les prestations étaient attribuées par l'intermédiaire de bureaux qui étaient tous réunis à Rome; les services de l'Institut n'étaient pas décentralisés au moment où a été instituée l'assistance en nature.

Quelques mois après l'institution du régime des prestations en nature, l'Institut a dû établir des bureaux périphériques afin de pouvoir accorder, en temps voulu, l'assistance nécessaire aux assurés résidant dans n'importe quelle commune de l'Italie.

L'Institut a donc ouvert quelques bureaux régionaux et fait appel à la collaboration des administrations locales pour la création, dans les chefs-lieux de province, de bureaux de correspondance dont le personnel, au début, était mis à la disposition de l'Institut par les administrations locales elles-mêmes.

Ce premier réseau périphérique devait permettre de faire face provisoirement aux besoins immédiats et a été perfectionné progressivement par la suite: l'Institut a ouvert ses propres bureaux dans tous les chefs-lieux de province, de sorte qu'il a pu se passer de l'assistance des administrations locales.

L'organisation des organes exécutifs a toujours eu un caractère national.

En 1957, l'Institut a créé à l'échelon provincial des commissions consultatives qui se composaient de représentants de l'Institut et des organisations syndicales des assurés. La création de ces commissions a eu pour objet de faire participer

directement à l'activité de l'organisme les catégories de travailleurs assistés, et ce, à l'échelon provincial également.

Ces commissions jouent un rôle exclusivement consultatif et elles permettent donc d'orienter les mesures de prévoyance dans le sens le plus favorable aux assurés.

De plus, l'activité des commissions présente un intérêt particulier pour l'Institut en ce qu'elle lui permet de connaître les besoins effectifs et les désirs des travailleurs intéressés en ce qui concerne l'organisation du régime d'assistance.

#### 5. Degré d'autonomie administrative et financière.

Les ressources financières de l'Institut proviennent exclusivement des cotisations versées par les administrations qui emploient les travailleurs et par les employés des dites administrations.

L'Etat ne participe pas actuellement aux frais entraînés par l'assistance.

Par contre, le régime d'assistance des pensionnés est assujéti à des dispositions différentes. En effet, alors que le régime d'assistance du personnel en activité fonctionne sur la base des cotisations dont le taux atteint un pourcentage déterminé du traitement qui est fixé par la loi, dans le cas des pensionnés, l'Institut est remboursé intégralement des dépenses qu'il a engagées; les dépenses sont à la charge des caisses et fonds de pension créés en faveur des employés des administrations locales.

Les organismes assistant les pensionnés peuvent, à leur tour, obtenir une compensation partielle grâce au personnel en service qui est affilié aux caisses.

Il existe donc une différence importante entre la conception et l'agencement économique et financier des deux régimes, puisque, d'une part, dans le cas du personnel en service, le coût de l'assistance ne doit pas être supérieur au produit des cotisations, et, d'autre part, dans le cas des pensions, l'Institut jouit de plus de liberté en matière financière, les dépenses n'étant pas liées rigidement à la prévision du produit de cotisations.

C'est l'article 5 de la loi n° 166 du 1er mars 1952 qui définit les modalités de remboursement des dépenses que l'Institut consacre à l'assistance aux pensionnés; le remboursement est effectué par décret du Président de la République, sur proposition présentée par le ministre du Travail de concert avec les ministres participants au contrôle de l'Institut d'assurance.

Ce texte s'applique également au secteur privé.

6. - Contrôle de l'Etat.

C'est l'Etat qui en assure le contrôle, en vertu de la loi ayant porté création de l'Institut. Ce contrôle s'exerce dans le cadre des fonctions de surveillance attribuées au ministère de l'Intérieur.

On a déjà indiqué des raisons pour lesquelles l'Institut a été assujéti à la surveillance du ministère de l'Intérieur et non du ministère du Travail.

Dans le cadre de ses fonctions de surveillance, le ministère de l'Intérieur:

- approuve les prévisions budgétaires et les modifications qui y sont éventuellement apportées;

- approuve le bilan;

- contrôle périodiquement les décisions du Conseil d'administration et les décisions approuvées dont certains cas urgents par le Comité exécutif, dont l'Institut est tenu de lui communiquer la liste, ou, sur demande, le texte intégral;

- a la faculté de proposer au Chef de l'Etat, après avoir pris l'avis du Conseil d'Etat, la dissolution du Conseil d'administration pour des motifs particulièrement graves.

Le rôle de l'organe de surveillance est de protéger l'intérêt collectif des assurés et des administrations astreintes du paiement de la cotisation et, surtout, d'assurer que les recettes de l'Institut sont affectées aux fins prévues par les statuts et par la loi (approbation des budgets et des modifications qui y sont apporées).

Une fois que les prévisions budgétaires sont approuvées, l'Institut jouit, dans le cadre du budget, d'une large autonomie d'action et le contrôle se limite à la demande de renseignements nécessaires pour vérifier si le budget approuvé est appliqué correctement (à cet effet, l'article 7 du règlement d'application de la loi ayant créé l'Institut prescrit l'envoi de la "liste" des décisions et, dans certains cas, la "communication" du texte intégral).

Depuis 1952, cette surveillance a exercé des effets plus profonds et plus étendus sur le statut du personnel de l'Institut, du fait de l'article 11 du décret-loi n°778 du 5 août 1947 du chef provisoire de l'Etat, dont l'application a été étendue aux organismes de prévoyance et d'assistance par

la loi n°412 du 20 Avril 1952; le dit article prévoit que le ministère détenant les pouvoirs de surveillance doit, de concert avec le ministre des Finances, approuver les règlements organiques du personnel, et dispose expressément que cette approbation doit porter sur la "détermination de l'effectif numérique et du statut juridique et financier du personnel".

Cet élargissement des pouvoirs de surveillance, qui s'étendent également au statut juridique et financier du personnel, tient à la volonté de l'administration publique de ne pas laisser aux grands instituts publics toute liberté en matière de réglementation du personnel, ce afin de pouvoir organiser sur des bases plus rationnelles et uniformes les conditions d'emploi de tous les travailleurs du secteur public.

#### CHAMP D'APPLICATION DE L'ASSISTANCE.

##### 1. Extension de l'assistance aux ouvriers et employés.

Le bénéfice de l'assistance en nature accordée par l'Institut a été étendu simultanément aux employés et aux ouvriers des administrations locales.

En effet, au moment où l'Institut a établi le régime d'assistance en nature, la transition avait été déjà opérée en faveur de toutes les catégories de travailleurs analogues en vue d'étendre la protection de l'assurance des catégories économiquement les plus défavorisées (ouvriers) aux catégories aux gains les plus élevés (employés).

Dans ce domaine, l'Institut n'a fait que s'aligner sur des positions déjà acquises tant dans le secteur privé que dans le secteur public (employés de l'Etat et employés relevant d'organismes de droit public).

##### 2. Extension de l'assistance aux diverses catégories de travailleurs affiliés.

Pour les employés des administrations locales, l'assurance-maladie a été étendue simultanément à toutes les catégories du personnel en activité de service (titularisé ou non).

Les titulaires de pensions servies par des administrations locales ont été admis à bénéficier de l'assurance à compter de septembre 1955, en vertu de la loi n°692 déjà mentionnée.

La dite loi a pour objet d'assurer également aux pensionnés des administrations locales les avantages créés en faveur des autres pensionnés du secteur public, qui avaient été



assujettis au régime d'assurance obligatoire par la loi du 30 octobre 1953.

L'inclusion des pensionnés dans le champ d'application de l'assurance-maladie peut être considérée comme l'une des manifestations les plus caractéristiques et les plus frappantes des progrès et de l'affirmation, dans la conscience collective, du droit des citoyens de toutes catégories à bénéficier de la protection sociale. L'octroi des prestations de maladie aux pensionnés marquent la disparition définitive du rapport "travail assurances sociales" dont les éléments n'auraient pu être dissociés par le passé; en effet, le droit à l'assurance est ré-affirmé au moment même où l'activité professionnelle prend fin; c'est en vertu de la loi que les travailleurs en activité doivent supporter une partie des charges imposées par la protection de ces travailleurs; cette participation fait ressortir le caractère social de cette mesure innovatrice qui s'inspire largement des principes de solidarité collective.

### 3. Limites de rémunération aux fins de l'affiliation.

La loi régissant l'activité de l'Institut ne contient aucune disposition qui fixe une limite de rémunération maximum au-delà de laquelle le travailleur n'est pas astreint à l'assurance; par contre, elle libère de l'obligation de l'assurance les travailleurs dont le traitement est minime.

La loi n° 120 du 13 mars 1956 a fixé cette limite qui s'applique dans le cas de l'assistance en nature et qui est la même pour toutes les catégories de travailleurs, à 36.000 lires par an.

Elle a été portée ultérieurement, en 1957, à 90.000 lires par an.

Les raisons pour lesquelles l'obligation de l'assurance a été ainsi limitée sont évidemment d'ordre financier: le coût croissant de l'assistance, et l'équilibre précaire des bilans ont motivé l'adoption de cette mesure de prudence.

De plus, on avait constaté que de très nombreux travailleurs aux traitements très faibles (4, 5 et 6.000 lires par mois) travaillent à temps partiel pour le compte des administrations locales et que les fonctions qu'ils exercent ne constituent pas leur occupation principale.

### 4. Membres de la famille ayant droit à l'assistance.

Dès le début, le service des prestations en nature a également été étendu aux membres de la famille de l'assuré qui sont à sa charge.

Il n'y a donc pas eu d'évolution progressive vers la reconnaissance du droit des membres de la famille aux prestations; l'Institut a simplement pris certaines mesures destinées à élargir la portée du texte primitif et à entraîner une augmentation du nombre des membres de la famille ayant droit à l'assistance.

En effet, l'article 2 du décret n°350 du 31 octobre 1946 a étendu le bénéfice de l'assistance au conjoint, aux enfants mineurs ou inaptes au travail, ou aux parents qui vivaient avec l'assuré et sont à sa charge.

La loi n° 120 du 13 mars 1950 a délimité plus nettement les catégories de membres de la famille ayant droit à l'assistance - car le libellé de la disposition susmentionnée avait prêté à confusion au moment de son application et énuméré les catégories suivantes de membres de la famille ayant droit à l'assistance:

- a) - l'épouse, pour autant qu'elle ne soit pas séparée du mari en vertu d'un jugement prononcé à ses torts;
- b) - le mari de l'assurée, s'il est atteint d'une incapacité de travail permanente, et est entièrement à la charge de l'assurée elle-même;
- c) - les enfants célibataires, légitimes ou naturels reconnus légalement, les enfants du conjoint nés d'un premier lit, les enfants adoptifs, les enfants confiés selon le régime de l'affiliation, les enfants trouvés régulièrement confiés, qui vivent avec l'assuré et qui sont à sa charge et n'ont pas dépassé l'âge de 18 ans, sauf s'ils poursuivent régulièrement leurs études, auquel cas l'assurance est prolongée jusqu'à la fin des études, en tout état de cause jusqu'à l'âge de 21 ans au plus tard;
- d) - les parents, le beau-père ou la belle-mère qui vivent avec l'assuré ou sont à sa charge;
- e) - les frères et sœurs qui vivent avec l'assuré et sont à sa charge, s'ils sont âgés de moins de 18 ans, sauf comme prévu à l'alinéa c) ci-dessus lorsqu'ils poursuivent régulièrement leurs études.

La loi disposait également que les limites d'âge indiquées ci-dessus ne seraient pas applicables dans les cas où la personne à charge est atteinte d'une incapacité de travail absolue et permanente.

La principale innovation de cette loi tient à ce qu'elle a reconnu le droit aux prestations au titre des frères

et socurs mineurs à la charge de l'assuré, du beau-père et de la belle-mère, ainsi que des enfants illégitimes (enfants naturels, enfants confiés régulièrement, etc.).

Les raisons de cette extension du champ d'application de l'assurance sont exclusivement d'ordre social: on avait constaté, lors de l'attribution effective de l'assurance que les personnes qui sont complètement à la charge des assurés et ne disposent donc pas de ressources personnelles pour faire face aux frais entraînés par la maladie, devaient être exclues du bénéfice de l'assistance en raison du caractère limitatif des dispositions de la loi.

Etant donné qu'en l'occurrence les dépenses occasionnées par le traitement sont entièrement à la charge de l'assuré, on a estimé que pour compléter la protection fournie par l'assurance, il fallait étendre le régime d'assurance à d'autres catégories de personnes qui font naturellement partie de la famille (frères et socurs à charge), ou sont entrés dans la famille du fait d'une reconnaissance juridique (enfants du conjoint nés d'un premier lit, enfants confiés, etc..) pour autant que l'assuré prouve qu'elles sont à sa charge et vivent avec lui.

Autrement, l'assurance qui vise à protéger non seulement l'assuré mais aussi tout le groupe de famille n'aurait eu qu'une efficacité limitée.

On pourra constater au tableau A l'augmentation du nombre des membres de la famille ayant droit à l'assistance qui a suivi l'extension du champ d'application de l'assurance aux catégories indiquées ci-dessus.

## NATURE DE L'ASSISTANCE.

### 1. Assistance directe et assistance indirecte.

L'Institut assure le service des prestations médicales et pharmaceutiques dans le cadre des systèmes d'assistance directe et indirecte.

Dans le cadre du système d'assistance directe, l'Institut offre aux assurés la possibilité de recevoir gratuitement les prestations suivantes: soins médicaux à domicile et dans les dispensaires, fournitures pharmaceutiques, soins de médecins spécialistes, hospitalisation et séjour en clinique en cas d'intervention, d'examen complémentaire aux fins d'établissement du diagnostic, et de traitement.

Dans le cadre du système d'assistance indirecte, l'Institut accorde à l'assuré la faculté de choisir le médecin de confiance, même si celui-ci n'est pas inscrit sur les listes des médecins agréées par les organismes d'assurance, de bénéficier

gratuitement, comme dans le cas du système d'assistance directe, de l'hospitalisation dans des hôpitaux ou dans des cliniques ayant passé des conventions avec l'Institut, et de se faire soigner, également à titre gratuit, par des médecins spécialistes ayant conclu des conventions avec l'Institut.

L'Institut a commencé par appliquer le système d'assistance "indirecte". Très vite cependant, il apparut nécessaire d'établir un système d'assistance plus directe qui permit aux diverses catégories d'assurés - et en particulier aux catégories d'assurés économiquement faibles - de recevoir les soins nécessaires sans avoir à déboursier l'argent. Et ceci, parce que dans bien des cas, le niveau très faible de son traitement ne permettait pas à l'assuré d'avancer les sommes nécessaires au traitement, de sorte qu'il en était réduit à recourir à des expédients et à s'endetter temporairement.

En même temps toutefois, la masse des assurés et leurs représentants qualifiés manifestaient une très nette préférence pour le système d'assistance indirecte, qui permettait aux éléments dont la situation économique était la meilleure de jouir d'une plus grande liberté en matière de traitement et de choix du médecin, et limitait au minimum le rapport direct "assurance - assuré".

Le Conseil d'administration décida en conséquence de reconnaître les deux formes d'assistance et d'autoriser le maintien du système d'assistance indirecte, même dans les communes où l'Institut introduisait le système d'assistance directe.

Cette décision de l'organe administratif suprême de l'Institut a placé les assurés dans une situation particulièrement favorable et l'Institut occupe une position d'avant-garde en ce qui concerne les modalités d'attribution et de réglemmentation des prestations, en raison notamment du fait qu'il a maintenu simultanément les systèmes d'assistance directe et indirecte pour les soins à domicile.

Pendant la période considérée, en effet, tous les organismes d'assurance-maladie qui ont fondé le service des prestations en nature sur le système d'assistance indirecte et ont exclu les visites à domicile (visite gratuite à domicile de l'assuré impotent, avec prescription des médicaments qui peuvent être obtenus gratuitement dans toutes les pharmacies).

Au contraire, les instituts qui appliquaient le système d'assistance directe pour les visites à domicile refusaient d'admettre les assurés au bénéfice du système d'assistance indirecte.

Ainsi, étant donné que les assurés peuvent bénéficier gratuitement, au titre du système d'assistance indirecte égale-

lement, des soins de spécialistes et de l'hospitalisation dans les hôpitaux ou dans les cliniques ayant passé une convention avec l'Institut, il est évident que le régime général d'assistance adopté par l'Institut présente, par rapport aux régimes appliqués dans les autres secteurs, un caractère exceptionnellement libéral et avantageux pour l'assuré.

## 2.- Assistance complémentaire.

L'assistance "complémentaire", qui consiste en l'octroi de prestations complémentaires attribuées sous forme de contribution unique a un caractère particulier.

En ce qui concerne ce type particulier d'assistance (prothèses diverses, lunettes, cures thermales, accouchement normal) le droit de l'assuré aux prestations n'est pas établi par la loi, mais par l'Institut d'assurance qui régleme et accorde cette assistance dans le cadre de ses pouvoirs discrétionnaires.

La structure particulière des prestations complémentaires tient au fait que l'éventualité couverte par l'assurance ne participe pas de la nature de la "maladie", telle qu'elle est reconnue et définie par la réglementation de presque tous les instituts d'assurance.

Etant donné, donc, cette éventualité qui ne peut être considérée comme une maladie, le droit de l'assuré aux prestations n'est pas établi, pas plus que l'obligation de l'institut d'accorder l'assistance.

Il s'ensuit qu'un accouchement, par exemple, que l'on considère comme un phénomène physiologique naturel, donne lieu à des prestations non pas parce qu'il pourrait être considéré comme une maladie, mais parce qu'il est couvert par les prestations complémentaires de l'Institut, et donne lieu à une assistance qui vise à subvenir aux besoins financiers de l'assuré, et non à réparer le préjudice subi du fait d'une altération de l'état de santé.

Des considérations analogues sont valables pour la contribution de l'Institut aux frais occasionnés par la fourniture de prothèses; la guérison et l'intervention cliniques sont chose faite, mais il faut accorder à l'assuré une assistance, ne serait-ce que partielle, qui lui permettra de mieux faire face aux dépenses qu'il aura à engager après la fin du traitement (membres artificiels, etc..).

L'I.N.A.D.E.L. a accordé cette assistance complémentaire dans des proportions pour ainsi dire constantes depuis qu'il a institué des prestations en nature.

Certaines des autres prestations que l'Institut accorde afin d'aider l'assuré qui se trouve dans une situation financière particulièrement difficile viennent également compléter l'assistance attribuée en cas de maladie. Citons l'"indemnité de décès" qui est accordée aux survivants ayant droit en cas de décès de l'assuré, ou à l'assuré en cas de décès du conjoint ou des enfants à charge, et des "contributions exceptionnelles" qui sont versées dans les cas où il y a un écart sensible entre les dépenses à la charge de l'assuré, et le montant à rembourser sur la base du règlement de l'Institut.

L'Institut accorde évidemment les "contributions exceptionnelles" dans les cas de maladies graves, qui exigent des traitements spéciaux particulièrement onéreux et qui excèdent donc les limites normales de l'assistance. L'Institut a commencé à accorder ces contributions exceptionnelles en 1957 seulement, et l'on ne peut pour l'instant donner aucune indication sur leurs incidences financières.

On pourra constater au tableau B l'augmentation progressive des dépenses de l'Institut au titre des indemnités de décès et des prestations complémentaires.

3. Assistance avec participation partielle aux frais en cas de tuberculose, de maladie mentale et de maladie infectieuse.

En Italie, l'assurance contre la tuberculose ressortit à trois secteurs distincts:

- 1) - Dans le cas des personnes prêtant leur service pour le compte de tiers, elle est assujettie à un régime d'assistance spéciale qui relève de l'Institut national de la Prévoyance sociale.
- 2) - Dans le cas des assurés admis au bénéfice de l'assistance maladie, elle relève, dans certaines limites, des instituts d'assurance maladie.
- 3) - Dans le cas des indigents qui ne sont protégés par aucun régime d'assurance, elle relève des bureaux provinciaux de lutte contre la tuberculose et est à la charge des administrations locales (communes et provinces).

Ainsi, l'action des instituts d'assurance maladie, et en particulier de l'I.N.A.D.E.L., a toujours été régie par les dispositions normalement applicables en cas de maladie.

L'activité déployée par l'Institut dans ce domaine particulier a donc un caractère tout à fait marginal. En effet,

L'I.N.A.D.E.L. n'est tenue d'accorder des prestations qu'aux phases aiguës de la tuberculose et d'en assurer le service que pendant la durée maximum prévue pour les autres maladies. Il n'est donc pas tenu d'accorder sa protection lorsque l'assuré est soigné en sanatorium, avant et après la phase aiguë de la maladie. Il s'ensuit qu'en fait la majeure partie des travailleurs des administrations locales assurés ne sont pas complètement protégés contre l'éventualité de la tuberculose.

Seul un petit nombre d'assurés, à savoir ceux qui sont également tenus de s'affilier également à l'Institut national de la prévoyance sociale, peuvent bénéficier d'une assistance plus étendue.

Ce sont les travailleurs employés dans les sanatoria, les hôpitaux civils et psychiatriques, les centres provinciaux de lutte contre la tuberculose, contre le trachome, contre le paludisme, les centres de prophylaxie antirabique et de prophylaxie des tumeurs, tous établissements créés à des fins exclusivement médicales.

Aux termes de la loi n° 552 du 1er juillet 1957, ces assurés sont tenus de s'affilier à l'Institut national de la prévoyance sociale afin d'être protégés contre la tuberculose.

Lorsqu'il relèvent du régime d'assurance les travailleurs sont donc assistés par les instituts d'assurance maladie, mais en cas de tuberculose ils relèvent de la protection de l'Institut national de la prévoyance sociale.

Afin de simplifier les modalités d'attribution pratique de l'assistance, l'I.N.A.D.E.L. et l'Institut national de la prévoyance sociale sont convenus de dispositions particulières qui permettent d'éviter toute interruption du service des prestations qui pourrait résulter d'un transfert de la compétence en matière d'assurance entre les deux organismes.

Il convient d'observer que les organes gouvernementaux sont conscients des insuffisances actuelles du régime d'assurance contre la tuberculose et qu'ils ont établi un projet de loi tendant à organiser plus rationnellement l'assurance contre la tuberculose et à l'étendre à l'ensemble des citoyens.

L'I.N.A.D.E.L. n'a qu'une activité limitée dans le cas de certaines autres maladies qui relèvent également de la compétence d'instituts spécialisés.

Il s'agit en particulier de maladies mentales, de maladies infectieuses et de manifestations morbides provoquées par des accidents du travail, que la loi assujettit à une assurance spécifique.

En cas de maladies mentales, l'Institut n'accorde son

assistance que pour autant que le malade soit "récupérable"; si le rétablissement est exclu, le traitement est, aux termes de la loi, à la charge de l'administration provinciale.

L'hospitalisation des personnes atteintes de maladies infectieuses de caractère diffus qui, en l'occurrence, revêtent un caractère prophylactique n'est pas à la charge de l'I.N.A.D.E.L., mais la commune qui est tenue de secourir le malade.

On trouvera au tableau C les données relatives au coût des maladies susmentionnées.

L'assistance à accorder aux assurés hospitalisés en cas de maladie infectieuse de caractère diffus, assistance qui, dans le cas particulier joue un rôle prophylactique, n'incombe pas à l'I.N.A.D.E.L., mais à la commune tenue de secourir le malade.

Les dépenses au titre des maladies en question sont indiquées au tableau C.

4. - Refus de l'assistance en cas de maladie résultant de lésions provoquées délibérément, de tentative de suicide, d'abus des boissons alcoolisées et d'emploi de stupéfiants.

L'I.N.A.D.E.L. refuse d'accorder son assistance lorsque l'altération de l'état de santé est provoquée frauduleusement, à savoir lorsqu'elle résulte d'un acte délibéré de l'assuré.

Abstraction faite des cas où l'assuré provoque frauduleusement une lésion, qui sont évidemment exclus du bénéfice de l'assurance sociale, on a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'accorder une assistance aux assurés dans tous les cas où la volonté de l'assuré n'est pas étrangère à l'apparition de la maladie.

En conséquence, les instituts d'assurance refusent le bénéfice des prestations lorsque l'altération de l'état de santé résulte de l'abus des boissons alcoolisées ou de l'emploi de stupéfiants.

Il est évident que des motifs d'ordre moral également interdisent de secourir les personnes qui tombent malades dans ces conditions et d'accepter que le patrimoine collectif qu'ils administrent soit utilisé pour supporter les charges qu'entraînerait l'octroi d'une assistance éventuelle des personnes en question.

On peut faire valoir des considérations analogues.



pour les cas de tentative de suicide, puisque c'est délibérément que l'intéressé a commis l'acte qui a provoqué la lésion.

Il convient cependant de signaler à propos de ces cas, et en particulier à propos des tentatives de suicide, que les théories les plus récentes de l'assurance sociale font valoir l'opportunité - du seul point de vue social et actuariel, et abstraction faite de toute considération d'ordre moral et juridique - d'admettre au bénéfice de l'assurance même ceux qui, sans être animés d'une intention dolosive ni être mus par un intérêt égoïste ou altruiste, portent atteinte à leur propre intégrité physique.

Les partisans de cette théorie moderne justifient leur requête en invoquant les principes de la solidarité humaine, de la protection sociale, et des considérations d'ordre essentiellement clinique.

Ils font en effet valoir que, dans bien des cas, la tentative de suicide est le fait de sujets qui souffrent déjà de troubles psychologiques, et parfois physiques, et chez lesquels la faculté de discernement et, partant, le libre arbitre, sont limités, voire anihilés.

##### 5. Régimes spéciaux d'assistance.

Le service des prestations en nature servies par l'I.N.A.D.E.L. aux diverses catégories d'assurés est assujéti à des dispositions uniformes.

Seuls les pensionnés font l'objet de dispositions particulières, dont l'une tend à limiter, et l'autre à élargir, la portée de l'assistance qui leur est accordée, par rapport à celle dont bénéficie le personnel en activité.

La disposition de caractère limitatif exclut les pensionnés du bénéfice de certaines prestations "complémentaires" (prothèses, cures thermales, etc.).

Il faut signaler, cependant, que le Parlement a été saisi de projets de lois tendant à étendre cette assistance aux pensionnés également.

Il est évident que cette exclusion tient uniquement à des motifs d'ordre financier.

Par contre, les maladies "typiques de la vieillesse" bénéficient d'un régime plus libéral, puisque le service des prestations n'est plus limité dans le temps.

Ce régime n'a pas été établi par les règlements élaborés par les divers instituts d'assurance, mais par la loi relative à l'assurance-maladie des pensionnés, qui a chargé le ministère du Travail et de la Prévoyance sociale d'établir, par décret, la liste des maladies "typiques de la vieillesse".

Le décret ministériel dispose que les instituts d'assurance, lorsqu'ils accordent l'assistance nécessitée par les dites maladies, ne tiendront pas compte des dispositions de caractère restrictif qui s'appliquent au personnel en activité.

Cette mesure exceptionnellement libérale, qui élargit le champ de la protection des pensionnés, se justifie par la nécessité d'assurer le succès du traitement thérapeutique des maladies en question qui se caractérisent notamment par leur durée.

De ce fait, la protection perdrait de sa valeur si le service des prestations était assujéti aux délais et limites de durée qui s'appliquent normalement au personnel en activité.

### PRESTATIONS.

#### 1.-Rapports avec le corps médical et extension des prestations.

Les rapports avec les organisations professionnelles du corps médical ont toujours posé des problèmes complexes et difficiles à l'I.N.A.D.E.L., de même qu'aux autres instituts d'assurance.

En 1947, année où il a commencé à élargir son organisation, l'Institut a pu conclure des accords contractuels avec divers médecins, et mettre sur pied, en particulier dans les chefs-lieux de provinces, un système satisfaisant d'assistance directe pour ses deux principales branches: les soins à domicile et les soins donnés dans les dispensaires.

Jusqu'alors, seul l'Institut pouvait décider du choix du médecin; il concluait des conventions particulières avec les médecins, qu'il inscrivait sur des listes limitées; et le nombre des médecins était presque toujours fixé en pourcentage du nombre des assurés.

Dans le système d'assistance directe à domicile, les médecins avaient toute liberté quant au choix du traitement, mais ils étaient astreints à certaines formalités administratives et devaient observer certaines limites dans la prescription des médicaments.

Ainsi, en l'espace de quelques années, l'Institut a pu étendre progressivement le système d'assistance directe à de nombreux chefs-lieux de province.

Dans le même temps, cependant, le système d'assistance indirecte accomplissait lui aussi d'importants progrès. En fait, l'institution du système d'assistance directe n'a pas entraîné de diminution notable des dépenses occasionnées par l'assistance indirecte.

On trouvera, au tableau B, des données relatives aux

deux systèmes qui permettent de constater leur extension progressive; le tableau H fait apparaître l'augmentation globale des prestations fournies dans le cadre de l'un et l'autre systèmes.

On peut expliquer comme suit le fait que les assurés ne se soient pas détournés du système d'assistance indirecte: si, dans les grands centres, l'institution du régime d'assistance directe a provoqué une désaffection à l'égard du système d'assistance indirecte; par contre, les assurés vivant dans les centres moins importants et les petites communes, où n'était pas appliqué le système d'assistance directe, ont appris grâce à l'action de propagande de l'Institut à mieux connaître leurs droits et les diverses formalités administratives à remplir pour obtenir les prestations, de sorte qu'ils ont plus souvent recours au système d'assistance indirecte.

De plus, la possibilité d'opter librement pour l'une ou l'autre forme d'assistance a incité les assurés domiciliés dans les grands centres à tirer parti de la plus grande liberté de choix dont ils jouissaient dans le cadre du système d'assistance indirecte, pour les cas où l'Institut a jugé devoir leur laisser le libre choix du médecin; par contre, ces mêmes assurés ont eu recours au système d'assistance directe dans des cas de maladie bénigne pour lesquels, faute de pouvoir recourir à l'assistance directe, ils n'auraient peut-être pas cru devoir avancer le montant des honoraires et des soins médicaux.

Les tableaux D et G montrent l'évolution du recours aux prestations accordées dans le cadre de l'un et l'autre systèmes.

Pour ce qui est de l'assistance fournie dans les dispensaires, l'Institut n'a pas établi un réseau complet des dispensaires relevant directement de sa gestion, car cet effort d'équipement aurait entraîné des charges auxquelles l'Institut n'aurait pu faire face avec ses ressources budgétaires.

En 1947, l'Institut a donc ouvert quelques salles de médecine générale et de médecine parentérale, et créé des polycliniques dans les principaux chefs-lieux régionaux.

Soucieux de faire face aux besoins immédiats des assurés, il conclut d'autre part de nombreuses conventions avec des organismes privés ou d'autres instituts publics qui géraient des polycliniques.

On se reportera aux tableaux B, E et F pour suivre les progrès de l'assistance fournie dans les dispensaires pendant les 10 années 1947/1957.

Quant au système d'attribution directe des soins de spécialistes, pour lesquels l'Institut a pu, grâce à la conclu-

de conventions avec des médecins exerçant à leur cabinet privé ou avec d'autres instituts, appliquer le système d'assistance directe, dès 1947, il s'est notablement développé au cours des années suivantes.

L'Institut a préféré augmenter le nombre des médecins avec lesquels il a conclu des contrats; car ceci permettait de procéder à une décentralisation rationnelle de l'assistance et de satisfaire aux besoins des travailleurs qui avaient la latitude de choisir le cabinet de spécialiste ou le dispensaire le plus proche de leur lieu de travail ou de leur domicile.

L'Institut n'aurait pu parvenir à ce résultat en créant des dispensaires qu'il aurait gérés directement, car le nombre en eût toujours été insuffisant, surtout dans les grandes villes.

De plus, il a constaté que le système des conventions était plus rentable que la gestion directe des dispensaires.

On trouvera au tableau E des données relatives à l'évolution de l'organisation sanitaire.

La description qui précède, notamment celle des rapports avec le corps médical, porte sur une période de quelque six années (1947/1952). Pendant cette période, l'I.N.A.D.E.L. a commencé à mettre en place ses organes périphériques et a réglé son système des prestations en nature.

Il convient d'observer que, pendant cette période, l'Institut a joui de suffisamment de liberté d'action en matière d'organisation, les organisations médicales n'ayant pas encore manifesté d'opposition concrète aux systèmes administratifs établis par les instituts d'assurance.

Toutefois, la situation devait profondément et nettement se modifier en 1952, année où les organisations représentatives des médecins passèrent à une opposition résolue.

Il convient d'étudier de près cette opposition, qui a revêtu et revêt encore parfois l'aspect d'une véritable hostilité à l'égard des principes sociaux qui constituent le fondement de l'organisation de l'assurance sociale.

Les raisons de ce désaccord inconciliable avec la Fédération des ordres médicaux et des syndicats de médecins d'une part, et les instituts d'assurance d'autre part, doivent être recherchés dans des considérations d'ordre déontologique et financier.

En Italie, le corps médical se distingue en ce qu'il constitue le groupe professionnel qui met le plus d'acharnement à préserver et défendre les caractères de la profession et ses règles de déontologie.

Son orientation, nettement libérale, son code moral et

professionnel, qui sont déterminés par les rapports particuliers et délicats qui s'établissent entre médecin et malade, amènent la plupart des médecins à adopter, par conviction naturelle, une attitude opposée à toute forme d'étatisation ou de socialisation; il est donc inévitable qu'il considère avec hostilité le phénomène de la mutualité, et bien plus encore le système administratif qu'elle impose.

Et ce dans la mesure où la sécurité sociale en Italie ne peut être dissocié d'un système administratif qui cherche naturellement à établir son propre équilibre en appliquant des systèmes de socialisation poussée et organisant ses propres services en fonction de l'intérêt général.

Du seul point de vue de l'organisation, il existe d'autres divergences marquées entre les règles traditionnelles du code de déontologie médicale et les exigences des instituts d'assistance en matière de contrôle administratif.

Il suffira de mentionner le secret professionnel, qui, dans l'absolu, ne peut coexister avec un système efficace de contrôle administratif; le principe de la liberté totale du choix du traitement thérapeutique qui ne peut, lui non plus, être accepté sans réserve, car l'Institut d'assistance est tenu d'observer des règles de saine économie dans la gestion du patrimoine collectif qu'il administre, et, partant, de le préserver efficacement dans tous les secteurs auxquels il étend ses activités; l'opposition manifestée par d'innombrables médecins et des organisations qui les représentent à l'égard du système des honoraires forfaitaires (versement forfaitaire au titre de chaque malade soigné), qui, par contre, s'est révélé le mieux adapté aux fins administratives; la volonté des médecins de s'opposer à toute mesure tendant à limiter la liberté de l'assuré dans le choix du médecin.

Tels sont les principaux problèmes qui, en 1952, ont entravé l'action entreprise par l'I.N.A.D.E.L. en vue de continuer à développer le service des prestations en nature.

Soucieux de surmonter la grave crise par laquelle passaient les relations avec les diverses organisations provinciales de médecins, les administrateurs de l'Institut décidèrent de passer directement par la Fédération nationale de l'ordre des médecins et le Syndicat national des médecins.

Les négociations furent longues et difficiles et aboutirent à la conclusion d'un accord national en 1953. Les principales modifications apportées au système antérieur, qui devaient permettre à l'Institut de travailler en collaboration avec le corps médical, sont les suivantes:

a)- l'Institut a délégué aux Ordres provinciaux la faculté de désigner les médecins agréés qui seraient inscrits sur les listes limitées de médecins utilisées dans le cadre du système d'assistance directe à domicile, et a renoncé à la liberté absolue dont il jouissait en la matière;

b) - des commissions provinciales, composées de représentants du corps médical et des directeurs des sièges périphériques de l'Institut, ont été instituées.

Ces commissions avaient pour tâche de suivre l'application pratique des normes adoptées à l'échelon national, et de se prononcer en dernier ressort sur les recours formés par les médecins et les assurés au sujet de l'application des clauses de la convention. Une commission analogue fonctionnait à l'échelon national; elle se composait des représentants centraux et l'Institut et de ceux de la Fédération nationale des ordres des médecins.

c)- dans le cadre du régime d'assistance indirecte, les assurés ont été autorisés à remettre au médecin une délégation, grâce à laquelle celui-ci percevait directement les prestations auprès de l'Institut. Dans ces conditions, l'assuré qui choisissait l'un des médecins figurant sur la liste établie à cet effet pouvait éviter de payer directement la prestation médicale.

d)- les assurés avaient la possibilité d'opter pour l'une ou l'autre forme d'assistance (directe ou indirecte).

Le choix pouvait se faire à l'occasion de chaque maladie pour les assurés habitant les chefs-lieux de province; et soit à l'occasion de chaque maladie, soit pour une période de 12 mois, dans les autres communes.

e)- il a été décidé que la liquidation des prestations au titre de l'assistance indirecte se ferait selon les barèmes minima appliqués par les ordres provinciaux des médecins.

f)- l'Institut a renoncé à la faculté de choisir lui-même les médecins spécialistes avec lesquels il passerait des conventions, de sorte que tous les médecins spécialistes pourraient se faire inscrire sur les listes de l'Institut, mais celui-ci conservait la faculté de se prononcer sur l'opportunité du choix du spécialiste à consulter, aux fins des prestations dont l'assuré avait besoin.

Ce nouveau statut des rapports avec le corps médical a permis à l'Institut de continuer à étendre ses services qui, entre 1954 et 1957, se sont notablement développés dans tous les secteurs.

On observera aux tableaux G et H, l'augmentation du nombre des prestations et des déclarations de maladies pendant les quatre années susmentionnées.

Avec le temps, toutefois, les conditions dont l'Institut et le corps médical étaient convenus en 1953 ne leur permirent pas de stabiliser leurs rapports; le corps médical a commencé à manifester une opposition résolue, notamment à l'égard des restrictions imposées au choix des médecins du fait de l'existence des listes limitées des médecins autorisés à exercer dans le cadre du système d'assistance directe à domicile. De plus, le corps médical réclamait une augmentation des honoraires payés au titre des prestations médicales.

L'hostilité des organes compétents pour représenter le corps médical devait très vite prendre la forme d'une opposition concrète à l'égard de l'Institut: tous les médecins furent invités à refuser de travailler dans le cadre du régime d'assistance directe de l'I.N.A.D.E.L., et les ordres provinciaux des médecins à quelques très rares exceptions près, adoptèrent une attitude d'hostilité déclarée à l'égard de l'Institut et exercèrent un contrôle serré sur les médecins en vue de les empêcher de conclure des accords avec l'I.N.A.D.E.L.

L'Institut n'a pas manqué de représenter aux organismes gouvernementaux la nécessité de régler organiquement les rapports entre instituts d'assistance et médecins par un texte législatif, qui, en conciliant équitablement des exigences opposées, permettrait d'assurer librement le service des prestations en nature, qui était malheureusement entravé ou limité du fait de la fréquence des différends qui tenaient à la difficulté qu'éprouvaient les parties à parvenir spontanément à des accords stables.

Toutefois, le problème était si complexe qu'il fut impossible de promulguer le texte législatif souhaité; l'Institut se vit forcé, lors du renouvellement de la convention nationale qu'il avait conclue avec le corps médical, d'accéder à certaines des demandes des organisations médicales qui furent présentées comme la condition sine qua non de la collaboration du corps médical.

C'est dans ces conditions que l'Institut a conclu, en 1958, la nouvelle convention nationale qui contient, par rapport aux clauses antérieurement en vigueur, d'importantes modifications exposées brièvement ci-après:

a) - les limites imposées au nombre des médecins admis à exercer dans le cadre du système d'assistance directe à domicile ont été supprimées, de sorte que tous les médecins

peuvent se faire inscrire sur les listes, et dispenser des soins à leur cabinet privé également;

D'autre part, pour ce qui est des médecins eux-mêmes, c'est à l'ordre lui-même qu'a été conféré la faculté de se prononcer sur les infractions d'ordre déontologique qui seraient commises lors du service des prestations accordées aux assurés.

Comme les médecins participant au système d'assistance à domicile peuvent désormais soigner les malades à leur cabinet privé (alors qu'autrefois ils devaient se rendre au domicile de l'assuré), l'Institut procède actuellement à la fermeture des salles de médecine générale qu'il exploitait directement.

b) Désormais, même les assurés domiciliés dans les chefs-lieux de province, sont obligatoirement tenus d'opter pour une période de douze mois entre les deux formes d'assistance, directe ou indirecte (précédemment, cette option n'était obligatoire que dans certains centres d'importance secondaire).

Le libre choix du médecin a été limité au cycle de la maladie (durée de la maladie augmentée de 20 jours) dans les chefs-lieux de province, et à une période de 12 mois dans les centres d'importance secondaire.

Ces dispositions sont particulièrement utiles sur le plan administratif, car elles empêchent l'assuré de recourir à plusieurs médecins à l'occasion de la même maladie; de plus, elles interdisent le passage fréquent d'une forme d'assistance à l'autre (directe ou indirecte), qui n'allait pas sans imposer à l'Institut des tâches complexes d'administration, notamment en matière de contrôle.

c) L'ordre des médecins s'est engagé à ne pas entraver l'extension du système d'assistance directe avec honoraires forfaitaires (versement d'une somme forfaitaire au titre de chaque malade).

Dans les cas où l'accord ne se fait pas sur cette base à l'échelon provincial, seul le système d'assistance indirecte est applicable.

L'Institut s'efforce actuellement d'étendre, dans toute la mesure possible, le système d'assistance directe avec paiement d'honoraires forfaitaires.

Cette préférence a de nombreuses raisons d'être.

Le système forfaitaire permet d'assouplir sensiblement les systèmes du contrôle alors qu'avec le système de paiement au titre de chaque acte médical, le contrôle, pour être efficace, impose toute une série compliquée de formalités administra-



tives et exige une vaste organisation territoriale qui ne peut être limitée aux seuls chefs-lieux de province.

On peut donc affirmer qu'actuellement, l'action de l'I.N.A.D.E.L. tend à étendre l'application du système d'assistance indirecte.

Dans le cadre du système d'assistance directe, en particulier de l'assistance directe à domicile (le médecin se rend au domicile de l'assuré, ou le soigne à son cabinet privé), l'Institut s'efforce de faire adopter le système des honoraires forfaitaires en limitant, dans toute la mesure possible, la rémunération par acte médical. En effet, le système des honoraires forfaitaires est moins onéreux, et, on l'a déjà dit, il simplifie beaucoup l'organisation administrative et le contrôle.

