

La Sécurité sociale a eu 20 ans en 1965

L'ordonnance du 4 octobre 1945 complétée par celle du 19 octobre 1945 a mis en place pour l'essentiel le système de Sécurité sociale qui nous couvre à l'heure actuelle. C'était donc en octobre 1965 le 20^e anniversaire de cette institution à laquelle nous sommes peut-être un peu trop habitués et dont nous ne mesurons pas toute l'importance pour les salariés. Aussi nous allons profiter de cet anniversaire pour jeter un regard sur la façon dont le système français de Sécurité sociale s'est mis en place et sur ses caractéristiques essentielles.

I. - DES MUTUELLES AUX ASSURANCES SOCIALES

A) LES MUTUELLES

Lorsqu'on examine l'histoire du mouvement ouvrier dans les années 1815-1848, on voit toute l'importance qu'ont eu les mutuelles à la fois comme manifestation réelle d'une solidarité salariale limitée et comme moyen de camoufler les sociétés de résistance, ébauches des futurs syndicats.

— Par exemple, la mutuelle des charpentiers parisiens créée en 1822 et dont le chiffre des adhérents était borné à 100, fournissait, contre une cotisation de 2,25 F par mois, un secours de 2 F par jour en cas de maladie et une unité de retraite de 200 F.

— En 1817, une grève générale des chapeliers lyonnais était organisée par la « Bourse commune » qui était une mutuelle...

Interdites par la loi Le Chapelier de 1791, les mutuelles sont tolérées avec beaucoup de suspicion sous la Restauration et leur reconnaissance légale intervient en 1836. Plus tard, Napoléon III s'efforce de les mettre en tutelle, un décret de 1852 précise : « Une société de secours mutuel sera créée par les soins du maire et du curé dans chacune des communes où l'utilité en sera reconnue. » Ce sont alors les pouvoirs publics qui nomment les présidents de ces sociétés, et ce n'est qu'au cours de la III^e République, que, progressivement, on s'achemine vers une liberté totale. La loi du 1^{er} avril 1898, véritable charte de la mutualité, fournissant aide et encouragements à ces sociétés, contribuera grandement à l'extension des mutuelles.

B) LIMITES DE LA PROTECTION MUTUALISTE

On peut s'interroger : sur le plan de la protection contre les risques sociaux, quel a été l'apport de la mutualité ? En un temps où l'assistance privée et publique constituait une très faible atténuation des seules misères les plus criantes, la mutualité a eu un rôle non négligeable. Elle a permis aux salariés qui n'étaient pas trop écrasés, de se garantir à peu près, dans les périodes de relative stabilité et prospérité contre les risques tels qu'accident, invalidité, vieillesse, maladie, chômage passager.

Mais d'autre part, une telle méthode exige un très haut degré de solidarité.

Le particularisme du métier, la localisation des sociétés, empêchent la formation de très vastes groupements qui seuls permettraient une couverture efficace des risques. La pauvreté des adhérents entraîne une faiblesse notable des ressources et pour étendre le mouvement l'on ne peut tabler sur la contrainte, mais seulement sur l'éducation.

La Fédération des mutuelles tente de pallier certaines de ces insuffisances, mais tôt ou tard, dans tous les pays, on se trouve obligé de solliciter l'aide des pouvoirs publics, lorsqu'on veut assurer la garantie des risques aussi lourds que la vieillesse ou la maladie de longue durée, des charges aussi répandues que les charges familiales ou dès qu'on veut étendre la protection aux membres de la famille du cotisant. On s'oriente alors vers l'assurance obligatoire.

C) LES ASSURANCES SOCIALES

En 1898 est instituée la garantie des accidents du travail. Dès la fin du 19^e siècle, certaines professions (mineurs, marins, cheminots, ouvriers des arsenaux) bénéficient de garanties contre la vieillesse et l'invalidité. Enfin, une loi de 1910 demeurée pratiquement inappliquée tente de généraliser la retraite vieillesse à tous les salariés. Mais il faut attendre 1928-1930 pour assister à la mise en place du système des assurances sociales.

Au lendemain de la grande guerre, lorsque l'Alsace-Lorraine fait retour à la France, ses habitants vivent depuis un certain temps sous le régime de l'assurance obligatoire en ce qui concerne les risques maladie, accident, invalidité, vieillesse. Il ne peut être question de leur retirer ces avantages ; c'est alors que l'on envisage l'extension d'un système obligatoire à l'ensemble du pays. Le ministre du Travail, en 1920, nomme une commission chargée de procéder à l'étude d'un projet. Mais celui-ci connaîtra de nombreuses vicissitudes et ne sera finalement adopté qu'en avril 1928. Avant même l'application de cette loi de 1928, des crises ministérielles et l'hostilité affirmée d'un certain nombre de groupements amenèrent le vote d'une loi en avril 1930, modifiant la précédente.