Il convient toutefois de souligner que les organisations médicales provinciales, avec lesquelles les bureaux régionaux de l'I.N.A.D.E.L. négocient l'extension du régime d'assistance directe dans les communes où il n'est pas encore appliqué (pour l'assistance directe, voir le tableau F) entravent très souvent l'application du système des honoraires forfaitaires - alors même que la Fédération centrale des ordres des médecins a officiellement adopté l'attitude contraire lors de la conclusion de la convention nationale de 1958.

En tout état de cause, on ne peut émettre avec quelque certitude la moindre hypothèse sur l'évolution future de l'Institut en ce qui concerne le service des prestations en nature, notamment en ce qui concerne l'extension du système d'honoraires forfaitaires au titre de chaque malade, envers lequel les médecins continuent de manifester une nette hostilité.

On pourra voir, au tableau I, les dépenses de l'Institut au titre des honoraires médicaux pendant les 10 années 1947/1957.

## 2. - Fournitures pharmaceutiques et escompte sur les médicaments.

Pour ce qui est de la prescription des médicaments, l'Institut a toujours reconnu l'entière liberté de choix du médecin, qui agit selon ses connaissances et sa conscience.

Les limitations portent uniquement sur les rapports qui doivent exister entre la qualité et la quantité de médicaments prescrits et la maladie déclarée.

De plus, les médecins-contrôleurs de l'Institut se font une règle de tenir compte des thérapies les plus récentes.

Les prestations pharmaceutiques sont servies dans le cadre des deux systèmes d'assistance, directe ou indirecte, comme suit:

- dans le cadre du système d'assurance indirecte, les sommes déboursées par l'assuré pour l'achat de médicaments lui sont remboursées à concurrence de 90 pour cent, dans le cas de tous les médicaments donnant lieu à remboursement.

- dans le cadre du système d'assistance directe, l'assuré peut se procurer gratuitement les médicaments auprès de toutes les pharmacies des communes où l'Institut applique le système d'assurance directe, en vertu de la convention conclue à cet effet avec la Fédération des ordres des pharmaciens.

En vertu de l'article 4 de la loi n°692 du 4 Août 1955, l'I.N.A.D.E.L., de même que les autres instituts d'assurance, bénéficie en outre d'un escompte de 17 pour cent sur le prix des médicaments; cet escompte est pris en charge par le fabricant à raison de 12 pour cent et par la pharmacie à raison de 5 pour cent.

En vertu d'un accord national que les diverses catégories intéressées ont conclu le 1er septembre 1956 sous l'égide du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, un bureau fiduciaire central a été établi, dans tous les chefs-lieux de province, des sièges régionaux qui comptabilisent les escomptes et en notifient le montant aux parties intéressées.

Aux fins de la détermination des montants qui servent de base au calcul de l'escompte, les pharmaciens doivent coller sur les ordonnances les vignettes qu'ils retirent de l'emballage du médicament; aussi les ordonnances dépourvues du timbre qui figure sur la dite vignette ne sont-elles pas remboursées dans le cadre du système d'assistance indirecte.

On estime que la disposition législative en question a permis de réaliser, en 1957, des économies effectives de l'ordre de 520 millions de lires.

On pourra voir au tableau L l'évolution des dépenses afférentes à l'assistance pharmaceutique.

L'augmentation des dépenses en question est tout à fait naturelle, puisqu'elle résulte de l'augmentation progressive des coûts, l'Institut n'ayant pour ainsi dire rien changé au système d'assistance qu'il applique dans ce secteur. Il convient toutefois de signaler que l'augmentation progressive et constante du coût des médicaments est l'une des causes principales de l'instabilité financière des organismes d'assurance. C'est pour remédier à cet état de choses que le Parlement a adopté en 1956 la loi susmentionnée qui a établi une distinction entre la clientèle normale et la clientèle assurée.

Toutefois, cette mesure législative ne semble pas

avoir résolu le problème qui, du point de vue financier, n'a rien perdu de son acuité, ainsi qu'il ressort clairement, dans le cas de l'I.N.A.D.E.L., du pourcentage des dépenses afférentes à l'assistance en nature (voir tableau I).

On a envisagé à diverses reprises l'adoption de mesures imposant certaines restrictions dans ce secteur.

On a examiné, entre autres, la possibilité de faire participer directement l'assuré au coût des médicaments, même dans le cadre du régime d'assistance directe, en lui faisant payer une fraction minime des dépenses, ou une contribution fixe au titre de chaque ordonnance présentée à la pharmacie.

Cette mesure d'une part ferait baisser les dépenses que les Instituts consacrent aux médicaments, et, d'autre part, freinerait naturellement la consommation excessive des médicaments, car l'assuré, soucieux d'éviter de payer le montant, si minime soit-il, qui est à sa charge, éviterait de recourir à l'assurance dans les cas de maladie bénigne, comme c'est généralement le cas avec le système d'assistance indirecte.

De plus, l'assuré serait incité à utiliser plus judicieusement les médicaments qu'il reçoit et, partant, à éviter le gaspillage qui, lui aussi, contribue à alourdir sensiblement les charges des instituts dans ce secteur particulier.

En ce qui concerne l'I.N.A.D.E.L., cependant, ces mesures n'ont pas dépassé le stade préliminaire de l'étude, mais il y a lieu de croire qu'elles susciteront l'opposition des organismes syndicales des assurés qui, en règle générale, sont hostiles à l'application de toute mesure restrictive en matière de prestations.

### 3. - Rapports avec les hôpitaux.

Avant la promulgation de la loi n°251 du 26 Avril 1954, l'hospitalisation des assurés, dans les hôpitaux ou cliniques ayant conclu des conventions avec l'Institut, était régie dans tous les cas par les conventions conclues à cet effet avec les divers hôpitaux ou cliniques.

Depuis 1954, l'hospitalisation en cas d'urgence est complètement régie par les dispositions de la loi susmentionnée, mais les modalités applicables en cas d'hospitalisation ordinaire sont toujours définies par voie de conventions.

En l'absence de rapports conventionnels entre l'Institut et l'hôpital où le malade est amené en cas d'urgence, c'est la loi n°251 du 26 avril 1954 qui est applicable et, en cas d'hospitalisation ordinaire, les dispositions du Règlement de l'Institut.

Pour ce qui est de l'hospitalisation en cas d'urgence, il convient de signaler que la loi susmentionnée a apporté une importante modification à la réglementation antérieurement en vigueur: aux fins de l'hospitalisation des assurés, les instituts d'assurance sont assimilés à la commune qui est tenue de les secourir en cas de besoin.

Il convient de rappeler en particulier que l'I.N.A.D. E.L. ne couvre pas les frais d'hospitalisation qui sont à la charge des instituts d'assurance spécialisés, en vertu de la loi.

C'est ainsi que l'Institut ne couvre pas les frais d'hospitalisation dans les cas de tuberculose ou de lésions provoquées par un accident du travail ou une maladie professionnelle, lorsque le malade est assuré à l'I.N.P.S. ou à l'I.N.A.I. L., ni dans les cas de maladies infectieuses et diffuses qui donnent lieu à hospitalisation pour des raisons d'ordre prophylactique et sont à la charge de la commune où le malade est domicilié, ni encore dans les cas de maladie incurable, qui sont à la charge de l'administration provinciale.

De plus, il exclut l'assistance-hospitalisation dans les cas de maladie entraînée par l'abus des boissons alcoolisées, par l'emploi de stupéfiants ou par une lésion ou infirmité provoquée délibérément.

Enfin, l'Institut ne prend pas à sa charge les dépenses d'hospitalisation en cas d'accouchement normal (assistance complémentaire) au titre desquelles il accorde, en vertu du régime en vigueur, une contribution forfaitaire de 1.500 lires par jour, pour dix jours au maximum. En revanche, il couvre normalement les frais d'hospitalisation en cas d'interruption de grossesse. Lorsque la chose est possible, l'Institut conclut avec l'administration des hôpitaux des accords qui fixent le montant forfaitaire qu'une assurée doit payer au titre de l'hospitalisation pour accouchement normal, ce en vue de lui permettre d'acquitter de ses engagements dans des délais déterminés.

Les tarifs d'hospitalisation sont fixés conformément à l'article 5 de la loi n°120 du 13 Mars 1950, et aux articles 81 et 82 du décret n° 1631 du 30 Septembre 1938, tels qu'ils ont été modifiés.

D'après le système prévu par la loi n°251 du 26 avril 1954 et le décret n°1631 susmentionné, les frais d'hospitalisation sont payés au tarif qui est fixé avec l'approbation de l'Autorité de tutelle pour les cas d'hospitalisation à la charge des communes.

La réglementation en vigueur a placé les instituts d'assurance dans une situation particulièrement défavorable.

La loi de 1954 a suscité de graves difficultés pour ces organismes, dont les charges ont sensiblement augmenté du fait de la fréquence accrue des cas d'hospitalisation, qui a atteint un taux sans précédent après l'entrée en vigueur de la dite loi, surtout en 1956 et 1957 (voir le tableau M).

Les instituts n'ont pas la faculté de limiter l'hospitalisation aux cas exceptionnels car le recours à l'autorité est resté sans effet dans la majorité des cas.

Ceci se justifie peut-être par le fait que le préfet a principalement pour tâche de protéger l'administration locale et qu'il est donc tenté de seconder les efforts qu'il déploie en vue de se décharger de certaines dépenses.

Si les charges des organismes d'assurance ont constamment augmenté ces derniers temps, c'est aussi parce que l'administration des hôpitaux fait entrer en ligne de compte, dans l'établissement des tarifs d'hospitalisation des éléments étrangers au coût de l'hospitalisation proprement dite, par exemple les frais entraînés par les services de premiers secours, les frais de modernisation des installations et de renouvellement du matériel, ou encore les dépenses entraînés par les cours de formation du personnel infirmier.

L'I.N.A.D.E.L. estime donc qu'il est nécessaire d'établir une nouvelle réglementation qui permette de protéger plus objectivement les intérêts divers qui sont en cause dans le domaine complexe et étendu de l'hospitalisation.

Les pouvoirs spéciaux conférés aux préfets ne semblent pas assurer comme il se doit la protection des organismes d'assurance, et le recours au Conseil d'Etat, par la procédure du contentieux administratif, ne satisfait pas aux exigences de rapidité et de parcimonie administrative qui s'imposent dans l'organisation économique des plans financiers intéressant l'assurance.

En effet, le régime actuel prive les instituts de la faculté d'élaborer leurs propres règlements, faculté qui constitue l'un des aspects essentiels et particuliers de l'autonomie administrative.

L'augmentation imprévisible des tarifs de l'hospitalisation, qui résulte du système de fixation par recours à l'autorité préfectorale, compromet les plans financiers des instituts d'assurance qui se voient forcés, en cours d'exercice, d'engager des dépenses qui n'étaient pas prévues et qu'il était impossible de prévoir dans le budget.

Pour ce qui est de la rémunération des médecins d'hôpitaux, l'Institut applique les tarifs dont il est convenu avec

les organisations médicales, tarifs qui figurent dans la Convention nationale.

On pourra constater au tableau M l'augmentation progressive des dépenses afférentes à l'hospitalisation; le tableau E fait apparaître le nombre des hôpitaux et établissements de traitement avec lesquels l'Institut a conclu des conventions.

#### 4.-Catégories de bénéficiaires.

Dès l'institution des prestations en nature, tous les employés des administrations locales, titulaires ou non, ont été assujettis à l'assurance obligatoire.

En 1950, l'obligation de l'assurance a été étendue à tous les employés des écoles maternelles relevant des administrations locales.

En 1955, le bénéfice de l'assistance en nature a été étendu à tous les pensionnés des administrations locales.

Sont assujettis actuellement à l'assurance les travailleurs des catégories ci-après, qu'ils soient ou non titularisés:

- fonctionnaires des communes;
- fonctionnaires des administrations provinciales;
- fonctionnaires des institutions publiques d'assistance et de bienfaisance;
- pompiers;
- tous les titulaires de pensions servies par les administrations locales.

On pourra voir au tableau A l'augmentation du nombre des assurés et des membres de leur famille ayant droit à l'assistance.

#### 5. - Ouverture du droit aux prestations et durée du service des prestations.

En vertu de la loi, le droit aux prestations de l'assurance-maladie s'ouvre dès le début du rapport de travail et expire, au cas où le travailleur n'a pas droit à une pension, à la dissolution du rapport.

Les assurés continuent à avoir droit à l'assistance pendant les 60 jours qui suivent la dissolution du rapport de travail, lorsqu'ils sont atteints d'une maladie qui a commencé et a été déclarée avant la cessation du travail.

Le service des prestations est soumis aux limites de durée ci-après:

180 jours par période de 12 mois pour les assurés;  
120 jours par période de 12 mois pour les membres  
de la famille des assurés.

Les périodes susmentionnées englobent:

120 journées d'hospitalisation par période de 12 mois  
pour les assurés;

90 journées d'hospitalisation par période de 12 mois  
pour les membres de la famille des assurés.

Les maladies de la vieillesse, pour lesquelles l'Institut a supprimé toute limite de durée, bénéficient d'un régime particulier.

#### 6. - Prestations en espèces.

L'Institut n'accorde pas d'indemnité en espèces pendant les périodes où le rapport de travail est interrompu pour cause de maladie.

La raison en est que, pendant ces périodes, les travailleurs au service des administrations locales, tout comme les autres travailleurs du secteur public, jouissent de la protection économique prévue par les diverses administrations.

### FINANCEMENT.

#### 1. - Assiette de la cotisation et taux de cotisation.

Depuis son institution, l'assurance-maladie des employés des administrations locales est financée au moyen du produit des cotisations payées par les administrations et par les travailleurs.

L'Etat n'a jamais contribué au financement de l'assurance.

A l'origine, à savoir en 1947, le taux de cotisation était fixé à 2 pour cent et s'appliquait à la somme des émoluments du travailleur.

Cette cotisation était à la charge, pour moitié, de l'Institut employeur et, pour moitié, du travailleur,

Face à l'augmentation progressive des frais de gestion, il a fallu adapter les recettes provenant des cotisations aux dépenses effectives au titre de l'assurance, et, le 1er janvier 1950, le taux de cotisation a été porté, par décision législative, de 2 à 4 pour cent, l'assiette de la cotisation demeurant inchangée (somme des émoluments).

Le critère d'un texte législatif ultérieur (loi n°259 du 14 avril 1957), dont l'adoption a été motivée par un nouveau déséquilibre grave entre le produit des cotisations et les dépenses afférentes aux prestations qui allaient augmentant, le taux de cotisation a été porté de 4 à 5 pour cent de la somme des émoluments du personnel permanent ou non.

Toutefois, afin de limiter les charges incombant aux travailleurs, le législateur s'est départi du critère de la répartition paritaire de la cotisation, qui désormais doit être payée par l'administration locale, à raison de 2, 75 pour cent, et par le travailleur à raison de 2, 25 pour cent.

On a déjà indiqué (voir partie II, chiffre 5), que le système de financement est différent pour l'assurance des pensionnés.

L'Institut perçoit les cotisations par l'intermédiaire des sections financières provinciales qui relèvent du ministère des Finances, qui sont chargées de percevoir les sommes dues par les administrations locales et les versent à la "Cassa depositi e prestiti" du même ministère qui, en vertu de la loi, gère la Caisse de l'Institut.

## 2. - Péréquation des cotisations.

Étant donné le régime et la structure financière de l'Institut, qui sont déterminés par la centralisation et l'unité de gestion, il n'existe, dans le cas de l'assistance maladie fournie par l'I.N.A.D.E.L., aucune ventilation formelle ni aucun système préétabli de péréquation des cotisations et ce, ni sur le plan régional, ni sur le plan professionnel, ni même entre les diverses catégories de travailleurs.

Toutefois, les travailleurs assurés (médecins, employés, ouvriers, pompiers, personnel enseignant des écoles maternelles) bénéficient en fait de l'application la plus large du principe de la mutualité et de la péréquation automatique, puisque la masse des cotisations est utilisée pour faire face aux besoins de tous les assurés, à l'échelon national, sans distinction fondée sur des critères d'ordre géographique ou sur la nature des services fournis par chaque assuré.

## 3. - Evolution de la situation financière.

On pourra étudier au tableau N l'évolution financière du régime, compte-tenu du nombre des assurés, des dépenses et des cotisations.

La comparaison entre les recettes et les dépenses fait ressortir un déficit persistant, qui est particulièrement élevé pour les années 1954, 1955 et 1956.



Ce déficit résulte principalement de l'augmentation progressive des frais de gestion, qu'il n'a pas été possible de compenser en augmentant au même rythme les recettes provenant des cotisations.

Les causes de cette différence persistante entre recettes et dépenses doivent donc être recherchées dans le fait que le prix de revient des prestations et le coût des installations, qui subissent l'action des facteurs instables et multiples qui jouent sur un marché de libre concurrence, ne permettent pas à l'Institut de mettre en œuvre une politique qui lui permette de restreindre efficacement les dépenses.

Il n'a pas été possible d'augmenter le produit des cotisations en temps voulu, car l'adoption de la loi nécessaire à cet effet nécessite une longue procédure législative.

Il convient de préciser à ce propos que jusqu'en 1956, le taux de cotisation (4 pour cent de la somme des émoluments), si important fut-il, n'était pas suffisamment élevé, car il était calculé sur la base de l'assiette moyenne qui était inférieure à celle des autres catégories de travailleurs du secteur public (fonctionnaires de l'Etat et employés d'organismes de droit public); aussi, la cotisation perçue par l'I.N.A.D.E.L. au titre de chaque personne protégée (ayant droit) était-elle également inférieure à celle qu'exigeaient d'autres instituts sanitaires.

Cette situation financière particulièrement désavantagée s'explique par le fait que les travailleurs au service des administrations locales ont généralement des traitements moins élevés que les autres catégories de travailleurs.

Si l'Institut a pu maintenir son équilibre financier en 1957, c'est non seulement parce que le taux de cotisation a été porté de 4 à 5 pour cent, mais aussi parce que les augmentations accordées par l'Etat à ses fonctionnaires en 1956/1957 ont été étendues aux travailleurs des administrations locales conformément à la politique qui consiste à ajuster les salaires au coût de la vie.

Pour faire comprendre exactement les causes de l'augmentation progressive des dépenses, il convient également de préciser qu'au cours des quatre dernières années, l'Institut a dû équiper ses organes régionaux et remplacer les installations provisoires de son réseau sanitaire périphérique, qui avaient été établies sur une base nécessairement rudimentaire au moment de la création de l'assurance (1947), par un agencement rationnel répondant aux besoins effectifs et accrus des nombreuses personnes qui bénéficient de son assistance (1.200.000 ayants droit disséminés sur l'ensemble du territoire national).

En même temps, il a dû élargir le réseau des établissements avec lesquels il a passé des conventions, l'étendre aux centres qui n'en bénéficiaient pas et augmenter le nombre des médecins chargés d'accorder les prestations en nature dans le cadre du système d'assistance directe.

Par contre, l'augmentation des recettes provenant des cotisations, abstraction faite de l'action de certains facteurs faciles à identifier (en 1956, cotisations au titre des pensionnés; en 1957, augmentation du taux des cotisations), résulte de l'augmentation des traitements du personnel des administrations locales qui a été décidé conformément à la politique d'ajustement des salaires au coût de la vie.

INADEL - Annexe au rapport sur l'assistance  
maladie aux employés de l'adminis-  
tration locale

Tableau A

EVOLUTION DU NOMBRE DES AYANT-DROIT  
DE 1947 A 1957

Année	ASSURÉS EN ACTIVITÉ DE SERVICE			PENSIONNÉS			TOTAL DES AYANT-DROIT
	Assurés	Membres de la famille	Total	Assurés	Membres de la famille	Total	
1947-1948	347.898	555.608	903.506	--	--	--	903.506
1949	364.529	490.916	855.445	--	--	--	855.445
1950	336.704	605.748	942.452	--	--	--	942.452
1951	352.075	575.404	927.479	--	--	--	927.479
1952	349.573	578.941	928.514	--	--	--	928.514
1953	350.739	578.287	929.026	--	--	--	929.026
1954	363.452	587.918	956.370	--	--	--	956.370
1955	380.537	600.958	981.495	87.007	42.010	129.017	1.110.512
1956	382.509	605.337	987.846	87.038	41.593	128.631	1.116.477
1957	392.984	607.989	1.000.973	97.983	46.613	144.596	1.145.569

INADEL : Annexe au rapport sur l'assistance-maladie aux employés de l'administration locale

TABLEAU "B"

AUGMENTATION DES DEPENSES AFFERENTES A L'ASSISTANCE EN NATURE DE 1947 à 1957  
(ASSURÉS ET PENSIONNÉS)

Année	Total	Système d'assistance indirecte	Système d'assistance directe		Assistance complémentaire	Indemnité de décès	Autres formes d'assistance
			à domicile	dans les dispensaires			
1947	951.807.454	687.118.754	---	---	153.362.136	13.263.518	3.508.946
1948	3.074.741.940	1.955.375.629	93.252.367	88.492.773	377.597.968	31.383.923	38.833.326
1949	3.603.954.687	2.035.998.431	281.728.048	125.465.414	372.300.543	45.500.000	100.162.050
1950	4.879.225.062	2.463.003.102	645.158.619	221.896.530	452.495.849	56.462.917	131.822.030
1951	5.497.598.145	2.533.748.301	936.766.194	323.270.628	456.873.051	76.213.157	158.573.739
1952	7.056.143.806	2.882.898.717	1.547.022.692	423.060.232	514.502.446	85.429.023	295.544.840
1953	8.065.048.015	2.864.425.697	2.218.397.282	546.087.337	523.200.308	95.431.536	363.931.148
1954	9.587.759.116	2.688.710.344	3.193.491.636	613.237.918	607.598.477	97.777.071	633.093.380
1955	10.727.959.841	2.631.800.719	1.687.554.183	2.530.508.819	529.144.397	100.938.849	1.280.040.362
1956	12.822.420.073	3.026.348.095	2.180.001.704	2.821.877.606	517.942.708	120.418.385	1.695.389.895
1957	14.940.335.893	3.403.020.476	3.114.546.353	3.215.961.174	518.292.144	157.412.703	1.051.216.338
<u>Pensionnés uniquement</u>							
1955	300.000.000*	---	---	---	---	---	---
1956	2.612.386.734	374.938.415	494.524.786	398.542.738	2.393.182	---	1.341.987.613
1957	3.000.000.000	505.821.575	680.938.620	545.615.816	5.413.100	---	1.262.210.889

N.B. - Les données relatives aux pensionnés ont été tirées des bilans du service central de comptabilité de l'Institut

\*) Dépenses afférentes à la première installation

INADEL : Annexe au rapport sur l'assistance-maladie aux employés de l'administration locale

Tableau C

COUT DES MALADIES TUBERCULEUSES, MENTALES ET INFECTIEUSES

(1954 - 1957)

(ASSISTANCE EN NATURE : INDIRECTE ET DIRECTE, A DOMICILE - ASSURES ET FAMILIARES)

Année	COUT DES MALADIES TUBERCULEUSES		COUT DES MALADIES MENTALES		COUT DES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	
	Coût	% du coût total de l'assistance	Coût	% du coût total de l'assistance	Coût	% du coût total de l'assistance
1954	62.428.576	0,65	54.312.635	0,57	150.847.223	1,57
1955	70.782.373	0,66	57.042.297	0,53	164.856.186	1,54
1956	63.121.537	0,49	68.746.934	0,54	162.758.446	1,27
1957	81.278.629	0,54	88.606.384	0,59	197.587.456	1,32

N.B. - On n'a pu relever les données qui figurent ci-dessus qu'à partir de 1954, après la création du centre mécanographique, et ce uniquement pour les formes d'assistance directe et indirecte à domicile.

INADEL : Annexe au rapport sur l'assistance-maladie  
aux employés de l'administration locale

Tableau D

JOURNEES DE MALADIE PRISES PAR LES BENEFICIAIRES  
DANS LE CADRE DES SYSTEMES D'ASSISTANCE INDIRECTE - DIRECTE A DOMICILE  
COMPLEMENTAIRE MOYENNE PAR BENEFICIAIRE

Année	Assistance Indirecte		Assistance directe à domicile		Assistance complémentaire		Hospitalisation		Total des journées ayant donné lieu à l'assistance
	Journées	Moyenne	Journées	Moyenne	Journées	Moyenne	Journées	Moyenne	
1947	3.172.406	24,24	---	---	---	---	153.584	19,81	3.325.990
1948	6.416.453	25,03	1.030.096	12,18	717.408	9,00	455.217	18,61	8.619.174
1949	7.787.827	30,94	2.865.362	13,50	799.422	9,19	514.252	15,61	11.966.863
1950	7.323.468	29,03	3.731.393	11,89	1.126.939	9,84	598.341	14,57	12.780.141
1951	6.669.444	26,89	5.961.262	12,00	972.855	8,88	515.431	13,45	14.118.992
1952	6.876.064	26,94	8.736.266	13,25	1.205.134	9,10	599.589	13,28	17.418.053
1953	6.682.726	26,25	10.893.967	13,10	980.510	7,36	611.721	13,03	19.168.924
1954	6.981.555	30,37	13.074.004	15,54	1.100.966	7,52	597.269	13,29	21.753.794
1955	7.372.600	29,17	3.232.686	8,91	1.074.745	7,45	625.728	13,99	12.305.759
1956	8.322.821	28,93	4.032.422	9,28	1.096.435	7,27	748.451	13,66	14.200.129
1957	8.937.863	25,05	5.463.647	8,76	1.096.936	7,02	868.784	14,00	16.367.230

N.B. - Le fléchissement sensible que des chiffres relatifs à l'assistance à domicile l'on peut constater pour les années 1955-1957 tient à une différence entre les méthodes de relevé statistique adoptées pour le système d'assistance mixte dans les dispensaires, pour lequel on a relevé non pas les cas de maladie mais uniquement les prestations en nature, à l'exclusion donc des journées ayant donné lieu à l'assistance.

INADEL : Annexe au rapport sur l'assistance-maladie  
aux employés de l'administration locale

TABEAU E

ORGANISATION SANITAIRE

ORGANISMES AYANT PASSE UNE CONVENTION AVEC L'INADEL

1947 - 1957

ORGANISMES CONVENTIONNES	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
1) Hôpitaux et cliniques	-	668	841	969	1.146	1.211	1.270	1.387	1.407	1.534	1.556
2) Cabinets de médecins spécialistes	-	700	1.530	2.324	3.228	4.682	5.282	6.637	7.489	8.488	11.878
3) Dispensaires	-	9	125	181	245	259	47	11	29	7	7
4) Opticiens, orthopédistes, ambulances	-	55	189	241	241	257	281	318	374	423	484
5) Etablissements thermaux	-	18	46	58	85	89	103	106	108	114	116
6) Médecins exerçant dans les dispensaires	-	64	101	134	164	197	262	254	247	257	235
7) Médecins - assistance directe à domicile	-	182	402	915	927	1.047	1.068	1.261	1.449	1.605	2.169
8) Inspecteurs médicaux	-	-	130	170	201	185	200	250	271	282	290
9) Infirmières travaillant dans les dispensaires	-	15	29	43	61	64	73	91	86	93	65
10) Infirmiers - assistance directe à domicile	-	-	-	36	76	99	96	103	123	121	128
T O T A L	-	1.711	3.393	5.071	6.384	8.090	8.682	10.418	11.583	12.924	16.928

INADEL : Annexe au rapport sur l'assistance-maladie  
aux employés de l'administration locale

TABLÉAU E  
(suite)

ORGANISATION SANITAIRE

ORGANISMES AYANT PASSE UNE CONVENTION AVEC L'INADEL

1947 - 1957

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
DISPENSAIRES GERES DIRECTEMENT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1) Polycliniques	-	7	9	12	12	13	12	14	14	15	18
2) Dispensaires	-	18	21	24	31	32	51	55	19	17	16
3) Salles de thé- rapie médicale	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-
4) Salles de thé- rapie par in- jections:	-	-	-	-	-	-	-	-	31	36	27
T O T A L	-	25	30	36	43	45	63	69	67	68	61
TOTAL GENERAL	-	1.736	3.423	5.107	6.427	8.135	8.745	10.487	11.650	12.992	16.989



INADEL : Annexe au rapport sur l'assistance-maladie aux employés de l'administration locale

Tableau F

PROGRES DE SYSTEME D'ASSISTANCE DIRECTE A DOMICILE  
DANS LES PROVINCES ET LES PETITES COMMUNES DU PAYS  
1947 - 1957

Année	Augmentation du nombre des sièges périphériques (2)	Progrès de l'assistance directe à domicile		Augmentation du nombre des dispensaires gérés directement par l'INADEL dans les chefs-lieux (1)
		chefs-lieux	Petits centres	
1947	2	-	-	-
1948	14	8	-	5
1949	39	20	3	12
1950	47	54	3	17
1951	48	69	5	27
1952	58	74	19	30
1953	61	77	40	39
1954	61	85	47	44
1955	61	87	83	46
1956	92	87	117	46
1957	92	87	178	46

(1) Polycliniques, dispensaires, salles de thérapie médicale et de thérapie par injections

(2) Jusqu'en 1955, sièges régionaux, interprovinciaux et provinciaux. A partir de 1956, la décentralisation a été effectuée sur l'ensemble du territoire national.

INADEL : Annexe au rapport sur l'assistance-maladie aux employés de l'administration locale

Tableau G

EVOLUTION DES DEMANDES D'ASSISTANCE EN NATURE  
ET DES PRESTATIONS FOURNIES DANS LES DISPENSAIRES  
DE 1947 à 1957

Année	Assistance in-directe	Assistance directe à domicile	Assistance complémentaire	Prestations fournies dans les dispensaires
1947	115.037	-	42.904	-
1948	299.617	84.573	79.712	178.341
1949	366.183	212.249	86.964	475.197
1950	346.099	339.726	114.473	668.114
1951	341.312	500.179	147.417	836.336
1952	331.963	663.848	150.324	892.239
1953	340.154	841.583	156.494	991.378
1954	283.003	880.348	165.221	1.084.079
1955	318.125	401.284	167.618	3.423.937
1956	366.476	478.797	168.017	3.642.521
1957	429.222	655.996	187.129	3.966.946

N.B.- Le fléchissement sensible des chiffres relatifs à l'assistance à domicile que l'on peut constater pour les années 1955-1957 tient à une différence entre les méthodes de relevé statistiques qui ont été adoptées après que le système d'assistance se fut scindé pour donner naissance à l'assistance mixte dans les dispensaires, comme on peut le constater d'autre part après l'augmentation du nombre des prestations fournies dans les dispensaires.

INDICE : Annexe au rapport sur l'assistance-maladie  
aux employés de l'administration locale

Tableau H

PRESTATIONS EN NATURE  
ASSISTANCE INDIRECTE ET ASSISTANCE DIRECTE

1947 - 1957

Prestations	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Visites de praticiens de médecine générale et de spécialistes	603.383	1.484.166	2.045.371	2.395.083	2.680.417	3.275.221	3.709.956	3.423.198	3.721.066	4.218.189	4.993.647
Prescriptions pharmaceutiques	379.112	1.194.908	1.311.533	1.923.563	2.188.702	2.757.660	3.165.120	3.321.787	3.490.225	4.027.378	6.233.149
Hospitalisation	7.752	24.464	32.944	41.052	38.318	45.155	46.926	44.932	44.712	54.801	62.069
Injectations intraveineuses	368.885	711.537	900.264	821.670	660.811	721.660	628.052	795.722	943.982	903.002	857.881
Injectations sous-cutanées	-	1.132.540	1.510.059	1.478.507	1.377.169	1.531.757	1.299.273	1.312.014	1.525.421	1.474.691	1.375.198
Autres prestations (1)	82.833	82.445	98.445	137.607	151.026	189.757	209.505	444.719	504.537	710.591	810.729

(1) Analyses, radiographies, soins physiques, petite chirurgie, etc...

INADEL : Annexe au rapport sur l'assistance-maladie aux employés de l'administration locale

Tableau I

SOMME DES DEPENSES AFFERENTES AUX HONORAIRES MEDICAUX  
ASSURES ET PENSIONNES  
(1947 - 1957)

Année	Actes médicaux	Dépenses	Dépenses en pourcentage du coût global de l'assistance
1947	603.383	121.279.976	12,74
1948	1.484.166	298.097.286	9,70
1949	2.045.371	401.121.876	11,13
1950	2.395.083	528.521.175	10,83
1951	2.680.417	613.128.747	11,15
1952	3.275.221	813.468.787	11,53
1953	3.709.956	1.060.871.640	13,15
1954	3.423.198	1.328.264.574	13,85
1955	3.721.066	1.466.782.953	13,67
1956	4.218.189	1.678.533.318	13,09
1957	4.993.647	1.968.262.621	13,17

INADEL : Annexe au rapport sur l'assistance-maladie aux employés de l'administration locale

Tableau L

LES DEPENSES AFFERENTES AUX MEDICAMENTS ET LEUR INCIDENCE SUR  
LE COUT GLOBAL DE L'ASSISTANCE DE NATURE

Année	Prescriptions	Coût des médicaments	Incidence sur le coût global de l'assistance en nature
1947	379.112	219.357.667	23,05
1948	1.194.908	931.917.082	30,31
1949	1.311.533	903.894.465	25,08
1950	1.923.563	1.365.977.997	28,41
1951	2.188.702	1.788.981.005	32,54
1952	2.757.660	2.348.324.470	33,28
1953	3.165.120	2.610.502.792	32,37
1954	3.221.787	3.090.266.699	32,23
1955	3.490.225	3.200.147.893	29,83
1956	4.027.378	3.751.176.104	29,25
1957	6.233.149	4.645.660.624	31,09

IMADEL : Annexe au rapport sur l'assistance-  
maladie aux employés de l'adminis-  
tration locale

Tableau M

HOSPITALISATION - NOMBRE DES CAS ET  
DÉPENSES Y AFFÉRENTES

Année	Cas d'hospitalisation	Dépenses	Journées d'hospitalisation	Durée moyenne par cas
1947	7.752	152.201.637	153.584	19,81
1948	24.464	519.414.066	455.217	18,61
1949	32.944	760.313.467	514.252	15,61
1950	41.052	961.454.473	598.341	14,57
1951	38.318	941.688.134	515.431	13,45
1952	45.155	1.160.695.487	599.589	13,28
1953	46.926	1.314.116.534	611.721	13,03
1954	44.932	1.356.965.810	597.269	13,29
1955	44.712	1.404.129.143	625.768	13,99
1956	54.801	1.796.999.638	748.341	13,66
1957	62.069	2.253.906.934	868.784	14,00

INADEL : Annexe au rapport sur l'assistance-maladie aux employés de l'administration locale

Tableau N

COUT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE  
ET PRODUIT DES COTISATIONS - 1947 - 1957  
(Assurés et pensionnés)

Année	Assurés (1)	Dépenses afférentes aux prestations en nature	Cotisations	Valeurs moyennes par ayant-droit	
				cotisations	dépenses
1947	903.506	951.807.454	1.300.147.030	1.439	1.053
1948	903.506	3.074.741.940	1.495.382.656	1.655	3.403
1949	855.445	3.603.954.687	3.600.000.000	4.208	4.213
1950	942.452	4.879.225.062	4.721.251.883	5.010	5.177
1951	927.479	5.497.598.145	5.521.325.014	5.953	5.927
1952	928.514	7.056.143.806	6.838.846.249	7.365	7.599
1953	929.026	8.065.048.015	8.420.323.363	9.070	8.681
1954	956.370	9.587.759.116	7.702.364.615	8.054	10.025
1955	1.110.512	10.727.959.841	8.644.662.429	7.784	9.660
1956	1.116.477	12.822.420.073	11.284.720.611	10.107	11.485
1957	1.145.569	14.940.335.893	11.534.359.235	12.687	13.042

N.B. - Cotisations des administrations et des assurés - Arrérages et sanctions disciplinaires. Données tirées des bilans du service central de comptabilité de l'Institut

(1) Personnel titularisé et temporaire - A partir de 1955, y compris les pensionnés.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

---

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance-maladie des fonctionnaires des  
établissements de droit public

ITALIE

GENEVE 1959



TABLE DES MATIERES

	page
ANTECEDENTS HISTORIQUES	182
STRUCTURE	182
CHAMP D'APPLICATION	185
PRESTATIONS EN NATURE	186
PRESTATIONS EN ESPECES	188
FINANCEMENT ET RECOUVREMENT DES COTISATIONS	193

L'ASSURANCE-MALADIE DES FONCTIONNAIRES DES  
ETABLISSEMENTS DE DROIT PUBLIC.

- 0 -

ANTECEDENTS HISTORIQUES.

C'est sur l'initiative de leur association nationale que les employés du secteur public ont constitué l'Institut national de Prévoyance et d'Assistance pour les fonctionnaires des établissements de droit public et assimilés, qui, après avoir été doté de la personnalité morale par le décret n° 2645 du 8 Novembre 1928, prit en charge les activités exercées par les sociétés mutuelles créées au sein de certains organismes publics. Les plus importants instituts de droit public, notamment l'ancienne Caisse nationale des assurances sociales, la Caisse nationale d'assurance contre les accidents du travail, diverses caisses d'épargne et d'autres organismes d'importance secondaire se sont prévalus de la faculté d'adhérer à l'Institut.

Un texte législatif promulgué ultérieurement, à savoir la loi n° 1436 du 28 juillet 1939, devait imposer l'attribution de certaines prestations aux assurés et aux membres de leur famille. Aux termes de la dite loi, les fonctionnaires des établissements de droit public qui n'étaient pas tenus de s'affilier au syndicat en vertu du règlement d'application de la loi, étaient assujettis à l'obligation de s'affilier à l'Institut d'assurance, qui devint le Fonds national de prévoyance pour les fonctionnaires des établissements de droit public (F.N.P.D.P.P.).

D'autre part, la même loi autorisait d'autres organismes de droit public qui n'étaient pas visés par les dispositions relatives aux contrats collectifs de travail à s'affilier, de leur propre initiative, au Fonds.

Enfin, le décret n° 1304 du 31 octobre 1947 a assujetti le personnel de tous les organismes de droit public à l'assurance obligatoire, et, de plus, elle a astreint à l'obligation de s'assurer auprès du Fonds lui-même les fonctionnaires des organismes de droit public figurant sur la liste annexée au règlement de 1940 qui en avait réorganisé le fonctionnement.

STRUCTURE.

a) Régime général.

Le régime protège les travailleurs de l'un et l'autre

sexes qui sont titulaires d'un contrat d'emploi auprès des organismes de droit public, (à l'exclusion du personnel au service de l'INADEL).

Le régime garantit les prestations suivantes:

- en cas de maladie: l'assistance médico-chirurgicale, l'hospitalisation et les fournitures pharmaceutiques;
- en cas d'accouchement, les soins obstétricaux;
- en cas de décès, une indemnité spéciale.

De plus, le Fonds accorde des contributions extraordinaires aux frais des cures thermales et cures d'eau, dans les limites des crédits que le Conseil d'administration ouvre périodiquement à ce titre, compte tenu des disponibilités financières. Il participe également au coût des prothèses dentaires et des appareils acoustiques ou orthopédiques.

#### b) Régime spécial.

Le régime protège les anciens fonctionnaires des organismes de droit public, qui sont titulaires de rentes d'invalidité et de vieillesse. Le financement de ce régime est réglementé par les dispositions pertinentes de la loi n°692 du 4 août 1955 qui définit les conditions d'ouverture du droit à l'assistance et dispose que l'organisme chargé de gérer l'assurance devra accorder la dite assistance aux ayants droit, dans les limites et en conformité des modalités prévues à cet effet.

Sont également assistés par le Fonds les employés de certaines institutions de caractère international ou des représentations diplomatiques d'Etats étrangers, qui ont exprimé le désir de faire bénéficier leurs fonctionnaires de nationalité italienne de l'assistance accordée par l'E.N.P.D.E.P. en cas de maladie. En fait, le bénéfice des prestations en nature accordées par le Fonds a été étendu, en vertu de conventions spéciales, aux employés des ambassades, légations et consulats de divers pays (Canada, Etats-Unis, Allemagne, Yougoslavie, et.) ainsi qu'aux fonctionnaires de la F.A.O., de l'O.T.A.N. et du Commandement naval américain.

#### c) Composition et compétence du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration se compose du Président et des membres ci-après, qui sont nommés par décret du Ministre du Travail et la Prévoyance Sociale, d'entente avec le Ministre des Finances:

- 1) - Un représentant de chacun des ministères de l'Intérieur des Finances et du Travail et de la Prévoyance sociale, respectivement;
- 2) - Trois représentants des instituts intéressés, qui sont désignés par le Ministère du Travail;
- 3) - Trois représentants des assurés;
- 4) - Un représentant des titulaires de rentes d'invalidité et de vieillesse assistés par le Fonds.  
Le montant des membres du conseil d'administration est de 4 ans; ils sont rééligibles.

Le président est nommé par décret du Ministre du Travail, d'entente avec le Ministre des Finances.

Le président assure la représentation légale du Fonds.

A part le Président et le Conseil d'administration, le Comité exécutif constitue le troisième organe.

Le comité exécutif se compose du Président, des représentants des Ministères de l'Intérieur et du Travail, et de deux représentants des assurés.

Il existe, en outre, un Conseil de surveillance qui se compose:

- a) - d'un commissaire aux comptes en titre qui assume la présidence et d'un suppléant, qui sont désignés par le Ministre du Travail;
- b) - d'un commissaire aux comptes et d'un suppléant, qui sont désignés par le Ministre des Finances;
- c) - d'un commissaire aux comptes et d'un suppléant, qui sont désignés par la Présidence du Conseil des Ministres.

Le Conseil d'administration détient tous les pouvoirs nécessaires pour la gestion de l'Institut.

Il appartient en particulier au Conseil d'administration:

- a) - de décider de l'organisation administrative de l'Institut;
- b) - d'établir le règlement organique du personnel;
- c) - d'approuver les bilans;
- d) - de fixer le montant des cotisations, conformément à l'article 5 de la loi;
- e) - de se prononcer sur l'achat, l'aliénations et le transfert des biens-fonds;

- f) - définir les principes fondamentaux à observer pour l'utilisation des fonds;
- g) - de se prononcer sur l'acceptation des dons et legs en faveur du Fonds;
- h) - d'approuver les conventions conclues par le Fonds;
- i) - de se prononcer sur toutes propositions qui lui sont soumises par le Comité exécutif.

Les décisions prévues aux alinéas a), b), c), et d) sont soumises à l'approbation du Ministre du Travail et du Ministre des Finances et les décisions prévues à l'alinéa e) à celle du Ministre du Travail.

L'Institut est soumis à la surveillance du Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale et au Ministère des Finances, son bilan annuel ainsi que toutes indications et tous rapports qui lui sont demandés.

#### CHAMP D'APPLICATION.

##### Assurés:

Sont tenus de s'assurer auprès de l'E.N.P.D.E.P., en vue de bénéficier de l'assistance en cas de maladie, les fonctionnaires de tous les organismes de droit public, ainsi que les anciens fonctionnaires des dits organismes qui sont titulaires de pensions et leurs survivants qui perçoivent des pensions de reversibilité.

En outre, sont également assurés par le Fonds, les fonctionnaires d'organismes dotés de la personnalité morale et assimilés, si l'administration du Fonds donne son agrément:

##### Membres de la famille ayant droit à l'assistance.

Outre l'assuré, ont droit à l'assistance du Fonds les membres de la famille indiqués ci-après, à conditions qu'ils n'aient pas droit aux prestations en nature attribuées par un autre organisme au titre de leur affiliation propre ou de celle d'autres membres de la famille:

- a) l'épouse qui n'est pas séparée par une sentence à ses torts ou aux torts communs des deux conjoints entrée en force de chose jugée, si elle n'a pas droit à l'assistance - maladie d'un autre organisme, au titre d'un rapport de travail auquel elle est personnellement partie;
- b) l'époux de l'assurée, s'il est atteint d'une incapacité de travail permanente et est entièrement à la charge de l'assurée elle-même;

- c) - 1) les enfants qui vivent avec l'assuré en activité de service et sont à sa charge, célibataires, légitimes, légitimés ou naturels reconnus légalement, les enfants d'un premier lit du conjoint, les enfants adoptifs, les enfants adoptés sous le régime de l'affiliation, les petits-enfants placés sous la tutelle de l'assuré ou du conjoint à charge, les enfants régulièrement confiés, qui vivent avec l'assuré et sont à sa charge, jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 21 ans, ou sans limite d'âge s'ils sont atteints d'une incapacité de travail permanente. Les dites personnes, si elles font partie de la famille d'un assuré pensionné ont droit aux prestations jusqu'à leur dix-huitième année seulement, et à n'importe quel âge si elles sont atteintes d'une incapacité permanente de travail, à condition qu'elles vivent avec l'assuré et soient à sa charge.
- 2) Les enfants d'une assurée en activité de service ou pensionnée ont droit à l'assistance si l'assurée elle-même perçoit intégralement les suppléments de cherté de vie ou les allocations familiales.
- d) - Les parents naturels ou adoptifs, les beaux-parents, s'ils vivent à la charge de l'assuré et ont dépassé soixante ans, pour le père, et cinquante-cinq ans, pour la mère, ou s'ils sont atteints d'une incapacité de travail permanente.
- e) Les frères et sœurs célibataires qui vivent avec l'assuré et sont à sa charge, s'ils n'ont pas dépassé les limites d'âge prévues pour les enfants ou s'ils sont atteints d'une incapacité de travail permanente.

#### PRESTATIONS EN NATURE.

Conformément aux dispositions de la loi ayant porté création du Fonds et des règlements d'application pertinents, le Fonds appliquait primitivement un système d'assistance indirecte en nature et remboursait les dépenses engagées par l'assuré, jusqu'à concurrence des montants, et selon les modalités, fixés par les dites dispositions. Encore que les assurés fussent obligés de faire une avance de fonds, ce système présentait néanmoins un avantage exceptionnel en ce qu'il garantissait la liberté de choix absolue du médecin et de l'établissement de traitement.

Par la suite, soucieux d'aider les assurés dans les cas de maladie les plus graves et d'éviter qu'ils aient à fai-

re des avances qui pesaient lourdement sur leur budget, le Fonds, se prévalant des pouvoirs qui lui étaient conférés par l'article 14 du règlement, a décidé de conclure avec les hôpitaux, cliniques privées, centres de diagnostic et de traitement, des conventions grâce auxquelles les assurés pouvaient bénéficier du traitement et des soins gratuits, tout en jouissant de la plus grande liberté de choix possible.

C'est dans le même esprit que le Fonds a conclu, dans les grands centres où le nombre des bénéficiaires est le plus élevé, des accords avec les polycliniques bien équipées qui relèvent d'organismes publics (E.N.F.I. - I.N.A.), afin de permettre aux assurés de consulter les praticiens de médecine générale et les spécialistes qui y travaillent.

Pour répondre aux sollicitations pressantes des assurés dont le nombre allait sans cesse croissant, le Fonds a consenti à désigner un certain nombre de médecins qui sont chargés d'effectuer des visites à domicile sans frais pour la maladie.

Au mois de mai 1954, sous la pression des assurés de toutes les régions de l'Italie qui manifestaient un intérêt toujours plus vif à l'égard de ses activités, le Fonds a estimé opportun de convoquer une Convention nationale à laquelle pourraient participer les représentants des catégories intéressées, qui aurait pour mandat d'examiner les problèmes importants que posaient les systèmes d'assistance en cours et les possibilités d'aménagement et d'amélioration des dits systèmes.

Les participants à cette convention ont exprimé l'opinion qu'il convenait d'envisager une forme d'assistance qui permit aux assurés de recevoir tous les soins et toutes les prestations nécessaires, sans avoir à faire d'avance de fonds.

Compte tenu des suggestions avancées par cette Convention, l'administration du Fonds a établi un nouveau système qui, après une période expérimentale, devait permettre aux assurés de bénéficier d'une assistance directe intégrale parallèlement à l'assistance indirecte traditionnelle.

Les critères fondamentaux de l'organisation de ce service étaient les suivants:

- option, pour une période d'une année, entre les deux systèmes d'assistance, directe et indirecte;
- liste limitée de médecins et obstétriciens;
- nombre de pharmaciens limité, mais adapté à la distribution géographique des assurés;
- fourniture de tous médicaments prescrits.

Quelques mois après le début du fonctionnement de ce service dont l'activité fut limitée, à titre expérimental à la ville de Naples, le Fonds, se basant sur les éléments qu'il avait ainsi obtenus pour l'appréciation des coûts, constata avec inquiétude une augmentation sensible des prestations qui dépassait nettement les limites prévues. Afin de limiter les charges entraînées par cette nouvelle forme d'assistance, le Fonds dut envisager l'adoption de certaines mesures (établissement du livret sanitaire, intensification des contrôles, etc.) qui, malheureusement, n'eurent guère d'incidence sur le plan financier. Sur la base de cette expérience, le Conseil d'administration du Fonds a décidé, sans préjudice du service expérimenté à Naples et de celui qui avait déjà été mis sur pied à Trieste, de créer dans les principaux centres des services d'assistance directe analogue aux dits services, en excluant toutefois la fourniture gratuite des médicaments, qui continue d'être soumise au système de remboursement, comme dans le cas de l'assistance indirecte.

a) PRESTATIONS MEDICALES

- Assistance indirecte.

A l'heure actuelle, les prestations en nature fournies par le Fonds sont accordées dans le cadre de systèmes d'assistance indirecte ou directe, au choix de l'assuré.

- 1) - Dans le cadre du régime d'assistance indirecte, les assurés bénéficiaient des prestations suivantes:
  - remboursement, sur la base des tarifs établis par Fonds, des dépenses afférentes aux visites, prestations médico-chirurgicales et consultations demandées par un médecin à un confrère, à l'hospitalisation dans des établissements de traitement n'ayant pas passé de convention avec l'Institut, et aux soins obstétricaux;
  - contributions au titre des cures thermales, des prothèses dentaires, des appareils orthopédiques et acoustiques, etc. De plus, toujours dans le cadre du système d'assistance indirecte, les assurés peuvent recevoir les prestations suivantes;
  - traitement gratuit dans des établissements de traitement ayant passé une convention avec l'Institut;
  - consultation demandée par le médecin de l'assuré à un confrère, soins médicaux et dentaires dans les dispen-



saires de centres ayant passé une convention avec le Fonds (exclusivement dans les localités où les assurés n'ont pas la possibilité d'opter pour le système d'assistance directe);

- visites et soins gratuits de praticiens de médecine générale et de spécialistes dans les polycliniques qui sont gérées directement par le Fonds ou qui ont passé une convention avec le Fonds, et qui appartiennent à l'E.N.P.I. ou à l'I.N.A.I.L., dans les localités où il en existe.
- visites à domicile gratuites, dans quelques villes seulement (Turin, Milan, Gênes, Bologne, Sienne).

Aux termes de l'article 5 du règlement d'application de la loi portant création du Fonds, les prestations médico-chirurgicales accordées aux assurés dans le cadre du régime d'assistance indirecte doivent être remboursés sur la base du tarif national adopté par le décret n° 2061 du 7 août 1937.

La disposition législative susmentionnée a obligé le Fonds à majorer périodiquement - en raison des variations constantes de l'indice du coût de la vie - et dans des proportions toujours plus élevées, les taux fixés dans le dit tarif national. Il lui a fallu, en outre, augmenter constamment le nombre des rubriques prévues, pour pouvoir rembourser les prestations médico-chirurgicales qu'il a reconnues ultérieurement.

- Assistance directe.

Les services à disposition des assurés ayant opté pour l'assistance directe englobent les prestations suivantes:

- soins d'un praticien de médecine générale, au cabinet privé du médecin agréé par le Fonds, ou si l'assuré est alité, au domicile de ce dernier;
- soins dispensés par un spécialiste, au domicile de l'assuré, au cas où celui-ci est alité, ou au cabinet des médecins spécialistes agréés par le Fonds, qui, en cas de nécessité, peut également pratiquer les petites interventions propres à leur spécialité;
- consultation médicale demandée par le médecin de l'assuré à un confrère de compétence reconnue;
- soins à domicile en cas d'accouchement ou d'interruption

de grossesse, dispensés par les sages-femmes ayant passé une convention avec le Fonds et, en cas de nécessité, par un spécialiste;

- soins et prothèses dentaires, au cabinet des dentistes ayant passé une convention avec l'Institut;
- consultations et soins, dispensés gratuitement par des praticiens de médecine générale et des spécialistes dans les dispensaires ayant passé une convention avec le Fonds, dans les villes où il en existe;
- hospitalisation dans les établissements de traitement ayant passé une convention avec le Fonds;
- consultation demandée à un confrère par le médecin de l'assuré, et soins physiques, dans les établissements ayant passé une convention avec le Fonds.

#### b) - PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES.

Les prestations pharmaceutiques sont toujours accordées dans le cadre du système d'assistance indirecte, sauf dans le cas des assurés résidant à Naples et à Trieste, et de certaines catégories d'assurés au bénéfice de conventions spéciales.

Le système du remboursement est appliqué intégralement, sans discrimination ou limitation aucune, qu'il s'agisse de spécialités ou de préparations magistrales.

Seuls les assurés de la ville de Naples ayant opté pour la forme d'assurance directe, auxquels, on l'a déjà dit, les médicaments sont délivrés gratuitement, participent aux frais d'achat du produit à concurrence de 25% du prix du produit.

Le remboursement des frais engagés par les assurés pour l'achat de médicaments se fait sur la base de l'ordonnance du médecin traitant, qui doit porter l'indication du prix, ainsi que le timbre et l'adresse de la pharmacie où les médicaments ont été achetés. Les dispositions réglementaires ci-dessus ont été complétées récemment par les dispositions législatives déjà mentionnées qui ont trait aux formalités à remplir pour obtenir les rebais qui doivent être accordés aux organismes d'assistance mutuelle en vertu de la loi n°692 du 4 Août 1955 (timbre à coller - tagliando bollino o fustella).

#### c) HOSPITALISATION.

Pour ce qui est des cas d'hospitalisation, le Fonds a passé des conventions avec la quasi-totalité des hôpitaux

administrés par les institutions publiques et avec de nombreuses cliniques privées.

Jusqu'à présent, le Fonds a pu atteindre le but qu'il s'est fixé, à savoir permettre aux assurés de se faire soigner dans des établissements de traitement publics et privés même dans les classes où sont admis les malades soignés à leur propre compte (première et deuxième classes).

De plus, en élaborant les plans relatifs aux établissements avec lesquels il se proposait de passer des conventions, le Fonds a tenu compte de la distribution géographique des assurés à l'intérieur des diverses provinces, en vue de garantir également le service des prestations aux assurés résidant dans de petites localités.

Les tarifs d'hospitalisation ne sont pas uniformes, et ils diffèrent selon les localités, l'équipement et l'importance des centres.

En cas d'hospitalisation en salle commune, le Fonds paye aux hôpitaux avec lesquels il a passé des conventions la journée d'hospitalisation au tarif prévu pour les malades indigents ou pour les membres de sociétés mutuelles, ainsi que le montant fixé.

Pour l'hospitalisation en service privé (première et deuxième classe), l'Institut rembourse la nourriture et le logement généralement à concurrence du montant que l'administration (Autorità tutoria) exige des malades soignés à leur propre compte, ainsi que les sommes dues au titre de toutes les autres rubriques et prestations, qui varient selon la catégorie des instituts et leur équipement.

Les prestations médico-chirurgicales (interventions, analyses, radiographies, physiothérapies, etc.) sont liquidés sur la base du tarif national approuvé par le décret n°2061 de 1937, dont les montants sont multipliés de 10 à 12 fois, au moins, et de 20 à 30 fois, au plus; l'assistance ou l'aide a droit, en règle générale, à des honoraires compris entre 20 pour cent et 10 pour cent des honoraires du chirurgien; en ce qui concerne les frais de salle d'opération, qui comprennent le coût des deux premiers actes médicaux et du matériel de pansement sanitaire, le Fonds verse une prestation variant entre deux et sept mille liras. Il paye également la taxe journalière de traitement et rembourse les médicaments, ainsi que le coût des examens et contrôles.

Par suite des demandes continuelles d'augmentation et des majorations du coût de la pension (retta) qui, dans certains cas, ont eu lieu à deux ou trois reprises dans le courant de la même année, le taux de la journée d'hospitalisation

est très élevé, et impose des charges très lourdes à l'occasion de chaque traitement.

d) - LE DROIT AUX PRESTATIONS ET LEUR DUREE.

L'assuré a droit aux prestations accordées par le Fonds dès le premier jour de son affiliation; mais le droit à l'indemnité de décès ne s'ouvre que 180 jours après la date d'affiliation.

En vertu de l'article 7 de la loi portant création du Fonds, l'assuré et les membres de sa famille conservent le droit aux prestations pendant le mois qui suit la date à laquelle le rapport de travail a été résolu, si l'affiliation au Fonds remonte à une année au moins. En outre, si la maladie a débuté avant la date de la résolution du rapport de travail ou dans le courant du mois pendant lequel l'assuré était encore protégé, l'assuré ou l'ayant-droit à sa charge peut, par décision ultérieure du Comité exécutif du Fonds, bénéficier de l'assistance nécessaire pendant les 90 jours qui suivent la fin du mois en question.

Par contre, les assurés et les ayants-droit à leur charge qui, à la date de la résolution du rapport de travail, ne comptent pas une année d'affiliation et n'ont donc pas droit à la protection du Fonds pendant les 30 jours suivants, peuvent bénéficier de l'assistance pendant les 90 jours qui suivent la date de résolution du rapport de travail.

De même, les membres de la famille de l'assuré qui ne sont protégés par aucune assurance peuvent bénéficier de l'assistance, pendant les 90 jours qui suivent la date à laquelle ils ont cessé d'être à la charge de l'assuré, à condition que la maladie ait été déclarée au Fonds avant qu'ils aient cessé d'être à la charge de l'assuré.

En cas de maladie chronique, le service des prestations est limité à 180 jours, consécutifs ou non, dans le courant d'une période de douze mois.

En cas d'affection tuberculeuse, le Fonds n'a pas à accorder de prestations lorsque les assurés ont droit à l'assistance de l'I.N.P.S. dans le cadre de l'assurance obligatoire.

PRESTATIONS EN ESPECES.

Outre les prestations sus-mentionnées, l'Institut verse une allocation de décès lors du décès de l'assuré ou d'un membre de sa famille, à concurrence des montants ci-après:

- en cas de décès de l'assuré, s'il y a des personnes qui vivent avec lui et sont à sa charge, la rétribution d'un mois,

- au titre de chacune des dites personnes, avec un minimum de 2 mois;
- en cas de décès de l'assuré, s'il n'y a pas de personne à charge, la rétribution d'un mois;
  - en cas de décès du conjoint, un montant égal à la rétribution d'un mois;
  - en cas de décès d'un autre membre de la famille, la moitié de la rétribution d'un mois.

#### FINANCEMENT ET RECOUVREMENT DES COTISATIONS.

Les modalités de recouvrement des cotisations du Fonds sont définies à l'article 5 de la loi n° 1436 du 28 Juillet 1939 et à l'article 8 du règlement d'application, tels qu'ils ont été complétés par le décret n°692 du 1er août 1945, par la loi n°74 du 19 février 1951, et par la loi n°1034 du 29 octobre 1954.

Conformément aux dites dispositions, les administrations affiliées indiquent chaque mois le traitement brut des fonctionnaires à leur service et paient une cotisation égale à 4 pour cent du traitement.

Par traitement, on entend toute rétribution que le travailleur reçoit en espèces ou en nature, de l'employeur à titre de rémunération de ses prestations de services.

Aux termes de la loi, l'organisme employeur prend 2,75 pour cent de la cotisation à sa charge, et le travailleur 1,25 pour cent.

Le produit des cotisations de chaque administration affiliée varie donc tous les mois:

- a) en fonction du nombre des fonctionnaires;
- b) en fonction des variations du traitement (éléments fixes et éléments variables);
- c) en fonction de l'ordre de grandeur relatif des traitements payés par les diverses administrations;

Par contre, les organismes affiliés à titre facultatif dérogent à cette règle, puisque dans leur cas, le Fonds fixe le montant minimum théorique du traitement (60.000 livres de traitement mensuel par fonctionnaire) et, partant, celui de la cotisation minimum (2.400 livres par personne et par mois).

Le système actuel de cotisation dans lequel la cotisation est fonction du traitement effectif, s'inspire du principe de la solidarité, qui veut que des charges plus lourdes

soient imposées aux travailleurs les mieux rétribués.

La gestion des organismes d'assurance est actuellement déficitaire, bien que le taux des cotisations soit élevé, et cet état de choses les amène périodiquement à soulever la question des ressources financières.

La solution du problème se présente sous un double aspect:

- a) rechercher de nouveaux moyens;
- b) remplacer les systèmes de financement qui sont appliqués actuellement;

Les solutions possibles qui sont énoncées ci-dessous tiennent compte de l'une et l'autre suggestions:

- 1) augmentation des taux de cotisation, soit, d'une façon générale, des recettes;
- 2) diminution des coûts;
- 3) diminution des dépenses;
- 4) coordination du réseau d'établissements sanitaires;
- 5) unification des cotisations.

NOMBRE DES ASSURES AU 31 DECEMBRE.

<u>Année</u>	<u>Nombre des assurés.</u>
1929 -	5.000 (loi n° 2645 du 8 novembre 1928 ayant institué le Fonds; début des activités du Fonds: 1er janvier 1929).
1940 -	35.362 (affiliation obligatoire, loi n° 1436 du 28 juillet 1939).
1947 -	89.232 (décret n° 1304 du 31 octobre 1947: affiliation obligatoire de tous les fonctionnaires des organismes de droit public, dont les fonctionnaires des établissements de crédit de droit public, des caisses d'épargne, des services fiscaux (Esattorie) gérés par des établissements de droit public, des Sociétés pour la bonification des terres (ConSORZI di bonifica), etc..
1955 -	174.619 (dont 6.393 retraités - loi n°692 du 4 août 1955).
1957 -	200.000 (dont 14.010 titulaires de pension)

CAS DE MALADIE.

1929	-	1.783			
1940	-	9.229	dont	286	bénéficiaires de l'assistance directe
1947	-	85.038	dont	3.024	"
1955	-	353.135	dont	132.237	"
1957	-	471.171	dont	155.482	"

FREQUENCE DES CAS DE MALADIE

(EN POURCENTAGE DU NOMBRE DES ASSURES)

1929	12,8
1940	18,0
1947	42,4
1955	78,1
1957	88,5



MONTANT DES PRESTATIONS LIQUIDES.

d'après la nature des prestations

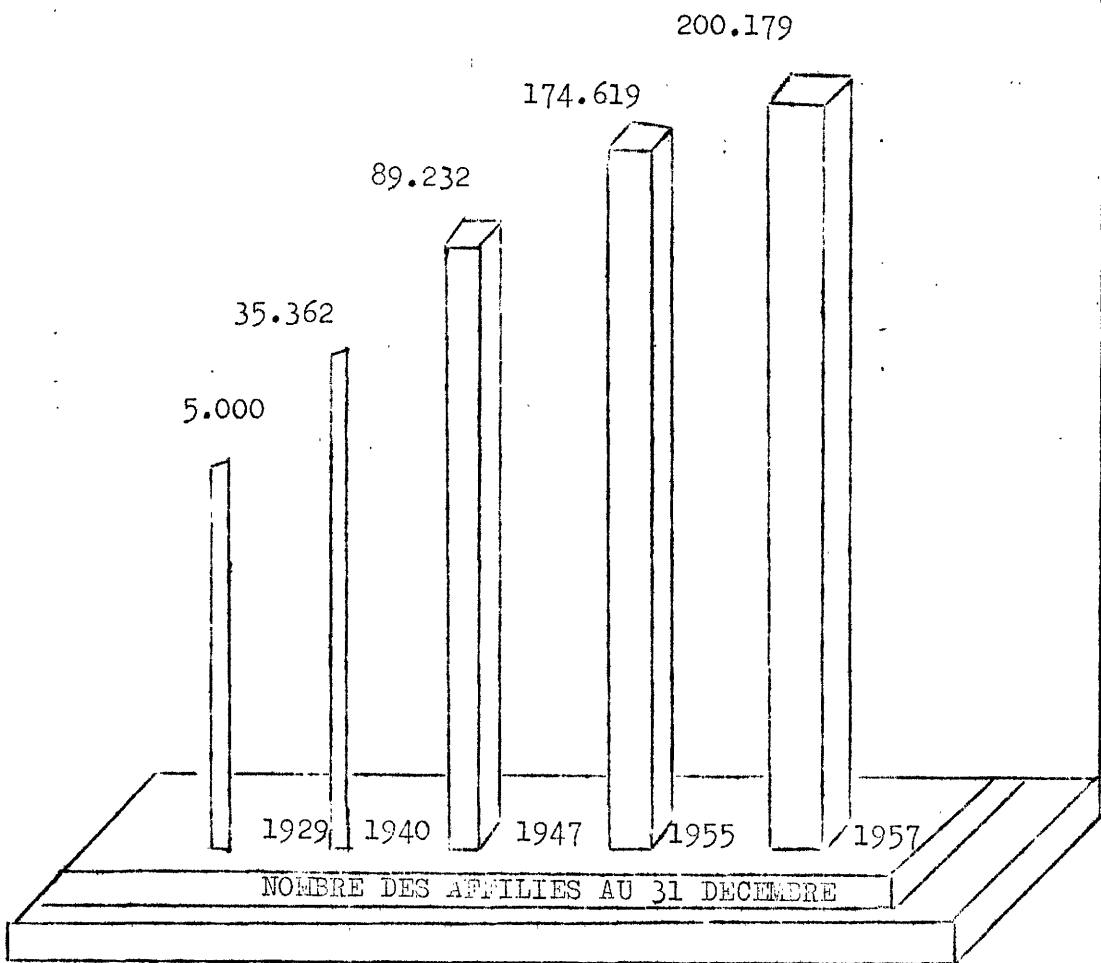
(en milliers de lires)

Année	Visites etc.	Inter- vention chirurgi- cales	Médica- ments et matériel de panse- ment.	Hospita- lisati- on	Contri- butions diver- ses et autres presta- tions.	Indemni- tés de décès.	Total
1929:	360:	147:	87:	114:	--:	126:	834:
1940:	1.979:	865:	613:	464:	391:	440:	4.752:
1947:	239.721:	58.623:	164.229:	60.588:	82.484:	13.639:	619.284:
1955:	1.393.396:	303.184:	1.950.732:	711.887:	207.116:	168.399:	4.734.714:
1957:	1.968.930:	316.765:	2.638.659:	844.189:	287.790:	219.731:	6.276.064:

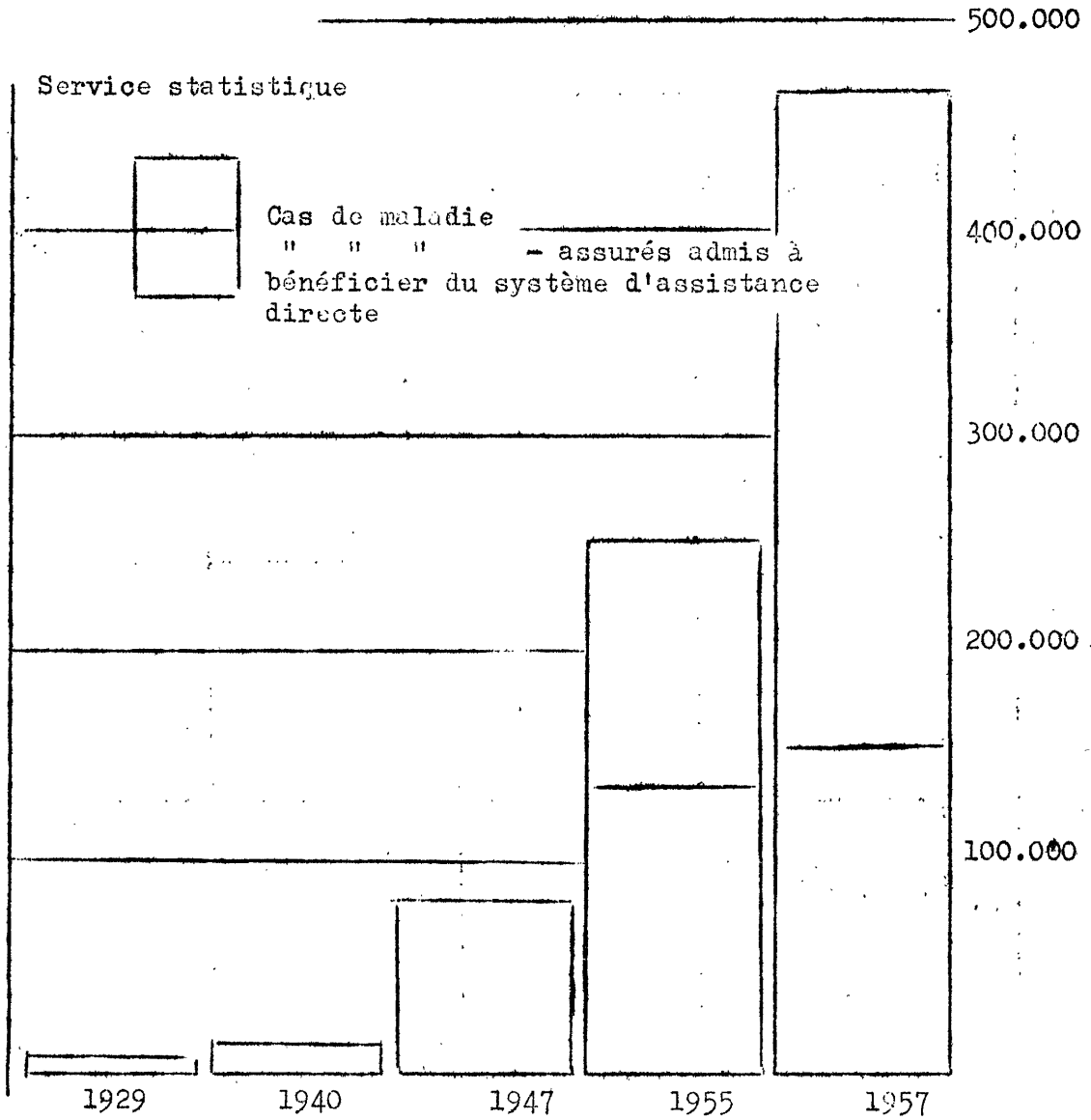
(1) - Y compris les dépenses générales au titre des dispensaires et les remboursements supplémentaires.

Fonds national de Prévoyance  
pour les Fonctionnaires des  
Etablissements de Droit  
public (ENPDEP)

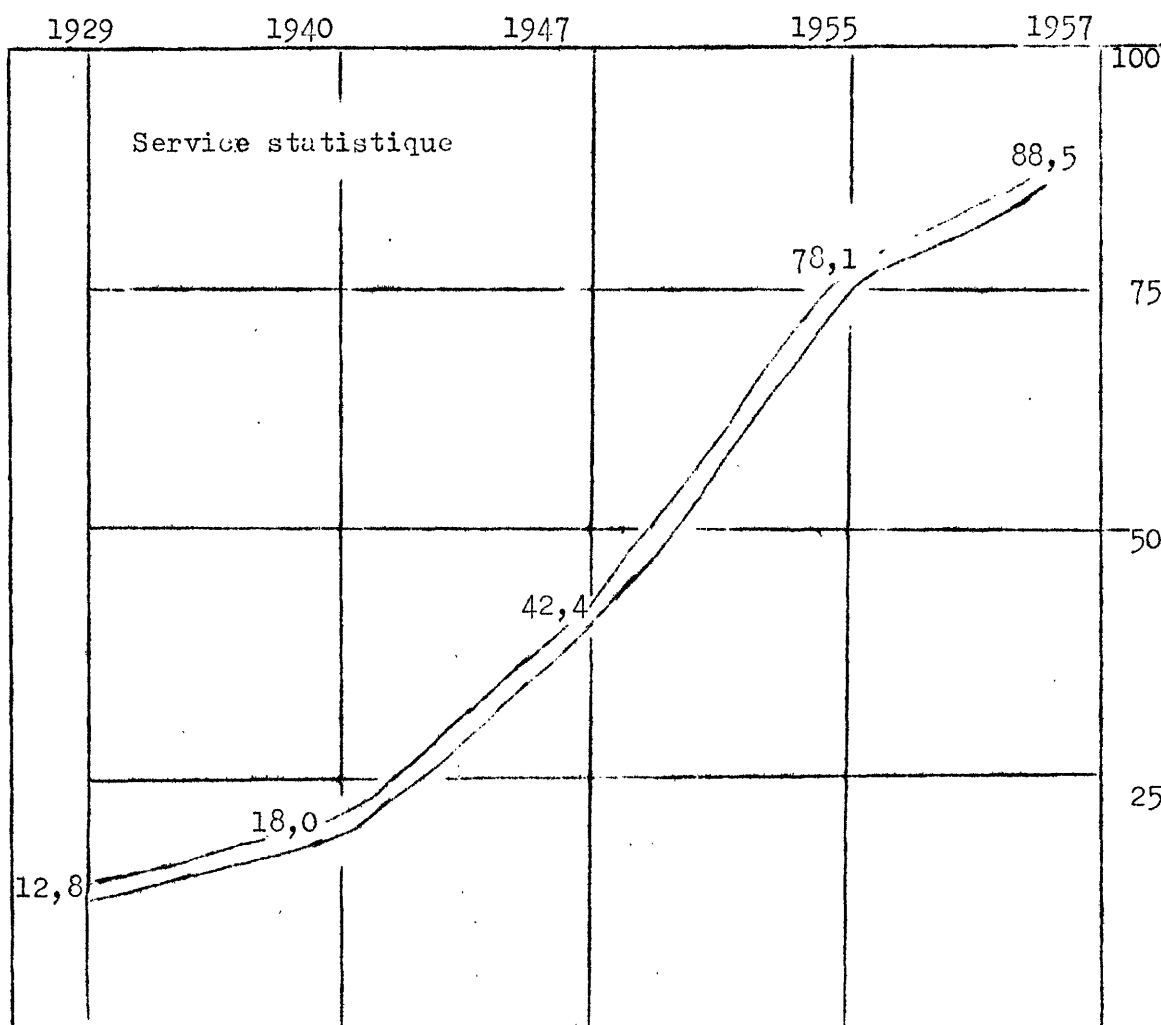
Service statistique



Fonds national de Prévoyance  
pour les Fonctionnaires des  
Etablissements de Droit  
public (ENPDEP)



Fonds national de Prévoyance  
pour les fonctionnaires des  
Etablissements de Droit  
public (ENPDEP)



FREQUENCE DES CAS DE MALADIE, EN POURCENTAGE DU NOMBRE DES ASSURES

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

---

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance-invalidité générale - professionnelle

Assurance-vieillesse

Assurance-survivants

ITALIE

GENEVE 1959

TABLE DES MATIERES

	Page
<b>Assurance-Invalidité</b>	202
Antécédents historiques	202
Structure	204
Champ d'application	205
Conditions d'attribution de la pension d'invalidité	207
Définition de l'invalidité	208
Examen médical	209
Prévention et traitement de l'invalidité	209
Montant de la pension	210
Ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques	212
Financement	212
 <b>Assurance-vieillesse</b>	 214
Conditions d'attribution de la rente de vieillesse	214
Montant de la rente	215
 <b>Assurance-survivants</b>	 216
Antécédents historiques	216
Conditions d'attribution de la rente de réversibilité	216
Montant de la rente	217

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

I T A L I E

ASSURANCE INVALIDITE GENERALE - PROFESSIONNELLES.

-o-o-o-

ANTECEDENTES HISTORIQUES - GRANDES ETAPES. <sup>1)</sup>

En Italie, la protection contre les risques d'invalidité et de vieillesse a passé par deux phases: la phase de l'assurance facultative, de 1898 jusqu'à la guerre 1915-1918, et celle de l'assurance obligatoire de 1919 jusqu'à nos jours.

L'assurance facultative a été instituée par la loi n°350 du 17 Juillet 1898; cette mesure qui avait fait l'objet de nombreuses propositions et de débats prolongés au parlement, répondait aux espoirs et aux revendications des organisations de travailleurs.

L'assurance, à laquelle pouvaient s'affilier les travailleurs de l'un et l'autre sexes, était alimentée par les cotisations des ouvriers eux-mêmes, et par une contribution de l'Etat.

Cette forme de prévoyance facultative n'eut guère de succès, aussi le principe de l'assurance obligatoire devait-il peu à peu s'imposer dans les congrès organisés par les associations syndicales de travailleurs, les experts et les partis politiques; cette évolution a suivi le même cours que dans divers autres pays d'Europe.

Le premier pas dans la voie de l'assurance obligatoire a été accompli avec la promulgation du décret-loi n°670 du 29 Avril 1917, qui a assujéti à l'assurance-invalidité et vieillesse les travailleurs occupés dans des établissements travaillant pour la défense nationale.

Immédiatement après la guerre, la loi n°603 du 21 Avril 1919<sup>2)</sup> devait astreindre à l'assurance-invalidité et vieillesse

---

1) - La présente section est également valable pour l'assurance-vieillesse.

2) - Bulletin de l'Office international du travail, 1919, p.112

tous les travailleurs salariés; l'assurance était financée par les cotisations, d'un montant égal, qui étaient payées par les travailleurs eux-mêmes et par les employeurs, et étaient proportionnelles au salaire, et par une contribution de l'Etat, qui prenait la forme d'un complément de pension; le système financier se fondait sur le principe de la capitalisation.

La plus importante des étapes ultérieures de l'évolution de cette branche de la prévoyance sociale a été marquée par la promulgation du décret-loi n°636 du 14 Avril 1939<sup>1)</sup>, qui fut imposée par la nécessité d'ajuster les cotisations et les prestations de façon à compenser la diminution du pouvoir d'achat de la monnaie, et d'apporter également au régime certains autres aménagements tendant soit à réduire le volume du chômage en abaissant l'âge de la retraite, soit à établir le principe de la réversibilité des pensions en faveur des membres de la famille de l'assuré.

La première des modifications susmentionnées n'eut que des effets de brève durée, car le pouvoir d'achat de la monnaie devait subir pendant les dernières années de la guerre et les années d'après-guerre une très forte diminution, qui réduisait à nouveau la valeur réelle des pensions. De même que d'autres pays, l'Italie dut donc recourir à des mesures d'urgence, qui eurent pour effet de niveler sensiblement les prestations, et le système de la répartition se substitua presque entièrement à celui de la capitalisation.

La loi n°213 du 4 Avril 1952 a attribué un rôle prépondérant au principe de la répartition (environ 98 pour cent) dans la gestion de l'assurance et elle a rétabli la proportionnalité des prestations aux cotisations versées, tout en fixant des montants minima de rentes.

Il n'a été possible d'imposer l'assurance obligatoire en faveur des travailleurs agriculteurs, qui était prévue dès 1919, mais qui n'a reçu qu'une application limitée pendant longtemps, que lorsque la loi eut établi un système autonome particulier de recouvrement des cotisations et déterminé les ayants-droits aux prestations (loi n°2.138 du 28 Novembre 1938).

En 1957, la loi n°1.047 du 26 Octobre a étendu le champ d'application de l'assurance invalidité-vieillesse à une catégorie importante de travailleurs indépendants, les cultivateurs indépendants, métayers et fermiers.

#### STRUCTURE.

La gestion de l'assurance-invalidité, - de même que celle des régimes d'assurances invalidité, vieillesse, survivants



chônage et allocations familiales - est confiée à l'Institut National de la Prévoyance Sociale, organisme public doté de la personnalité juridique, qui s'acquitte des tâches qui lui incombent par l'intermédiaire de ses organes directeurs-Président, Conseil d'administration et Comité exécutif - et de ses services administratifs.

C'est le Président qui assure la représentation légale de l'Institut. Il est nommé par le Président de la République, et son mandat est de quatre ans.

Le Conseil d'administration, dont les membres sont désignés par décret du chef d'Etat, se compose de représentants des employeurs des diverses branches d'activité (industrie, agriculture, commerce, crédit et assurance), des travailleurs (mêmes branches), et des diverses organisations syndicales, des cultivateurs indépendants, métayers et fermiers, du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, du ministère des Finances, du Ministère de l'Agriculture et des Forêts, du Ministère de l'Industrie et du Commerce, du Ministère de la Marine marchande et du Ministère de la Santé Publique.

Le Conseil d'administration choisit et élit en son sein les membres du Comité exécutif, qui, à une échelle réduite, a la même composition que le Conseil d'administration. Outre les organes directeurs, il existe des comités spéciaux pour chaque assurance, fonds ou caisse dont la gestion incombe à l'Institut. Il s'agit d'organes techniques relevant du Conseil d'administration, lequel les consulte sur les questions touchant la gestion des divers organismes; ils sont institués par décret du Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale, et présidés par le Président de l'Institut National de la Prévoyance Sociale; ils se composent d'experts désignés par les organisations d'employeurs et de travailleurs, de représentants des ministères et instituts compétents, et du Directeur Général de l'Institut National de la Prévoyance Sociale.

Les services administratifs comprennent la direction générale, dix services départementaux d'inspection (régionaux ou interrégionaux) et 92 sièges provinciaux. Le Directeur général est à la tête de l'ensemble des services administratifs.

#### CHAMP D'APPLICATION.<sup>1)</sup>

Aux termes de la loi n°603 du 21 Avril 1919, étaient soumises à l'obligation de l'assurance invalidité (et vieillesse) les personnes de l'un et l'autre sexes, âgées de plus

---

1)- La présente section est également valable pour l'assurance-vieillesse.

de 15 ans et de moins de 65 ans et travaillant pour le compte d'autrui, à l'exclusion des employés recevant une rémunération supérieure à 350 lires par mois et des agents de l'Etat, des provinces, des communes et des institutions publiques de bienfaisance bénéficiant d'un régime de pension,

Le décret-loi n°1.827 du 4 Octobre 1935<sup>1)</sup> a étendu l'obligation de l'assurance aux employés dont la rétribution mensuelle était inférieure à 300 lires, et le décret-loi N°636 du 14 Avril 1939 devait porter ultérieurement cette limite de revenus à 1.500 lires. Le second de ces décret modifiait d'autre part les âges-limite inférieurs et supérieurs d'affiliation à l'assurance, et fixait le premier à 14 ans et le second à 60 ans, pour les hommes, et à 55 ans, pour les femmes.

La loi n°633 du 28 Juillet 1950 a étendu l'obligation de l'assurance à tous les employés, sans limite de rétribution aucune et la loi n°218 du 4 Avril 1952 a supprimé toute limite d'âge supérieure pour l'affiliation à l'assurance obligatoire.

Récemment, suivant la tendance à étendre la protection de l'assurance aux travailleurs indépendants qui se manifeste également dans d'autres pays, les autorités compétentes ont étendu le champ d'application de l'assurance invalidité et vieillesse (loi n°1047 du 26 octobre 1957) aux cultivateurs indépendants, métayers et fermiers (on n'a pas jugé devoir englober dans le champ d'application de l'assurance-survivants ces catégories de travailleurs en raison de la nature particulière du travail agricole, qui est accompli par tous les membres de la famille; on a donc considéré que, sauf dans certains cas expressément prévus par la loi, le décès du chef de la famille ne prive pas la famille de toutes ses sources de revenus); mais l'assurance survivants ont été étendues aux pêcheurs de la petite pêche et des eaux intérieures (loi n°250 du 13 mars 1958).

Ainsi on constate qu'à l'heure actuelle, tous les travailleurs, ouvriers ou employés, sans distinction de nationalité, qui sont âgés de 14 ans et accomplissent un travail rétribué pour le compte d'autrui, quel que soit le montant de leur rétribution, sont assujettis à l'assurance-invalidité (vieillesse et survivants), de même que certaines catégories de travailleurs indépendants, cultivateurs indépendants, métayers et fermiers, pêcheurs de la petite pêche et des eaux intérieures).

---

1)- D.I.T., Série législative, 1935. - It. 5.

CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE LA PENSION D'INVALIDITE.

Aux termes de la loi de 1919, qui a institué l'assurance invalidité et vieillesse obligatoire, le droit à pension était ouvert à n'importe quel âge, en cas d'incapacité permanente de travail reconnue, si l'intéressé avait payé au moins 120 cotisations de quinzaine, effectives ou assimilées (les périodes de service militaire obligatoire ou volontaire, les périodes de guerre, de même que les périodes de maladie n'excédant pas une année, étaient considérées comme des périodes de cotisation).