D) LA POSITION DES DIVERS GROUPEMENTS

A l'intérieur du syndicalisme ouvrier les centrales ont des positions divergentes : si C.F.T.C. et C.G.T.-confédérée

sont favorables dans l'ensemble au projet « tremplin vers des améliorations nouvelles » selon un cégétiste, au contraire la C.G.T. Unitaire est violemment opposée à cette « loi fasciste » mise en œuvre par la « chicanerie bourgeoise ».

Les employeurs sont divisés tant sur le principe de la législation que sur la technique du projet. Mais une minorité agissante hostile au projet se chargea de faire entendre surtout sa voix et n'hésita pas dans les années 1930 à mettre au compte de « l'accroissement des charges sociales » le ralentissement des affaires.

Le corps médical ne s'opposa pas au principe de la loi, mais aux modalités du projet initial. Celui-ci prévoyait, en effet, que le malade serait obligé de s'adresser à un médecin désigné par le service des assurances et que, d'autre part, les caisses traiteraient à forfait par tête de bénéficiaire avec le groupement de médecins intéressé qui remunererait les médecins sur cette masse globale. Les protestations des médecins furent entendues et la liberté du choix fut respectée, de même que la fixation des honoraires par entente directe entre médecin et malade.

Les mutuelles un peu réticentes, puisque ce projet allait à l'encontre de leurs principes fondamentaux : adhésion volontaire et libre choix de la caisse, apportèrent néanmoins leur appui et obtinrent que la loi laisse aux mutuelles la gestion des risques maladie et décès et que, d'autre part, les assurés conservent le libre choix de leur caisse, les non-affiliés à une caisse privée étant rattachés obligatoirement à une caisse départementale.

E) LES ALLOCATIONS FAMILIALES

L'initiative du supplément de salaire pour charges familiales prise par un patron de Vizille, en 1884, fut fort peu suivie, malgré les encouragements de « catholiques sociaux » (en 1914, une quarantaine d'entreprises). Au cours de la guerre une certaine extension spontanée se manifesta et à partir de 1922, tous les concessionnaires de services publics y furent assujettis. Il fallut attendre la loi de 1932 pour que le versement d'allocations familiales devienne obligatoire pour tous les employeurs. Mais il est caractéristique qu'à cette époque les avantages accordés aux pères de famille ont pris une « couleur partisane ». La droite catholique défendait le projet non sans arrière-pensée paternaliste. Une propagande nataliste presque uniquement fondée sur des arguments d'ordre militaire contribuait aux yeux du public à lui donner une couleur nationaliste. La gauche se désintéressait à l'excès du projet considérant que les salariés chargés de famille se trouvaient par là même placés vis-à-vis du patronat « dans une position de dépendance, peu favorable à l'émancipation du prolétariat ».

M. BRANCIARD.

le 21 janvier 1965

La Sécurité sociale a eu 20 ans en 1965

(suite)

II. — CONTROVERSES AUTOUR DE LA MISE EN PLACE DU PLAN DE SECURITE SOCIALE (1)

Le Conseil national de la Résistance s'est prononcé pour la mise en place d'un véritable plan de Sécurité sociale remplaçant les systèmes complexes hérités de la III^e République et de Vichy. Une acception très large est donnée alors à la notion de Sécurité sociale qui est selon M. Pierre Laroque « la garantie donnée à chaque homme qu'en toutes circonstances il pourra assurer dans des conditions satisfaisantes sa subsistance et celle des personnes à sa charge ». Une telle définition inclut une politique économique de plein emploi, une politique d'équipement sanitaire, une politique de redistribution des revenus. Mais tout n'est pas possible immédiatement, surtout dans la conjoncture économique de l'époque et ce qui est mis en place en 1945 ne se veut qu'une partie d'un édifice qu'il faudra compléter par la suite. La conjoncture politique est favorable (tripartisme P.C.-S.F.I.O.-M.R.P.) et le principe recevra une très large approbation, ce qui n'exclut pas des controverses qui expliquent l'aspect actuel de l'institution.

A). — BATAILLE AUTOUR DE LA CAISSE UNIQUE

« Le pivot du plan soumis par l'administration était le principe de la caisse unique couvrant pour une circonscription géographique déterminée tous les risques : assurances sociales, accidents du travail et allocations familiales (2). Le M.R.P. s'oppose à cette conception souhaitant le maintien des anciennes caisses de compensation qui géraient les allocations familiales. Il désirait qu'à ce niveau la représentation des employeurs et des pères de famille soit prépondérante ; c'est sur les associations familiales plus que sur les syndicats de salariés qu'il entendait faire reposer la gestion de ces caisses.