En conséquence, il pouvait arriver et, de fait, il arrivait assez souvent que la pension fût servie à des travailleurs qui étaient affiliés au régime d'assurance depuis peu, ou qui avaient cessé depuis un certain temps d'exercer une activité lucrative, mais pouvaient faire valoir leurs droits à pension au titre d'une période de cotisation accomplie longtemps auparavant.

Le décret-loi n°1827 du 4 Octobre 1935<sup>1)</sup> devait remédier à cet état de choses en subordonnant l'ouverture du droit à pension à deux conditions essentielles: une période de stage (période minimum de cinq ans, depuis la date du début de l'assurance) et une période minimum d'une année de cotisation effective au cours des cinq années précédant la demande de la pension, pour autant que l'assuré pût faire valoir au moins 240 semaines de cotisation effectives assimilées (somme des périodes de cotisation assimilées et des périodes d'interruption obligatoire ou facultative du travail, en cas de grossesse et d'accouchement).

Le décret-loi royal n°636 du 14 Avril 1939 a supprimé la condition du nombre minimum de semaines de cotisation et fixé une limite minimum pour le montant des cotisations, qui pouvait varier selon la qualification (ouvriers et employés) et la branche d'activité dans laquelle la profession était exercée (agriculture ou autres branches d'activité).

Du fait de la dévaluation de la monnaie qui s'est produite pendant la guerre et les années d'après-guerre, les montants minima furent bientôt largement dépassés, de sorte qu'il fut extrêmement facile aux travailleurs de réunir les conditions ouvrant droit à pension, même lorsqu'ils n'avaient travaillé qu'à titre occasionnel et pendant très peu de temps pour le compte d'autrui. De ce fait le nombre des pensionnés augmenta sensiblement, si bien que les charges imposées aux personnes actives allaient croissant, et qu'il devenait très

---

1) - B.I.T., Série législative, 1935. - It. 5.

difficile de réévaluer les pensions dans des proportions appropriées.

La loi n°218 du 4 Avril 1952 a supprimé les montants minima de cotisation et subordonné à nouveau l'ouverture du droit à pension à l'accomplissement d'une période minimum de cotisation de cinq ans (à cet effet, on tient compte soit des périodes de cotisation effectives, soit des périodes qui y sont assimilées bien qu'elles n'aient pas donné lieu au paiement de cotisations, notamment des périodes de chômage couvertes par des prestations et des périodes pendant lesquelles l'assuré a suivi un traitement en sanatorium aux frais de l'assurance tuberculeuse), pour autant que l'assuré ait accompli la période d'affiliation prescrite (cinq ans depuis la date du début de l'assurance) et qu'il puisse faire état d'une année de cotisation effective au cours des cinq dernières années.

#### DEFINITION DE L'INVALIDITE.

La législation sociale italienne ne reconnaît le droit à la rente d'invalidité qu'en cas d'invalidité "absolue", (à savoir l'invalidité qui empêche une personne d'exercer toute forme d'activité rétribuée correspondant à ses aptitudes et à sa capacité intellectuelle) mais elle ne le reconnaît pas en cas d'invalidité spécifique (invalidité de la personne qui devient inapte à l'exercice de son métier ou de sa profession habituelle).

Cette distinction s'explique par le double souci d'offrir à la fois une garantie et une compensation aux travailleurs qui ont perdu une partie de leur capacité de gains parce qu'ils sont frappés d'invalidité et de protéger les intérêts de la société: il ne faut pas empêcher de participer activement à la production ceux qui, alors même qu'ils sont devenus inaptes à l'exercice de leur activité spécifique, conservent néanmoins une certaine capacité de travail et peuvent être réadaptés à l'exercice d'une activité lucrative dans d'autres secteurs.

Pour ce qui est des antécédents historiques, il convient de rappeler que la loi portant création de l'assurance invalidité subordonnait l'attribution de la rente à l'existence d'une incapacité permanente, mais que le décret-loi n°1827 du 4 Octobre 1935 prévoyait une "invalidité permanente absolue".

Par la suite, le décret-loi n°636 du 14 Avril 1939 <sup>1)</sup> devait préciser que l'invalidité s'entendait d'une "incapacité de gain" et fixait à des taux différents pour les ouvriers et les employés, la limite de la capacité de gain au-dessous de laquelle l'invalidité donne lieu au versement d'une rente.

L'article 10 du dit décret disposait:

"Est considéré comme invalide l'assuré dont la capacité de gain, dans des occupations répondant à ses aptitudes, est réduite de façon permanente, en raison d'infirmité ou de défaut physique ou mental, à moins d'un tiers de son gain normal, si c'est un ouvrier, ou à moins de la moitié, si c'est un employé".

La rente d'invalidité est supprimée lorsque la cause de l'invalidité disparaît (guérison totale ou amélioration stable de l'état de santé, ou amélioration fonctionnelle des organes ou membres atteints) soit parce que l'assuré s'est réadapté à l'exercice d'une activité lucrative et a effectivement repris un emploi stable qui correspond réellement à ses aptitudes et lui a été donné indépendamment de toute considération d'ordre humanitaire (à condition, bien entendu, que le gain soit supérieur au tiers de ce qu'il aurait été dans les conditions normales).

Si l'assuré utilise sa capacité de travail résiduelle pour travailler au service de tiers, il reste assujéti à toutes les obligations imposées par l'assurance. Dans cette hypothèse, les cotisations qu'il verse lui donnent droit, s'il perd sa capacité résiduelle de travail, ou lorsqu'il atteint l'âge ouvrant droit à la rente de vieillesse, à un supplément de rente.

#### EXAMEN MEDICAL.

L'invalidité de l'assuré qui sollicite une rente est déterminée au moyen d'un examen médical, et de tout autre examen clinique qui semble nécessaire. Si l'assuré refuse de se soumettre à un examen médical, l'institution d'assurance est fondée à rejeter la demande de rente.

#### PREVENTION ET TRAITEMENT DE L'INVALIDITE.

Pour compléter l'activité qu'il déploie dans le domaine de l'assurance, l'Institut National de la Prévoyance Sociale s'occupe également de la prévention et du traitement de l'invalidité (établissements de convalescence, stations

---

1) - B.I.T., Série législative, 1939 - It. 1.

thermales.

La loi de 1919 autorisait déjà l'institution d'assurance à pourvoir, avec l'assentiment de l'assuré, au traitement nécessaire lorsqu'il était possible d'éviter et de retarder une invalidité constatée par des soins ou par un traitement dans un établissement hospitalier.

Le décret-loi n°1827 du 4 Octobre 1935, qui est toujours en vigueur, dispose que l'assuré qui ne veut pas renoncer à sa rente est tenu de se soumettre aux traitements médicaux ou interventions chirurgicales que l'Institut National de la Prévoyance Sociale estime nécessaires.

#### MONTANT DE LA PENSION.

Aux termes de la loi n°603 du 21 Avril 1919, la rente d'invalidité, de même que la rente de vieillesse, se composaient de deux éléments, dont l'un correspond aux versements de l'assuré et de l'employeur (66% du produit total des 120 premières cotisations hebdomadaires, 50% des 120 cotisations suivantes et 25% des autres cotisations) et l'autre à la participation de l'Etat (qui avait été fixée à 100 lires par an).

Le décret-loi n°1827 du 4 Octobre 1935 a fixé comme suit la partie de la pension correspondant aux cotisations versées: une fraction de base égale au quintuple de la cotisation annuelle moyenne obligatoire, plus une fraction supplémentaire égale à  $\frac{3}{10}$  du montant total de toutes les cotisations obligatoires versées; de plus, la rente était augmentée de un dixième pour chaque enfant à la charge du pensionné âgé de moins de 18 ans ou âgé de plus de 18 ans, mais inapte au travail.

Le décret-loi n°636 du 14 Avril 1939 a modifié à nouveau les modalités de liquidation de la rente qui, alors que la participation de l'Etat restait fixée à 100 lires par an, a été exprimée en pourcentage déterminé (54%, 39%, 24% pour les hommes, et 43%, 31% et 19% pour les femmes à calculer sur la base des 700 premières lires, des 700 lires suivantes, et de 24% du surplus des cotisations pour les femmes).

Immédiatement après la guerre, diverses allocations et indemnités (allocation complémentaire en 1945, indemnité de charité de vie et allocations ordinaires de secours en 1947, et allocations extraordinaires de secours en 1949) ont été ajoutées aux rentes calculées en fonction des cotisations versées, à la participation de l'Etat, et aux majorations au titre des enfants (depuis, ces rentes sont appelées communément rentes de base), en vue d'adapter les prestations au coût de la vie.

Etant donné, surtout, qu'il était impossible d'ajouter encore aux charges imposées à la production, ces suppléments n'ont pas pu être calculés proportionnellement au montant de la pension de base: toutefois, afin d'assurer à tous les pensionnés un minimum considéré comme incompressible, ils ont été fixés soit dans chaque cas d'espèce, soit en fonction inversement proportionnelle au montant des rentes. Ce mode de faire a contribué à porter les rentes à un niveau à peu près uniforme et généralement bas; la réforme de 1952 a porté remède à cet état de choses, en remplaçant les allocations et indemnités existantes par une allocation unique d'ajustement qui devait s'élever à 44 fois la rente elle-même, et qui est maintenant égale à 54 fois la rente (loi n°55 du 20 Février 1958).

De plus, la loi de 1952 prévoyait l'attribution, à l'occasion des fêtes de fin d'année, d'une treizième mensualité de la rente ajustée.

Même si les systèmes de calcul ont différé, le montant de la rente a toujours été déterminé en fonction du montant des cotisations effectivement versées et des cotisations assimilées au titre des périodes de service militaire, de maladie, de grossesse et d'accouchement, de chômage, de traitement dans des sanatoria ou des dispensaires gérés par l'assurance tuberculeuse.

Actuellement, la rente annuelle de base est déterminée en fonction des cotisations, à quelque catégorie qu'appartienne l'assuré; elle atteint les pourcentages suivants:

	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>
- Premières 1.500 liras de cotisations.....	45%	33%
- 1.500 liras suivantes de cotisations.....	33%	26%
- Cotisations supplémentaires.....	20%	20%

Etant donné qu'actuellement la rente courante est égale à 54 fois la rente de base, et que celle-ci est fonction directe des cotisations versées par chaque travailleur, on peut dire que la loi n°218 du 4 Avril 1952 a établi un rapport rigoureux entre cotisations et prestations. La règle se trouve tant soit peu tempérée, cependant, du fait de l'existence de montants minima fixés par la loi sus-mentionnée, ce qui s'explique par des exigences d'ordre moral et social évidentes.

Après deux augmentations récentes (1er janvier et 1er juillet 1958) les rentes minima ont été fixées à 114.000 lires pour les rentes de vieillesse payables aux assurés ayant dépassé 65 ans ainsi que pour les rentes de vieillesse et pour les rentes de reversibilités.

Si le bénéficiaire d'une rente d'invalidité a également droit à une rente d'incapacité permanente au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, la rente d'invalidité est ramenée à un montant tel, que majorée de la rente liquidée en vertu de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, elle ne dépasse pas la rétribution annuelle de l'assuré. On ne tient pas compte à cet effet des suppléments pour enfants, ni de l'allocation qui est éventuellement accordée au titre de la personne dispensant des soins à l'assuré.

#### AJUSTEMENT DES PENSIONS AUX VARIATIONS DES FACTEURS ECONOMIQUES.

La législation italienne n'établit aucun système automatique d'ajustement de rentes aux variations des facteurs économiques. Toutefois, le mode de calcul des rentes de l'assurance sociale - qui sont constituées, on l'a vu, d'une rente de base et d'une allocation d'ajustement qui est égale au montant de la rente de base multiplié par un coefficient donné - est tel que le législateur peut en tout temps modifier le dit coefficient, aménager le montant global de la rente et l'adapter pour tenir compte aussi bien d'éventuelles baisses du pouvoir d'achat de la monnaie, que d'une augmentation éventuelle de la productivité.

#### FINANCEMENT.

L'assurance-invalidité qui, on le répète, forme un tout avec l'assurance vieillesse et l'assurance survivants, est alimentée par les cotisations versées par la population active - dont les 2/3 environ sont à la charge des employeurs, la différence étant couverte par les travailleurs - et par une contribution de l'Etat.

La cotisation est versée sous deux formes différentes: d'une part les cotisations d'assurance proprement dites - appelées aussi cotisations de base - qui s'accumulent selon l'ancien système de capitalisation et dont la rente de base est fonction, et les cotisations complémentaires, qui sont destinées à être réparties et alimentent donc le "Fonds de péréquation des pensions et d'assistance maladie aux pensionnés", sur lequel sont prélevés les crédits nécessaires pour



financer l'allocation d'ajustement qui, on l'a vu, est actuellement égale à 55 fois la rente de base.

Les cotisations de l'assurance qui, avant 1946, étaient payées pour moitié par les employeurs et pour moitié par les travailleurs- et qui, depuis lors sont entièrement à la charge des employeurs- varient selon des classes de rétribution qui s'échelonnent entre 13.400 liras au minimum et 356.600 liras au maximum par mois; elles sont généralement payées au moyen de timbres mensuels ou hebdomadaires appliqués sur une carte établie au nom de l'assuré qui, lorsque le travailleur est également assujéti à d'autres assurances, comprend également les cotisations au titre des assurances contre le chômage et contre la tuberculose.

Les cotisations complémentaires sont fonction (pourcentages fixés chaque année par décret du Président de la République) de la rétribution brute du travailleur, et elles sont à la charge de l'employeur, à raison des 2/3, et de l'assuré, à raison d'un tiers.

Outre sa participation annuelle de 100 liras qui vient s'ajouter à la rente de base, l'Etat contribue également comme suit aux charges de l'assurance:

- 1) Participation, à concurrence du quart, aux dépenses entraînées par l'ajustement des rentes;
- 2) Contribution forfaitaire aux charges imposées par les rentes minima fixées;
- 3) Contribution forfaitaire aux charges entraînées par les rentes d'invalidité et vieillesse des cultivateurs indépendants, métayers et fermiers, dont le montant augmente progressivement avec le temps.

L'assurance invalidité-vieillesse et survivants qui, jusqu'à la dévaluation de la lire, après la deuxième guerre mondiale, était basée sur le système de la capitalisation (les cotisations étant calculées d'après la méthode de la prime moyenne générale) repose maintenant sur un système mixte de répartition et de capitalisation. Toutefois, le système de capitalisation revêt une importance relativement secondaire, puisqu'il est alimenté par les cotisations d'assurance (ou cotisations de base) qui s'élèvent à moins de 2% des recettes totales de l'assurance, alors que le montant des cotisations proportionnelles ou "complémentaires" qui alimentent le "fonds de péréquation" déjà mentionné permet de faire face d'année en année aux charges entraînées par l'attribution des allocations d'ajustement.

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

I T A L I E

ASSURANCE - VIEILLESSE.

Pour ce qui est des indications relatives aux antécédentes historiques, à la structure, au champ d'application, à l'aménagement et au financement de l'assurance, se reporter aux paragraphes correspondants de la section relative à l'assurance-invalidité.

CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE LA RENTE DE VIEILLESSE.

En vertu de la loi n°603 du 21 Avril 1919, le droit à rente s'ouvrait à l'âge de 65 ans accomplis, lorsque l'assuré avait versé au moins 240 cotisations de quinzaine.

Aux fins de l'ouverture du droit à rente et de la détermination du montant de la rente, étaient assimilées aux périodes de cotisation les périodes de service militaire et les périodes de maladie, et ce dans les mêmes conditions que pour la rente d'invalidité.

Le décret-loi n°1827 du 4 Octobre 1935 a établi la condition de durée d'affiliation (période minimum de 10 ans à compter du paiement de la première cotisation) et elle a abrogé les dispositions précédemment en vigueur qui fixaient un nombre minimum de cotisations de quinzaine et exigeait que l'assuré fasse valoir au moins 480 semaines de cotisation.

Le décret-loi n°636 du 14 Avril 1939, qui a remplacé le critère du nombre minimum de semaines de cotisation par celui du montant global minimum des cotisations, a ramené l'âge ouvrant droit aux prestations de l'assurance vieillesse à 60 ans, pour les hommes, et à 55 ans pour les femmes, et elle a porté de 10 à 15 ans la durée de la période d'affiliation à l'assurance.

On a déjà indiqué que la loi n°218 du 4 avril 1952 a de nouveau subordonné l'ouverture du droit à rente à l'existence d'une période minimum de cotisation, effective ou assimilée, et, pour l'assurance vieillesse, elle en a fixé la durée à 15 ans.

La même loi a abaissé de 5 ans l'âge ouvrant droit à rente dans le cas des aveugles, et ramené la durée de la période minimum d'affiliation de 15 ans à 10 ans pour les aveugles

et pour ceux qui avaient eu droit à l'assurance avant le 1er mai 1939, à condition qu'ils soient d'un âge supérieur à 45 ans, (hommes) et à 40 ans, (femmes).

Les titulaires de pensions à la charge de l'Etat, des institutions de prévoyance gérées par le ministère des Finances, ou de toute autre caisse ou fonds que la loi autorise à se substituer au régime d'assurance obligatoire pour l'invalidité, la vieillesse et les survivants, ne peuvent percevoir une rente au titre de l'assurance susdite, même s'ils remplissent toutes les conditions requises. Ils ont droit à un supplément de rente calculé selon les mêmes critères que dans le cas des pensionnés qui continuent à travailler (voir paragraphe suivant).

#### MONTEANT DE LA RENTE.

La rente de vieillesse est calculée selon les mêmes modalités que la rente d'invalidité, et elle est exigible à partir du premier jour du mois suivant le mois pendant lequel l'assuré atteint la limite d'âge, pour autant qu'il remplisse les conditions requises et présente expressément une demande à cet effet.

L'assuré qui a droit à la rente et qui ne fait valoir ses droits que plusieurs années complètes après la limite d'âge fixée, a droit à une majoration proportionnelle au montant de la rente elle-même (qui, pour les femmes, peut varier entre 3 pour cent au minimum et 22 pour cent au maximum, au titre des années comprises entre 55 et 60 ans, et pour tous les assurés entre 6 pour cent au minimum et 40 pour cent au maximum, au titre des années comprises entre 61 et 65 ans).

Le titulaire d'une rente de vieillesse ou d'invalidité qui continue à exercer une activité rétribuée au service d'autrui et reste donc régulièrement affilié à l'assurance reçoit un supplément de rente égal à 20 pour cent des cotisations de base versées depuis qu'il est admis à bénéficier de la rente.

Le supplément en question entre également en ligne de compte dans le calcul de l'allocation d'ajustement (qui atteint actuellement, on l'a vu, 55 fois le montant de la rente de base).

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

I T A L I E

ASSURANCE - SURVIVANTS.

ANTECEDENTS HISTORIQUES.

La loi n°603 du 21 avril 1919 disposait que dans le cas où un assuré décèderait avant la liquidation de sa pension, un secours mensuel d'un montant déterminé serait alloué à la veuve ou, à défaut de veuve, aux enfants de moins de 15 ans; le décret-loi n°1827 du 4 Octobre 1935 a subordonné le versement de cette prestation à la condition que l'assuré puisse faire valoir au moins une année de cotisation effective au cours des cinq années ayant précédé le décès de l'assuré.

Le décret n°636 du 14 avril 1949, dont les dispositions sont entrées en vigueur le 1er janvier 1945, a institué la reversibilité des pensions, mais uniquement au bénéfice des survivants (conjoint et orphelins) des assurés décédés après le 31 décembre 1944 et des titulaires de rentes qui avaient obtenu leur rente à une date postérieure.

Sont donc restés exclus du bénéfice du droit à pension de reversibilité les survivants d'assurés décédés avant le 1er janvier 1945, de même que les survivants des assurés qui avaient obtenu leur rente avant la date susmentionnée, même si le titulaire de la rente était décédé après la dite date.

La loi n°55 du 20 février 1958 a également étendu le droit à la rente de reversibilité aux survivants d'assurés décédés avant le 31 décembre 1944 et de pensionnés dont la rente avait été liquidée avant la dite date.

CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE LA RENTE DE REVERSIBILITE.

Ont droit à la rente, les survivants du pensionné décédé dont la pension d'invalidité ou de vieillesse a déjà été liquidée ou de l'assuré qui, au moment du décès, réunissait déjà les conditions requises pour l'attribution de la pension d'invalidité ou de vieillesse.

Aux fins du dit régime, sont considérés comme survivants:

- la veuve;
- le veuf inapte au travail, selon les critères appliqués pour l'assurance-invalidité;
- les enfants qui n'ont pas dépassé l'âge de 18 ans et qui n'exercent pas une activité lucrative;
- les ascendants, en l'absence d'autres survivants, pour autant qu'ils aient dépassé l'âge de 65 ans, qu'ils ne soient pas au bénéfice d'une rente individuelle, et qu'ils aient été antérieurement à la charge de l'assuré ou du pensionné.

MONTANT DE LA RENTE.

La pension de survivants est due à compter du premier jour du mois suivant le décès, et elle représente une fraction déterminée de la pension qui a déjà été liquidée ou à laquelle l'assuré aurait eu droit, non compris les suppléments au titre des enfants; elle atteint les pourcentages suivants:

- a) conjoint seul ou enfant seul:..... 50%
- b) conjoint et enfants:
  - conjoint:..... 50%
  - à chacun des enfants, jusqu'à deux enfants..... 20%
  - à chacun des enfants, s'il y a trois enfants ou plus, le pourcentage que l'on obtient en divisant 50% de la rente en fractions égales;
- c) enfants seulement:
  - à chaque enfant, jusqu'à trois enfants:..... 30%
  - à chaque enfant, s'il y a quatre enfants ou plus, le pourcentage que l'on obtient en divisant en fractions égales la rente complète;
- d) parents:
  - le père ou la mère..... 15%
  - père et mère (à part égale).... 30%

Le conjoint survivant, qui perd son droit à la rente s'il contracte un nouveau mariage, a droit à une indemnité unique égale à deux mensualités de la rente.

Pour toutes autres questions, se reporter aux indications données à propos de l'assurance-invalidité.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

---

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Accidents du Travail et Maladies Professionnelles

ITALIE

GENEVE 1959

Table des matières

	<u>Page</u>
Antécédents historiques - Grandes étapes	220
Eventualités couvertes	240
Soins médicaux - prothèses	257
Montant de la rente	261
Financement	272
Rééducation fonctionnelle et professionnelle	283

ANTECEDENTES HISTORIQUES: GRANDES ETAPES.

1.- Etude de la question de l'assurance contre les accidents du travail jusqu'à la promulgation de la loi n°80 du 17 Mars 1898.

Historiquement, l'assurance contre les accidents du travail a été la première forme de prévoyance sociale qui eût été instituée dans le cadre du régime juridique italien. En effet, la loi fondamentale qui a établi cette assurance pour le secteur de l'industrie date de 1898, et il a fallu attendre une vingtaine d'années encore pour qu'elle fût assortie d'une loi instituant l'assurance invalidité et vieillesse.

Toutefois, la question de l'indemnisation des travailleurs victimes d'accidents du travail avait déjà été soulevée antérieurement. En Europe, elle n'est que l'une des données du problème plus vaste de la protection des salariés qui s'est posé avec beaucoup d'acuité dans le courant du dix-neuvième siècle, lorsque la "révolution industrielle" a creusé un sillon profond entre employeurs et travailleurs et que l'Etat a été amené, de ce fait, à intervenir par le biais de la législation sociale en vue de rétablir l'équilibre perturbé.

Le problème de l'unité nationale avait polarisé toute l'attention de la classe politique dirigeante en Italie, et c'est après l'unification politique de 1870 seulement que l'on peut observer des symptômes d'un véritable développement industriel, avec les répercussions qui en résultent sur le plan sociale. Ce n'est donc qu'après que l'unification politique eut été réalisée que la question de la réparation des accidents du travail s'est imposée à l'attention des experts et des hommes politiques.

L'ouvrier victime d'un accident du travail ne pouvait obtenir réparation du préjudice subi qu'en vertu des seules dispositions de droit commun, en invoquant le principe de la responsabilité extra-contractuelle établi à l'arti-



cle n°1151 du Code Civil de 1865 (actuel article 2043) qui se fonde sur l'autorité de la "lex aquilia de damno".

Toutefois, d'après la jurisprudence, le travailleur en question devait prouver:

- 1.- que l'accident était survenu par la faute de l'entrepreneur;
- 2.- qu'il existait un rapport de cause à effet entre la faute et le préjudice subi.

En fait, ce système n'avait qu'une utilité pratique très limitée pour l'ouvrier accidenté, à la fois parce qu'il éprouvait de difficultés à intenter une action devant les tribunaux et parce que même si cette action lui permettait de faire reconnaître ses droits, il risquait de se trouver face à un entrepreneur totalement ou partiellement insolvable.

De plus, l'indemnisation avait essentiellement lieu longtemps après l'accident alors que le travailleur avait immédiatement besoin d'une assistance financière, surtout en matière de soins médicaux.

D'autre part, les statistiques montrent qu'environ 25 pour cent seulement des cas d'accidents étaient dus à une faute de l'entrepreneur, mais que 50 pour cent étaient provoqués par des causes fortuites ou inévitables, et les autres par la faute de l'intéressé lui-même.

On en vint donc en Italie également à admettre qu'il fallait soustraire le travailleur à l'obligation d'administrer la preuve de la faute de l'entrepreneur et appliquer le principe de l'inversion de la responsabilité de l'administration de la preuve, d'après lequel une fois que l'ouvrier a fourni la preuve de l'accident et du préjudice subi à cause de l'accident, l'employeur doit lui en donner réparation, à moins que ce dernier ne prouve qu'aucune faute ne peut lui être imputée.

C'est du principe de la responsabilité extra-contrattuale avec inversion de la responsabilité de l'administration de la preuve que s'inspiraient les premiers projets de loi relatifs à la réparation des accidents du travail qui ont été soumis au Parlement italien pendant les années 1878/1882: le projet Pericoli en 1878, un projet présenté conjointement par Minghetti, Luzzatti-Villari et Sonnino en 1880 et un projet Berti, Zanardelli en 1882.

Malgré l'approbation de nombreux experts, cette solution donna lieu à de nombreuses critiques: on lui reprochait de saper un système judiciaire de procédure civile et de n'avoir guère d'effet pratique puisqu'on l'avait déjà fait re-

marquer, seul un petit nombre d'actions étaient imputables à une faute de l'entrepreneur, lequel de surcroît pouvait très souvent dégager sa propre responsabilité et prouver que l'accident n'avait pas été provoqué de son fait.

L'autre théorie, celle de la responsabilité contractuelle, qui avait également ses partisans préconisait aussi l'inversion de la charge de l'administration de la preuve.

On estimait que l'entrepreneur qui passait un contrat de location de services quel qu'il fût, s'engageait non seulement à verser à l'ouvrier son salaire, mais encore à protéger sa vie et son intégrité physique; le droit à indemnisation de l'ouvrier découlait donc de l'exécution du contrat. La responsabilité de l'entrepreneur revêtait par là un caractère contractuel, et, pour s'y soustraire, celui-ci devait prouver qu'il avait pris les précautions d'usage en vue d'éviter l'accident. Or, on estimait que cette théorie elle aussi était sans intérêt pratique pour la victime de l'accident; en effet, les accidents provoqués par des causes fortuites ou inévitables ne lui donnaient toujours pas lieu à indemnité, mais l'exercice de son droit se trouvait entravé du fait que l'entrepreneur n'était plus assujéti à une responsabilité extra-contractuelle, mais uniquement à sa responsabilité contractuelle, et n'était donc tenu de prendre les précautions normales du "bonus pater familias" et n'était plus susceptible d'être attaqué par des fautes très légères.

C'est dans ces conditions que le législateur fut amené à chercher la solution du problème, non pas sur le terrain de la procédure, mais sur celui du fond. Il eut donc recours à la théorie de la "responsabilité objective"; le droit à réparation de l'ouvrier ne se fonde plus sur la faute de l'agent ou du commandement, mais sur le seul fait de la chose qui constitue l'objet ou l'occasion du travail, et, partant, de l'accident. Cette conception est fondée sur un principe déjà établi par le Code civil (art. 1153 et suivants du Code civil de 1860) qui établissait la responsabilité en cas de préjudice causé "par les personnes à charge, par les biens propres ou confiés, par l'animal propre ou l'animal utilisé, ou par l'écroulement de l'établissement" et ce, indépendamment du fait que le dommage résulte d'une faute directe ou d'un acte délibéré.

Le problème étant posé sous cet angle, le propriétaire ou l'entrepreneur supporte les conséquences d'un accident sans qu'il soit nécessaire d'établir qui en est responsable; on s'approchait donc de la théorie du "risque professionnel" qui marquait la première étape du long chemin qu'il a fallu

parcourir pour justifier et faire reconnaître efficacement le droit qu'a le travailleur d'être indemnisé au titre d'accident dont il serait victime dans l'accomplissement de son travail.

La reconnaissance de ce principe procède de la considération suivante :

Bien qu'un certain nombre d'accidents doivent être attribués à la faute de l'employeur ou de l'ouvrier, il en est beaucoup encore qui se produisent dans des circonstances imprévues et imprévisibles et qui constituent une charge inéluctable pour l'industrie et tiennent au milieu, aux instruments de travail et au matériel qu'elle utilise et qu'elle transforme. "Si l'on considère la totalité des accidents", disait Fassinato, l'expert bien connu, "ils n'apparaissent plus comme un phénomène imprévisible en présence duquel on puisse parler de faute, de cas fortuit ou de responsabilité, mais plutôt comme une conséquence inévitable de l'industrie elle-même qui les suscite régulièrement. C'est l'industrie qui constitue inévitablement une source perpétuelle de dangers, indépendamment de toute mesure de prévoyance et prévention, aussi est-il juste que ce soit l'industrie elle-même qui supporte les charges qui en résultent".

Toutefois, il aurait été inutile d'affirmer le principe du risque professionnel sans l'assortir de garanties valides qui assureraient l'exécution des obligations incombant aux chefs d'entreprises. C'est ainsi que fut établi l'obligation de l'assurance, afin d'une part de mieux garantir aux accidentés le paiement de l'indemnité, l'entrepreneur étant remplacé par un organisme financièrement plus stable, l'institut d'assurance, et d'autre part de libérer l'entrepreneur des charges excessives qu'il aurait dû supporter en cas d'accidents particulièrement graves ou d'accidents collectifs.

Les divers projets de loi soumis aux organes législatifs entre 1890 et 1897 s'inspiraient plus ou moins du principe du risque professionnel; tout comme le projet de loi des ministres Guicciardini-Cocco Ortu auquel le professeur Ferraris apporta une large contribution et qui devait devenir finalement la loi n°80 du 17 Mars 1898.

2.- L'assurance contre les accidents du travail dans l'industrie et l'agriculture et l'assurance contre les maladies professionnelles dans l'industrie jusqu'en 1935.

On constate donc que la première loi contre les accidents du travail dans l'industrie qui fut promulguée en 1890

a marqué l'aboutissement d'une longue période d'élaboration théorique et jurisprudentielle pendant laquelle on s'est efforcé en dépit de nombreux intérêts divergents de déterminer le principe juridique qui justifie le droit de l'ouvrier à l'indemnité, indépendamment des dispositions du droit commun qui s'étaient révélées inadéquates à cet effet.

L'objet principal de la dite loi était de garantir une réparation financière au travailleur victime d'accidents du travail, le versement de l'indemnité étant assuré en cas d'incapacité de travail permanente, temporaire ou de décès.

L'assurance n'était obligatoire que dans le cas des industries spécifiées par la loi, industries où les probabilités d'accident étaient relativement fortes. Toutefois, elle conservait un caractère exclusivement privé puisqu'elle donnait lieu à un contrat (police) et que la loi laissait à l'employeur une large liberté de choix en la matière: l'affiliation à un organisme créé quelques années plus tôt dans le but précis d'assurer les ouvriers contre les accidents du travail, à savoir la Caisse nationale des accidents, n'était obligatoire que lorsqu'il s'agissait de travaux effectués sous la responsabilité directe de l'Etat, des provinces et des communes, ou qui avaient été donnés en concession ou affermés. Cette Caisse nationale des accidents avait été créée en 1883 sur l'initiative du député Luzzatti, dans le cadre d'une convention conclue entre le ministre de l'agriculture, de l'industrie et du commerce et les caisses d'épargne de Milan, Turin, Bologne, Gênes, Rome, Venise et Cagliari, la banque Monte dei Paschi de Sienne, la banque de Naples et la banque de Sicile, qui avait été approuvée par la loi n° 1473 du 8 juillet 1883.

Dès ses débuts, la loi elle-même et le règlement d'application approuvés par le décret royal n°41 du 25 septembre 1898 furent en butte à de nombreuses critiques que l'on peut résumer comme suit:

- la multiplicité des organismes d'assurance, d'où une concurrence ruineuse;

- la liquidation de l'indemnité à titre d'indemnité permanente sous forme de rente viagère, mais avec la possibilité, qui devint par la suite la règle, d'effectuer un versement en capital. Outre d'autres graves inconvénients, ce système était de nature à inciter les travailleurs à provoquer délibérément des lésions.

Absence pour ainsi dire totale d'assistance curative, abstraction faite de l'obligation imposée à l'entrepreneur d'assumer les frais des premières prestations médicales et pharmaceutiques (article 9).

Indépendamment de l'intérêt indiscutable qu'a présenté la loi, qui a affirmé le principe du risque professionnel et établi le caractère obligatoire de l'assurance, elle avait des insuffisances et des lacunes si nombreuses et si grandes qu'il apparut bientôt nécessaire de la modifier ou la compléter par de nouvelles dispositions législatives. Les divers textes furent coordonnés par la suite et réunis dans le Texte unique N°51 de 1904, qui a réglementé la question jusqu'en 1937.

Ce texte a continué de n'envisager que le seul aspect financier de la réparation.

Par rapport à la loi de 1898, il a apporté certaines améliorations effectives aux prestations en espèce, il a défini de nouveaux critères pour l'attribution de l'indemnité de survivants et élargi le champ d'application de la loi. Par contre, il ne contenait aucune disposition relative à l'assistance en nature, encore que la question eût été très combattue, comme on pourra le voir en se rapportant aux procès-verbaux de la commission qui avait été instituée par le décret ministériel du 21 octobre 1903 pour examiner les propositions de modification de la loi présentées par les entrepreneurs, les industriels et les organismes d'assurance sociale, et pour en établir le règlement d'application.

Pour ce qui est de l'organisme d'assurance, le texte unique de 1904 maintenait le libre choix, mais il plaçait l'employeur face aux possibilités suivantes:

- a) constitution d'une caisse privée;
- b) association à un syndicat d'assurance mutuelle;
- c) assurance auprès d'une compagnie privée;
- d) assurance auprès de la Caisse nationale des accidents.

La liberté de choix n'était limitée que pour les travaux exécutés directement sous la responsabilité de l'Etat, des provinces et des communes ou qui étaient donnés en concession ou affermés, auquel cas, l'assurance devait se faire auprès de la Caisse nationale des accidents, et pour certaines industries où les employeurs étaient obligés de constituer un syndicat d'assurance mutuelle.

Toutefois, le décret-loi n°2051 du 5 décembre 1926 devait conférer aux seuls syndicats d'assurance mutuelle et à la Caisse nationale des accidents la compétence d'assurer les travailleurs contre les accidents du travail, et ce jusqu'à ce qu'en 1933 le législateur confiât la gestion de l'assurance

à un organisme unifié. En effet, la loi n°860 du 29 juillet 1933 a unifié et agrandi la Caisse nationale des accidents qui devint l'Institut national d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (I.N.A.I.L.), organisme de droit public ayant la responsabilité exclusive de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, à l'exception de l'assurance contre les accidents des gens de mer et de l'assurance de certaines catégories de fonctionnaires de l'Etat qui relèvent des administrations respectives.

On avait déjà évoqué la nécessité d'une loi unique propre à assurer la protection des travailleurs victimes d'accidents aussi bien dans l'industrie que dans l'agriculture lors des débats qui précédèrent la promulgation de la loi de 1898 et des textes modificateurs ultérieurs qui concernaient les travailleurs de l'industrie, mais face à la complexité et à la difficulté de la tâche, le législateur se borna à étendre le champ d'application du texte de 1904 à certaines catégories de travailleurs agricoles les plus exposés aux risques d'accidents du travail.

A mesure que la presse et les organisations syndicales approfondissaient l'étude de la question, il apparaissait à l'évidence qu'il fallait élaborer une loi spéciale qui tiendrait compte des conditions matérielles différentes dans lesquelles les travailleurs agricoles exercent leur activité. La première initiative parlementaire dans ce sens date de 1907; c'est le Sénateur Emilio Conti qui présenta le premier objet de loi sur "l'assurance obligatoire des paysans contre les accidents du travail". D'autres projets de loi suivirent jusqu'à la promulgation du décret n°1450 du 23 août 1917 et du règlement d'application approuvé ultérieurement par le décret-loi n°1809 du 21 Novembre 1918.

Par rapport à la loi de 1898, le nouveau texte témoigne d'une orientation et de tendances dont la valeur sociale est incontestable. On pourrait même affirmer que c'est cette loi, et non, comme on le croit communément, la loi de 1935, qui a marqué la transition d'une forme d'assurance de droit privé - c'est le cas de celle qui était prévue par la loi de 1898 à une assurance de droit public - .

La caractéristique première (qui l'emporte sur toutes les autres) de cette nouvelle loi est l'introduction de "l'automatisme" de l'assurance. Les travailleurs auxquels elle s'applique sont "assurés de plein droit contre les accidents du travail dans l'agriculture" (article 1).

Cette disposition constitue une amélioration notable: il suffit de rappeler que dans ce domaine, lorsque le rapport donnant lieu à l'assurance n'était pas établi en raison de la nature du contrat de travail, l'employeur était tenu d'indemniser le travailleur dans les limites des dispositions du droit commun. Le caractère automatique de l'assurance des travailleurs de ce secteur est plus net encore qu'il ne le sera dans le cas des travailleurs de l'industrie visés par la loi de 1935: la loi ne prévoit aucune déclaration d'emploi, aucun enregistrement des travailleurs employés ou des salaires, mais c'est la terre elle-même qui est à la base du système contributif: la propriété agricole est assujettie à une redevance annuelle qui s'ajoute à l'impôt foncier normal et qui, de ce fait, protège tous ceux qui participent à son exploitation.

Il est un autre principe assez significatif qui est énoncé à l'article 18: c'est celui qui astreint l'ouvrier victime d'un accident du travail à l'obligation de suivre un traitement médical si l'organisme d'assurance l'estime nécessaire; encore que ce soit dans une mesure limitée, cette disposition constitue une innovation dans le système d'assurance. On en vient à reconnaître progressivement que l'objet de la prévoyance sociale n'est pas tant de réparer le préjudice financier subi par l'individu que de lui permettre, dans l'intérêt général de la collectivité, de récupérer dans toute la mesure possible sa capacité de travail perdue ou diminuée.

Abstraction faite des modifications secondaires que le décret-loi n°432 de 1923 a apportées au régime d'assurance agricole, à l'effet surtout de freiner certaines spéculations qui menaçaient l'efficacité de la suggestion, il faudra attendre une trentaine d'années pour que des modifications importantes soient introduites dans la loi de 1917, qui contient cependant en germe les principes sur lesquels devrait se fonder la réforme de l'assurance contre les accidents du travail dans l'industrie qui devait être opérée en 1935.

C'est avec un certain retard, par rapport à l'assurance contre les accidents du travail que l'on a institué l'assurance contre les maladies professionnelles dans l'industrie. Il existait cependant dans ce domaine aussi des précédents historiques; il suffira de rappeler l'oeuvre de Bernardino Ramazzini (1633 - 1714) à qui l'on attribue le mérite d'avoir commencé l'étude scientifique de la pathologie du travail et qui, dès la fin du XVIIème siècle, affirmait dans le "De morbis artificum diatriba" que plusieurs métiers pouvaient être générateurs de maladies pour ceux qui les exercent et demandait que l'on prit des dispositions pour empêcher

que le gagne-pain de l'ouvrier ne devienne l'instrument de sa mort. Après le cri d'alarme de Ramazzini, on peut citer quelques autres cas isolés, tel celui de Pietro Verri qui, en 1776, fondait à Milan une société pour la lutte contre les intoxications et la tuberculose des personnes atteintes de saturnisme. Mais de nombreuses années devaient s'écouler avant que ces initiatives se traduisent dans les faits par la promulgation d'un texte législatif.

C'est en 1896 que le député Berenini souleva pour la première fois à la Chambre, la question de l'assurance contre les maladies professionnelles, au cours de la discussion du projet de loi sur l'assurance contre les accidents du travail; puis, à l'occasion de réunions, de congrès, de conférences ou études entreprises par des experts, on affirma la nécessité d'étendre à de nombreuses maladies professionnelles l'assurance contre les accidents du travail.

De fait, une fois admis le principe du risque professionnel, la logique voulait que la protection de l'assurance s'étendît à toutes les lésions que l'organisme humain subirait soit du fait d'un événement imprévu, fortuit - l'accident -, soit du fait de l'utilisation prolongée et continue de substances nocives qui, à tel ou tel moment, provoquent l'apparition d'un état morbide. Mais des difficultés d'ordres divers, d'ordre technique, surtout, s'opposaient à la mise en oeuvre de ces principes. Il fallait en effet définir ce qu'est la maladie professionnelle, en établir le diagnostic, et déterminer le moment où débute l'incapacité de travail, alors que, du point de vue psychologique, l'accident, qui se produit à l'improviste et dans des circonstances exceptionnelles et peut entraîner la mort ou diminuer la capacité professionnelle de l'ouvrier, frappait davantage l'imagination du public et appelait des mesures immédiates. Si le problème des maladies professionnelles resta relégué au second plan par rapport à celui des accidents du travail, c'est aussi à cause de l'opposition de ceux qui réclamaient une assurance contre toutes les maladies; ils craignaient en effet que le problème ne fut négligé une fois que l'on aurait établi l'obligation de l'assurance contre les maladies professionnelles.

Enfin, après que la Conférence internationale du Travail eut adopté à Genève, en 1925, la convention internationale du travail, par laquelle les pays Membres de l'Organisation s'engageaient à instituer dans leur pays respectif l'assurance contre l'intoxication par le plomb et par le mercure et contre l'infection charbonneuse, le législateur affirma, au point n°27 de la Charte du travail (21 avril 1927), son



intention d'instituer en Italie l'assurance contre les maladies professionnelles, intention à laquelle il devait donner suite avec la promulgation du décret n°923 du 13 mai 1929 (qui est entré en vigueur le 1er janvier 1934 seulement, au moment de la promulgation du règlement d'application). De même que dans le cas des accidents du travail, le dit décret a fondé l'assurance sur le principe du risque professionnel, et a imposé les charges qui en résultent aux employeurs.

Toutefois, comme le législateur éprouvait des difficultés d'ordre médical surtout, à faire élaborer une définition de la maladie professionnelle qui permet de distinguer nettement entre l'élément morbide qui est lié à l'exercice de certains métiers et celui qui peut être l'effet de causes courantes sans rapport avec l'exercice de tel ou tel métier, il établit une liste limitée des maladies qu'il estimait devoir donner lieu à réparation en raison de leur gravité particulière; il s'agissait de six maladies au total (intoxications par le plomb, par le mercure, par le phosphore, par le sulfure de carbone et par le benzol et ankylostomiase). Ces maladies devaient avoir été contractées dans l'exercice et à cause des opérations définies dans le tableau même, "à condition que les dites opérations fussent assujetties à l'assurance obligatoire en vertu du texte unique de 1904".

### 3.- Le décret-royal n°1765 du 17 août 1935 et l'évolution ultérieure de l'assurance jusqu'à l'heure actuelle.

La promulgation du décret-royal n°1765 du 17 août 1935, qui devait être complété ultérieurement par le décret-royal n°2276 du 15 décembre 1936, et par le règlement approuvé par le décret n°200 du 25 janvier 1937, marque une étape capitale dans l'évolution de la protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Tout d'abord, ce décret a eu le mérite de réunir en un texte unique les dispositions qui avaient trait à la protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles et à l'assistance aux grands invalides, et il a provoqué la disparition de l'institution qui était chargée spécialement de venir en aide à ces derniers.

Pour ce qui est du fond, on peut affirmer que le décret de 1935 met en évidence le caractère public de l'assurance, et, surtout qu'il en a fait ressortir la nature, l'essence et les fins éminemment sociales. Pour atteindre ces buts, le législateur institue un système établissant automatiquement le rapport d'assurance qui naît non pas par l'effet d'un contrat privé entre employeur et institution d'assurance, mais

"ipso jure", dès que sont réunies les conditions subjectives et objectives prévues par la loi. De plus, l'accidenté a droit aux prestations que l'employeur ait ou non rempli ses obligations envers l'institut d'assurance. Aux termes de l'article 22 du décret, les assurés ont droit aux prestations "même au cas où l'employeur n'a pas satisfait à ses obligations"; ainsi se trouve établie l'automatisme du droit aux prestations, qui avait déjà été instituée en 1917 pour les travailleurs de l'agriculture.

Etant donné le caractère public qu'elle confère à l'assurance, la loi opère une transformation fondamentale dans le domaine des prestations.

S'inspirant d'un principe conforme à l'orientation nouvelle de la politique sociale, le législateur attribue nettement la priorité à l'assistance en nature par rapport à l'indemnisation financière.

Du point de vue moral et social, il semble plus juste de tenter d'améliorer la condition physique de l'accidenté par tous les moyens que la science médicale peut offrir que de lui accorder simplement une indemnité en espèces: et cette préoccupation sert non seulement l'intérêt de l'assuré, mais aussi celui de la collectivité, puisque l'on tend à préserver et à restaurer les forces productives de la nation. A cet effet la loi d'une part affirme le droit du travailleur à l'assistance en nature la plus étendue (traitement, prothèses, cures thermales, rééducation), et, d'autre part, elle lui fait obligation de suivre les traitements qui lui sont nécessaires pour recouvrer au maximum sa capacité de travail.

Les modalités et conditions d'attribution de l'indemnité en espèces ont également fait l'objet d'innovations intéressantes. Outre certaines dispositions prévoyant une amélioration des prestations, il convient d'indiquer notamment ici que la forme de réparation attribuée aux assurés atteints d'incapacité permanente et aux survivants a été modifiée, puisque la rente se substitue à la somme en capital. L'attribution d'une assistance financière continue semble mieux répondre au but spécifique de l'assurance, non seulement parce qu'elle exclut les placements malheureux ou ruineux, mais aussi parce que le versement d'une somme en capital encourageait extraordinairement les assurés à feindre, voire à susciter des accidents de nature à provoquer des lésions; de plus, ce système de réparation permet de mieux adapter l'indemnité à l'importance réelle du préjudice subi par l'accidenté, les délais de révision de la rente ayant été porté de deux à dix ans.

La loi fondamentale de 1935 a été suivie d'innombrables textes qui ont modifié et complété le système d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles dans l'industrie.

Certaines des modifications ultérieures inspiraient la considération d'ordres moral et social; c'est le cas de la loi n°1012 du 1er Juin 1939 (qui a admis les collatéraux au bénéfice de la rente des survivants, qui a supprimé tout lien entre l'attribution des quote-parts exigibles au titre des enfants d'une travailleuse accidentée et l'état de santé du père survivant et qui a admis à la rééducation professionnelle, à titre facultatif, les invalides atteints d'une incapacité inférieure à 80 pour cent), de même que de la loi n°445 du 12 avril 1943 qui a inscrit sur la liste des maladies professionnelles deux graves formes de pneumoconiose, à savoir la silicose et l'asbestose.

Les mesures prises pendant la guerre et surtout, après la guerre, ont été essentiellement d'ordre économique et ont visé à adapter le montant des prestations en espèce à la hausse vertigineuse du coût de la vie.

Le décret-loi du Chef provisoire de l'Etat (n°4 du 25 juillet 1947) a institué une indemnité spéciale pour les personnes atteintes d'une incapacité permanente absolue qui ont besoin d'une assistance personne constante; il a codifié la formule "Gabrielli" qui sert à calculer les causes concomitantes de l'invalidité (1); il a reconnu comme enfants ayant-droit, les enfants adoptifs ou les enfants confiés selon le régime de l'affiliation et basé le calcul des prestations sur le salaire de droit du travailleur. Le décret-loi n°254 du 19 février 1948 a amélioré à certains égards les prestations en espèces: augmentation de la rente en cas d'incapacité permanente absolue; augmentation des indemnités en cas de décès; augmentation du maximum dont il est tenu compte pour le calcul de la rente.

La loi n°52 du 3 mars 1949 devait modifier quant au fond les dispositions antérieures et elle a introduit un nouveau critère dans le système d'adaptation de l'indemnité au degré d'incapacité: les rentes pour incapacité permanente ne sont plus fonction des deux tiers du salaire annuel comme c'était le cas précédemment, mais elles sont calculées en

---

(1) - Cette formule s'applique aux accidents du travail donnant lieu à réparation en vertu de la loi de 1935, dans les cas où le travailleur souffre ou est atteint d'une invalidité d'origine non professionnelle ou d'une invalidité non prévue dans la dite loi; cette formule est exprimée par "une fraction dans laquelle le dénominateur indique le degré d'aptitude au travail préexistant et le numérateur, la différence entre celui-ci et le degré d'aptitude subsistant après l'accident" (article 24 du décret-royal de 1935).

pourcentages de la rémunération qui peuvent varier entre 50 et 100 pour cent de la rémunération selon le degré de gravité de l'incapacité permanente.

Ce nouveau système a été adopté parce que l'on se rendait compte qu'il était nécessaire d'accorder une réparation plus importante au titre des accidents les plus graves. En fait, la notion de l'indemnité sous forme de rente a été modifiée en ce que l'on se fait du préjudice une conception différente qui tient compte que des personnes atteintes d'une invalidité grave ont plus de besoins que les personnes atteintes d'une invalidité légère qui souvent n'entraîne, surtout à longue échéance, aucune réduction effective de la la capacité de travail, ni partant de la capacité de gain.

Des considérations analogues ont joué lors de l'adoption d'une autre disposition fondamentale de la loi: la réévaluation des rentes courantes accordées au titre d'une incapacité supérieure à 35 pour cent. Dans ce cas également, les personnes bénéficiant d'une rente au titre d'une incapacité inférieure aux pourcentages susmentionnés ont été exclues du bénéfice de cette réévaluation parce qu'on estimait que dans leur cas, - il s'agit de personnes qui travaillaient pour la plupart -, l'incapacité ne causait plus de préjudice financier à proprement parler.

Une autre disposition de la loi procède de la même intention: elle prévoit le versement d'une allocation mensuelle permanente aux grands invalides du travail (invalidité de 50 à 100 pour cent) dont la rente a été liquidée en capital, ou qui ont droit à une rente viagère en vertu des dispositions du texte unique du 31 janvier 1904; il s'agit en fait des invalides qui avaient été le plus durement touchés par la dépréciation de la monnaie qui s'était produite à la fin de la guerre.

Entretemps, de grands progrès ont été réalisés dans le secteur de l'agriculture. Après un silence de trente années, le législateur a établi, par le décret-loi du Lieutenant du Royaume (n°85 du 6 février 1946), l'obligation d'accorder aux travailleurs de ce secteur les prestations médicales et chirurgicales, outre les premiers soins prévus par la loi de 1917.

Ultérieurement, la loi n°64 du 20 Février 1950 devait améliorer sensiblement les prestations en espèces et introduire dans ce domaine des méthodes et des principes qui avaient été appliqués avec succès dans le domaine de l'assurance des travailleurs de l'industrie. Il faut citer notamment à ce propos le changement de la forme de l'indemnité, qui a cessé

d'être versée en capital et a donné lieu au service d'une rente, changement qui a fait porter effet aux dispositions du décret n°315 du 25 mars 1943 qui, en supprimant les caisses mutuelles d'assurance contre les accidents du travail dans l'agriculture qui étaient chargées jusqu'alors de gérer l'assurance agricole, avaient transféré à l'I.N.A.I.L. la gestion de l'assurance des travailleurs de ce secteur. De plus, eu égard aux conditions de vie et de travail particulières de la population agricole, la loi elle-même autorisait le rachat en capital de tout ou partie de la rente, sous certaines conditions déterminées et à des fins nettement définies (investissement dans des biens fonciers, bonification ou acquisition de machines agricoles) toutefois, ce principe ne reçut une application pratique qu'à une date ultérieure, avec la promulgation de la loi n°1453 du 27 décembre 1956 (voir la section relative au rachat des rentes).

De plus, la loi a comblé une lacune et étendu aux grands invalides victimes d'accidents du travail dans l'agriculture le bénéfice de l'assistance accordée aux grands invalides de l'industrie en vertu de la loi n°1765 de 1935.

L'année 1952 a été marquée par la promulgation de deux autres textes importants: la loi n°33 du 11 janvier et la loi n°1967 du 15 novembre.

Avec le premier de ces textes, le législateur a franchi une nouvelle étape importante dans la voie où il s'était engagé de nombreuses années auparavant en vue de porter les rentes au même niveau que la rétribution, et aussi d'éviter les inégalités de traitement entre les travailleurs qui avaient été frappés d'incapacité à des moments différents.

En effet, la loi a non seulement augmenté le montant maximum de la rémunération annuelle dont il sera tenu compte pour le calcul des rentes futures, mais elle a également revalorisé la rémunération qui, depuis 1937, avait servi de base à la liquidation des rentes servies au titre d'une invalidité de 30 pour cent ou plus. Cette opération a été effectuée par l'application de coefficients, l'augmentation variant selon l'époque à laquelle l'accident s'était produit ou la maladie professionnelle déclarée.

La même loi a augmenté sensiblement les indemnités versées aux grands invalides qui ont besoin d'une assistance personnelle constante, les indemnités en cas de décès et les allocations mensuelles instituées par la loi du 3 mars 1949 en faveur des assurés dont la rente avait été liquidée en capital dans le cadre du régime antérieurement en vigueur.

La loi n°1967 du 15 novembre 1952 a enfin apporté une autre amélioration importante que l'on souhaitait depuis longtemps; elle a largement étendu la portée de l'assurance contre les maladies professionnelles, et tout en maintenant le système de la liste, elle a élevé le nombre des maladies professionnelles de 8 à 42, y compris la silicose et l'asbestose.

L'importance de la nouvelle loi ne tient pas seulement à l'augmentation du nombre des maladies donnant lieu à réparation. Elle s'explique également par l'introduction de nouveaux critères applicables en la matière, notamment: le terme "intoxication" a été remplacé par celui de "maladie" dont la portée est plus large; la description des manifestations morbides donnant droit à réparation qui avait été donnée pour chaque maladie a été supprimée, de même que le tableau estimatif des opérations assujetties à l'assurance, qui a été remplacé par une formule générique de très large portée; enfin la loi a allongé le délai maximum d'indemnisation à partir de la cessation du travail dangereux (qui dans le cas de certaines maladies, a été porté à dix ans).

D'autres textes particuliers ont été adoptés ultérieurement, dont l'un vise la catégorie des apprentis et l'autre deux graves maladies professionnelles, la silicose et l'asbestose.

La loi n°25 du 19 janvier 1950, qui régleme le régime général de l'apprentissage, contient de nouvelles dispositions sur les régimes de prévoyance et d'assistance sociale obligatoire en faveur des apprentis.

Indépendamment des facilités prévues pour les apprentis artisans, il convient de rappeler la disposition qui assure à l'apprenti non artisan une indemnité pour incapacité temporaire absolue calculée sur la base d'une rétribution minimum. Pour ce qui est du calcul de la rente, la loi a maintenu le principe posé par le décret de 1935: la rente est fonction de la rétribution la plus basse qui est perçue par les ouvriers employés aux travaux auxquels sont affectés les apprentis.

De plus, la loi institue un système uniforme de paiement des cotisations, qui ne s'applique que dans le cas des apprentis non artisans; la cotisation est payée au moyen d'un timbre de l'Institut National de la Prévoyance Sociale, qui en répartit le produit entre les instituts intéressés dans les proportions prévues par la loi.

Le décret du Président de la République n°648 du 20 mars 1956 a profondément modifié le régime d'assurance contre la silicose et l'asbestose. Tenant compte du caractère grave de ces maladies professionnelles, le législateur a commencé

par modifier le tableau annexé à la loi de 1943, et il en a sensiblement étendu le champ d'application. Les nouvelles dispositions étendent la protection de l'assurance non seulement aux travailleurs directement occupés à des travaux dangereux, mais à tous ceux qui, parce qu'ils exercent une activité accessoire ou complémentaire de l'activité principale, se trouvent exposés d'une façon ou d'une autre à l'inhalation de poussières de silice libre ou d'amiante.

De plus, les critères dont s'inspirent ces dispositions tendent essentiellement:

- a)- à modifier la réglementation des examens médicaux préventifs et périodiques, afin de contrôler plus efficacement l'état de santé et l'aptitude physique des travailleurs exposés au risque;
- b)- à améliorer, au profit du travailleur, les dispositions relatives à l'indemnisation en espèces.

D'autres dispositions procèdent de la même intention: la limite minimum d'incapacité donnant lieu à réparation a été ramenée de 33 pour cent à 20 pour cent (de même que pour les autres maladies professionnelles); les nouvelles modalités d'attribution de la rente transitoire, qui a été modifiée à la fois quant à la durée du service et quant au montant, répondent mieux aux besoins financiers des travailleurs qui abandonnent une activité en raison de son caractère pathogène; le délai maximum d'indemnisation a été prolongé (de 10 à 15 ans); le système de revision de la rente a été modifié (la revision peut avoir lieu toutes les années et ce, pendant les quinze années qui suivent la date de constitution de la rente); enfin, en ce qui concerne la détermination du salaire de base pris en considération aux fins de la liquidation des prestations de l'assurance, la loi établit un système particulier qui tient compte dans toute la mesure possible, de la rémunération perçue par les travailleurs pendant l'exercice de l'activité dangereuse. Cette disposition a été adoptée compte tenu du fait que dans bien des cas la maladie professionnelle ne peut être diagnostiquée qu'une fois qu'elle a attaqué l'organisme du travailleur dont la productivité et, partant, la rémunération ont diminué en conséquence; dans ces conditions, les indemnités versées aux travailleurs atteints de maladies professionnelles étaient fonction non pas de la rémunération qu'ils percevaient normalement lorsqu'ils possédaient toute leur capacité de travail, mais d'une rémunération qui avait déjà diminué par suite de la réduction de la capacité de travail.

Le pouvoir législatif s'est à nouveau occupé de l'assurance maladie en 1958.

Les textes qu'il a adoptés successivement en matière d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles ont, d'une part, étendu la protection de l'assurance à de nouvelles catégories de travailleurs et, d'autre part, amélioré les prestations en espèces.

Parmi les premiers, citons la loi n°93 du 20 février 1958 qui a institué l'assurance obligatoire des médecins contre les maladies et lésions provoquées par l'action des rayons X et des substances radioactives; la loi n°264 du 13 mars 1958 qui, dans le cadre de la protection des travailleurs à domicile, a étendu aux travailleurs à domicile la protection de toutes les assurances sociales existantes.

Il s'agit, en l'occurrence, de catégories de travailleurs exerçant une activité indépendante et autonome, et ces lois font donc exception au principe du risque professionnel qui, normalement, postule l'existence d'un rapport de dépendance directe entre travailleur et employeur.

Pour ce qui est de l'indemnisation en espèces, la loi n°449 du 3 avril 1958 a apporté de nombreuses améliorations aux prestations en espèces versées au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles dans l'industrie et dans l'agriculture, améliorations qui tendent à les revaloriser en fonction de la hausse du coût de la vie.

Les améliorations portent sur les prestations dues au titre des éventualités qui se sont réalisées après le 1er janvier 1958, et de celles qui se seraient produites après cette date.

Pour les premières, les principales modifications portent sur:

- 1 - L'augmentation de l'indemnité pour incapacité temporaire versée aux travailleurs de l'industrie, qui a été portée de 55,5 à 60 pour cent de la rémunération journalière moyenne, et à 75 pour cent, à compter du 91ème jour d'absence du travail; l'augmentation de l'indemnité fixe prévue pour les travailleurs agricoles, qui atteint désormais 400 lires par jour pour les hommes et les femmes ayant charge de famille, qui sont âgés de plus de 16 ans, à 300 lires pour les femmes âgées de plus de 16 ans, et à 150 lires pour les jeunes gens des deux sexes qui ne sont pas âgés de plus de 16 ans.
- 2 - La diminution du délai de carence qui a été ramené de neuf à trois jours pour les maladies professionnelles.
- 3 - L'augmentation des limites minimum et maximum de la rémuné-



ration annuelle dont il est tenu compte aux fins du calcul de la rente industrielle (ces limites ont été fixées respectivement à 210.000 et à 450.000 liras); et l'augmentation de la rémunération annuelle conventionnelle dont il est tenu compte pour le calcul de la rente dans le secteur agricole, qui a été fixée à 210.000 liras pour les hommes et les femmes ayant charge de famille, et à 150.000 liras pour les femmes et les adolescents des deux sexes n'ayant pas dépassé l'âge de 16 ans.

- 4 - La modification des pourcentages qui sont pris en considération pour le calcul des rentes directes. Pour les cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité de 80 à 100 pour cent, la rente est liquidée sur la base de la rémunération annuelle globale perçue dans l'industrie et dans l'agriculture; en d'autres termes, le pourcentage est égal à 100 pour cent de la rémunération annuelle et ne varie plus proportionnellement au degré d'incapacité comme c'était le cas auparavant.
- 5 - La fixation, par voie législative, du montant global de l'indemnité forfaitaire versée en cas de décès, que l'I.N.A.I.L. versait déjà à titre facultatif depuis mai 1956, et dont le montant varie entre 40.000 liras au minimum et 550.000 liras au maximum.

La loi contient des dispositions différentes pour des éventualités qui se sont produites avant le 1er janvier 1958: a) l'augmentation, de l'ordre de 20 pour cent, des rentes directes et des rentes de survivants servies au titre d'accidents survenus après le 1er janvier 1949; b) attribution d'une allocation mensuelle complémentaire aux titulaires de rentes de survivants, ou de rentes servies à des travailleurs souffrant d'une incapacité de 30 à 100 pour cent, qui sont servies au titre d'accidents survenus avant la dite date; les rentes servies pour une incapacité de 11 à 29 pour cent peuvent être rachetées à leur valeur en capital, majorées de 250 pour cent. Enfin, la loi contient des dispositions qui visent spécialement certaines catégories de grands invalides du travail.

En dernier lieu, il convient de signaler une mesure dont on attendait depuis longtemps l'adoption, à savoir l'extension de l'assurance contre les maladies professionnelles au secteur de l'agriculture (sept en tout) qui a été prévue par la loi n°33 du 21 mars 1958, mais ne s'est pas encore traduite dans les faits, les règlements d'application n'ayant pas

encore été dictés.

#### 4 - L'institut d'assurance. (Statut juridique et organes)

On a déjà signalé, lorsqu'on a retracé l'évolution historique de l'assurance contre les accidents du travail en Italie, l'action unificatrice que le gouvernement a exercé à l'égard des organismes chargés de gérer l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Actuellement, la gestion de l'assurance (sauf les exceptions indiquées) incombe exclusivement à l'Institut National d'Assurance contre les Accidents du Travail et les Maladies Professionnelles (INAIL), dont l'activité est régie par les textes suivants:

- le décret royal n° 1033 du 6 juillet 1933 et les modifications ultérieures qui en définissent l'organisation;
- le Statut approuvé par le décret royal n°1280 du 28 septembre 1933, qui en définit les fins et les buts;
- le décret-loi du chef provisoire de l'Etat n°438 du 13 mai 1947 qui réglemente la composition et la compétence des organes administratifs.

Aux termes de l'article 1 du Statut, l'INAIL est un "organisme de droit public doté de la personnalité juridique et jouissant de l'autonomie de gestion, ayant son siège central à Rome et des sièges et bureaux dans les localités qui sont spécifiées par l'Administration de l'Institut. Il relève du contrôle du ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale".

Ces organes sont:

- le Président,
- le Conseil d'administration,
- le Comité exécutif,
- le Conseil de surveillance,
- les Comités techniques (1).

---

(1) Existents actuellement:

- le Comité technique de l'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles dans l'industrie, le commerce et les services publics;
- le Comité technique de l'assurance contre les accidents du travail dans l'agriculture;
- le Comité technique de la gestion de la section des grands invalides du travail.

Le mandat des membres des organes est de quatre ans; ils sont nommés: le président et les membres du Conseil d'administration, par décret du chef de l'Etat, sur proposition du ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale; les membres du Comité exécutif, parmi les membres du Conseil d'administration; les membres du Conseil de surveillance et des comités techniques, par décret du ministre du travail et de la Prévoyance sociale.

Tous ces organes se composent de représentants des associations professionnelles, d'employeurs et de travailleurs et des administrations publiques compétentes; ces diverses catégories ne sont pas représentées sur une base paritaire, car la loi reconnaît la primauté des intérêts des travailleurs et leur a attribué un plus grand nombre de sièges au sein de ces organes.

Le Directeur Général, qui est nommé par décret du Chef de l'Etat, dirige l'ensemble des services de l'Institut et en assure la gestion courante.

L'assurance des gens de mer relève de trois caisses: la Caisse maritime méridionale, la Caisse maritime Tyrrhénienne et la Caisse maritime adriatique d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, dont les statuts ont été approuvés par les décrets nos. 818, 819 et 820 respectivement, du 13 mai 1940.

Ces caisses sont des organismes de droit public dotés en propre de la personnalité juridique et elles relèvent du contrôle du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale. Leurs organes sont identiques; ce sont:

- le président,
- le conseil d'administration,
- le comité exécutif,
- le directeur,
- le Conseil de surveillance.

Le mandat des membres de ces organes est de trois ans (une année pour les membres du Conseil de surveillance de la Caisse maritime adriatique); ils sont nommés par décret du ministre du Travail et de la Prévoyance sociale. En font partie, outre les représentants des administrations publiques intéressées, les représentants des armateurs et les représentants des gens de mer. De même que dans le cas des organes de l'INAIL, les représentants des gens de mer sont proportionnellement plus nombreux.

Enfin, l'assurance de certaines catégories d'employés de l'Etat (employés des chemins de fer de l'Etat et des Postes

et Télécommunications) et des détenus affectés à des travaux exécutés sous la responsabilité directe de l'Etat relève des administrations publiques compétentes.

## II.- EVENTUALITES COUVERTES.

### 1 - La définition de l'accident du travail et ses limites.

D'après la législation italienne, sont considérés comme accident du travail et, partant, comme accident donnant lieu à réparation, tous les cas d'accident dus à une cause violente, survenus à l'occasion du travail et ayant entraîné la mort ou une incapacité de travail, absolue ou partielle, ou une incapacité temporaire absolue nécessitant une abstention du travail de plus de 3 jours.

Cette définition, qui figure dans la loi actuellement en vigueur (Article 2 de la loi n° 1765 de 1935), reprend, quant au fond la définition de l'accident qui existait déjà dans le texte unique de 1904 et dans la loi de 1898.

Du point de vue juridique, pour que l'accident soit couvert par l'assurance, les conditions suivantes doivent donc être réunies:

- a) l'accident doit avoir provoqué une lésion,
- b) l'accident doit être dû à une cause violente,
- c) l'accident doit être survenu à l'occasion du travail.

La doctrine de la jurisprudence qui désormais fait foi, permet de définir exactement les éléments susmentionnés.

Pour ce qui est de la lésion, entrent en ligne de compte toutes lésions externes ou internes, anatomiques ou fonctionnelles, apparentes ou non apparentes, superficielles ou profondes, de la personne du travailleur qui exercerait des effets négatifs sur son organisme psycho-physique.

De plus, cette lésion doit porter atteinte à la capacité de travail de l'assuré qui doit être définitivement ou temporairement réduite ou annulée par suite de l'accident. Ainsi, une lésion permanente d'ordre esthétique ne donne pas lieu à réparation si elle n'influe pas sur la capacité de travail (par exemple en limitant les possibilités d'emploi).

La cause violente est le second élément constitutif du concept d'accident du travail. Elle se caractérise par une action exercée sur l'organisme par des agents extérieurs, mais qui peuvent avoir d'intenses effets pathogènes.

Il convient de préciser à cet égard que d'après la doctrine et la jurisprudence:

- c'est l'évènement qui est la cause de la lésion qui doit avoir un caractère violent et soudain, et non pas l'action pathologique qui en résulte;
- la notion d'agents externes englobe tout facteur exerçant une action pathogène sur l'organisme et, partant, non seulement les facteurs d'ordre mécanique, mais toutes les autres énergies d'ordre physique (lumière, énergie thermique, électricité, pression atmosphérique), chimique, biologique et bactérien, aussi bien que de nature psychique.

Enfin, pour que l'accident relève du champ d'application de la loi, il doit se produire "à l'occasion du travail". Cette expression qui, à l'expérience, s'est révélée suffisamment conforme à l'esprit du législateur, a été proposée au moment où le parlement a examiné pour la première fois le projet d'assurance contre les accidents du travail. En l'adoptant, le législateur n'entendait nullement limiter les possibilités de réparation aux seuls cas dans lesquels il existait un véritable rapport de causalité entre le travail et l'évènement dommageable, mais au contraire de l'étendre aux cas dans lesquels ce rapport serait indirect. Ainsi, il doit effectivement exister un lien entre l'activité professionnelle et l'évènement dommageable, mais il ne faut pas nécessairement que la première soit la cause efficiente du second, il suffit simplement que le travail crée les conditions qui, d'une façon ou d'une autre, provoquent l'accident, soit en le facilitant, soit en le déterminant.

En principe, on estime donc que la loi vise non seulement le risque spécifique propre et caractéristique du travail, mais également le risque général qui, même s'il menace au même degré l'ouvrier et n'importe quel citoyen, s'aggrave du fait d'un concours de circonstances déterminées, et présente une menace plus grande pour ceux qui accomplissent certains travaux et se trouvent dans un milieu donné du fait de leur travail. Les cas d'espèce qui peuvent se présenter sont donc innombrables: accident provoqué par un cas de force majeure, accident de parcours, accident survenu à l'occasion de travaux de sauvetage, de conflit du travail, etc...

L'accident couvert par l'assurance est celui qui se produit parce que le travailleur est exposé à un risque suscité ou occasionné par le travail qu'il accomplit. On peut reprendre la formule de Carnelutti et dire que l'accident survient à l'occasion du travail "chaque fois que c'est le travail qui engendre le risque dont l'accident lui-même est la conséquence".

## 2.- Les accidents de parcours.

Est considéré comme accident de parcours l'accident dont le travailleur est victime sur le chemin du travail, soit qu'il s'y rende, soit qu'il en revienne; l'accident qui se produit en dehors de l'horaire et du milieu professionnel, qui échappe à toute action ou contrôle de l'organisme dont dépend le travailleur ne donne, en principe, pas lieu à réparation.

La législation italienne ne mentionne expressément les cas d'accidents de parcours que dans le cas des gens de mer. L'article 19 du décret n°1765 du 17 août 1935, tel qu'il a été modifié par le décret n°1918 du 23 septembre 1937, dispose en effet que les gens de mer assurés ont droit à réparation au titre de l'accident qui survient sur l'itinéraire que l'armateur leur a fixé pour se rendre du lieu de résidence au lieu d'embarquement et vice-versa.

Même si la loi ne contient aucune disposition expresse sur les autres accidents de parcours, l'interprétation de l'expression "à l'occasion du travail" amène à étendre la portée des risques du travail même aux accidents qui se produisent sur le chemin du travail, que ce soit sur le chemin de l'aller ou du retour, pour autant qu'il existe un rapport entre le travail et le risque. Pour que l'on puisse considérer que l'accident qui se produit sur le chemin du travail est provoqué par le travail, il faut, en principe, que les conditions et les circonstances dans lesquelles il a lieu soient de nature à transformer un risque sans rapport avec le travail en un risque qui, serait-ce indirectement, est lié au travail.

Donnent donc lieu à réparation les accidents dont est victime l'ouvrier qui, pour se rendre à son travail ou rentrer chez lui, est obligé de suivre un itinéraire particulièrement difficile ou dangereux, d'utiliser les moyens de transport spéciaux de l'entreprise, de transporter des instruments de travail lourds ou encombrants qui risquent d'entraver ses mouvements, etc..

Sous le seul angle de l'intérêt historique, on peut rappeler que les accidents de parcours étaient autrefois visés par des dispositions précises. Ainsi, d'après les dispositions relatives à l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles et les risques de guerre auxquels était exposée la main-d'oeuvre employée en Afrique orientale qui ont été promulguées en 1936 et 1937, les accidents "survenus à l'occasion du voyage d'aller et de retour entre le port d'embarquement et le port de débarquement"

donnaient droit à indemnisation; dans le cadre des dispositions que le gouvernement a dictées lors de la seconde guerre mondiale pour protéger les ouvriers victimes d'accident en raison d'évènements en rapport avec les opérations de guerre, la définition des accidents survenus "à l'occasion du travail" a été étendue de façon à englober les accidents survenus "sur l'itinéraire que l'ouvrier doit suivre pour se rendre de l'établissement au lieu de travail ou vice-versa".

### 3.- Les maladies professionnelles.

Etant donné les difficultés que l'on éprouvait à définir de façon satisfaisante la maladie professionnelle, le législateur italien, suivant le système en usage dans la majeure partie des autres pays, a adopté une liste limitative des maladies protégées par l'assurance.

Même en l'absence de définition législative expresse, les caractères de la maladie professionnelle se distinguent nettement de ceux de l'accident du travail de par les modalités d'action du facteur dommageable. Dans l'accident du travail, la cause est accidentelle, violente, elle se produit donc à un moment déterminé dans le temps, alors que dans le cas de la maladie professionnelle, elle agit lentement. En effet, les maladies professionnelles sont provoqués par une suite de moments pathologiques qui ne se produisent pas accidentellement à l'occasion du travail, mais tiennent à la nature même du travail et qui, à force de se répéter pendant une période plus ou moins longue, finissent par attaquer la santé de l'ouvrier. C'est à juste titre que l'on a écrit que le phénomène qui engendre la lésion est concentré dans le cas des accidents du travail, et dilué dans celui des maladies professionnelles. C'est pour la même raison qu'une intoxication ou une infection peut revêtir les caractères d'un accident du travail si elle prend une forme violente lorsqu'elle se produit.

Aux termes de l'article 3 du décret n°1765 du 17 août 1935, l'assurance est obligatoire pour les maladies professionnelles énumérées dans le tableau annexé au décret "lorsqu'elles ont été contractées dans l'exercice et, par le fait" .... des opérations spécifiées dans le dit tableau, dans la mesure où ces opérations font partie de celles qui relèvent du champ d'application de l'assurance contre les accidents du travail dans l'industrie.

Il s'ensuit:

- que les maladies professionnelles doivent avoir avec le travail un rapport plus étroit que l'accident (maladies

contractées dans l'exercice et par le fait d'opérations....), puisqu'il suffit que l'accident se produise "à l'occasion du travail";

- que, puisqu'il doit s'agir d'opérations qui sont assujetties à l'assurance obligatoire, cette protection n'est pas autonome, mais s'ajoute à la protection contre les accidents: ainsi, en Italie, il n'y a pas d'ouvriers qui soient protégés uniquement contre les maladies professionnelles, mais certains ouvriers qui sont protégés et contre les accidents et contre les maladies professionnelles.

Seule la silicose et l'asbestose ont fait l'objet d'une définition législative expresse, que l'on trouvera aux articles 3 et 4 de la loi 455 du 12 avril 1943 (1), dont le texte suit:

Article 3. "Aux fins de la présente loi, il faut entendre par "silicose" une fibrose pulmonaire, compliquée ou non de tuberculose pulmonaire, qui est provoquée par l'inhalation de poussière de bi-oxyde de silicium à l'état libre et se manifeste particulièrement par la bronchite et l'emphysème, avec répercussion sur l'appareil circulatoire, et à l'examen radiologique, par une dissémination diffuse des ombres nodulaires miliariformes, confluentes ou non".

Article 4. "Aux fins de la présente loi, il faut entendre par "asbestose" une fibrose pulmonaire provoquée par l'inhalation de poussières d'amiante, qui se manifeste particulièrement par la présence, dans les alvéoles, dans les bronchioles et dans le tissu connectif interstitiel, de "corpuscules de l'asbestose" avec trachéo-bronchite et emphysème, et à l'examen radiologique, par des ombres sur le champ pulmonaire ou par des striations ou formations réticulaires plus ou moins marquées, particulièrement diffuses aux bases".

On trouvera ci-après les tableaux qui indiquent des maladies protégées, des opérations dans lesquelles elle doivent avoir été contractées et le délai maximum d'indemnisation à partir de la cessation du travail.

---

(1) - BIF, Série législative, 1943. It. 3



TABLEAU DES MALADIES PROFESSIONNELLES.

(Loi n° 1967 du 15 novembre 1952) (1)

Maladies	Opérations	Délai maximum d'in- demnisation à par- tir de la cessation du travail.
1. Maladies causées par le plomb, ses alliages ou ses composés, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action du plomb, de ses alliages ou de ses composés.	Deux ans. En cas de néphrite: qua- tre ans.
2. Maladies causées par le mercure, ses amalgames ou ses composés, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant à l'exposition du mercure, de ses amalgames ou de ses composés.	Deux ans.
3. Maladies causées par le phosphore ou ses composés, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action du phosphore ou de ses composés.	Trois ans.
4. Maladies causées par l'arsenic ou ses composés, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action de l'arsenic ou de ses composés.	Un an.
5. Maladies causées par le chrome ou ses composés, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action du chrome ou de ses composés.	Un an. En cas de néoplasie pulmo- naire: dix ans.

---

(1) - BIT - Série législative - Italie - 1952.

Maladies	Opérations	Délai maximum d'indemnisation à partir de la cessation du travail.
6.-Maladies causées par le béryllium, ses alliages ou ses composés, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action du béryllium, de ses alliages ou de ses composés.	Deux ans.
7. Maladies causées par le cadmium, ses alliages ou ses composés, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action du cadmium, de ses alliages ou de ses composés.	Un an.
8. Maladies causées par le vanadium, ses alliages ou ses composés, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action du vanadium de ses alliages ou de ses composés.	Un an.
9. Maladies causées par le nickel et ses composés, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action du nickel ou de ses composés.	Un an. En cas de néoplasie: dix ans.
10. Maladies causées par le manganèse, ses alliages ou ses composés, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action du manganèse, de ses alliages ou de ses composés.	Deux ans.
11. Maladies causées par le brome, le chlore, le fluor, l'iode et leurs composés, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action du brome, du chlore, du fluor ou de leurs composés.	Un an.

Maladies	Opérations	Délai maximum d'indemnisation à partir de la cessation du travail.
12. Maladies causées par l'acide nitrique ou les gaz nitreux, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportent l'exposition à l'action de l'acide nitrique ou des gaz nitreux.	Un an.
13. Maladies causées par l'anhydride sulfuroux, l'acide sulfurique, l'hydrogène sulfuré, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportent tant l'exposition à l'action de l'anhydride sulfuroux, de l'acide sulfurique ou de l'hydrogène sulfuré.	Un an.
14. Maladies causées par l'acide cyanhydrique ou les composés du cyanogène, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action de l'acide cyanhydrique ou des composés du cyanogène.	Six mois
15. Maladies causées par les glycols, la nitroglycérine ou leurs dérivés, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action des glycols, de la nitroglycérine ou de leurs dérivés.	Un an.
16. Maladies causées par l'oxyde de carbone, avec les conséquences directes de ces maladies.	a) travaux exécutés en connexion avec la production, la distribution et la mise en oeuvre de l'oxyde de carbone ou des mélanges gazeux contenant de l'oxyde de carbone; (./...)	Six mois.

Maladies	Opérations	Délai maximum d'indemnisation à partir de la cessation du travail.
	b) fabrication du charbon de bois;	
	c) conduite thermi- que des fours, four- neaux et forges, ain- si que des appareils à combustion en géné- ral;	
	d) 2ème phase de la fabrication du verre;	
	e) travaux de souda- ge et de découpage des métaux à l'arc électrique ou aux chalumeaux oxhydri- que ou oxyacétylé- nique;	
	f) essais de moteurs à combustion interne et à explosion et des véhicules mus par ces moteurs.	
17. Maladies causées par le chlorure de carbo- nyle (phosgène), avec les conséquences di- rectes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'ac- tion du chlorure de carbonyle.	Six mois.
18. Maladies causées par le sulfure de carbo- ne, avec les consé- quences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'ac- tion du sulfure de carbone.	Un an.
19. Maladies causées par le plomb tétra-éthyle avec les conséquences directes de ces mala- dies.	Travaux comportant l'exposition à l'ac- tion du plomb tétra- éthyle.	Un an.

Maladies	Opérations	Délai maximum d'indemnisation à partir de la ces- sation du travail.
20. Maladies causées par l'éther de pétrole ou par l'essence, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action de l'éther de pétrole ou de l'essence.	Un an.
21. Maladies causées par les hydrocarbures benzéniques (benzol, toluol, xylol ou leurs homologues), avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action des hydrocarbures benzéniques ou de leurs homologues.	Un an.
22. Maladies causées par les phénols, les thiophénols ou les crésols, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action des phénols, des thiophénols et des crésols.	Un an.
23. Maladies causées par les dérivés aminés des hydrocarbures benzéniques ou des phénols, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action des dérivés aminés des hydrocarbures benzéniques ou des phénols.	Un an. En cas de cas de néoplasie: dix ans.
24. Maladies causées par les dérivés halogénés, nitrés, sulfoniques et phosphorés des hydrocarbures benzéniques ou des phénols, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action des dérivés halogénés, nitrés, sulfoniques ou phosphorés des hydrocarbures benzéniques ou des phénols.	Un an.

Maladies	Opérations	Délai maximum d'indemnisation à partir de la ces- sation du travail.
25. Maladies causées par la naphthaline et ses homologues, les naph-tols et les naphtyla-mines, les dérivés ha-logénés, sulfurés et nitrés de la naph-taline et de ses homolo-gues, avec les consé-quences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'ac-tion de la naph-tali-ne et de ses homolo-gues, des naph-tols ou des naphtylami-nes, des dérivés halo-génés, sulfurés et nitrés de la naph-taline et de ses homologues.	Un an; en cas de néoplasie: dix ans.
26. Maladies causées par les dérivés halogénés des hydrocarbures ali-phatiques (tétrachlo-réthane, hexachlorétha-ne, trichlorométhane, chlorure d'éthylène, dichloréthylène, tri-chloréthylène, chlorure d'éthyle, chlorure de méthyle, bromure de mé-thyle, iodure de méthyle), avec les conséquen-ces directes de ces ma-ladies.	Travaux comportant l'exposition à l'ac-tion des dérivés ha-logénés des hydro-carbures aliphatiques	Un an.
27. Maladies causées par l'acétone et ses déri-vés halogénés, l'acide acétique, l'anhydride acétique, le chlorure d'acétyle, l'acétylacé-tone, avec les consé-quences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'ac-tion de l'acétone et de ses dérivés halo-génés, de l'acide acétique, de l'anhy-dri-de acétique, du chloru-re d'acétyle et de l'acé-tylacétone.	Un an.

Maladies	Opérations	Délai maximum d'indemnisation à partir de la ces- sation du travail.
28. Maladies causées par l'acétate d'amyle, de butyle ou de propyle, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action de l'acétate d'amyle, de butyle ou de propyle.	Un an.
29. Maladies causées par l'alcool amylique ou l'alcool méthylique, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action de l'alcool amylique ou de l'alcool méthylique.	Un an.
30. Maladies causées par les éthers (oxyde d'éthylène, dioxanne, éther éthylique), avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action des éthers.	Un an.
31. Maladies causées par la pyridine, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action de la pyridine.	Un an.
32. Maladies causées par l'acridine, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action de l'acridine.	Un an.
33. Maladies causées par l'aldéhyde formique ou l'acide formique, avec les conséquences directes de ces maladies.	Travaux comportant l'exposition à l'action de l'aldéhyde formique ou de l'acide formique.	Un an.

Maladies	Opérations	Délai maximum d'indemnisation à partir de la ces- sation du travail.
34. Maladies causées par le radium, les rayons X ou les substances radio-actives, avec les conséquences directes de cette intoxication.	Travaux comportant l'exposition à l'action du radium, des rayons X ou des substances radio-actives.	Dix ans.
35. Maladies de la peau causées par des substances non mentionnées sous d'autres rubriques:	Travaux comportant l'exposition à l'action des substances énumérées ci-contre:	Deux mois. En cas de néoplasie: dix ans.
a) goudron, bitume, suie, huiles minérales, brai, paraffine;		
b) ciment, chaux;		
c) résines naturelles et artificielles, caoutchouc, huile de lin, térébenthine, laques et vernis.		
d) alcalis caustiques;		
e) chlorure de sodium dans les marais salants;		
f) écaille, corail et nacre.		
36. Maladies ostéoarticulaires et angio-neuroses provoquées par les vibrations d'outils à air comprimé ou à axe flexible.	Travaux comportant l'utilisation d'outils à air comprimé ou à axe flexible.	Deux ans.