Une autre querelle se greffait sur celle-ci : celle du contenu des prestations familiales. Soutenu par la C.F.T.C., le M.R.P. proposait un système de *minimum vital familial*, c'est-à-dire l'ajustement automatique des niveaux de vie de tous les travailleurs rendant le même service. « C'était réclamer une sorte d'échelle mobile des revenus qui aurait mis à égalité les divers travailleurs qu'ils fussent ou non chargés de famille. En bref, rejetant l'idée d'une assistance accordée aux familles il exigeait un mécanisme de redistribution rigoureuse des revenus entre les personnes chargées de famille et celles qui n'ont pas ou peu de charges de cette nature (3). Battu sur ce point le M.R.P. obtint gain de cause pour la gestion autonome des caisses d'allocations familiales.

B). — GESTION DEMOCRATIQUE DES CAISSES

Pour la gestion de ces organismes, il existait en France une longue tradition anti-administrative, il fut donc décidé, sous la pression des organisations syndicales, de faire gérer les caisses non comme en Angleterre par des agents publics de l'administration, mais par les intéressés eux-mêmes. Mais comment les administrateurs seraient-ils choisis ? A la fin de 1945 on décide que les administrateurs seront non pas élus, mais désignés par les organisations professionnelles les plus représentatives. La C.G.T. soutient avec enthousiasme cette mesure, d'autant plus que largement majoritaire à l'époque, elle dominera facilement les conseils d'administration. Mécontente de cette mesure et d'un certain nombre d'autres la direction de la C.F.T.C. prend une décision fortement controversée dans l'organisation : elle ne présentera aucune candidature pour les conseils d'administration des futures caisses.

Cependant la situation évoluant, le 8 août 1946, un ordre du jour voté conjointement par P.C., S.F.I.O. et M.R.P. invite le gouvernement à déposer un projet de loi fixant les conditions de l'élection au scrutin proportionnel des membres des conseils d'administration. Le projet est adopté le 30 octobre 1946 et les élections du 25 février 1947 donnent 61,8 % des voix à la C.G.T. et 25 % à la C.F.T.C. La C.G.T. dominait presque tous les conseils d'administration.

C). — BATAILLE DES NON SALARIES CONTRE LA SECURITE SOCIALE

Les essais de généralisation vont provoquer l'opposition tant des classes moyennes non salariées que des milieux agricoles. On veut bien bénéficier des avantages prévus, mais l'on se refuse à en payer le prix : les cotisations (il ne peut y avoir dans ce cas double cotisation, patronale et ouvrière) sont jugées trop élevées ; d'autre part, on ne veut pas être regroupé dans la même caisse que les salariés ; c'est là, dit-on, une étape vers la « prolétarisation », la « fonctionnarisation ».

Cette attitude met en cause l'unité de la Sécurité sociale et compromet la large compensation des contributions estimée nécessaires par les promoteurs pour la réussite de l'entreprise.

Cependant, la loi du 22 mai 1946 a posé le principe de la généralisation, mais l'application effective reste subordonnée à deux conditions : le versement des cotisations pour les non salariés, l'élévation de l'indice de la production industrielle. Quelques mois plus tard en septembre, à la veille des élections, l'Assemblée décide l'application anticipée de cette loi en ce qui concerne l'assurance vieillesse. Le recouvrement des cotisations débutera le 1^{er} janvier 1947 et le versement des prestations le 1^{er} avril ; en attendant la loi prévoit le versement immédiat d'une allocation temporaire à tous les vieux économiquement faibles. C'est cette seconde clause qui explique que la loi est votée à l'unanimité

alors qu'elle soulèvera sous peu une très forte opposition. A la veille des élections aucun parti ne veut paraître refuser un secours aux vieillards.

Mais dès la fin de 1946, une violente campagne se déclenche soutenue par *L'Aurore*, *Le Figaro*... Les diverses organisations professionnelles opposées à l'application de la loi se groupent dans un « Comité de liaison et de coordination des classes moyennes ». Le M.R.P., mais surtout le Parti Républicain de la Liberté et le Parti Radical, partisans du pluralisme des caisses, soutiennent ces revendications avec plus ou moins de conviction. L'administration ne peut procéder au recouvrement des cotisations. En attendant, elle continue de payer des allocations aux vieillards non salariés et s'engage dans de difficiles négociations tendant à reconnaître le particularisme des institutions d'assurance des non salariés.

D). — LES CADRES CONTRE LE SYSTEME

Lors des lois de 1928-30, l'obligation de cotiser n'existait pas pour les salariés touchant un salaire supérieur à un certain plafond ; les cadres n'étaient donc pas concernés. Mais en 1945, cette mesure est supprimée, l'immatriculation des cadres devient obligatoire. La C.G.C. qui ne représente qu'une fraction des cadres s'élève alors violemment contre cette obligation « nous nous élevons contre toute extension des assurances sociales à des gens qui seront obligés de payer et de payer beaucoup, alors que, pratiquement rien ne sera fait pour eux avant de très longues périodes ». L'un des griefs fait à la nouvelle législation sociale c'est l'absence de hiérarchisation des allocations familiales ; mais la bataille concernera surtout le régime de retraite et sur ce point la C.G.C. sera rejointe par les autres organisations de cadres. La question sera finalement réglée par deux conventions collectives nationales signées le 14 mars 1947 dont l'une institue le régime de retraite complémentaire des cadres venant s'ajouter à la pension vieillesse du régime général de la Sécurité sociale.