Maladies.	Opérations	Délai maximum d'indemnisation à partir de la cessation du travail.
37. Maladies provoquées par des travaux effectués dans l'air comprimé.	Travaux effectués sous l'eau.	Un an. En cas de manifestations arthritiques: cinq ans.
38. Surdité provoqu�e par les bruits.	a) Travaux de chaudronnerie; b) rivetage et matage des boulons; c) martelage et perçage à l'emporte-pièces; d) essais de moteurs à explosion; e) fabrication de poudres métalliques à l'aide de broyeurs à percussion;	Un an.
39. Cataracte causée par l'énergie rayonnante.	Fusion du verre et des métaux; opérations exécutées sur des masses incandescentes.	Trois ans.
40. Ankylostomiase, avec les conséquences directes de cette maladie.	Travaux dans les mines, dans les carrières ou sous terre, dans les tunnels ou galeries, dans les fours à briques.	Un an.

TABLEAU DES OPERATIONS ASSUJETTIES A L'ASSURANCE

OBLIGATOIRE CONTRE LA SILICOSE ET L'ASBESTOSE

(Décret présidentiel n°648 du 20 Mars 1956) (1)

Maladie	Travaux	Période maximum d'indemnisation à partir de la cessation du travail.
Silicose, associée ou non à la tuberculose	a) Travaux dans les mines et carrières souterraines et travaux dans les galeries en général, dans les mines et carrières à ciel ouvert, travaux d'excavation à ciel ouvert en présence de roches contenant de la silice libre ou comportant d'une manière quelconque le danger d'inhalation de poussières de silice libre.  b) Travaux de broyage, de pulvérisation et de manipulation de roches, de matières et d'abrasifs contenant de la silice libre ou comportant d'une manière quelconque le danger d'inhalation de poussières de silice libre.  c) Taille, traitement, dressage, polissage, broyage, glaçage et préparation des roches et d'autres matières contenant de	

---

(1) B.I.T., Série législative, 1956, Italie.

Maladie	Travaux	Période maximum d'indemnisation à partir de la ces- sation du travail.
Silicose, associée ou non à la tuber- culose. (suite)	la silice libre ou comportant d'une ma- nière quelconque le danger d'inhalation de poussières de si- lice libre. Taille, polissage, broyage, et glaçage de matiè- res contenant de la silice libre (à l'ex- clusion des travaux de polissage d'instru- ments ayant un carac- tère occasionnel) ou comportant d'une ma- nière quelconque le danger d'inhalation de poussières de si- lice libre.	
	d) Fabrication de meules et d'abrasifs en géné- ral, de matière réfrac- taire, de céramique, de ciment ou de verre, en ce qui concerne exclu- sivement les opérations effectuées avec des ma- tières contenant de la silice libre ou compor- tant d'une manière quel- conque le danger d'inha- lation de poussières de silice libre.	
	e) Les travaux effectués dans les industries si- dérurgiques, métallur- giques et mécaniques dans lesquelles sont utilisées ou traitées des matières contenant de la silice	

Maladie	Travaux	Période maximum d'indemnisation à partir de la cessation du travail.
Silicose associée ou non à la tuber- culose (suite).	libre ou comportant d'une manière quel- conque le danger d'in- halation de poussières de silice libre.	
	f) Fabrication de briques, y compris les travaux exécutés dans les carriè- res d'argile et les au- tres travaux effectués exclusivement dans les établissements dans les- quels aura été reconnue l'existence d'un risque de silicose.	15 ans.
Asbestose, associée ou non à la tuber- culose.	Extraction et traitement de l'amiante dans les mi- nes; travaux dans les ma- nufactures et travaux com- portant l'utilisation ou l'application de l'amian- te ou de matières conte- nant cette substance ou comportant d'une manière quelconque le danger d'in- halation de poussières d'amiante.	15 ans.

4.- L'action civile en cas de maladie non reconnue comme maladie professionnelle.

Le travailleur qui souffre d'une maladie ne figurant pas sur la liste qui précède peut intenter une action civile contre l'employeur, soit par la voie générale en invoquant le principe de la responsabilité extra-contractuelle établi par l'article 2043 du Code Civil, aux termes duquel "tout acte commis par dol ou par imprudence qui occasionne un dommage injuste à un tiers oblige celui qui l'a commis à réparer le dommage en question", soit par la voie spécifique en se fondant sur l'article 2087 du même Code civil, qui établit le devoir qu'a l'entrepreneur d'adopter, dans l'exercice de l'industrie, les mesures qui, selon les particularités du travail et les données de l'expérience et de la technique, sont nécessaires pour protéger l'intégrité physique et la personnalité morale des travailleurs.

SOINS MEDICAUX, PROTHESES.

Bien que l'assistance en nature accordée aux victimes des accidents du travail ait été instituée par la loi en 1935 seulement, la Caisse nationale des accidents avait déjà jeté les bases de cette forme d'assistance qui, à l'heure actuelle, atteint une ampleur et un degré d'organisation remarquables.

La Caisse nationale des accidents a entrepris lentement, mais sans relâche, de transformer en dispensaires ses divers bureaux de contrôle médical et elle a imprimé un mouvement naturel à la conclusion de conventions et d'accords avec les hôpitaux et établissements de traitement.

Après la promulgation de la loi de 1935, dont les articles 31 à 36 réglementent la fourniture des soins médicaux, les prestations en nature n'ont cessé de gagner en importance et elles l'emportent désormais sur les prestations en espèces.

Aujourd'hui, le travailleur victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut recevoir tous les soins médicaux ou chirurgicaux dont il a besoin, pendant toute la période de son incapacité temporaire et, même après sa guérison clinique, pour autant que des soins soient nécessaires pour lui permettre de recouvrer sa capacité de travail.

L'une des caractéristiques propres du régime tient à la disposition qui régleme l'attribution des prestations en nature et prévoit que la victime d'un accident du travail ne peut refuser, même après constitution de la rente d'inca-

pacité, de se soumettre au traitement que l'Institut d'assurance estime nécessaire pour le rétablissement de la capacité de travail. Une telle disposition met en évidence le souci de l'intérêt public dont procède la protection ainsi accordée, qui, par delà même de l'intérêt du bénéficiaire, tient compte surtout des exigences et des besoins de la collectivité et vise à conserver et à mettre en valeur les forces vives du travail.

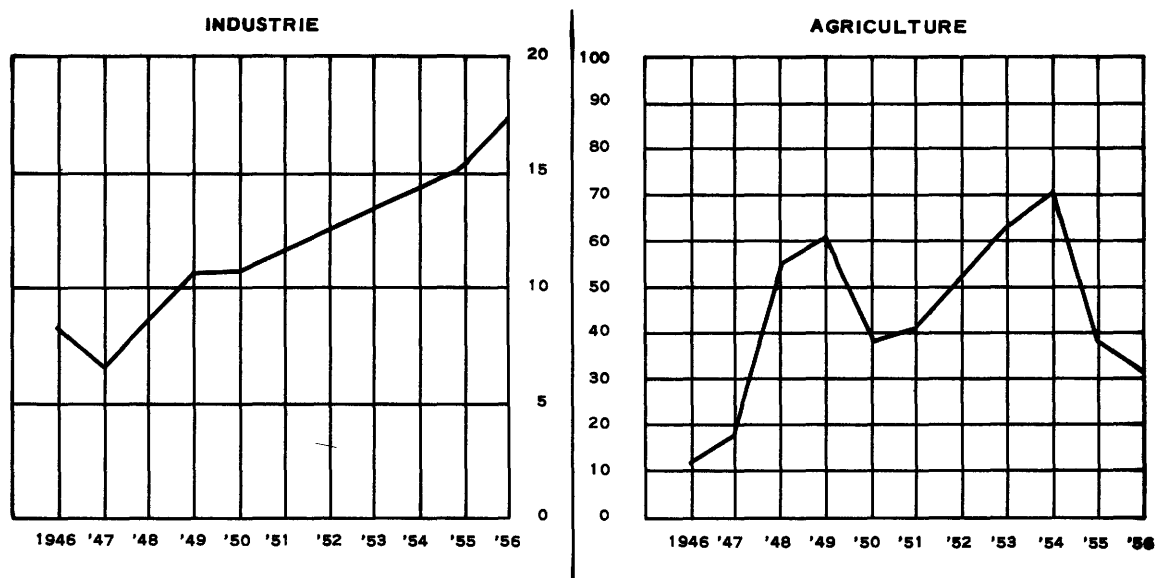
L'Institut d'assurance s'est vu, de ce fait, obligé de créer sa propre organisation sanitaire, qui se distingue par la qualité des moyens techniques et de l'équipement aussi bien que par le degré de préparation du personnel. En effet, les hôpitaux civils qui s'attachent à satisfaire aux besoins de l'ensemble des citoyens ont une structure et un système de traitement à caractère général; mais pour faire face aux exigences particulières des victimes d'accidents du travail, l'I.N.A.I.L. a établi des centres de traumatologie et de rééducation, des maisons de convalescence, des maisons de repos, des centres d'assistance et d'étude de maladies professionnelles, et il a créé, au sein de divers hôpitaux, des départements et services spéciaux auxquels il fournit l'équipement technique nécessaire.

L'augmentation toujours plus nette des dépenses afférentes aux prestations en nature témoigne de l'importance qu'elles ont acquise au cours des dernières années: on pourra en étudier l'évolution d'après les chiffres qui suivent:

<u>Année</u>	<u>Industrie</u>	<u>Agriculture</u>
1946	555.011.000	81.428.000
1947	1.293.960.000	137.054.000
1948	2.464.450.000	388.908.000
1949	2.953.440.000	579.743.000
1950	3.525.380.000	845.855.000
1951	4.401.329.000	1.142.747.000
1952	5.550.117.000	1.505.520.000
1953	6.624.865.000	1.820.739.000
1954	7.965.060.000	2.041.365.000
1955	8.890.426.000	2.198.732.000
1956	10.612.411.000	2.714.300.000

Il convient de souligner que ces montants n'englobent pas les dépenses au titre de la construction des centres de traumatologie, des maisons de convalescence, des maisons de repos, etc.

Le graphique ci-dessous reproduit la courbe des dépenses afférentes aux prestations en nature, calculées en pourcentages des recettes provenant des cotisations au titre des régimes respectifs.



Si la courbe du graphique qui concerne le secteur agricole a une allure irrégulière, ce n'est pas à cause d'une diminution des dépenses mais parce que le produit des cotisations n'a pas augmenté de façon régulière ou constante.

On pourra se faire une idée du rôle important des prestations en nature dans l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles d'après l'ampleur du réseau sanitaire mis sur pied par l'I.N.A.I.L., qui se compose d'organes centraux et d'organes périphériques et s'étend sur tout le pays.

Les organes centraux sont représentés par le Conseil médical général, qui relève de la direction générale et dirige et coordonne toute l'action sanitaire de l'Institut. Quatorze consultants médicaux départementaux assurent la liaison entre la direction générale et les 92 directeurs des services sanitaires provinciaux.

Les directeurs des services sanitaires provinciaux orientent l'activité médico-légale et sanitaire des consultants et des médecins des dispensaires qui ont été créés dans chaque siège.

Outre les départements établis au sein des hôpitaux civils, dont le personnel - on l'a déjà dit - relève de l'Institut, l'I.N.A.I.L. gère des établissements spéciaux de traitement qui lui appartiennent en propre: ce sont les centres de traumatologie de Milan, Bologne, Rome, Naples, Bari, Palerme, Iglesias et Trente. La construction d'autres centres est en cours ou à l'étude. Outre ce réseau d'établissements de portée régionale, le centre assure le fonctionnement de 21 départements de traumatologie, qu'il a créés dans les hôpitaux de chefs-lieux moins importants.

En ce qui concerne les traitements post-hospitaliers, six maisons de convalescence accueillent les travailleurs souffrant de séquelles de traumatismes ou de maladies professionnelles. Il faut y ajouter une maison de repos pour les grands invalides du travail, deux centres de rééducation et de réadaptation professionnelle et, dans un proche avenir, d'autres établissements de convalescence, dont l'un est en voie d'achèvement à Budrio.

Divers centres d'étude et d'assistance pour les maladies professionnelles fonctionnent actuellement dans les cliniques universitaires. En prévision d'interventions urgentes en cas de maladies provoquées par la décompression, l'Institut a établi une chambre mobile de pression et décompression, qui peut être amenée directement sur les lieux du travail.



En matière d'équipement sanitaire, il faut également mentionner les 15 dispensaires mobiles qui peuvent être installés dans les localités où l'on entreprend des travaux temporaires d'une certaine importance.

Enfin, des dispensaires séparés, qui relèvent des sièges provinciaux, des postes de premiers secours et de sauvetage, créés dans les mines, viennent compléter le réseau sanitaire aménagé par l'Institut. L'I.N.A.I.L. a fait distribuer près de 6.000 boîtes de premiers secours dans les bourgs agricoles où il n'existe pas de service sanitaire.

Pour fournir cette assistance en nature, l'I.N.A.I.L. s'est assuré les services de quelques 1.450 médecins, dont il emploie les uns à titre permanent et les autres à titre contractuel. Il faut y ajouter 13.200 médecins contractuels qui soignent les cas bénins. Plus de 500 techniciens radiologues et infirmiers travaillent dans les hôpitaux, les dispensaires et les cabinets spécialisés.

#### Prothèse.

La fourniture d'appareils de prothèse est étroitement liée à l'octroi des soins chirurgicaux, et aussi à la rééducation fonctionnelle et professionnelle.

L'I.N.A.I.L. prend à sa charge la première fourniture des prothèses de travail et il en assure le renouvellement. Il fournit tous les appareils propres à réduire le degré d'incapacité et également les prothèses qui, telles les prothèses dentaires, ne correspondent peut-être pas exactement à la fonctionnalité perdue ou diminuée à la suite de l'accident.

La prestation est accordée quel que soit le degré d'incapacité - indépendamment donc du minimum fixé par la loi pour le maintien du droit à indemnité --, pour autant qu'elle soit de nature à influencer effectivement sur la capacité de travail.

#### MONTANT DE LA RENTE.

##### 1. - Evolution du tableau d'invalidité.

##### 6. - Adaptation de la rente aux fluctuations des facteurs économiques. (1)

D'après le régime institué par le texte unique de 1904, l'indemnité pour incapacité permanente était liquidée en capital (sauf dans les cas particuliers où il y avait constitution de rente viagère). Le tableau établi par le

---

(1) Afin de donner au tableau une présentation plus logique et plus claire, on a jugé devoir traiter les questions visées aux alinéas 1 et 6 sous la même rubrique.

règlement d'application du texte unique de 1904, assez limité au demeurant, se basait non pas sur le degré d'incapacité provoquée par l'accident, mais sur la réduction présumée de salaire qui semblait devoir résulter de l'accident.

Le montant de l'indemnité était fixé comme suit:

- A - En cas d'incapacité permanente absolue, l'indemnité était égale à six fois le salaire annuel et ne pouvait être inférieure à 3.000 lires (1).
- B - En cas d'incapacité permanente partielle, elle était égale à six fois la perte du salaire provoquée par la mutilation (et spécifiée dans le tableau). Le salaire annuel qui devait être pris en considération à cet effet ne pouvait être inférieur à 500 lires (1).

Le décret royal n° 1.366 du 2 Octobre 1921 contenait un nouveau tableau et modifiait certaines dispositions du règlement d'application de la loi sur l'assurance contre les accidents. Toutefois, les modifications étaient d'importance mineure: le nombre des rubriques et certains coefficients (en particulier les coefficients applicables en cas de mutilation des membres supérieures), étaient augmentés.

Le tableau actuellement en vigueur, qui était annexé au règlement de 1937, est sensiblement plus large que les précédents; il comprend davantage de rubriques, mais il s'en différencie relativement peu pour ce qui est de l'appréciation du préjudice subi. Il convient cependant de rappeler qu'alors que le tableau établi par le règlement de 1904, et modifié par celui de 1921, indiquait, en regard de chaque mutilation un pourcentage représentant la perte de salaire, le tableau figurant dans le décret de 1937 indique, en regard de chaque mutilation, la diminution correspondante du degré de capacité de travail.

Pour ce qui est de la liquidation des indemnités, la réforme effectuée en 1935 a eu pour effet de remplacer l'attribution de la somme versée en capital dans le cas d'invalidité permanente, absolue ou partielle, par la constitution d'une rente.

Au début de l'application de la loi de 1935, le montant de la rente était fixé comme suit:

- A - Incapacité permanente absolue: rente égale à la moitié du salaire.
- B - Incapacité permanente partielle; rente égale à la moitié du salaire annuel diminuée proportionnellement au degré d'incapacité.

---

(1) Valeur monétaire de l'époque.

Avec le temps, le législateur a constamment amélioré ces dispositions, en vertu de textes promulgués en 1939, 1946, 1947, 1948, 1949, 1952 et 1958.

On se rendra compte de ces modifications grâce aux indications ci-après:

A. - INCAPACITE PERMANENTE TOTALE:

Régime institué par la loi de 1904: somme en capital égale au sextuple du salaire annuel, diminuée en fonction du degré d'incapacité;

Régime institué par le décret-loi de 1935: rente égale à la moitié du salaire, diminuée en fonction du degré d'incapacité;

Régime institué par la loi de 1939: rente égale aux deux tiers du salaire, diminuée en fonction du degré d'incapacité;

Régime institué par la loi de 1949: rente liquidée sur la base du degré d'incapacité et atteignant de 50 à 100 pour cent du salaire, selon le degré d'incapacité.

Depuis 1935, des compléments au titre des charges familiales s'ajoutent aux rentes.

Outre les modifications qui viennent d'être indiquées, le montant des rentes a également changé en fonction des variations de la limite supérieure de la rémunération.

Les exemples qui suivent donnent une indication sur le montant des rentes à différentes périodes.

INVALIDITE 100%

1935 - Salaire	) minimum: 1.000 ( maximum: 6.000	rente	) 500 ( 3.000
1939 - Salaire	) minimum: 2.000 ( maximum: 8.000	rente	) 1.333 ( 5.333
1942 - Salaire	) minimum: 4.000 ( maximum: 12.000	rente	) 2.666 ( 9.000
1946 - Salaire	) minimum: 4.000 ( maximum: 24.000	rente	) 2.666 ( 18.000
1948 - Salaire	) minimum: 10.000 ( maximum: 60.000	rente	) 10.000 ( 60.000
1949 - Salaire	) minimum: 120.000 ( maximum: 270.000	rente	) 120.000 ( 270.000
1952 - Salaire	) minimum: 135.000 ( maximum: 300.000	rente	) 135.000 ( 300.000
1958 - Salaire	) minimum: 210.000 ( maximum: 450.000	rente	) 210.000 ( 450.000

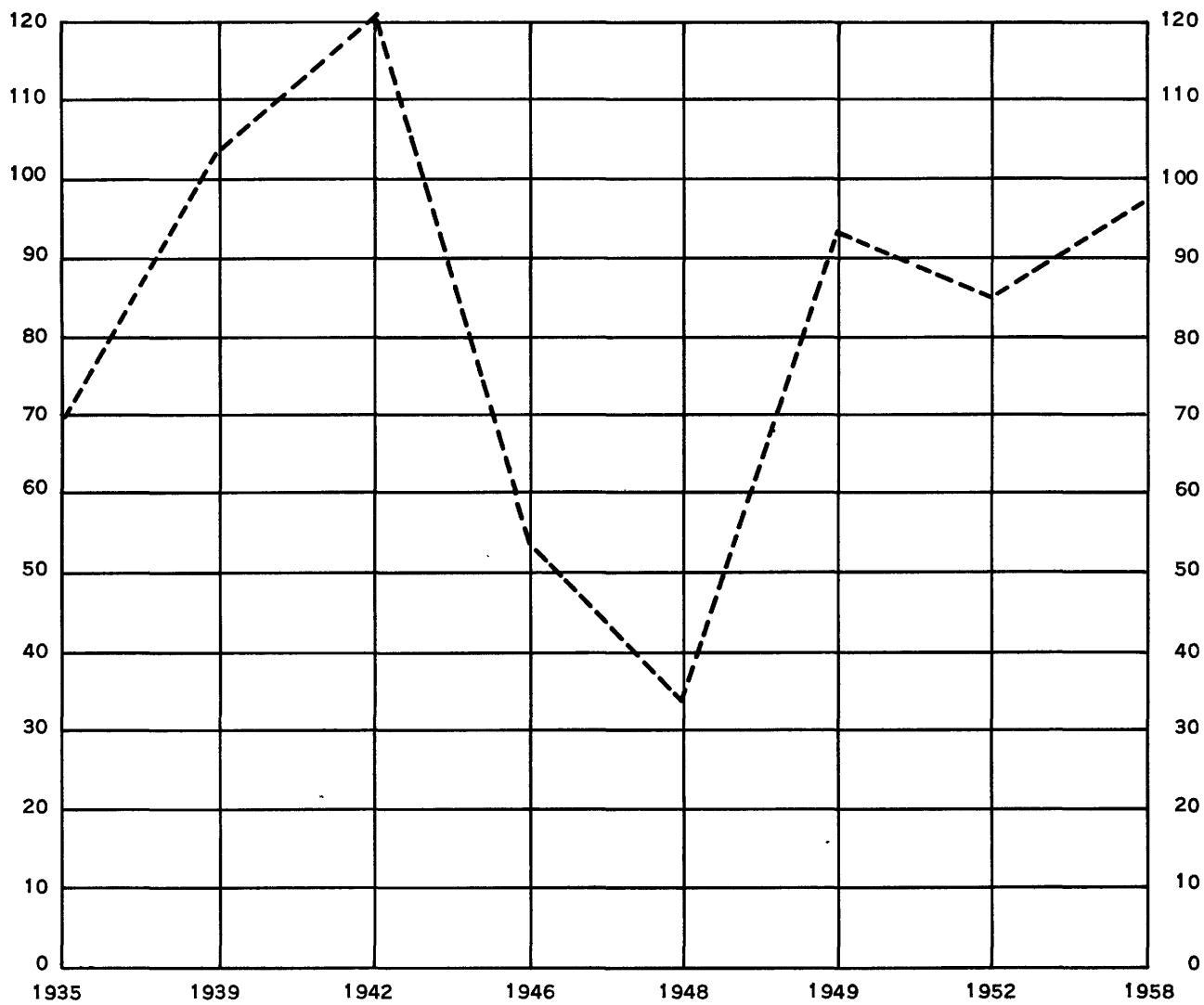
Année	Salaire moyen	Limite maximum - loi -	Rente 100%	Rente 100% + 3 allocations complémentaires
1935	4.290	6.000	3.000	3.900
1939	5.094	8.000	5.333	5.866
1942	7.455	12.000	9.000	9.935
1946	78.546	24.000	42.000 (1)	44.700 (1)
1948	282.900	60.000	93.984 (1)	102.984 (1)
1949	296.400	270.000	276.240 (2)	335.460 (2)
1952	359.700	300.000	306.240 (2)	369.960 (2)
1958	467.400	450.000	450.000	517.500

(1) Y compris l'allocation de vie chère et le "caropane"

(2) Y compris le "caropane".

=====  
 Le graphique ci-après fait apparaître la relation existant entre la rente d'invalidité permanente absolue (abstraction faite des compléments et des indemnités versés aux mutilés ayant besoin d'une assistance personnelle permanente) et le salaire national moyen:

Année	1935	-	69,9
"	1939	-	104,6
"	1942	-	120,7
"	1946	-	53,4
"	1948	-	33,2
"	1949	-	93,2
"	1952	-	85,1
"	1958	-	96,4



Comme on peut le voir d'après le graphique, on a remédié au déséquilibre provoqué par les perturbations entraînées par la guerre, qui avaient fortement entamé le pouvoir d'achat des bénéficiaires de rentes d'accident (en 1948, la rente de 100 pour cent s'élevait à 33,2 pour cent du salaire national moyen), en prenant, dès que les conditions intérieures sont redevenues normales, des dispositions pour relever le niveau de rentes (actuellement, la rente attribuée au titre d'une incapacité de 100 pour cent est égale à 96,4 pour cent du salaire national moyen).

Pour calculer les données du graphique qui précède, on a tenu compte uniquement de la rente de base. Par contre, si l'on base le calcul sur la composition d'une famille normale, qui est de quatre personnes, on constate que la rente de 100 pour cent, augmentée de trois compléments, s'établit comme suit par rapport au salaire national moyen.

550 MILLE

"

450 "

400 "

350 "

300 "

250 "

200 "

150 "

100 "

70 "

50 "

40 "

20 "

10 "

5 "

0 "

1935

1939

1942

1945

1948

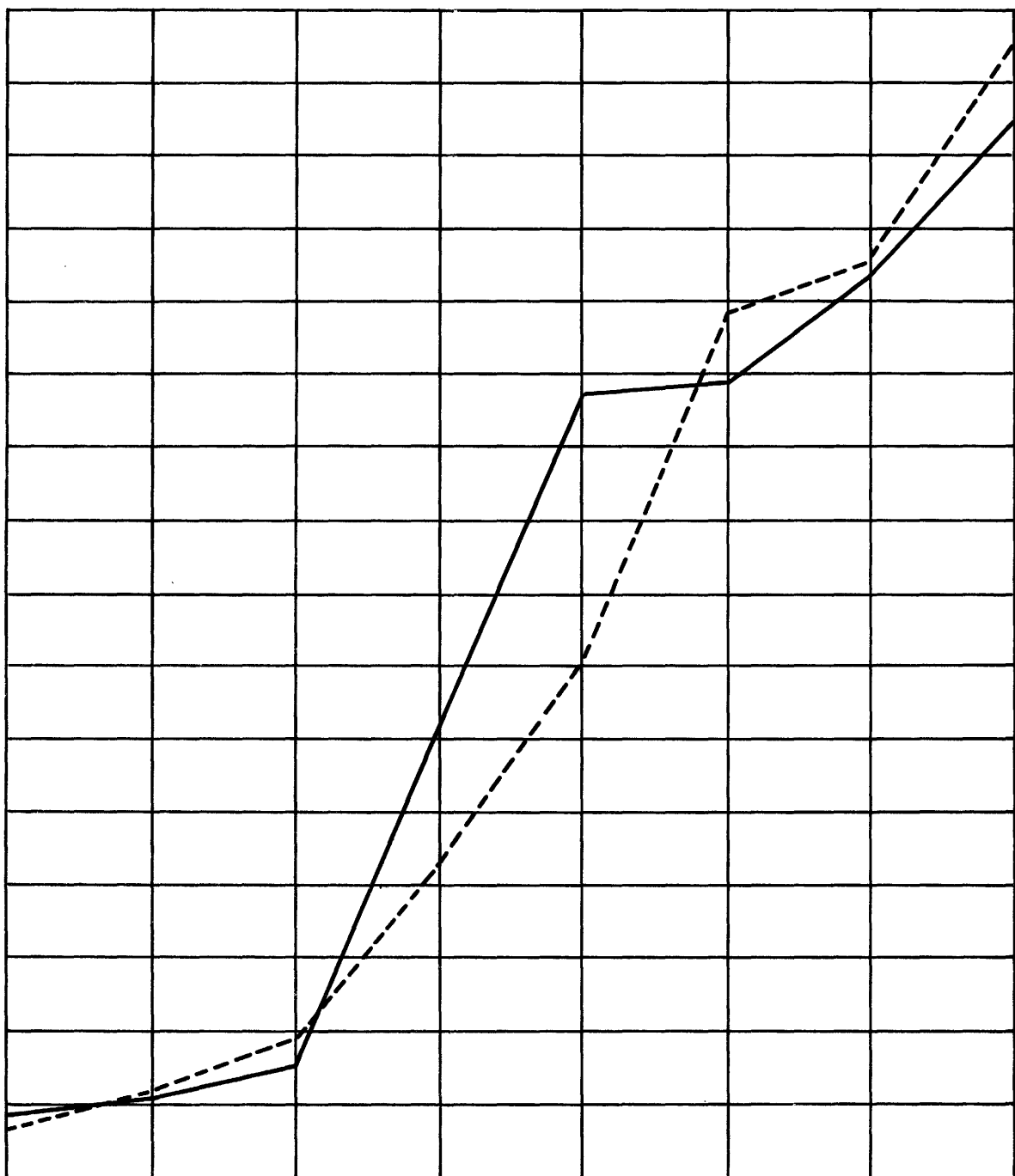
1949

1952

1958

----- RENTE 100% + 3 COMPLEMENTS

———— SALAIRE MOYEN



On constate à l'évidence que, depuis 1949, la rente pour incapacité de travail de 100 pour cent, majorée de trois compléments, est nettement supérieure au salaire moyen national.



## 2. Rachat des petites rentes.

Il convient de noter dès l'abord que c'est en 1958 seulement que la législation italienne relative à la réparation des accidents du travail a admis le principe général du rachat des petites rentes servies au titre d'une invalidité permanente. Soucieux de s'en tenir au principe énoncé en 1935, selon lequel il faut exclure toute indemnisation en capital afin d'éviter les répercussions défavorables qui en résultent inévitablement (augmentation du nombre des accidents provoqués délibérément, dilapidation du capital attribué, etc..), le législateur a fait preuve de la plus grande circonspection lorsqu'il a fixé les modalités de rachat des petites rentes.

En 1949, toutefois, un premier pas a été accompli dans cette voie, et le législateur a autorisé le rachat des rentes servies au titre d'une invalidité ne dépassant pas 20 pour cent.

La disposition qui s'appliquait aux accidents survenus avant le 31 mars 1946 ne permettait le rachat de la rente qu'à l'expiration d'un délai de quatre ans à compter de la constitution de la rente. La raison en est que les rentes, qui étaient restées à un niveau assez bas du fait de la dépréciation progressive de la monnaie, ont été réévaluées en 1949, à l'exception cependant des rentes peu élevées.

Les titulaires de rente qui n'atteignaient qu'un montant modique furent autorisés à demander le rachat des rentes afin de pouvoir obtenir un montant global qui leur serait plus utile qu'une rente ayant passablement perdu sa valeur.

C'est pour le même motif que les titulaires de rentes pour incapacité de 11 à 29 pour cent qui étaient servies au titre d'accidents survenus avant le 31 décembre 1948, ont été autorisés à demander le versement d'une somme en capital. Etant donné que les dites rentes n'avaient pas bénéficié des revalorisations antérieures, il fut décidé de verser à ceux qui se proposaient d'user de leur droit de rachat non seulement la valeur en capital de la rente, mais aussi une prime supplémentaire égale à 250 pour cent de la valeur en capital.

La loi n°499 du 3 avril 1958 a autorisé le rachat des rentes modiques à titre général et permanent.

Les titulaires de rentes ne peuvent faire usage de leur droit que dix ans seulement après la constitution de la rente, à savoir au moment où la rente ne peut plus être révisée; de plus, ce droit ne peut être invoqué que s'il s'agit de rentes pour incapacité ne dépassant pas 20 pour cent.

L'intéressé doit faire valoir son droit dans le délai d'une année.

Outre la forme de rachat qui vient d'être décrite, la législation italienne prévoit une autre possibilité de rachat en faveur des travailleurs de l'agriculture victimes d'accidents du travail. Les conditions à remplir pour pouvoir bénéficier de cette faculté de rachat (article 8 de la loi n°64 du 20 février 1950 et loi n° 1.453 du 17 décembre 1956), sont les suivantes:

- l'incapacité ayant donné lieu au paiement de la rente ne doit pas être inférieure à 50 pour cent, et deux années au moins doivent s'être écoulées depuis la liquidation de la rente;

- la somme en capital ne peut être utilisée qu'aux fins d'investissements en biens-fonds; de bonification des dits biens-fonds ou d'acquisition de machines agricoles à utiliser sur les biens-fonds propres du titulaire;

- le titulaire doit avoir femme et enfants ou seulement l'une ou les autres, qui remplissent les conditions prescrites pour l'attribution des compléments de rente;

- le titulaire de la rente ne doit pas être âgé de plus de 55 ans au moment où il présente la demande rachat.

Si toutes les conditions susmentionnées sont réunies, la rente peut être rachetée en tout ou en partie; de plus, le titulaire conserve son droit à révision et ses droits aux prestations en nature et aux prestations d'assistance.

### 3. Changement d'emploi.

Sur le plan de l'assurance, le changement d'emploi n'a d'importance que dans le cas des ouvriers atteints de silicose ou d'asbestose.

En effet, si l'assuré trouvé atteint des conséquences directes de la silicose ou de l'asbestose entraînant une incapacité permanente de travail à un degré quelconque, mais ne dépassant pas 80 pour cent, abandonne, pour des raisons prophylactiques, le travail qu'il exécute et dans lequel il a contracté la maladie, l'institution d'assurance lui verse, pendant une période d'une année et indépendamment des prestations et indemnités qui peuvent lui revenir au titre de la réduction constatée de sa capacité de travail, une rente provisoire égale aux deux tiers de la différence en moins entre le salaire dont il jouirait dans l'emploi qu'il occupait auparavant et celui qu'il perçoit dans son nouvel emploi.

La rente provisoire peut être attribuée une seconde fois dans un délai maximum de cinq ans à compter de sa cessation, dans la proportion et pendant la durée susmentionnées.

#### 4.-Droit des survivants.

D'après le texte unique de 1904, les survivants d'un travailleur victime d'un accident du travail recevaient une somme en capital égale à cinq années de salaire, somme qui était répartie entre le conjoint survivant et les enfants âgés de moins de 18 ans ou, à défaut, entre le conjoint et les ascendants ou les frères et sœurs du défunt qui étaient à sa charge.

Pour les travailleurs de l'agriculture, qui relèvent du champ d'application de la loi n° 1450 du 23 août 1917, les indemnités - qui étaient réparties entre le conjoint et les descendants et, à défaut, entre le conjoint, les ascendants et les collatéraux - étaient fonction de l'âge et du sexe du défunt.

Après la création de la rente en faveur des travailleurs de l'industrie, le service des prestations ci-après était assuré aux survivants:

- une rente calculée sur les deux tiers du salaire annuel du défunt, répartie dans les proportions indiquées ci-après entre les ayants droit suivants:

1.50 pour cent à la veuve jusqu'à son décès, ou son remariage; si c'est le veuf qui survit, la rente n'est payée que s'il était atteint d'incapacité de travail;

2.20 pour cent à chacun des enfants légitimes ou naturels jusqu'à leur quinzième année révolue ou, au delà, s'ils sont incapables de travailler et si c'est la mère qui survit, ou que le père est hors d'état de pourvoir à leur subsistance; 25 pour cent s'il s'agit d'orphelins de père et de mère;

à défaut de conjoint et d'enfants:

3.20 pour cent à chacun des ascendants ayant vécu à la charge du défunt, ce jusqu'à leur décès.

En cas de coexistence d'ayants droit mentionnés aux points 1 et 2 ci-dessus, la somme des rentes ne peut dépasser 90 pour cent de la rente correspondant aux  $\frac{2}{3}$  du salaire.

Aux fins de l'attribution de la rente de survivants, étaient assimilés aux enfants les autres descendants à la charge du défunt, s'ils étaient orphelins de père et de mère, si

ainsi que les enfants de parents incapables de travailler et les enfants trouvés régulièrement confiés au défunt. Étaient assimilées aux ascendants les personnes auxquelles les enfants trouvés avaient été régulièrement confiés.

Les conditions d'attribution de rente de survivants qui sont exposées ci-dessus ont subi par la suite diverses modifications.

Actuellement, les conditions sont les suivantes:

- la rente est calculée sur la base des deux tiers du salaire annuel du défunt (ou sur la base des deux tiers de la rémunération conventionnelle dans le secteur agricole), et répartie dans la proportion indiquée ci-après entre les ayants droit suivants:

- 1) - 50 pour cent au conjoint, même si c'est un homme, s'il est inapte au travail ou vit à la charge de la travailleuse décédée, jusqu'à son décès ou à son remariage;
- 2) - 20 pour cent à chaque enfant jusqu'à sa dix-huitième année révolue, ou, s'il est incapable de travailler, tant que dure l'incapacité. (Si les enfants sont orphelins de père et de mère, la rente est portée à 40 pour cent);

à défaut des survivants mentionnés aux alinéas 1 et 2:

- 3) - 20 pour cent à chacun des ascendants ayant vécu à la charge du défunt jusqu'à son décès;
- 4) - 20 pour cent à chacun des frères et sœurs s'ils vivaient avec le défunt et à sa charge, sous réserve des limites prévues pour les enfants.

Aux fins de l'attribution de la rente, sont assimilés aux enfants les autres descendants vivant à la charge du défunt qui sont orphelins de père et de mère, les enfants de parents incapables de travailler, les enfants adoptés selon le régime de l'affiliation et les enfants trouvés qui leur ont été régulièrement confiés.

La somme des rentes attribuées aux survivants ne peut dépasser le montant de la rémunération annuelle du défunt. Au cas où cette somme dépasse le dit montant, les rentes sont diminuées proportionnellement. Lorsqu'une ou plusieurs rentes prennent fin, les autres rentes sont augmentées proportionnellement jusqu'à concurrence du montant de la rémunération annuelle du défunt.

Outre les rentes, les survivants ont droit à une indemnité unique dont le montant varie selon la composition de la

famille du défunt.

Dans le secteur industriel, cette indemnité s'établit comme suit:

- a) 250.000 liras si le conjoint survit et s'il n'y a pas d'enfants mineurs âgés de moins de 18 ans ou inaptes au travail;
- b) 260.000 liras si le conjoint survit et s'il y a des enfants remplissant les conditions susmentionnées;
- c) 160.000 si ne survivent que des enfants âgés de moins de 18 ans ou inaptes au travail;
- d) 140.000 liras dans les autres cas.

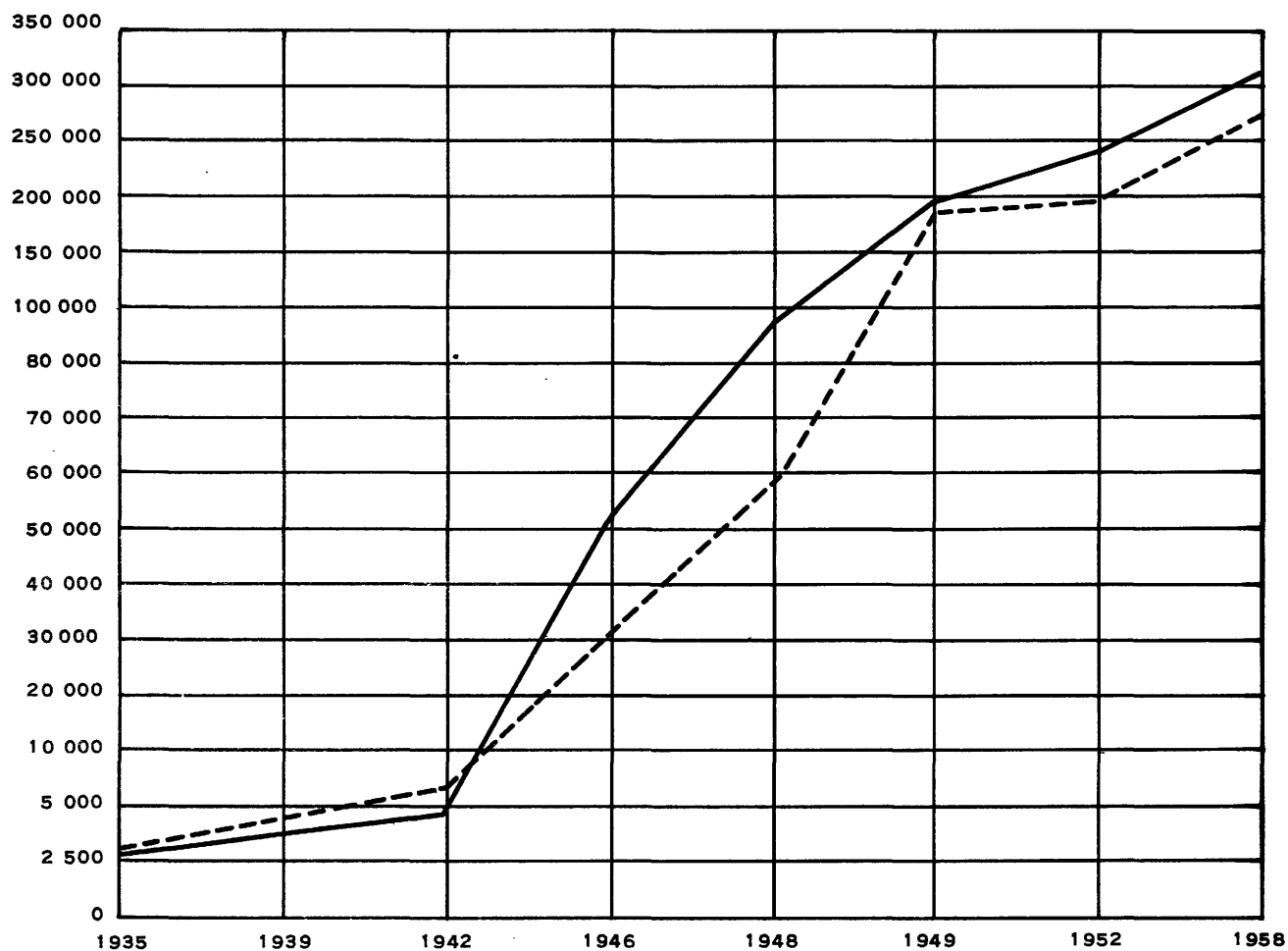
Les indemnités indiquées aux alinéas a), b) et c) sont majorées de 50.000 liras au titre de chaque ascendant, jusqu'à concurrence de deux, qui était à la charge du défunt; les indemnités indiquées aux alinéas b) et c) sont majorées respectivement de 38.000 et de 50.000 liras au titre de chaque enfant ayant droit, jusqu'à concurrence de cinq. L'indemnité indiquée à l'alinéa d) est majorée au titre de chaque ascendant, jusqu'à concurrence de deux; de 100.000 liras s'ils étaient à la charge du défunt, et de 50.000 liras s'ils n'étaient pas à sa charge. Dans l'agriculture, les indemnités sont sensiblement inférieures.