M. BRANCIARD.

(1) Voir S.U., n° 385.

(2) H.-C. Galant Histoire politique de la Sécurité sociale Française, A. Colin, 1955, p. 30.

(3) J. Doublet et G. Lavau Sécurité sociale, Coll. *Thémis P.U.F.* 1957, p. 43.

(4) Voir à ce sujet Centre d'Etudes des Relations sociales Sécurité sociale et Conflits de Classes, Ed. Ouvrières 1962.

VADE MECUM
des personnels du C.N.R.S.

Textes à jour au 1-9-65
5 F, port compris

S.G.E.N.
C.C.P. - PARIS 8776-93

le 24 février 1965

La Sécurité sociale a eu 20 ans en 1965 (suite)

III. - LES PRINCIPES AU VESTIAIRE

Compte tenu des conditions de mise en place du système analysées précédemment, trois principes de départ sont fixés en matière d'organisation financière.

I. - Une triple autonomie

— **Autonomie financière de l'ensemble du système.** — Les ressources sont constituées par la double cotisation ouvrière et patronale (1); la gestion par les représentants des salariés et des patrons n'étant que le corollaire de ce premier principe.

— **Autonomie financière des différents régimes.** — A côté des salariés du secteur privé couverts par le « Régime général », on ne compte pas moins de 18 catégories de salariés bénéficiant de « régimes spéciaux » dérivant du « régime général » sur tel ou tel point (Mines, S.N.C.F., E.D.F., Fonctionnaires, Salariés agricoles...); cependant, en matière d'assurance maladie-maternité, 9 de ces catégories sont alignées sur le « régime général ». L'apparition progressive des divers régimes et le souci de ne jamais abandonner les avantages acquis notamment en matière de retraite expliquent en partie la complexité du système. On pose au départ que chaque régime, général ou spécial, doit réaliser l'équilibre entre ses recettes et ses dépenses.

— **Autonomie financière des branches** (assurances sociales, allocations familiales, accidents du travail). — Ainsi, par exemple, des ressources spéciales sont affectées aux allocations familiales et doivent servir à couvrir uniquement les prestations de cette branche.

II. - Au secours des régimes déficitaires

La fragmentation en régimes distincts, dont certains supportent des charges importantes et ne couvrent qu'une population restreinte de quelques centaines de milliers d'individus, a entraîné rapidement un déficit de certains régimes, notamment des Mines, de la S.N.C.F. et des Salariés agricoles.

Dès 1951, une première entorse est faite à l'autonomie des régimes à propos des Mines. Les mineurs, tout en conservant leur caisse autonome, reçoivent des fonds du « Régime général » : il y a *surcompensation*. En 1954, cette surcompensation — concernant les prestations familiales — est étendue à tous les régimes : la S.N.C.F. et les salariés agricoles bénéficient ainsi des excédents des autres régimes.

Plus près de nous, la loi de finances de 1963 fait prendre en charge par le « Régime général » les déficits du régime des Salariés agricoles, tant en ce qui concerne les assurances sociales que les prestations familiales.

Enfin, un article de la loi de finances de

1964 géménage la surcompensation entre le « régime général » et le « régime minier ». Il s'agit de faire compenser par le « régime général » les déficits du « régime des mines » en matière d'accidents du travail et de vieillesse (dans les mines, le nombre de retraités est supérieur aux actifs : 304.000 actifs en 1960, 322.200 retraités à la même date et 375.000 prévus en 1982, alors que le nombre d'actifs aura considérablement baissé). La prise en charge par le « régime général » permettra de diminuer sensiblement la part de cotisation à la charge de l'exploitant. Ceci joue notamment depuis janvier 1964 en faveur des sidérurgistes, propriétaires de mines de fer, qui voient réduire de 9,75 % leur cotisation patronale (cadeau du gouvernement pour faciliter l'investissement dans la sidérurgie, mais cadeau fait avec les fonds du « régime général » !)

III. - Transferts d'une branche à l'autre

Au cours des toutes premières années de fonctionnement de la Sécurité sociale, la branche des Allocations familiales connut quelques difficultés l'amenant à *emprunter* à la branche Assurances sociales; mais très rapidement la situation s'inversa et en l'espace de dix ans une somme de 3.500 millions de NF est passée des Allocations familiales au fonds des Assurances sociales. Cette avance de fonds s'est finalement transformée en un *don*, le gouvernement ayant « gelé » les fonds.

Les protestations violentes des syndicats et associations familiales amenèrent le gouvernement à cesser ces transferts, mais rapidement un autre biais fut trouvé. La loi de finances de 1964 a mis à la charge de la branche « Allocations familiales », « excédentaire », les dépenses de l'assurance maternité qui étaient jusqu'alors couvertes par la branche « Assurances sociales ». On ne transfère plus les fonds, on transfère les dépenses.