Le tableau récapitulatif ci-après indique les variations subies par les rentes de survivants entre 1935 et 1958 (cas d'une veuve avec deux enfants, la rente étant liquidée sur la base de la limite maximum), et, en regard, les variations de l'indemnité de décès et du salaire moyen.

<u>Année</u>	<u>Rente</u>	<u>Indemnité de décès</u>	<u>Salaire moyen</u>
1935	3.600	-	4.290
1939	4.800	2.000	5.094
1942	7.200	2.500	7.455
1946	30.400	4.500	78.546
1948	59.488 (°)	12.000	282.900
1949	180.720 (°)	16.000	296.400
1952	198.720 (°)	60.000	359.700
1958	270.000	336.000	467.400

(°) y compris le "caropane".

Pour comparer le montant de la rente de survivants au salaire moyen, on a pris en considération les deux tiers du salaire moyen, car on estime que c'est la fraction de la rémunération utilisée par la famille, le troisième tiers étant utilisé par le chef de famille décédé.



----- RENTE

———— 2/3 SALAIRE MOYEN

De même que dans le cas des rentes directes, on constate que, jusqu'en 1942, les rentes de survivants avaient une certaine valeur non seulement en soi, mais aussi par rapport au salaire moyen.

Mais la situation n'est jamais redevenue aussi favorable qu'elle était alors; en 1949, cependant, ces rentes ont été ramenées à des proportions plus conformes aux nécessités économiques de notre époque.

#### FINANCEMENT.

##### 1 - Evolution du coût des accidents du travail et des maladies professionnelles.

On a étudié l'évolution du phénomène considéré par le biais des fluctuations du coût des prestations en espèces et en nature entre 1946 et 1956. On a étudié l'évolution des coûts tant en valeur absolue que relativement au pouvoir d'achat de la monnaie, les chiffres relatifs à la période susmentionnée ont ensuite été comparés aux chiffres correspondants pour l'année 1938, que l'on considère comme représentative de la période d'avant-guerre.

Il faut indiquer dès l'abord que les chiffres en question - qui ont été tirés des données statistiques en possession de l'INAAIL - sont égaux au montant des dépenses afférentes aux accidents survenus pendant chaque exercice financier et au nombre des accidents ayant donné lieu à réparation pendant la même période. On fait remarquer, d'autre part, que les données indiquées ne portent pas sur la totalité des dépenses de l'institution d'assurance: en sont exclus les dépenses au titre des prestations d'assistance -, qui ont pourtant sensiblement augmenté du fait que le caractère social de l'assurance s'est accentué avec le temps - de même que les contributions versées à divers organismes à des fins en rapport avec l'assurance et d'autres dépenses.

Le tableau n°1 ci-après donne les chiffres du coût nominal moyen par cas des prestations en espèces servies au titre d'accidents ayant entraîné une incapacité temporaire, une incapacité permanente ou le décès; il contient également les chiffres des coûts nominaux moyens par cas des prestations en espèces et les indices correspondants pour les années 1946 à 1956, ainsi que les indices des coûts calculés sur la base de l'année 1938.

ANNÉE	Incapacité temporaire				Incapacité permanente				Décès				Coût par cas			
	Indices		Indices		Indices		Indices		Indices		Indices		Indices		Indices	
	Coût	Indices	Coût	Indices	Coût	Indices	Coût	Indices	Coût	Indices	Coût	Indices	Coût	Indices	Coût	Indices
1938		100		100		100		100		100		100		100		100
1946	2.260	100	44.477	100	426	65.808	100	100	65.808	220	5.819	100	5.819	100	5.819	100
1947	6.047	268	101.435	228	972	216.262	329	329	216.262	724	13.756	236	13.756	236	13.756	1.397
1948	8.457	374	228.725	514	2.192	285.184	433	433	285.184	955	23.713	408	23.713	408	23.713	2.407
1949	8.710	385	563.737	1.267	5.402	619.863	942	942	619.863	2.076	47.209	811	47.209	811	47.209	4.793
1950	9.035	400	548.249	1.233	5.253	622.580	946	946	622.580	2.085	45.978	790	45.978	790	45.978	4.668
1951	9.815	434	625.097	1.405	5.990	683.508	1.039	1.039	683.508	2.289	50.332	865	50.332	865	50.332	5.110
1952	10.290	455	635.086	1.428	6.066	688.108	1.046	1.046	688.108	2.304	49.513	851	49.513	851	49.513	5.027
1953	10.510	465	690.577	1.552	6.615	841.265	1.278	1.278	841.265	2.818	51.765	890	51.765	890	51.765	5.255
1954	18.853	480	613.726	1.380	5.861	738.649	1.122	1.122	738.649	2.474	46.699	803	46.699	803	46.699	4.741
1955	11.612	523	609.215	1.370	5.838	787.909	1.197	1.197	787.909	2.639	47.314	813	47.314	813	47.314	4.803
1956	12.180	539	631.109	1.419	6.047	676.791	1.332	1.332	676.791	2.937	50.332	865	50.332	865	50.332	5.110



Le tableau ci-dessus indique les coûts moyens, tels qu'ils sont exprimés par les dépenses effectives, entraînés par les accidents ayant donné lieu à réparation. On se rappellera que les dépenses au titre des rentes englobent également les valeurs en capital des dites rentes, déterminées par application des coefficients de capitalisation qui sont fixés par la loi à 4 pour cent. Les valeurs indiquées sont donc déterminées non seulement par le montant monétaire et les dispositions législatives en vigueur pendant l'année considérée, mais aussi par le degré d'incapacité dont la rente est fonction, la composition de la famille des bénéficiaires et leur âge. Toutefois, les facteurs démographique-actuariels évoluent très lentement dans le temps.

L'examen du tableau permet de constater que les prestations au titre d'une incapacité temporaire, les prestations au titre d'une incapacité permanente et les allocations de décès ont évolué différemment.

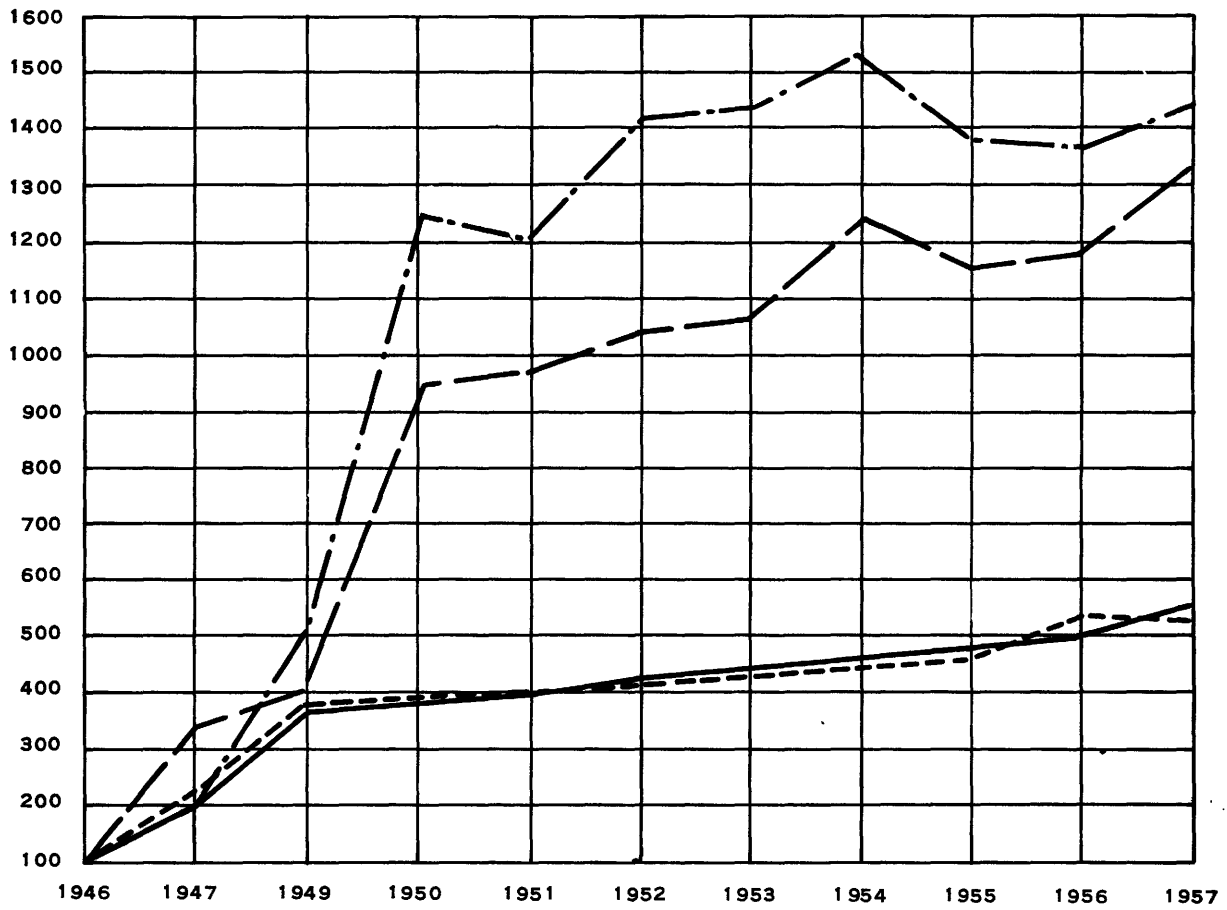
Ceci est dû au fait qu'alors que les prestations au titre d'une incapacité temporaire sont proportionnelles à la rémunération effective, les rentes ne le sont que dans les limites de la rémunération maximum et minimum fixées par la loi. Pendant les années qui ont immédiatement suivi la fin de la guerre, le montant maximum était minime; toutefois, il a fallu ajuster les rentes ultérieurement et les porter à un niveau plus élevé, ce que les indices figurant dans le tableau font clairement ressortir.

On notera avec intérêt que l'évolution du phénomène prend une allure différente lorsque l'on compare les indices qui y ont trait aux indices des salaires nominaux pendant la même période.

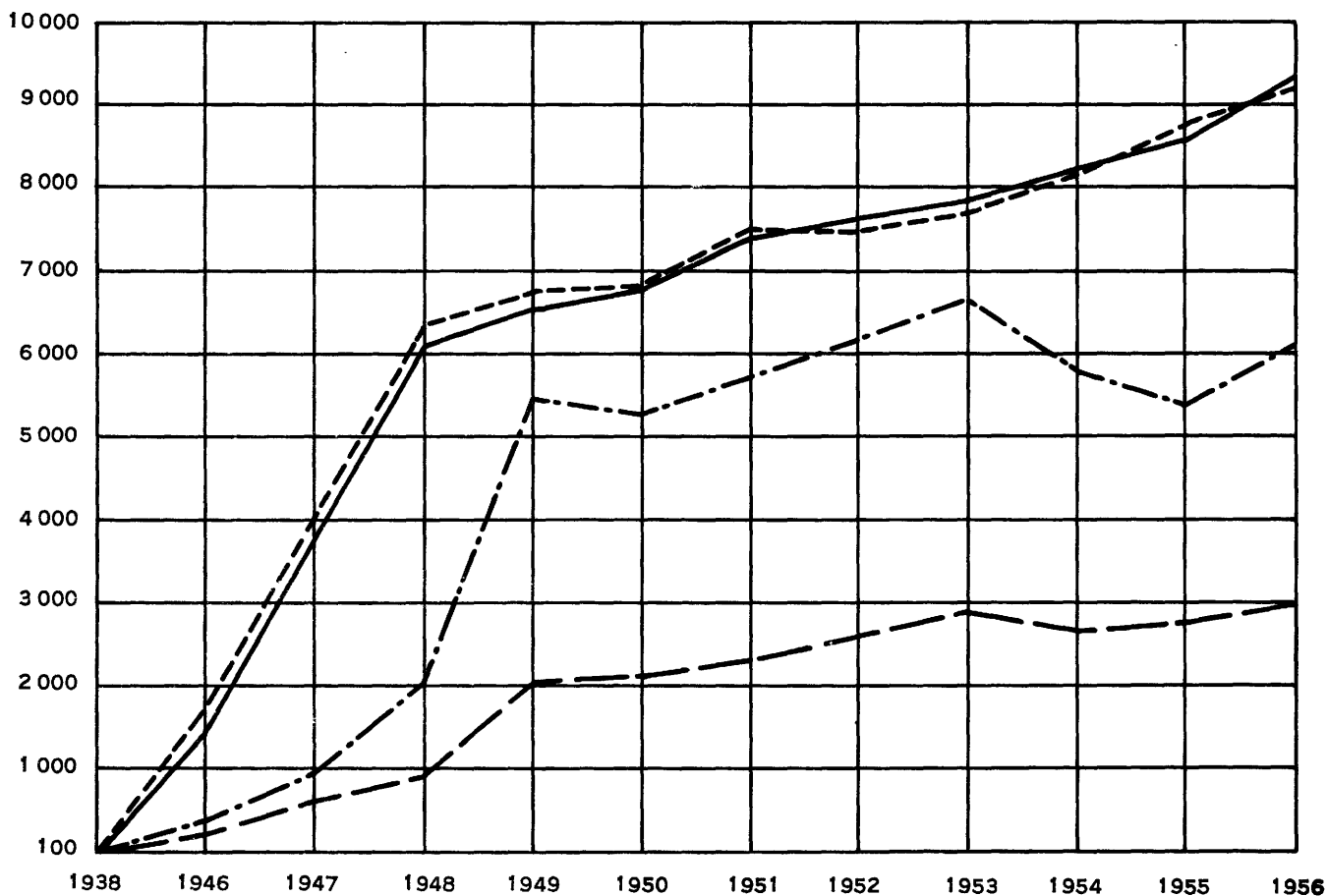
Les indices des salaires s'établissent comme suit:

1946 = 100	1938 = 100
1947 = 265	1946 = 1692
1948 = 360	1947 = 4486
1949 = 377	1948 = 6096
1950 = 393	1949 = 6387
1951 = 435	1950 = 6645
1952 = 458	1951 = 7363
1953 = 468	1952 = 7750
1954 = 486	1953 = 7919
1955 = 518	1954 = 8229
1956 = 543	1955 = 8772
	1956 = 9192

Les graphiques ci-après ont été construits sur la base des indices mentionnés plus haut :



- SALAIRES
- INCAPACITE TEMPORAIRE
- . - . - . INCAPACITE PERMANENTE
- DECES



- SALAIRES
- INCAPACITE TEMPORAIRE
- . - . - . INCAPACITE PERMANENTE
- DECES

Sur le premier des graphiques, pour lequel on a pris comme base les dépenses de 1946 (= 100), on constate que si les indices des salaires et les indices du coût des prestations pour incapacité temporaire ont suivi une évolution analogue, les indices des dépenses afférentes aux rentes ont été beaucoup plus élevés.

Ceci s'explique, on l'a déjà dit, par la nécessité d'augmenter les rentes qui, pendant les années qui ont suivi immédiatement la fin de la guerre, étaient tombées à un niveau extrêmement bas du fait que les limites maxima fixées par la loi étaient peu élevées. Il est donc logique que les rentes aient fait l'objet de majorations qui, pendant la période considérée, ont provoqué un relèvement des indices qui, de ce fait, sont nettement supérieurs à ceux des salaires qui avaient augmenté progressivement et régulièrement. Ce phénomène est très nettement visible jusqu'à l'année 1949, puis il cesse et la courbe du coût des prestations a la même allure que celle des salaires.

Dans le second graphique, les dépenses afférentes aux prestations en espèces et les salaires ont été rapportées aux chiffres de l'année 1938 qui a été prise comme base (1938 = 100).

Le tableau ci-dessous donne le chiffre des dépenses afférentes aux prestations en nature, ainsi que les indices correspondants, pour 1946/1956.

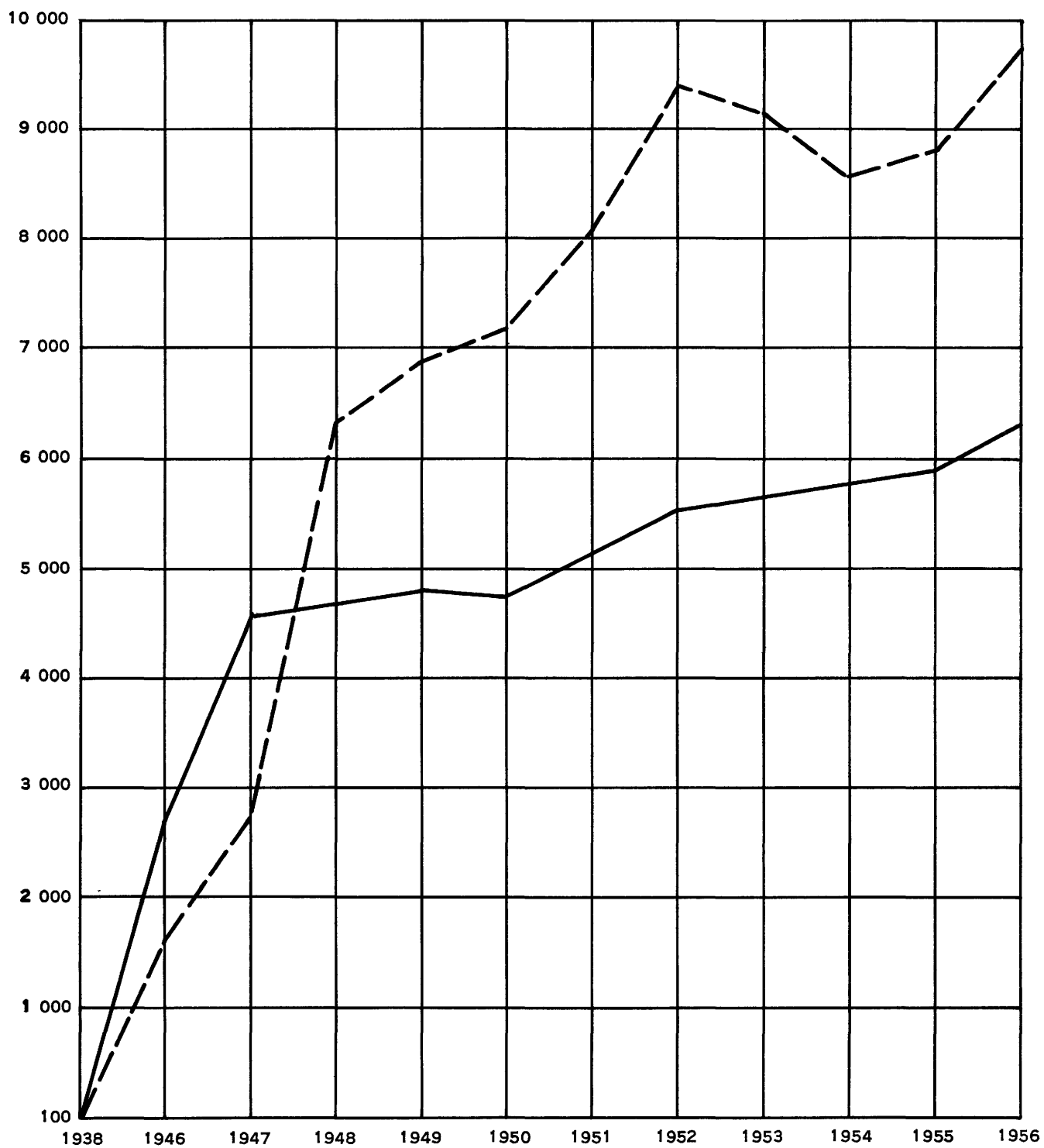
Année	Coût	Indices	Indices
1938			100
1946	1.800	100	1.579
1947	3.252	181	2.853
1948	6.846	380	6.005
1949	7.943	441	6.958
1950	8.047	447	7.059
1951	9.203	511	8.073
1952	10.738	597	9.419
1953	10.462	581	9.177
1954	9.375	521	8.224
1955	10.032	557	8.800
1956	11.299	628	9.911

En ce qui concerne les prestations en nature, il est intéressant de comparer leur évolution avec celle du coût de la vie. En effet, à égalité de service, elles devraient suivre la même évolution que les indices du pouvoir d'achat; mais tel n'est pas le cas et l'on constate donc à l'évidence que les prestations en nature se sont nettement étendues avec le temps, et ce, non seulement si l'on considère la seule période de l'après-guerre, mais aussi si l'on se reporte à l'année d'avant-guerre (1938) qui a été prise comme année de base.

Les indices du coût de la vie s'établissent comme suit:

1946 = 100	1938 = 100
1947 = 162	1946 = 2.823
1948 = 172	1947 = 4.575
1949 = 174	1948 = 4.844
1950 = 172	1949 = 4.915
1951 = 183	1950 = 4.849
1952 = 196	1951 = 5.320
1953 = 200	1952 = 5.546
1954 = 206	1953 = 5.654
1955 = 212	1954 = 5.806
1956 = 222	1955 = 5.975
	1956 = 6.266

Le graphique ci-après témoigne de l'amélioration constante des prestations en nature, et montre que depuis 1948 les prestations ont augmenté plus rapidement que le coût de la vie, à l'encontre de ce qui s'était passé les années précédentes.



———— COUT DE LA VIE

- - - - - PRESTATIONS EN NATURE

On peut tirer des données présentées jusqu'ici les coûts nominaux moyens, par cas, des prestations en espèces et des prestations en nature qui ont été fournies dans les cas d'accident du travail ayant donné lieu à réparation. Ils s'établissent comme suit (avec leurs indices):

Année	Coût	Indices	Indices
1938			100
1946	7.619	100	693
1947	17.008	223	1.548
1948	30.559	401	2.781
1949	55.152	724	5.018
1950	54.025	709	4.916
1951	59.535	781	5.417
1952	60.251	791	5.482
1953	62.227	817	5.662
1954	56.074	736	5.102
1955	57.346	753	5.218
1956	61.631	809	5.608

Le rapport entre les prestations en espèces et les prestations en nature n'est pas sans accuser certaines variations. Ceci est dû à diverses causes hétérogènes, qui influent directement sur le coût des accidents (par exemple, les causes déjà citées à propos de l'évolution des rentes, tel le degré d'invalidité, l'âge du bénéficiaire, la composition de la famille, etc..).

Le coût moyen par cas peut être ventilé comme suit (en pourcentage):

Année	Prestations en espèces.	Prestations en nature.	Prestations en espèces et en nature.
1946	76	24	100
1947	81	19	100
1948	78	22	100
1949	86	14	100
1950	85	15	100
1951	85	15	100
1952	83	18	100
1953	83	17	100
1954	83	17	100
1955	83	17	100
1956	82	18	100

Afin de pouvoir calculer l'évolution dans le temps du rapport entre la prestation servie au titre d'un accident du travail et la rémunération, on indique ci-après les indices des rapports entre le coût moyen, par cas, des prestations en espèces et en nature et le salaire nominal.

1938		100
1946	100	41
1947	84	35
1948	111	46
1949	192	79
1950	180	74
1951	180	74
1952	172	71
1953	175	71
1954	151	62
1955	145	59
1956	148	61

Ce tableau montre que pendant les années qui ont immédiatement suivi la guerre, l'augmentation des prestations n'a pas été directement proportionnelle à l'augmentation des salaires, qui a été nettement supérieure, comme on l'a déjà signalé précédemment.

On constate également qu'en 1956, le rapport est de loin inférieur à ce qu'il était en 1938, année où il était beaucoup plus favorable à l'accidenté.

La cause en est que la limite maximum de la rémunération dont il est tenu compte pour le calcul de la rente a été relevée plus lentement, indépendamment du fait qu'une partie des recettes de l'assurance a été affectée à la reconstitution des réserves qui s'étaient dévalorisées par suite de la guerre, et, partant, à la revalorisation des rentes les plus anciennes.

En d'autres termes, on a élargi la mutualité et l'on a admis les anciens assurés au bénéfice du même régime que les nouveaux.

L'indice qui précède devrait atteindre à nouveau le niveau 100 en 1958, en raison des améliorations prévues par la loi n°499 du 3 Avril 1958.

## 2.-Variations de la fréquence des accidents constatés après une modification du délai de carence.

Il est impossible d'étudier ce phénomène en se reportant aux accidents du travail dans l'industrie, car le délai de carence n'a pas été modifié depuis 1935.



Par contre, le délai de carence a été récemment raccourci pour les maladies professionnelles. La loi n°499 du 3 Avril 1958 l'a ramené de neuf à trois jours et l'a donc aligné sur le délai de carence fixé pour les accidents.

On ne peut déterminer encore les effets de cette modification sur la fréquence des maladies professionnelles, car son introduction est encore trop récente.

Par contre, une enquête a été effectuée en la matière dans l'agriculture. Dans ce secteur, le délai de carence qui était de dix jours en vertu de la loi de 1917, a été ramené à six jours par la loi n° 64 du 20 février 1950.

Il faut admettre qu'outre la diminution du délai de carence, deux autres facteurs peuvent entraîner une augmentation de la fréquence des accidents, ce sont :

- le caractère plus dangereux des opérations,
- l'augmentation du nombre des travailleurs exposés au risque.

Il serait extrêmement compliqué de déterminer dans quelle mesure les deux facteurs susmentionnés ont contribué à faire augmenter la fréquence des accidents, et de dissocier d'une part leurs effets, et, d'autre part, ceux de la réduction du délai de carence.

Cette difficulté tient au fait que l'INAIL n'a jamais tenté de déterminer directement le nombre de travailleurs exposés au risque d'accident dans l'agriculture, soit que l'INAIL lui-même n'ait pu avoir de certitude en la matière, soit qu'il lui eût été difficile de déterminer exactement ce nombre - et ce pour diverses raisons, par exemple le caractère temporaire du travail et la mobilité de la main-d'oeuvre - soit enfin que le nombre de travailleurs en question ne constitue pas la base technique nécessaire au calcul de la prime, qui, dans l'agriculture, n'est pas fonction du risque, ni, donc de l'effectif de la main-d'oeuvre occupée, mais constitue, en fait, une majoration de l'impôt foncier.

Ceci étant, les résultats exposés ci-après ne sont valides que dans l'hypothèse où l'augmentation du risque aussi bien que celle de l'effectif de la main-d'oeuvre occupée ont été constantes dans le temps.

Les observations qui ont été faites ont permis de constater que si le nombre des déclarations et des cas réglés a augmenté progressivement et régulièrement jusqu'en 1949 (10 pour cent), le nombre des déclarations a marqué une augmentation de 25 pour cent en 1950 (données par l'exercice) et de 27 pour cent (données par compétence). On a donc une augmentation de l'ordre de 16 et 17 pour cent par rapport à

l'augmentation "type"; par la suite, on constate un retour à la normale; et l'augmentation a été constante pendant les années suivantes.

Pour ce qui est des cas réglés (ayant donné lieu à réparation ou non), on constate qu'en 1940 leur nombre a augmenté de 24 pour cent (exercice) et de 29 pour cent (compétence), alors que tant au cours des années antérieures à l'application des nouvelles dispositions législatives que pendant les années postérieures (à l'exception de 1951, année où l'on a encore ressenti les effets de la loi de 1950), l'augmentation annuelle des cas était de l'ordre de 10 pour cent environ.

Pour ce qui est des cas ayant donné lieu à indemnisation en 1950, on constate que leur nombre a augmenté de 42 pour cent (exercice) et de 57 pour cent (compétence); toutefois, les écarts se sont atténués progressivement au cours des années qui suivirent et l'on a fini par revenir à l'augmentation "type" au bout de trois ans.

En 1950, les cas ayant entraîné une incapacité temporaire absolue, ont augmenté de 54 pour cent (exercice) et de 60 pour cent (compétence).

Au contraire, les cas n'ayant pas donné lieu à réparation ont été moins nombreux. Quant aux cas qui ne donnaient pas lieu à réparation parce qu'il y avait franchise, ils ont diminué de 44 pour cent (exercice) et de 47 pour cent (compétence).

### 3- Capitalisation et répartition.

Pour le financement de l'assurance des travailleurs du secteur de l'industrie, l'Institut National d'Assurance contre les Accidents du Travail (INAIL) a adopté le système de la répartition des capitaux de couverture.

Ce système cependant ne s'applique qu'aux rentes directes et aux rentes de survivants, et aux capitaux de couverture correspondants. L'Institut fait face à ses autres charges (indemnité en cas d'incapacité temporaire absolue, rente provisoire, prestations en nature, prestations d'assistance, dépenses au titre du personnel, contributions obligatoires, etc.), au moyen des primes encaissées pendant l'exercice financier, et il ne constitue donc pas de réserves. En d'autres termes, pour la couverture des charges autres que les rentes, l'Institut applique le système financier de la répartition pure, même dans le régime de la capitalisation des rentes.

On peut dire que le système de répartition des capitaux de couverture qui a été adopté par l'INAIL se trouve à mi-chemin entre le système de capitalisation générale (capitaux qui serviront ultérieurement à couvrir aussi bien les charges existantes que les charges nouvelles) et le système opposé de la répartition pure.

Le système adopté consiste simplement à constituer le capital correspondant à la valeur actuelle des rentes calculée à un taux déterminé (ce taux était de 4 pour cent jusqu'à présent, mais il sera de 4,25 pour cent dans l'avenir), à mesure que les rentes se constituent, et à mettre de côté les capitaux ainsi constitués, qui sont appelés "capitaux de couverture" ou "réserves mathématiques".

Avec ce système, le volume des réserves se stabilise lorsque l'on atteint la "période de régime", à savoir au moment où le nombre des rentes nouvelles qui se constituent chaque année est sensiblement égal au nombre des rentes qui s'éteignent, de sorte que le nombre des rentes courantes et celui des charges y afférentes sont à peu près constants, à condition que la fréquence des accidents du travail reste constante.

Avec le système de la répartition des capitaux de couverture, même la cotisation versées par l'employeur (la prime est égale à un pourcentage déterminé du salaire payé) reste constante, pour autant que le degré de risque reste constant, car la masse des primes de chaque exercice permet de faire aussi bien face à la constitution du capital des rentes dues au titre d'accidents survenus pendant le même exercice que des charges afférentes à d'autres engagements, tandis que la charge imposée par les rentes de création antérieure est couverte grâce aux réserves déjà constituées.

Le système financier de la répartition des capitaux de couverture présente l'avantage d'éviter les complications et difficultés liées au système de la répartition pure. En effet, ce dernier système entraîne, pendant de nombreuses années, l'augmentation progressive et ininterrompue des cotisations, car les nouvelles rentes viennent chaque année s'ajouter à la charge imposée par les rentes déjà liquidées. De plus, ce système comporte une certaine injustice pour ce qui est de la répartition des charges de l'assurance: les entreprises qui se créent devraient, en effet, verser la prime d'assurance qui serait calculée au même taux que pour les autres entreprises du même secteur industriel, et se trouveraient donc partager la charge imposée par des accidents survenus avant même qu'elles n'aient commencé leur activité et dont évidemment elles ne sont aucunement responsables.

Le système de la répartition des capitaux de couverture permet également d'éviter l'extrême sensibilité aux variations que le rapport entre bénéficiaires et cotisants peut subir avec le temps, alors que le système de la répartition en est tributaire, de sorte qu'il est conditionné par les possibilités contributives des divers secteurs de l'économie. En effet, si elles disposent de capitaux de couverture, les institutions d'assurance sont assurées en tout temps de pouvoir satisfaire aux engagements pris ou prévus; mais elles ne pourraient avoir la même garantie avec le système de la répartition pure. Et si une crise économique devait entraîner une contraction sensible de l'activité économique et, partant, une augmentation du chômage, le produit des cotisations diminuerait automatiquement, et l'organisme de prévoyance risquerait de se trouver dans l'impossibilité matérielle de faire face à ses engagements envers les ayants droit.

Un autre avantage du système de répartition des capitaux de couverture tient à la possibilité qu'ont les institutions de prélever les avances sur les réserves. De ce fait, elles peuvent faire l'effort d'équipement nécessaire pour l'achat d'une assistance spécialisée en nature et faciliter la réintégration des accidentés dans le monde du travail, puisqu'elles leur offrent la possibilité de mieux recouvrer leur capacité de travail.

Les risques d'une pulvérisation des réserves qui résulterait de dévaluations de la monnaie a beaucoup diminué depuis que les institutions d'assurance placent judicieusement une part importante de leurs capitaux de réserve en bien-fonds

#### REEDUCATION FONCTIONNELLE ET PROFESSIONNELLE.

Aux termes de l'article 31 de la loi sur l'assurance contre les accidents du travail, l'institut d'assurance est tenu de fournir à ses frais à l'assuré "les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires pendant toute la durée de l'incapacité temporaire et aussi après la guérison chirurgicale, dans la mesure où ils sont nécessaires pour permettre à la victime de récupérer sa capacité de travail".

Sur la base de cette disposition de portée générale, on englobe dans le traitement normal la rééducation fonctionnelle qui, en quelque sorte, boucle le cycle du traitement thérapeutique de la victime d'un accident du travail.

La loi (article 61, et article 79 du règlement d'application) mentionne expressément la rééducation professionnelle au nombre des prestations spéciales prévues pour les

grands invalides du travail, à savoir ceux dont l'incapacité du travail est supérieure à 80 pour cent; dans certains cas, l'organisme d'assurance a également la faculté d'assurer le traitement spécialisé de travailleurs dont le degré d'incapacité serait moins élevé.

La rééducation fonctionnelle et la rééducation professionnelle constituent deux étapes différentes du traitement et doivent permettre à la victime d'un accident du travail de se reclasser dans la vie productive; bien qu'elles soient nettement distinctes, elles se conditionnent et se complètent néanmoins.

La rééducation fonctionnelle commence pour ainsi dire avec l'intervention chirurgicale et elle va s'intensifiant à la fin du traitement chirurgical. Elle est assurée au moyen de diverses thérapies physiques (électrothérapie, massages, hydrothérapie) et de certains exercices de gymnastique corrective, tant active que passive.

Ce type de rééducation tend à réactiver les fonctions des organes atteints, et si l'accidenté a subi des mutilations nécessitant l'utilisation de prothèses, à permettre au mutilé du travail de tirer le meilleur parti des appareils de prothèse qui lui sont fournis.

On passe ensuite, au stade suivant, à la rééducation professionnelle, qui constitue la rééducation de l'invalidé au travail.

Les travailleurs qui ont besoin d'une rééducation professionnelle en raison d'un traumatisme ou d'une maladie, se trouvent n'être plus aptes à exercer leur métier antérieur.

L'assuré apprend, en fait, un nouveau métier que l'on choisit en tenant compte de divers facteurs, notamment sa capacité physique résiduelle, ses aptitudes spécifiques qui sont déterminées au moyen d'examen psychotechniques, et les caractéristiques économiques de la localité où il a son domicile, ce, afin de déterminer parmi les diverses activités productives de la localité, celle dans laquelle il pourra trouver un nouvel emploi.

Il existe divers types de cours de rééducation professionnelle qui ressortissent à l'une ou l'autre des deux catégories ci-après: les uns tendent à former les travailleurs à une activité exclusivement artisanale et s'adressent aux grands invalides qui peuvent difficilement trouver un emploi dans des entreprises privées, soit que leur mutilation soit trop grave, soit que l'on ne puisse obliger un employeur à les engager parce qu'ils menacent l'intégrité physique de leurs compagnons de travail ou la sécurité des installations.

Les cours de l'autre catégorie visent à former les travailleurs afin de leur permettre d'occuper un emploi au service de tiers. Participent à ces cours les invalides dont l'incapacité de travail est inférieure à 80 pour cent, qui, s'ils sont formés ou rééduqués à l'exercice d'un métier, pourront facilement trouver un emploi dans des entreprises industrielles ou agricoles.

Alors que la rééducation fonctionnelle s'applique à tous les assurés ayant besoin des prestations correspondantes, la rééducation professionnelle est limitée, on l'a indiqué plus haut, aux catégories d'invalides qui, de par la nature et la gravité des suites résiduelles de l'accident, ne sont plus aptes à reprendre leur activité antérieure.

Cette différence, qui influe nécessairement sur le nombre des bénéficiaires de l'une et l'autre formes de rééducation professionnelle, entraîne et justifie une diversification des systèmes d'assistance. En effet, alors que des services de physiothérapie fonctionnent dans tous les dispensaires de l'INAIL, il n'existe de services de rééducation professionnelle que dans quelques localités. L'institution d'assurance dispose actuellement de deux centres de rééducation professionnelle qui sont rattachés respectivement aux centres de traumatologie de Milan et de Palermo, et de cinq centres d'éducation et de formation professionnelle des invalides.

Moyennant un contrat de dotation, l'INAIL fournit gratuitement aux invalides qui ont réappris un nouveau métier ou une nouvelle profession, les vêtements et les instruments de travail appropriés, ainsi qu'une certaine quantité de matières premières, grâce à quoi ils peuvent entreprendre à leur domicile l'activité artisanale en vue de laquelle ils ont été rééduqués.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

---

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

ALLOCATIONS FAMILIALES

ITALIE

GENEVE 1959

Table des matières

	<u>Page</u>
Antécédents historiques et grandes étapes	288
Structure	289
Champ d'application	290
Prestations	291
Montant des Allocations	293
Financement	293
Paiement des Allocations	294
Interdiction de cumuler les Allocations	295



### ANTECEDENTES HISTORIQUES ET GRANDES ETAPES.

En Italie, la création des allocations familiales a surtout répondu à la nécessité de compléter des salaires qui étaient insuffisants par rapport aux charges familiales des travailleurs; elles garantissent donc que les salaires sont adaptés aux besoins normaux des travailleurs.

On peut faire remonter l'origine de l'allocation familiale à l'indemnité de cherté de vie et aux suppléments familiaux qui ont été créés en faveur des membres de la fonction publique, principalement pendant les années de guerre 1915/1918, pour compenser l'augmentation du coût de la vie.

En fait, c'est en décembre 1933 seulement que le principe du versement des allocations familiales par l'intermédiaire d'organismes d'assurance spéciaux s'est traduit pour la première fois dans les faits, lors de la conclusion d'un contrat collectif pour les travailleurs de la région de Biella, qui prévoyait la création d'une Caisse d'entreprises qui serait chargée de payer les allocations familiales; toutefois, l'initiative est restée sans suite pratique.

En 1934, un contrat collectif conclu le 1er décembre par les confédérations syndicales compétentes soucieuses de compenser la diminution des revenus provenant du salaire qui devait résulter de la réduction de la semaine de travail (de 48 h. à 40 h.), a établi des allocations familiales en faveur des ouvriers de l'industrie ayant plus d'un enfant à charge. En vertu d'un accord interconfédéral conclu ultérieurement (1935), les allocations furent également attribuées aux ouvriers n'ayant qu'un enfant à charge. C'est en 1936 que la question a été réglementée pour la première fois. En effet, le décret n° 1632 du 21 Août 1936 a supprimé le rapport existant entre le versement des allocations familiales et la semaine de quarante heures, de sorte que les allocations furent attribuées sans considération de durée de la semaine de travail.

Outre leur but accessoire, qui était d'indemniser les travailleurs pour la diminution de salaire qu'entraînait la réduction de l'horaire de travail, les allocations avaient, et eurent toujours plus pour objet de favoriser l'accroissement de la population, dans le cadre de la politique démographique qui était alors celle de l'Italie.

Ainsi les allocations familiales prirent de plus en plus un caractère permanent dans le secteur de l'industrie; le bénéfice en fut rapidement étendu aux ouvriers de tous les autres secteurs (à l'exclusion de l'agriculture) jusqu'à la promulgation du décret-loi n°1048 du 17 Juin 1937, qui en a étendu l'attribution aux employés des mêmes secteurs, ainsi qu'aux travailleurs de l'agriculture.

Parmi les autres étapes importantes de l'évolution du régime des allocations familiales, citons l'admission d'un nombre toujours plus grand de personnes à charge, l'extension du bénéfice des allocations ayant été reconnu au titre de l'épouse et des parents à charge (loi n°1278 du 6 août 1940); la suppression des variations qui existaient entre les allocations en fonction de l'ordre de naissance des enfants à charge, mesure qui a sensiblement atténué le caractère démographique des allocations (décret loi n°307 du 9 novembre 1944); l'abolition de la condition selon laquelle des parents devaient vivre avec le travailleur pour avoir droit à l'allocation (décret loi n°479 du 16 septembre 1946); la suppression de l'obligation de prouver que le conjoint invalide est à la charge du travailleur (loi n°15 du 27 janvier 1949); et l'égalisation progressive du montant des allocations versées aux ouvriers et employés, respectivement.

#### STRUCTURE.

Au début, la gestion des allocations familiales a été confiée à des caisses professionnelles qui relevaient toutes de l'Institut National de la Prévoyance sociale. La loi n°1278 du 6 août 1940 a institué une Caisse unique des allocations familiales, qui se compose de diverses divisions qui sont chacune compétentes pour une branche différente de l'activité économique (industrie, artisanat, traitement de la feuille de tabac, agriculture, commerce, profession libérale et beaux-arts, crédit, assurance, services fiscaux offermés).

C'est un comité spécial (qui se compose d'autant de sections qu'il y a de divisions économiques) qui dirige l'administration de la caisse. Il est présidé par le Président de l'Institut national de la Prévoyance sociale et comprend des

représentants des diverses catégories d'employeurs et de travailleurs qui sont désignés par le ministère du Travail, après consultation des organisations syndicales nationales.

Il appartient au comité de présenter des propositions sur des questions générales qui touchent aux allocations familiales; de donner son avis sur les questions que peut soulever l'application des dispositions législatives réglementaires relatives aux allocations familiales; de présenter des propositions relatives au recouvrement des cotisations et au paiement des allocations; d'examiner les bilans annuels et de se prononcer sur les recours ayant trait aux cotisations et aux allocations.

Appel peut être interjeté des décisions du comité devant le ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, puis devant les autorités judiciaires.

#### CHAMP D'APPLICATION.

On a indiqué qu'au début les allocations familiales étaient versées uniquement aux ouvriers de l'industrie qui avaient plus d'un enfant de moins de 14 ans à leur charge, puis qu'elles ont été accordées progressivement aux travailleurs des autres secteurs de l'économie (crédit, assurance, services fiscaux offermés), jusqu'à la promulgation du décret-loi n°1048 du 17 juin 1937 qui en a généralisé le champ d'application et a admis au bénéfice des allocations tous les travailleurs fournissant des prestations de service pour le compte de tiers (ouvriers et employés) de tous les secteurs économiques.