D'ailleurs, il existe depuis de nombreuses années un autre moyen voilé d'effectuer ces manipulations : il suffit de modifier les parts respectives des cotisations Allocations familiales (A.F.) et Assurances sociales (A.S.). En 15 ans, par suite des plaintes des industriels contre les « charges sociales excessives » qui étaient soi-disant beaucoup plus lourdes que celles des pays voisins et les handicapaient face aux concurrents étrangers, le taux global des cotisations n'a pratiquement pas été augmenté. (Le taux A.S. + A.F. est passé de 32,75 % à 33,75 %); mais la répartition entre les deux branches s'est profondément modifiée comme le montre le tableau suivant (2) :

Dates	A. F.	A. S.	Total
De 1951 à 1958	16,75 %	16 %	32,75 %
A partir du 1-1-59	14,25 %	18,5 %	32,75 %
A partir du 1-1-61	14,25 %	19,5 %	33,75 %
A partir du 1-1-62	13,50 %	20,25 %	33,75 %

IV. - Un financement reste basé sur les cotisations

Les ressources globales du régime général proviennent pour 18,9 % des cotisations des salariés — pour 77,2 % des cotisations des employeurs pour 2,1 % de l'Etat. Le financement, malgré les difficultés, est donc resté fondé sur les cotisations. Mais, paradoxalement, on voit l'Etat qui se plaint du déficit de la Sécurité sociale, non pas lui venir en aide, mais lui imposer de nouvelles charges.

Ainsi, une loi de 1956 a institué un « Fonds national de solidarité » destiné à fournir aux vieillards n'atteignant pas un certain plafond de ressources, une « allocation supplémentaire ». A l'origine, le fonds était alimenté par des ressources fiscales, en particulier la fameuse vignette automobile. Mais, dès la fin 1958, une ordonnance mettait à la charge du « régime général », le financement de cette allocation supplémentaire pour les personnes appartenant au régime en question. Autrement dit, il fallait financer avec l'argent de cotisations des prestations créées pour être financées par des ressources fiscales. Il y avait détournement de fonds. On pourrait trouver plus près de nous d'autres exemples du même type.

On comprend, dans ces conditions, pourquoi les organisations syndicales dénoncent les charges indues qui pèsent sur le régime général, d'autant plus que, depuis 1946, les fonds de la Sécurité sociale ont très largement financé les investissements sanitaires et sociaux. En s'en tenant au seul régime général, on peut dire que le concours des caisses a été, depuis 1946, au moins égal et sans doute supérieur à celui de l'Etat.

M. BRANCIARD.

(1) Le terme de cotisation patronale est ambigu; il s'agit d'un salaire indirect, il appartient donc à l'ouvrier.

(2) Tableau emprunté à un excellent article « Dossier sur la Sécurité sociale », par J. Brunet-Jailly, dans la revue « Economie et Humanisme » n° 65 de janvier-février 1966.

PÉTITES ANNONCES

Professeur Bordeaux offre échange appartement fonctionnel pour deux personnes enseignants contre appartement similaire à Paris, quinze jours ou un mois, juillet ou août. Ecr. : Mme Odette FILLASTRE, professeur au Lycée Technique de Jeunes Filles, rue Cazemajor, 33, Bordeaux.

Villa tout confort, 7 personnes, très calme, grand jardin, tout près bourg, 700 mètres mer, région Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord). Saison juin à septembre : 2500 F. Mme FILLEUX, professeur, Lycée Clemenceau, Nantes (Loire-Atlantique).

La Sécurité sociale a eu 20 ans en 1965

(suite)

IV. - DES DEPENSES CROISSANTES ! POURQUOI ?

Tandis que de 1950 à 1964 le produit national brut (1) était multiplié par 4,3 (en francs courants), l'ensemble des prestations sociales était multiplié par 6. Il serait cependant absurde de raisonner sur ces chiffres globaux, car le terme de prestations sociales recouvre des réalités diverses.

Tout d'abord, il convient de distinguer :

— Les PRESTATIONS EN ESPECES : celles-ci constituent un « revenu de remplacement » pour les salariés obligés de cesser le travail (maladie, accident du travail, vieillesse, invalidité) ou un « complément de revenu » soit en cas d'incapacité partielle permanente, soit pour les pères de famille.

— Les PRESTATIONS EN NATURE : qui sont la prise en charge partielle ou totale des frais engagés par l'assuré pour se faire soigner (consultation, visite, pharmacie, cure...).

L'évolution des deux types de prestations est très différente : en effet, sur la base de 100 en 1955, les prestations en nature sont à l'indice 408 en 1964, les prestations en espèces à l'indice 282. Ceci nous amène à considérer séparément chaque type de prestations.

A. — PRESTATIONS EN ESPECES

Elles représentent de façon à peu près constante les 4/5^e du total des prestations sociales.

a) Jeunes et vieux.

La structure par âge de la population est une première raison de l'augmentation des prestations en espèces. En effet, cette structure joue à la fois sur les pensions et allocations de retraite et sur les prestations familiales.

Entre 1954 et 1964, la population française totale a augmenté de 12,5 %, mais cette augmentation n'a pas affecté de façon uniforme les diverses tranches d'âge. Alors que la « population en âge de travailler » (20 à 65 ans) ne s'est accrue que de 6,2 % — l'accroissement des jeunes de moins de 20 ans a été de 23 % — celui des « vieux » de plus de 65 ans de 16 %.

La conséquence s'est traduite d'une façon très claire : en 8 ans, depuis 1957 le nombre d'enfants bénéficiaires des prestations familiales s'est élevé de 19 % et le nombre des bénéficiaires d'avantages vieillesse qui était à l'indice 100 en 1956 est en 1964 à l'indice 120,8.

Si la progression des jeunes doit atteindre son plafond en 1966, il n'en est pas de même de celle des personnes âgées : les plus de 65 ans qui étaient 5.700.000 en 1964 seront 7.100.000 en 1975. Le « rapport Laroque » sur la vieillesse a calculé que de 1958 à 1975 il fallait tabler sur un doublement de la « charge » en ce qui

concerne les pensions et allocations pour personnes âgées (ceci en admettant qu'aucune thérapeutique révolutionnaire, par exemple sur le cancer, ne vienne fausser les statistiques !).

En ce qui concerne les jeunes, les gouvernements qui se sont succédé depuis près de 15 ans, se sont arrangés pour contrôler strictement l'évolution des prestations familiales afin de limiter la progression. Il en est résulté une dégradation croissante du niveau de vie des familles nombreuses, par rapport à celui des « familles restreintes » ou sans enfant (2).

b) Accroissement des accidents du travail.

Les indemnités journalières versées aux malades ou accidentés du travail ont progressé sensiblement de la même manière que le salaire moyen, ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'elles sont calculées en pourcentage du salaire. Mais les sommes affectées à ce poste se sont accrues relativement plus vite, à cause notamment du nombre croissant des accidents du travail — particulièrement des accidents graves — et des maladies professionnelles.

Un assuré sur cinq est victime chaque année d'un accident du travail déclaré. De plus, alors que jusqu'en 1960 on observait une relative stabilité, on constate depuis cette date une augmentation du pourcentage d'accidents graves. Le nombre de journées perdues du fait d'accidents du travail correspondrait environ à un arrêt de travail de 500.000 salariés pendant une année entière. Et encore il faut savoir qu'un certain nombre de troubles dus au travail ne sont pas reconnus comme maladies professionnelles.

B. — PRESTATIONS EN NATURE

Comme nous l'avons dit, elles ont connu un accroissement bien plus spectaculaire que les précédentes (quadruplés en 10 ans).

a) Cause de cette croissance :

Un premier facteur tient à l'augmentation du nombre des bénéficiaires. De nouvelles catégories sociales ont accédé au bénéfice de l'assurance maladie (exemples : médecins conventionnés, exploitants agricoles...).

Un second facteur est dû à l'amélioration des conditions de remboursement. Ainsi le décret du 12 mai 1960 a entraîné la signature de conventions dans de nombreux départements (permettant ainsi un remboursement effectif à 80 % au lieu de l'application du tarif d'autorité) (3).

Une cause certainement très importante est « l'inflation des dépenses de santé » dû à chercher dans le progrès scientifique et la découverte de nouvelles thérapeutiques de plus en plus coûteuses. Les informations concernant ces nouvelles possibilités de soins (il faudrait juger ici de l'influence, par exemple, des émissions médicales à la T.V. sur les thérapeutiques d'avant-garde) ne font qu'accroître la demande en ce domaine, face à une offre qui, malheureusement, reste encore très limitée.

Enfin, la « progression globale des prix

des services sanitaires » a été « plus rapide que celle de l'ensemble des autres prix » (4), les causes en étant d'une part le progrès thérapeutique déjà signalé, d'autre part le mode de fixation tout à fait particulier des prix dans le domaine sanitaire — mode sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

b) Des possibilités de soins inégales suivant les couches sociales.

Des enquêtes effectuées par le CREDOC ont permis de constater que l'accroissement de la consommation médicale (doublement en volume entre 1955 et 1964) n'avait pas affecté également toutes les couches de la population.

Logiquement, on pourrait penser que ce sont les jeunes enfants et les vieillards qui ont le plus de besoin en ce domaine. Si l'hypothèse concernant les enfants se vérifie, par contre, il apparaît chez les vieillards, surtout après 80 ans, une baisse de la consommation médicale qui est due non pas à un besoin plus faible, mais à une insuffisance de pouvoir d'achat.