Actuellement, ont droit aux allocations familiales, le chef de famille qui, sur le territoire de l'Etat, fournit des services rétribués pour le compte d'un tiers, sans distinction d'âge, de sexe, ou de nationalité, y compris les membres de sociétés et d'organismes coopératifs de droit ou de fait, qui travaillent pour le compte de sociétés ou organismes en question, les employés des entreprises municipales de caractère industriel et commercial, les travailleurs des compagnies portuaires et les travailleurs employés par des entreprises étrangères, quelle que soit la date à laquelle ils ont été domiciliés en Italie.

Ne sont pas admis à bénéficier des prestations: le conjoint, les parents et alliés de l'employeur, jusqu'au troisième degré, qui vivent avec lui; les gens de maison et d'une façon générale, le personnel prêtant des services à la famille; les travailleurs à domicile; les fermiers, métayers et membres de la famille participant à l'exploitation de l'entreprise agricole; les fonctionnaires de l'Etat et d'autres

organismes de droit public qui bénéficient d'un régime d'assistance familiale spécial qui est à la charge de l'Etat ou de l'organisme de droit public qui les emploie; les artisans et autres travailleurs indépendants.

## PRESTATIONS.

### 1.- Allocations familiales pour enfants.

Aux termes du décret-loi n°4048 du 17 juin 1937, ont la qualité de chefs de famille aux fins du droit aux allocations familiales en titre des enfants à charge et des personnes assimilées (frères, neveux et enfants mineurs "confiés"): le père; la mère qui a des enfants à charge (si le père ne subvient pas, ou ne peut subvenir, à l'entretien des enfants); celui qui a à sa charge des frères ou sœurs ou des neveux, par suite du décès, de l'abandon ou de l'invalidité permanente du père, à condition que la mère ne perçoive pas les allocations familiales; celui à qui des enfants mineurs ont été régulièrement confiés.

Les allocations sont versées pour autant que les enfants mineurs soient à la charge du travailleur considéré comme chef de famille.

On présume que les enfants et personnes assimilées sont à la charge du chef de famille s'ils vivent en communauté domestique avec lui.

Au début, les ouvriers recevaient les allocations familiales au titre des enfants qui n'avaient pas dépassé l'âge de 14 ans, et les employés au titre des enfants qui n'avaient pas dépassé l'âge de 18 ans.

Depuis 1952, les ouvriers de tous les secteurs, à l'exclusion de l'agriculture, ont droit aux allocations pour enfants, jusqu'à ce que ces derniers aient atteint l'âge de 18 ans, à condition que les enfants vivent avec leur père et n'exercent aucune activité rétribuée (loi n°80 du 15 février).

Le décret-loi n°479 du 16 Septembre 1946 a porté cette limite d'âge à 18 ans, pour tous les travailleurs, à l'exclusion des ouvriers agricoles; il a supprimé toute limite d'âge pour les enfants et assimilés atteints d'une incapacité permanente et a autorisé le paiement des allocations jusqu'à l'âge de 21 ans lorsque les enfants poursuivent leurs études.

### 2.- Allocations familiales au titre du conjoint.

On a déjà indiqué qu'en vertu de la loi n°1278 du 6 Août 1940 le travailleur a droit à une allocation au titre

de sa femme. Aux termes du décret n°479 du 16 septembre 1946, la travailleuse a droit à l'allocation familiale au titre du mari à sa charge qui est atteint d'une incapacité de travail permanente, au sens des dispositions qui s'appliquent à la pension d'invalidité.

La loi n°15 du 27 janvier 1949 subordonne le versement de l'allocation prévue pour l'épouse à la condition que celle-ci ne perçoive pas, au titre d'une activité rétribuée ou à tout autre titre, un revenu supérieur à un montant déterminé (il n'est pas tenu compte des pensions de guerre à cet effet). A l'heure actuelle, ce montant est de 10.000 liras par mois.

### 3.- Allocations familiales pour les père et mère et autres ascendants.

Le bénéfice des allocations familiales, qui est accordé au titre des père et mère en vertu de la loi n°1278 du 6 août 1940 devait être étendu par la suite (décret n°307 du 9 novembre 1944) aux autres ascendants en ligne directe.

Sont assimilés aux parents légitimes les parents naturels ou adoptifs, les personnes ayant adopté un enfant sous le régime de l'affiliation, le beau-père ou la belle-mère, ainsi que les personnes auxquelles le travailleur a été régulièrement confié par les agences compétentes au sens de la loi. Les allocations familiales prévues pour les parents sont payées lorsque :

- a)- les parents ont dépassé l'âge de 60 ans, pour les hommes, et de 55 ans, pour les femmes, ou qu'ils sont reconnus atteints d'incapacité permanente de travail;
- b)- les parents ne disposant pas, à titre de rémunération des services prêtés sous la dépendance de tiers ou de revenus d'une autre nature, d'un montant total supérieur à un plafond déterminé (18.000 liras pour les deux parents et 13.000 liras pour un seul parent, s'il s'agit de revenus provenant d'une rente et 15.000, et 10.000 respectivement, dans les autres cas);
- c)- le travailleur contribue à l'entretien des parents d'une manière permanente et dans une mesure suffisante;
- d)- ni le père ni la mère ne bénéficie d'avantages familiaux au titre de l'emploi exercé par son conjoint.

Les allocations prévues pour les autres ascendants en

en ligne directe sont payées lorsque ceux-ci remplissent les conditions indiquées pour les parents, si le travailleur perçoit les allocations pour celui de ses parents qui en descend, ou si celui-ci est décédé.

#### MONTANT DES ALLOCATIONS.

Sur l'ensemble du territoire national, le taux des allocations familiales varie en fonction des facteurs suivants:

- a)- le secteur dans lequel le chef de famille exerce son activité;
- b)- le degré de parenté entre le chef de famille et les divers bénéficiaires (enfants, conjoints, parents);
- c)- la catégorie professionnelle - employé ou ouvrier - du chef de famille. (Cette distinction, qui était faite autrefois dans tous les secteurs, tend à disparaître progressivement).

En revanche, il n'existe aucun rapport entre le montant de l'allocation, d'une part, et l'âge des enfants ou la rétribution du chef de famille, d'autre part.

En vertu du décret-loi n°1048 du 17 juin 1937, les allocations prévues pour les enfants, dont le montant était primitivement le même pour chacun des enfants, augmentaient progressivement en fonction du nombre des enfants mineurs à charge (famille avec un enfant, famille avec deux ou trois enfants, famille avec quatre enfants ou plus).

Cette disposition a été abrogée par le décret n°307 du 9 novembre 1944, en vertu duquel les allocations sont calculées au même taux pour tous les enfants.

#### FINANCEMENT.

Les charges imposées par le régime des allocations familiales ont toujours été couvertes au moyen de cotisations perçues sur la production.

Les allocations familiales qui étaient primitivement à la charge des employeurs et des travailleurs (accord interconfédéral de 1934), qui bénéficiaient d'une contribution de l'Etat (décret n°1632 du 21 août 1936), sont entièrement à la charge des employeurs depuis la promulgation de la loi n°1278 du 6 août 1940. A cet effet, ceux-ci payent des cotisations proportionnelles à la rétribution brute des travailleurs, qui doivent être comprises entre une limite inférieure (400 liras par jour, en vertu de la loi du 4 avril 1952, puis 500 liras,

en vertu de la loi n°55 du 20 février 1958) et supérieure (fixée par le décret n°697 du 1er août 1945) et varient selon les secteurs et selon le sexe du travailleur.

#### PAIEMENT DES ALLOCATIONS.

Sauf dans le cas des ouvriers agricoles, auxquels elles sont payées par l'Institut national de la Prévoyance sociale, les allocations familiales sont versées aux ayants droit par les soins de l'employeur, à la fin de chaque période de paie.

L'employeur qui avance le montant des cotisations dans ces conditions, opère une retenue à ce titre sur le montant des cotisations qu'il paie à la caisse unique des allocations familiales, et, par l'intermédiaire de cette caisse, à l'Institut national de la Prévoyance sociale et, s'il y a lieu, sur le montant des cotisations d'assurance qu'il doit verser à l'Institut lui-même.

#### INTERDICTION DE CUMULER LES ALLOCATIONS.

Dès l'origine, il a été interdit de cumuler les allocations avec les suppléments d'indemnité de chômage accordés au titre des charges familiales; de plus, il ne peut être perçu au sein de la même famille, qu'une seule allocation par personne à charge, même si les membres de la famille travaillent dans des entreprises relevant de divers régimes.

Aux termes de la loi n°1504 du 27 décembre 1956, les allocations familiales ne peuvent pas s'ajouter non plus aux prestations en espèces versées au titre des personnes qui sont à la charge des tuberculeux assistés par le régime d'assurance.

De plus, le travailleur qui travaille dans plusieurs entreprises différentes n'a jamais droit aux allocations familiales qu'au titre de son activité principale, à savoir de l'activité à laquelle il consacre la majeure partie de ses prestations de services et qui constitue sa principale source de gain (décret-loi n°1048 du 17 juin 1937).

-----

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

---

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

ASSURANCE-CHOMAGE

ITALIE

GENEVE 1959



Table des matières

	<u>Page</u>
Antécédents historiques	297
Définition et caractère de l'éventualité	298
Champ d'application	299
Prestations	299
Conditions d'attribution de l'indemnité de chômage	300
Financement	304
Coordination entre l'institution chargée de l'assurance et les services de placement	305
Dispositions concernant spécialement les travailleurs agricoles	306
Secours extraordinaire de chômage	307
Conditions requises	308
Extinction du Droit	308
Incompatibilité avec d'autres prestations	308
Financement	309

ANTECEDENTES HISTORIQUES: GRANDES ETAPES.

En Italie, la protection contre le risque de chômage involontaire a passé par trois phases successives: tout d'abord, celle de la prévoyance libre, subventionnée par l'Etat (1916 à 1917), puis celle de l'assistance publique aux chômeurs (1917 à 1919), et enfin celle de l'assurance obligatoire proprement dite (depuis 1919 jusqu'à nos jours).

La première phase s'est caractérisée par une intervention indirecte de l'Etat, s'inspirant du système de Gand, qui a pris la forme de subventions aux caisses professionnelles et aux caisses de secours mutuel.

La seconde phase a été caractérisée par l'adoption d'une série de mesures destinées à lutter contre le chômage exceptionnel et général provoqué par la démobilisation, militaire et civile, qui aboutirent à la création d'un système qui se fondait essentiellement sur le principe de l'assistance, et prévoyait le versement de subventions temporaires et limitées à certaines catégories de travailleurs. Toutefois, ce système a marqué la transition vers l'assurance obligatoire, car il a permis de réunir certaines des conditions préalables indispensables à l'institution de l'assurance elle-même: l'organisation d'un réseau de bureaux publics de placement, une distinction préliminaire entre les diverses catégories de bénéficiaires de subventions, et un système de contrôle permettant de vérifier si le chômage est effectivement involontaire.

Le décret-loi n°2214 du 19 Octobre 1919 a institué l'assurance obligatoire contre le chômage pour l'ensemble des personnes louant leurs services; il prévoyait des indemnités de chômage variant selon les catégories de cotisations, la parité entre les cotisations payées par les employeurs et les travailleurs, qui étaient déterminées en fonction de classes

de salaires, ainsi qu'une participation de l'Etat, qui consistait en une subvention d'un montant déterminé; la gestion financière reposait sur le principe de la répartition.

De même que dans le cas de l'assurance invalidité et vieillesse, la plus importante des phases ultérieures de l'évolution de cette branche de l'assurance a été conditionnée par la nécessité d'adapter cotisations et prestations à la diminution du pouvoir d'achat de la monnaie. Le décret-loi n°636 du 14 avril 1939 contenait des dispositions à cet effet, et établissait entre les montants des indemnités des différences qui dépendaient du degré de qualification du chômeur également (ouvrier ou employé).

Les effets de la réforme furent éphémères, car l'augmentation du coût de la vie pendant les années de guerre et d'après-guerre a pratiquement réduit à rien la valeur réelle des indemnités de chômage qui durent être complétées au moyen d'allocations spéciales dont le montant était le même pour les employés et les ouvriers. Il faut voir dans cette dernière mesure le début d'un processus de transition entre le concept de l'épargne obligatoire, qui veut que les prestations soient proportionnelles à l'épargne accumulée, et celui de la solidarité selon lequel les prestations, dont le montant est uniforme, sont déterminées par rapport à un minimum vital théorique.

#### DEFINITION ET CARACTERE DE L'EVENTUALITE.

Dès son institution, l'objet de l'assurance contre le chômage a été d'indemniser ceux qui souffrent d'un chômage "involontaire" provoqué par le "manque de travail".

Le décret n°2214 du 19 octobre 1919 excluait déjà la possibilité d'une indemnisation au titre des périodes de chômage résultant de différends entre employeurs et travailleurs. Par la suite (1924), la loi devait exclure du bénéfice de l'indemnité celui qui se trouve en chômage parce qu'il a volontairement donné son congé ou qu'il a été congédié par sa faute, et ce pendant 30 jours consécutifs au maximum, car il est probable qu'au terme de cette période, la continuation de l'état de chômage n'est plus volontaire, mais involontaire.

De même, le chômage provoqué par la maladie ne donne pas lieu à indemnité, car même s'il est involontaire, il n'est pas dû au "manque de travail" mais à une absence, ne serait-ce que temporaire, de la capacité de travail. L'assuré qui recouvre sa capacité de travail, mais reste en chômage, réacquiert du même coup le droit à l'indemnité.

Les dispositions qui viennent d'être décrites n'ont jamais été modifiées et sont toujours en vigueur.

### CHAMP D'APPLICATION.

Le champ d'application de l'assurance, tel qu'il était défini à l'origine par le décret-loi n°2214 du 19 Octobre 1919, était très vaste, puisqu'il s'étendait à tous les travailleurs de l'industrie et de l'agriculture qui travaillaient pour le compte de tiers et étaient âgés de 15 à 65 ans, à l'exclusion des employés dont la rétribution mensuelle était supérieure à 350 livres, des travailleurs à domicile, des employés de maison et des fonctionnaires titulaires des administrations de l'Etat, des provinces ou des communes.

La limite de rémunération au delà de laquelle les employés étaient exclus de l'assurance a été portée à 800 livres par mois, par le décret-loi n°1672 du 23 Novembre 1921, puis à 1500 livres, par le décret-loi n°636 du 14 avril 1949 et elle a finalement été supprimée par la loi n°264 du 29 avril 1949.

De même que dans le cas de l'assurance invalidité-vieillesse et survivants, les limites d'âge ont été ramenées à 14 ans (âge minimum) et à 60 ans et à 55 ans (âge maximum) pour les hommes et les femmes, respectivement, par le décret-loi n°636 du 14 avril 1939; la loi n°218 du 4 avril 1952 a supprimé la limite d'âge maximum.

Le nombre des travailleurs protégés devait diminuer ultérieurement par suite de l'exclusion du personnel artistique et théâtral, des travailleurs rétribués moyennant une participation aux bénéfices ou au produit de l'entreprise, des travailleurs exerçant une activité saisonnière dont la durée est inférieure à six mois (décret royal n°2270 du 7 décembre 1924) ainsi que des employés des entreprises publiques ou privées assurés d'un emploi stable (décret-loi n°1827 du 4 octobre 1935).

Dans l'agriculture, l'organisation pratique de l'assurance et l'opposition des employeurs soulevèrent des difficultés telles que l'assurance fut tout d'abord suspendue (1922), puis abolie par le décret royal n°3158 du 30 décembre 1923.

La loi n°264 du 29 avril 1949, qui établit des critères et des modalités d'application particulières, a de nouveau étendu l'assurance contre le chômage aux travailleurs agricoles (ouvriers et manoeuvres exclusivement).

### PRESTATIONS.

Le décret-loi n°2214 du 19 octobre 1919 prévoyait le versement d'une indemnité quotidienne qui variait selon des classes de cotisation et était donc proportionnelle à la rétribution passée de l'assuré. L'indemnité, dont le montant était le même pour les ouvriers et les employés, ne pouvait

être supérieure à la moitié de la rétribution journalière.

Ultérieurement, le législateur, soucieux de protéger non seulement le travailleur mais aussi sa famille, établissait, par le décret-loi n°463 du 4 février 1937, une majoration de l'indemnité de chômage au titre des enfants à charge; la loi n°264 du 29 avril 1949 a également étendu cette majoration en faveur des parents à la charge de l'assuré qui remplissent les conditions voulues pour obtenir les allocations familiales, et du mari de la travailleuse en chômage, s'il ne dispose d'aucune autre source de revenu.

Le décret-loi n°636 du 14 avril 1939, qui de nouveau a modifié le montant des cotisations, a augmenté, et différencié selon qu'il s'agit d'employés et d'ouvriers, les montants des indemnités qui ont été déterminées en fonction des cotisations versées, et non plus de la classe de cotisations. De plus, le supplément prévu au titre des enfants, dont le montant était fixe, est devenue proportionnelle au nombre des enfants à charge.

Après la guerre, la diminution du pouvoir d'achat de la monnaie a imposé l'ajustement du montant des prestations au niveau moyen des salaires qui, depuis 1944, s'élevait rapidement parallèlement au coût de la vie.

Les autorités compétentes créèrent donc des allocations complémentaires spéciales qui venaient s'ajouter soit à l'indemnité de chômage, soit aux majorations au titre des personnes à charge, ainsi qu'une indemnité de cherté de vie d'un montant uniforme, mais elles ne modifièrent en rien le montant de l'indemnité versée au titre de l'assurance.

La loi n°218 du 4 avril 1952, qui a rétabli l'équilibre entre les classes de cotisation et de rétribution, n'a pas touché aux prestations de chômage.

Le décret présidentiel n°818 du 26 avril 1957 a amalgamé toutes les prestations accordées aux chômeurs dans l'indemnité de chômage, dont le montant est le même pour tous les chômeurs, quelles que soient la qualification et la classe des cotisations; cette indemnité est complétée par des suppléments au titre des personnes à charge, dont le montant est également invariable, quel que soit l'ordre de naissance des enfants.

#### I-CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE L'INDEMNITE DE CHOMAGE.

Le décret-loi n°2214 du 19 octobre 1919 subordonnait l'octroi de l'indemnité de chômage à la condition que l'assuré pût faire valoir, pour les deux ans précédant immédiatement

le début du chômage, 24 cotisations de quinzaine au moins, ou un nombre équivalent de cotisations hebdomadaires ou journalières, et qu'il fût inscrit à un bureau de placement.

La durée de la période d'affiliation a été fixée à 48 semaines de cotisation, par le décret-loi n°1827 du 4 Octobre 1935, puis à une période effective ou assimilée d'une année de cotisation (les périodes de cotisation assimilées sont les mêmes que dans le cas de l'assurance-invalidité) par le décret-loi n°636 du 14 avril 1939, lequel a en outre subordonné l'ouverture du droit aux prestations à la condition que l'assuré soit affilié depuis deux années au moins.

## II. - DUREE DU SERVICE DE L'INDEMNITE.

L'attribution de l'indemnité de chômage, même si elle constitue à certains égards une indemnisation pour le manque à gagner dû au fait que l'assuré, sans qu'il le veuille, ne peut trouver de travail dans une profession donnée, ne doit pas cependant détourner celui-ci de chercher un nouvel emploi. Afin de respecter cette exigence d'ordre moral et économique - et, aussi, des exigences d'ordre technique et financier - la durée de la période d'indemnisation a été limitée dès la création de l'assurance.

Le décret-loi n°2214 du 19 Octobre 1919 fixait cette limite à 90 ou 120 journées, selon que le nombre de cotisations de quinzaine était inférieur ou supérieur à 36.

Le décret-loi n°636 du 14 avril 1939 a fixé la durée maximum de la période de service de l'indemnité à 120 journées dans tous les cas.

Ultérieurement (1941), la limite a été portée à 180 journées pendant toute la durée de la guerre, puis à une année après la fin des hostilités. Cette mesure exceptionnelle a été prorogée à diverses reprises, jusqu'à la promulgation de la loi n°264 du 29 avril 1949, qui a fixé définitivement la limite maximum du service de l'indemnité à 180 jours par année mobile (calculée à partir de la fin de la dernière période de service de l'indemnité).

Au moment de la promulgation du décret-loi n°2214 du 21 avril 1919, les jours fériés n'étaient pas compris dans le nombre des jours donnant lieu à indemnité, de sorte que les 120 journées, puis les 180 journées d'indemnisation s'évaluaient, en fait, sur une période sensiblement plus longue, respectivement de 4 et 6 mois.

Aux termes du décret présidentiel n°818 du 26 avril 1957, tous les jours fériés sont considérés comme donnant lieu

à indemnisation, de sorte qu'à l'heure actuelle, la période d'indemnisation est exactement de six mois.

Dès l'institution du régime, le service de l'indemnité de chômage a débuté (et tel est encore le cas actuellement) huit jours après la cessation du travail.

Toutefois, le décret-loi n°1827 du 4 octobre 1935 disposait en outre qu'en cas de présentation différée de la demande, l'indemnité doit être versée à partir du cinquième jour qui suit le dépôt de la demande, et que le droit de l'assuré à l'indemnité expire au cas où l'intéressé n'a pas présenté sa demande de prestation dans les 60 jours qui suivent le début de la période de chômage.

D'après le dit décret, la période de chômage couverte par l'indemnité de préavis ne donne pas lieu à indemnisation, car la dite indemnité doit être considérée comme un salaire différé.

Ainsi, dans ce cas, la date de début du délai de carence coïncide avec le terme de la période couverte par l'indemnité en question.

Aux termes du décret n°2214 du 19 octobre 1919, l'assuré qui refuse un emploi approprié perd son droit à indemnité.

Par la suite (1924), la loi a défini comme suit les conditions dans lesquelles s'éteint le droit à l'indemnité de chômage:

- a) à l'expiration de la durée du service des indemnités prévue par la loi;
- b) lorsque l'assuré trouve un nouvel emploi;
- c) lorsque, sans motif valable, l'assuré n'a pas satisfait aux obligations qui lui sont imposées par la loi elle-même en vue de prouver en tout temps qu'il continue d'être en chômage;
- d) lorsque l'assuré a perdu toute aptitude au travail;
- e) lorsque l'assuré a refusé ou négligé d'observer les prescriptions relatives à la fréquentation de cours de formation professionnelle ou de travaux pratiques de laboratoire qui sont organisés dans le cadre de la lutte contre le chômage.

#### PERIODES DE CHOMAGES NE DONNANT PAS DROIT A L'INDEMNITE.

Le droit à l'indemnité de chômage est suspendu pendant les périodes de chômage saisonnier ou d'arrêt du travail (les activités saisonnières et les activités donnant lieu à des arrêts du travail sont indiqués sur des listes pertinentes).

C'est pour des considérations d'ordre technique et financier évidentes (désir d'éviter d'alourdir la gestion financière, puisque dans ce cas le paiement de l'indemnité est

une éventualité certaine, inévitable, et presque générale lorsqu'il s'agit de certaines catégories de travailleurs) et, étant donné que le chômage peut être prévu avec exactitude, afin de permettre également, aux assurés de constituer des économies en prévision de la morte-saison, ou de se procurer un autre emploi, que le chômage saisonnier ne donne pas lieu à indemnité.

De même, le droit à indemnité est suspendu lorsque les chômeurs remplacent les travailleurs à l'occasion des journées de repos hebdomadaire ou des jours fériés, ou qu'ils accomplissent des travaux occasionnels différents de leur travail habituel et pendant les périodes d'interruption obligatoire du travail, en cas de grossesse ou d'accouchement pendant les périodes d'interruption facultative qui précèdent l'accouchement (l'interruption peut être autorisée pour des raisons de santé particulières), de même que pendant les périodes de maladie pendant lesquelles l'assuré a droit à d'autres prestations en espèce au titre d'un régime d'assurance.

#### INTERDICTION DE CUMULER L'INDEMNITE DE CHOMAGE ET D'AUTRES PRESTATIONS.

Le décret-loi n° 1827 du 4 octobre 1935 établissait déjà le principe de l'incompatibilité entre prestations de chômage et autres prestations d'assurance en espèces (l'indemnité de chômage n'est pas exigible si le chômeur est hospitalisé dans des établissements de cure gérés par l'I.N.P.S., ou s'il reçoit des soins à domicile en cas de tuberculose ou aux fins de la prévention ou du traitement de l'invalidité).

De plus, d'après le décret présidentiel n°818 du 26 Avril 1957, les prestations de chômage ne sont pas versées pendant les périodes où l'assuré est hospitalisé aux frais d'organismes d'assistance et de prévoyance; de même, les titulaires de rentes ne sont pas admis au bénéfice de l'indemnité de chômage. Cette exclusion est absolue, de sorte que le pensionné ne peut obtenir la prestation de chômage même s'il est disposé à renoncer à la rente pendant la durée du service de la dite prestation.

Cette disposition s'explique évidemment par la considération suivante: le pensionné doit être considéré comme un élément qui, par l'effet de la vieillesse ou de l'invalidité est exclu du marché du travail et dans ce cas, le chômage n'est pas un fait exceptionnel et anormal, mais constitue, au contraire, la situation normale du pensionné par rapport au facteur "travail".



ASSURANCE INVALIDITE, VIEILLESSE ET SURVIVANTS OBLIGATOIRE  
PENDANT LES PERIODES DE CHOMAGE DONNANT LIEU AU PAIEMENT DE  
L'INDEMNITE.

Aux fins du droit à la rente de l'assurance obligatoire invalidité, vieillesse et survivants et du calcul de la rente, sont considérées comme périodes de cotisation, au sens de la loi n°218 du 4 avril 1952, les périodes pendant lesquelles l'intéressé a bénéficié de l'indemnité de chômage elle-même, à condition qu'il puisse faire valoir, pour les cinq années précédant le début de chaque période, 52 cotisations hebdomadaires au moins.

ALLOCATIONS FAMILIALES PENDANT LES PERIODES DE CHOMAGE DONNANT LIEU AU PAIEMENT DE L'INDEMNITE.

Le paiement des allocations familiales est incompatible avec les majorations de la prestation de chômage qui sont effectuées au titre des mêmes personnes. En conséquence, si le chômeur perçoit un supplément au titre de certaines personnes à charge, le conjoint ne peut en aucun cas toucher les allocations familiales au titre des mêmes personnes à charge.

FINANCEMENT.

Le budget de l'assurance contre le chômage est alimenté par des cotisations sur la production, et son financement repose sur le système de la répartition. Les cotisations qui, à l'origine, étaient à la charge pour moitié des travailleurs, et pour moitié des employeurs, ont été mises intégralement à la charge de ces derniers par le décret-loi n°142 du 2 Avril 1946.

Les cotisations sont payées sous la forme d'une cotisation de base, dont le montant est le même pour les travailleurs compris dans la même classe de salaires, et d'une cotisation complémentaire, qui est exprimée en pourcentage de la rétribution.

Le décret-loi n°1827 du 4 octobre 1935 a supprimé la participation de l'Etat aux charges de l'assurance, qui avait été prévue par le décret n°2214 du 19 octobre 1919.

L'utilisation des réserves du fonds de chômage est réglementée par le décret-loi n°1827 du 4 octobre 1935, aux termes duquel l'Institut national de la prévoyance sociale, qui est l'organisme chargé de gérer l'assurance, peut concéder des avances sur les disponibilités des fonds de l'assurance chômage, jusqu'à concurrence d'un cinquième de leur

montant, pour l'exécution de travaux publics d'intérêt général ou d'intérêt local désignés par le ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, d'entente avec le ministère des Travaux Publics. De plus l'Institut peut organiser ou subventionner des cours d'enseignement professionnel, de spécialisation ou d'éducation professionnelle.

COORDINATION ENTRE L'INSTITUTION CHARGÉE DE L'ASSURANCE ET LES SERVICES DE PLACEMENT-VERIFICATION DE L'ETAT DE CHOMAGE.

Dès l'institution de l'assurance-chômage, le service de l'indemnité journalière a été lié directement à l'organisation du placement, puisqu'il a toujours été subordonné à l'inscription du chômeur sur les listes de chômage établies par les bureaux de placement.

De plus, les dispositions réglementant l'assurance-chômage, aussi bien celles des textes les plus anciens que celles du récent décret n°818 du 26 avril 1957, ont toujours affirmé la nécessité d'un contrôle visant à vérifier que le chômeur se trouve effectivement en chômage pendant toute la période pendant laquelle il continue à percevoir la prestation de chômage.

Aussi bien le décret n°2270 du 7 décembre 1924 que le décret n°818 du 26 avril 1957 établissent, en fait, le principe selon lequel l'assuré doit satisfaire aux conditions que l'institution chargée de l'assurance pourra fixer en vue de vérifier, à n'importe quel moment, la persistance de l'état de chômage, les dits textes autorisent l'organisme lui-même à obliger les chômeurs - sous peine de perte du droit à indemnité- à se présenter chaque jour à des bureaux spéciaux qui peuvent constater la persistance de l'état de chômage.

Toutefois, le second de ces textes autorise également l'Institut national de la Prévoyance sociale à accorder les prestations sur la foi d'une déclaration écrite par laquelle le chômeur confirme qu'il se trouve toujours en chômage.

COURS DE FORMATION ET DE READAPTATION PROFESSIONNELLE.

Les textes législatifs qui ont institué l'assurance obligatoire contre le chômage ont été promulgués à une époque (1919 - 1924) où l'on estimait, non seulement en Italie mais dans d'autres pays aussi, qu'indépendamment du versement des indemnités, cette branche de la prévoyance sociale était en mesure d'accomplir un travail utile dans le domaine de la prévention, principalement grâce à la formation professionnelle

et à l'organisation de travaux publics.

C'est pour cette raison que le législateur lui-même a décidé que l'assurance devrait permettre non seulement de payer l'indemnité de chômage, mais aussi de financer les initiatives visant à faciliter le reclassement des travailleurs en créant de nouvelles occasions de travail ou en améliorant les qualifications des travailleurs.

Dans la pratique, toutefois, le rôle de l'assurance a consisté, pour ainsi dire exclusivement, à indemniser les chômeurs; quant à la seconde des tâches qui lui étaient confiées, elle n'a pas pu s'en acquitter qu'en utilisant une partie de ses réserves et de ses excédents, car aucune disposition législative n'affecte une fraction déterminée des cotisations à cette utilisation spécifique.

Aux termes de la loi n°264 du 29 avril 1949, l'assurance chômage verse chaque année une contribution, dont le montant est fixé par arrêté du ministre du Travail, au "Fonds de formation, de perfectionnement et de réadaptation des travailleurs italiens" lequel sert, entre autres choses, à financer les cours de formation professionnelle et les chantiers-écoles pour chômeurs.

#### DISPOSITIONS CONCERNANT SPECIALEMENT LES TRAVAILLEURS AGRICOLES.

La loi n°264 du 29 avril 1949, qui a étendu l'assurance-chômage aux travailleurs agricoles, ouvriers permanents et manoeuvres journaliers, en l'assujettissant à des critères et à des modalités propres, a, en fait, institué une prestation sociale particulière pour les travailleurs de cette catégorie.

En effet, alors que pour l'ensemble des assurés affiliés au régime ordinaire la prestation est versée au titre du chômage en cours, dans le secteur agricole, l'indemnité est versée au titre d'une période de chômage échue, dont la durée est égale à la différence entre le nombre 220 et le nombre de journées de travail effectivement accomplies pendant l'année considérée.

De plus, le travailleur qui a accompli 180 journées de travail effectif au cours de l'année n'a pas droit à l'indemnité.

Plutôt que d'une assurance véritable, il s'agit donc d'une forme d'assistance économique, qui vient compléter un gain dont on reconnaît l'insuffisance.

Le montant de la prestation est le même que celui qui est fixé pour les travailleurs des secteurs non agricoles.

L'indemnité de chômage est accordée aux travailleurs agricoles qui remplissent les conditions normales d'assurance

et de cotisation.

Sont exclus du bénéfice de l'indemnité de chômage ceux qui, alors même qu'ils figurent sur les listes de manoeuvres agricoles, exercent normalement et de façon prépondérante une activité indépendante de caractère agricole ou non agricole.

Ne sont pas non plus admises à bénéficier de l'indemnité, les femmes qui n'ont pas la qualité de chef de famille aux fins de l'attribution des allocations familiales, les femmes qui sont inscrites sur les listes de travailleurs occasionnels ou exceptionnels, car elles sont présumées se consacrer principalement à des tâches domestiques.

#### SECOURS EXTRAORDINAIRE DE CHOMAGE.

Les circonstances exceptionnelles de l'après-guerre et le chômage prolongé et généralisé qu'elles ont provoqué ont fait ressortir l'insuffisance de l'assurance-chômage - qui tient au fait que la durée du service des prestations est limitée à 180 jours par an et que l'assuré doit cotiser pendant une nouvelle année pour réacquérir le droit aux indemnités - et ont imposé, par voie de conséquence, l'adoption de mesures extraordinaires d'assistance aux chômeurs et de lutte contre le chômage.

Parmi ces mesures, il convient de citer la création de subventions et secours extraordinaires de chômage (décret n°373 du 20 mai 1946) en faveur des assurés en chômage qui ne remplissent pas les conditions requises pour percevoir l'indemnité normale de chômage. Toutefois, l'attribution de ces secours n'a pas été généralisée sur l'ensemble du territoire national, pas plus qu'elle ne s'est étendue à toutes les catégories de travailleurs; en outre, il ne s'agit nullement d'une assistance de caractère permanent. Ces secours sont attribués de temps à autre à telle ou telle localité et catégorie de travailleurs, par voie d'arrêté du ministre du Travail.

Actuellement, c'est la loi n°264 du 29 Avril 1949 qui régit les modalités d'octroi des secours extraordinaires.

En règle générale, les secours extraordinaires sont payables pendant une période de 90 jours, qui peut être prolongée jusqu'à 180 jours et, dans des cas exceptionnels seulement, pendant une période d'une durée supérieure.

Le montant du secours est égal à celui de l'indemnité ordinaire, y compris les suppléments au titre des personnes à charge.

La prestation est versée à partir du jour qui suit la date de dépôt de la demande, à condition que le bénéficiaire soit inscrit depuis cinq jours au moins sur les listes des bureaux de placement.

### CONDITIONS REQUISES.

Pour être admis à bénéficier des secours extraordinaires, dans le cadre des localités ou des catégories professionnelles pour lesquelles ils sont accordés, le travailleur doit prouver qu'il s'agit d'un chômage involontaire et il doit, en outre, remplir les conditions suivantes:

- a) être inscrit depuis cinq jours au moins sur les listes de placement à la date de dépôt de la demande, et n'avoir pas eu d'offre d'emploi;
- b) être dans l'impossibilité de suivre les cours de formation professionnelle ou de fournir ses services sur les chantiers - écoles, en raison d'une inaptitude physique reconnue;
- c) ne pas appartenir à une famille dont deux membres ou plus sont occupés.
- d) ne pas bénéficier de secours, indemnités, compléments de salaire, pensions ou rentes à la charge de l'Etat, des collectivités locales ou des institutions de prévoyance et d'assistance sociale (à l'exception des pensions de guerre).

De plus, le chômeur doit avoir effectivement payé au moins cinq cotisations hebdomadaires (ouvriers) ou une cotisation mensuelle (employés) avant le 6 juin 1949, et autant de cotisations effectives qu'il compte de périodes d'emploi effectifs depuis le 6 juin 1949.

### EXTINCTION DU DROIT.

Outre les cas prévus pour l'indemnité de chômage, le versement du secours extraordinaire prend fin si le travailleur en chômage désigné pour suivre des cours de formation professionnelle ou pour être employé dans les chantiers-écoles dont il a déjà été question refuse de s'y rendre sans motif valable.

### INCOMPATIBILITE AVEC D'AUTRES PRESTATIONS.

Le travailleur ne peut cumuler le secours extraordinaire et les prestations incompatibles avec l'indemnité de chômage. De plus, les travailleurs en chômage qui ont été soignés dans des établissements de cures et qui, après en être sortis, bénéficient de l'allocation de post-cure.

FINANCEMENT.

Le financement des secours extraordinaires est à la charge du Fonds complémentaire de l'assurance chômage et de l'Etat, qui verse une contribution annuelle déterminée à ce titre (en 1956, les charges ont atteint 950 millions au total, et l'Etat a versé une contribution de 300 millions).

P L A N D E L ' E T U D E

ANALYSE DE L'EVOLUTION DE CHAQUE BRANCHE

OBSERVATIONS GENERALES - Pour chaque branche, les antécédents historiques et les grandes étapes seront indiquées brièvement en manière d'introduction afin de donner d'emblée une vue d'ensemble de l'évolution

ASSURANCE MALADIE - MATERNITE -

- Antécédents historiques - grandes étapes

- Structure -

- a) Importance de la mutualité
- b) Evolution vers la gestion de la Sécurité Sociale par des organismes de droit public ou autres solutions
- c) Régimes généraux et régimes spéciaux
- d) Développement de l'intervention des assurés dans la gestion des organismes :
  - composition et compétence des Conseils d'Administration
  - régime des élections
- e) Centralisation ou décentralisation
- f) Degré d'indépendance administrative et financière  
Contrôle de l'Etat

- Champ d'application -

- extension parmi les salariés et les employés (à l'exclusion de l'agriculture)
- Plafond d'affiliation (Salaire maximum au-delà duquel le travailleur n'est plus obligatoirement affilié à la Sécurité Sociale)
- Apprentis
- Pensionnés

- Chômeurs
- extension autour de l'affilié
  - épouse
  - différents enfants à charge
  - personnes à charge
- extension des catégories protégées
  - dans l'agriculture (travailleurs agricoles exploitants, petits propriétaires)
  - parmi les travailleurs indépendants
  - dans les professions libérales

- Prestations -

- Prestations en nature -

- Soins médicaux
  - ( - Système médical (rapports entre les organismes et les médecins
  - ( - Libre choix
  - ( - Modalités de remboursement (tiers payant, etc...)
- Produits pharmaceutiques
  - ( - degré de limitation du nombre de produits admis
  - ( - taux de remboursement ou tarifs spéciaux
  - ( - modalité de remboursement
- ( - rapports entre les organismes d'assurance maladie et les hôpitaux
- ( - tarifs d'hospitalisation
- ( - rôle de la Sécurité Sociale dans l'équipement hospitalier

Catégories d'assurés sociaux bénéficiant des prestations en nature  
Début et durée du service de ces prestations.

- Prestations en espèce

- Délai de carence (évolution - résultats)
- Montant des indemnités
- Durée

- Evolution des dépenses et de leur répartition entre les différentes catégories de prestations



- Financement -

- Salaire de base
- Plafond
- Taux
- Compensation - interrégionale
  - inter-professionnelle
  - entre branches
- Contribution de l'Etat
- Evolution de la situation financière en liaison avec l'évolution - du champ des bénéficiaires
  - des techniques nouvelles
  - des prix
  - du plafond de cotisation

INVALIDITE GENERALE - PROFESSIONNELLE

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes
- Structure - liaison avec assurance maladie
  - liaison avec assurance vieillesse
- Conditions d'attribution
- Définition de l'invalidité
- Montant de la pension
- Ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques (salaires, pouvoir d'achat de la monnaie)
- Financement.

VIEILLESSE -

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes

- Structure
- Champ d'application
  - extension du nombre des bénéficiaires
- Conditions d'attribution
  - âge
  - durée d'affiliation
- Montant de la pension
  - cumul avec d'autres pensions
  - ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques (salaires, pouvoir d'achat de la monnaie)
- Coordination entre les régimes
- Financement
  - système financier
  - évolution de la capitalisation à la répartition
  - salaire de base - plafond
  - taux des cotisations
  - rapport du nombre des travailleurs actifs au nombre des pensionnés
  - contributions de l'Etat
  - résultats financiers

Evolution des pensions par rapport aux prix et aux salaires suivant une formule commune et simple (à déterminer)

par ex. : pension moyenne d'un groupe déterminé

- mineurs
- pensionnés ayant au moins 15 ans d'affiliation ou bien
- carrière type

SURVIVANTS -

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes

- Conditions d'attribution

- pour la veuve {
  - âge
  - capacité de travail
  - nombre d'enfants
- pour les orphelins {
  - âge
  - degré de parenté

- Montant des pensions pour la veuve et les orphelins

- Financement

Evolution de l'importance relative du montant total des pensions de veuve et d'orphelin par rapport aux pensions de vieillesse.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes
- Structure
  - Assurance privée
  - Associations professionnelles
  - Organisme de droit public
  - Développement de l'intervention des assurés dans la gestion des organismes
- Risques couverts
  - Définition de l'accident du travail et limites
  - Accidents de trajet
  - Maladies professionnelles
  - Action civile pour les maladies non reconnues
- Soins médicaux - prothèses
- Montant de la rente
  - Evolution du barème d'invalidité
  - Indemnisation forfaitaire - évolution du taux
  - Rachat des petites rentes

- Changement d'emploi
- Droits des survivants
- Ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques (salaires, pouvoir d'achat de la monnaie)
- Financement
  - Evolution du coût des accidents du travail et des maladies professionnelles
  - Variations constatées dans la fréquence des accidents lorsqu'il y a eu modification des délais de carence
  - Capitalisation et répartition
- Réadaptation fonctionnelle et rééducation professionnelle

#### ALLOCATIONS FAMILIALES

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes
- Structure - organisation sur base professionnelle - géographique
- Champ d'application
  - salariés
  - pensionnés
  - chômeurs
  - autres catégories
  - extension à toute la population
- Prestations
  - différentes catégories de prestations (pour enfants, épouse, mère au foyer, etc...)
  - conditions d'attribution
  - catégories d'enfants et autres personnes ouvrant droit aux prestations
  - âge des enfants (normal - études - apprentissage)

- Taux

- variations selon l'âge et le rang des enfants
- variations par professions
- variations régionales
- variations par rapport aux salaires
- Influence de la politique nataliste
- Financement
  - Salaire - plafond
  - Taux
  - Contribution de l'Etat
  - Contribution inter-régime

CHOMAGE -

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes
  - Structure
    - Assurance - assistance
  - Champ d'application
  - Prestations
    - Conditions d'attribution
    - Durée
    - Taux
  - Assurance maladie
  - Assurance vieillesse
  - Allocations familiales
- ( pendant le chômage
- Financement
    - Cotisation
    - Contribution de l'Etat
    - Emploi des réserves
  - Coordination entre les organismes servant les prestations de chômage et les services de l'emploi.