La consommation médicale suivant les catégories socio-professionnelles varie aussi, montrant par là que la redistribution des revenus par l'intermédiaire de la Sécurité sociale reste encore très imparfaite. Tandis qu'en 1962, la consommation médicale (dépenses d'hospitalisation exclues) était de 176,26 F pour le cadre moyen ; elle était de 123,10 F pour l'ouvrier et de 60,45 F pour le salarié agricole. Alors que de 1951 à 1956 on pouvait noter une atténuation de l'écart entre ces diverses catégories, le phénomène ne s'est pas poursuivi après 1956. Enfin, plus la famille est importante, plus faible est la dépense médicale effectuée par chacun de ses membres.

M. BRANCIARD.

(1) PRODUIT NATIONAL BRUT : valeur des produits matériels et des services immatériels qui ont été fabriqués ou rendus au cours de l'année par l'ensemble des producteurs nationaux.

(2) Voir l'article de P. Paillat dans la revue « Population » n° 3, 1962.

(3) TARIF D'AUTORITE : tarif de remboursement fixé par les pouvoirs publics et s'appliquant en l'absence de convention entre les médecins et la Caisse primaire de S.S. La somme fixée ne couvre qu'un pourcentage dérisoire de la dépense réelle.

(4) Pierre Grandjeat : « La Santé gratuite », collection « Société » Le Seuil 1965, p. 20. On aura tout intérêt à lire ce remarquable petit livre, ainsi d'ailleurs que les autres volumes de la même collection.

LISEZ

ABONNEZ-VOUS à

SYNDICALISME C.F.D.T.

C.C.P. : Paris 283-24

ABONNEMENTS : 16 F par an

Cet abonnement comprend
« Syndicalisme » et le Magazine
avec ses numéros spéciaux

La Sécurité sociale a eu 20 ans en 1965

VI. — QUELQUES QUESTIONS EN GUISE DE CONCLUSION

Cette brève étude n'a pu envisager sous tous leurs aspects la multiplicité des problèmes que pose le fonctionnement actuel de la Sécurité sociale. Seuls quelques points ont été abordés, mais un fait est certain, l'accroissement des dépenses qui a fait l'objet du chapitre IV est un phénomène qui va se poursuivre à un rythme rapide : ceci est particulièrement net dans deux secteurs : le secteur vieillesse (nous avons vu les prévisions du rapport Laroque) ; le secteur santé : il ne serait pas admissible que l'on ralentisse l'effort en vue de permettre aux Français de se mieux soigner. Il faut, en effet, noter que notre pays, si on le compare aux pays développés, ne présente qu'un état sanitaire moyen. (En matière de mortalité infantile le taux est encore de 25,9 pour mille, soit à un rang qui nous place loin derrière la Suède ou les Pays-Bas : 15,3 et la Grande-Bretagne : 21,7. Le taux de mortalité pour tuberculose respiratoire est de 18,4 pour cent mille habitants (Allemagne 13,2. Angleterre 6,5, Hollande 2,1)...

Les études préparatoires au V^e Plan partant au départ de l'hypothèse du maintien des législations existantes, sans amélioration, font ressortir une augmentation spontanée du total des dépenses de l'ordre de 45 % en 5 ans. Lors du vote des options le gouvernement décide qu'il convient de ramener cette augmentation à 38-40 % seulement, ce que ne peuvent admettre les syndicalistes, car sur de nombreux points et notamment en matière d'avantage vieillesse, c'est vers une augmentation substantielle qu'il faut aller. D'autre part, toute diminution des remboursements par augmentation du ticket modérateur (1) en matière de dépense de santé, irait dans le sens d'un accroissement des disparités de consommation médicale entre les couches sociales favorisées et les couches défavorisées (disparités qui comme nous l'avons vu sont déjà fort accusées).

Si l'on veut donc poser le problème correctement et non en se plaçant sur le seul plan des économies à réaliser, il faut l'envisager sous deux angles.

1^o) Ne convient-il pas de réaliser des réformes de structure qui permettraient d'améliorer le fonctionnement du système au plus bas coût ?

2^o) Comment peut-on poser le problème d'une augmentation des ressources de la Sécurité sociale ?

A - LA MALADIE DOIT-ELLE ETRE UNE SOURCE DE PROFITS ? REFORMES DE STRUCTURES

Au chapitre précédent, nous avons pris conscience du fait que le secteur capitaliste bénéficiait largement de l'existence de la Sécurité sociale et constituait pour elle un supplément important de charges. Cette situation est proprement inadmissible et on peut penser qu'une nationalisation des industries pharmaceutiques permettrait de réduire notablement le coût des médicaments...

D'autre part, peut-on admettre que la distribution des soins (médecins et hospitalisation) continue à fonctionner sans qu'aucune modification profonde ne soit apportée aux structures actuelles ?

Un regroupement des omnipraticiens (2) dans des « maisons médicales » couvrant un secteur géographique donné permettrait d'une part d'éviter les doubles emplois en matière d'équipement (équipement particulièrement onéreux qui reste sous-employé dans le cas d'une médecine individuelle) ; il donnerait aussi à ces omnipraticiens des possibilités plus grandes de remplacement, évitant un surmenage certain dans nombre de cas. La « médecine de groupe » n'est-elle pas l'avenir, à la fois, de la profession médicale et du bon rendement de la Sécurité sociale. Une telle organisation sauvegarderait à la fois le « libre choix » et la « liberté de prescription », mais l'on peut se demander s'il convient de sauvegarder le troisième volet du tryptique, c'est-à-dire la « rémunération à l'acte ». Est-ce vraiment là quelque chose de fondamental dans l'exercice de la médecine ? Le médecin qui accepte d'être rémunéré forfaitairement fait-il une médecine d'une qualité différente de celle de son confrère qui soi-disant « débat » avec son client du prix d'un service qui n'est pas chiffrable ?

En matière d'hospitalisation, la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé lucratif, est-elle encore concevable à l'heure où l'on parle de planification et où il s'agit de répartir au mieux sur l'ensemble du territoire des fonds de toute façon insuffisants pour mettre à la disposition du plus grand nombre les techniques les plus modernes. Il est en tout cas un point sur lequel il ne saurait être question de transiger, c'est l'espèce de « rente de situation » dont bénéficie le secteur privé lucratif qui se réserve les traitements les plus rapides et les plus rémunérateurs (notons en passant que toute la politique actuelle tend à favoriser ce secteur privé : ses possibilités d'extension apparaissant plus faciles et plus rapides que celles du secteur public : en 1963, les « lits nouveaux » autorisés en matière de chirurgie et de maternité ont été plus nombreux dans le secteur privé lucratif que dans le secteur public (une telle politique va évidemment à l'encontre de tout ce que nous pouvons souhaiter).

B - COMMENT AUGMENTER LES RESSOURCES DE LA SECURITE SOCIALE ?

Rappelons d'abord rapidement qu'une des premières choses à faire c'est de supprimer les charges indues que supporte par exemple le « régime général » et qu'il importe que l'Etat prenne entièrement à sa charge les investissements sanitaires et sociaux, soit directement, soit en permettant aux collectivités locales d'avoir des possibilités de financement suffisantes dans ce domaine.

Mais d'autres problèmes se posent et nous terminerons par deux questions.

— Peut-on admettre en matière de cotisation l'existence d'un plafond (3) ? Nous avons signalé déjà et d'autres chiffres pourraient être fournis que la consommation médicale est nettement plus élevée chez les cadres que chez les ouvriers. C'est donc que les premiers bénéficient plus des remboursements de la Sécurité sociale que les seconds. Ils lui coûtent plus cher. Dans ces conditions, est-il juste que la cotisation que paient les « hauts salariés » soit plafonnée, la justice sociale trouve-t-elle son compte dans cette affaire ? Le rapport Bordaz (4) s'est d'ailleurs prononcé en faveur d'un déplafonnement limité : « cette proposition vaut exclusivement pour la partie de la cotisation correspondant aux dépenses en nature de l'assurance maladie. Il ne serait pas équitable, en effet, d'étendre cette mesure à la partie de la cotisation correspondant aux dépenses en espèces de l'assurance maladie puisque celles-ci sont également plafonnées ».

— On peut poser une autre question : ne faut-il pas remettre en cause tout le système actuel de cotisations basées sur les salaires ? « En effet, on peut se demander pourquoi l'entreprise qui emploie beaucoup de main-d'œuvre, dans le textile par exemple, supporte davantage la charge de la Sécurité sociale qu'une entreprise qui, du fait de sa technique, emploie moins de personnel, dans la chimie par exemple, mais réalise plus de bénéfice » (5).

Si l'on ne veut pas se contenter de faire un simple replâtrage, si l'on veut assurer à la Sécurité sociale sa pleine efficacité, il convient de repenser complètement tout le système du financement et de voir dans quelle mesure les Français les plus favorisés sont prêts à accepter par cet intermédiaire une véritable redistribution des revenus au profit des plus défavorisés.

Michel BRANCIARD.

(1) Ticket modérateur : part de la dépense qui reste à la charge de l'assuré (créé dans le but de l'encourager à « modérer » ses dépenses en cette matière).

(2) Voir « Syndicalisme » du 5 février 1966 : « réflexion sur l'exercice médical ».

(3) Plafond : la cotisation ne porte que sur la part du salaire située en dessous d'un certain plafond réévalué de temps en temps. Le cadre ne paie donc pas une cotisation sur l'ensemble de son salaire.

(4) Commission créée par le gouvernement et qui vient de déposer des conclusions dont beaucoup sont contestées par les centrales syndicales.

(5) J. Boissonnat « Le Progrès », 17 novembre 1965.

CAISSE DE SOLIDARITÉ

S.G.E.N. - C.C.P. Paris 8776-95