

LA C.F.D.T. ET LA PROTECTION SOCIALE ^{1.}

Le Conseil National CFDT d'Octobre 1976 a débattu d'un important rapport sur la protection sociale, mettant l'accent sur le fait que les problèmes de la couverture sociale ne peuvent être pris isolément. La politique dite sociale du patronat et du gouvernement est liée à la politique économique, que ce soit dans l'entreprise ou au plan national, et s'inscrit dans une stratégie politique. Face aux enjeux de la période, les organisations CFDT, Fédérations, Régions, U.D., Syndicats, en tant que telles et non quelques spécialistes doivent se situer politiquement par rapport à ces problèmes, condition indispensable à une prise en charge collective de l'action de masse.

I-LES ENJEUX

La complexité des institutions, des mécanismes financiers, des acteurs, les inter-relations entre couverture sociale et autres éléments de la vie économique, le discours mystificateur du patronat et du gouvernement occultent les enjeux fondamentaux. Ceux-ci décapés et replacés sur le terrain de la lutte de classe sont pourtant particulièrement simples.

1) Enjeux Permanents de la lutte de Classe

a) Pouvoir d'achat :

Le Plan Barre met particulièrement au clair les éléments de la couverture sociale déterminant le pouvoir d'achat des salariés.

— **COTISATIONS** : 1976 se solde par une augmentation des cotisations de près de 3 % (1,5 % au I/I/76 - 1,4 % au 1/10/76). Ces augmentations se traduisent par une réduction de 1,45 % soit 29 F par mois pour un salarié gagnant 2 000 F par mois. Les autres 1,45 % appelé faussement "part patronale" vont être répartis par les patrons, suivant le rapport de force dans les entreprises et la situation du marché : moindre croissance des salaires - augmentation des prix. En aucun cas les patrons ne paient les cotisations sociales par une ponction sur leurs profits.

Par le biais des cotisations dites patronales, le patronat français réussit :

- à passer pour le plus social de tous les patronats européens, alors que le coût salarial horaire ouvrier (coût total de tous les éléments du salaire direct et indirect) est un des plus faibles de la C.E.E.
- à avoir la haute main sur la gestion des caisses de Sécurité Sociale
- à bénéficier d'un régime fiscal unique en Europe, en contrepartie de sa "contribution aux charges sociales".

— **PRESTATIONS** : le Gouvernement bloque l'évolution des prestations, notamment des prestations familiales qui perdent du pouvoir d'achat, mais aussi des retraites. En outre, il augmente les coûts supportés par les ménages (diminution du nombre de médicaments remboursables, augmentation de la part à payer pour les massages, les soins de rééducation, les frais d'ambulance).

Notons par ailleurs le conflit interminable entre corps médical et caisses de Sécurité Sociale : plus de 50 % des médecins (d'après la Confédération des Syndicats Médicaux Français, CSMF) pratiquent des tarifs supérieurs à ceux qui sont remboursés par la Sécurité Sociale. En 1975 et 1976 on a vu une progression constante des coûts des soins ; il n'est pas besoin de dire qui paie !

Il a fallu 15 ans de luttes syndicales (1957-1972) pour obtenir la généralisation à tous les travailleurs des retraites complémentaires.

d) Redistribution du revenu national :

La France est médaille d'or des inégalités (voir dossier "Recherche-Formation " 27 de Mars 1977).

Alors que dans la plupart des pays capitalistes on utilise fiscalité et prestations sociales pour corriger les inégalités de distribution des revenus primaires, en France ces types de transferts sociaux ont un effet redistributif presque nul.

Les raisons en sont multiples :

- injustice du système fiscal : pour plus de 60 % les recettes fiscales de l'Etat proviennent de taxes sur la consommation
 - l'impôt sur le revenu des personnes physiques est surtout payé par les salariés
 - les déductions fiscales en faveur des familles (quotient familial - déduction des intérêts des emprunts pour l'accession à la propriété) favorisent les hauts revenus
- En outre les transferts sociaux (prestations sociales) subissent les effets de l'injustice fiscale : toutes les prestations soumises à des conditions de ressources favorisent les non-salariés dont les revenus ne sont pas connus exactement
- Enfin s'ajoutent l'injustice des cotisations plafonnées pour des dépenses qui pour une part ne le sont pas (en 1975 : 72,5 % des dépenses maladies sont des remboursements de soins.

2) Enjeux de la Période

Le 7ème plan a tracé les grandes lignes de la stratégie gouvernementale et patronale pour les années à venir. Il s'agit notamment de réexaminer les différents mécanismes de protection sociale, l'équilibre de la Sécurité Sociale devant être assuré sur ses propres ressources. En clair on vise à démanteler la Sécurité Sociale pour pouvoir faire jouer au maximum les lois du profit dans la couverture sociale.

a) Vers une couverture sociale à 3 niveaux :

Il y a contradiction entre les caractéristiques fondamentales de la Sécurité Sociale et les principes du néo-capitalisme.

La Sécurité Sociale, même dans l'état imparfait qui est actuellement le sien, prend en charge des besoins à l'extérieur du circuit de la production, par l'ampleur des transferts qu'elle opère et les garanties qu'elle fournit aux individus, elle peut réduire la propension à l'épargne, donc la capitalisation ; par la direction qu'elle imprime à certains flux monétaires, elle privilégie certains types de consommation et du même coup contrarie parfois le jeu du marché ; elle tend à détacher le droit aux prestations et leur niveau du montant des cotisations payées par chacun, c'est-à-dire du revenu gagné par le travail, admis seul comme légitime ; elle affirme même sa vocation à corriger les inégalités nées du jeu des lois "naturelles" de l'économie. En un mot, elle entraîne inévitablement la socialisation d'une part croissante des revenus et à ce titre elle constitue un corps étranger dans une société capitaliste suscitant ainsi un processus permanent de rejet.

"charges indues" qui normalement incombent au budget de l'Etat et par la fiscalité de classe.

* 2ème niveau : pour les salariés, le deuxième niveau serait constitué par des régimes contractuels d'entreprise ou de branche, suivant les secteurs, gérés en fait par les compagnies d'assurances, comme le sont la plupart des accords de mensualisation. Les mécanismes seraient bien sûr ceux de l'assurance et non ceux de la solidarité. Dans la plupart des cas, ils ne prendraient en compte que les garanties de salaires et non les compléments de remboursement de soins.

* 3ème niveau : pour tous ceux qui peuvent y avoir accès, ce niveau serait celui des contrats individuels d'assurance.

c) Raisons économiques et politique du démantèlement de la Sécurité Sociale :

* Progression des dépenses : au cours du 6ème Plan (1971-1975) la progression des dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de Sécurité Sociale (salariés et non-salariés) a été très proche de celle qui avait été prévue : 7,45 % l'an en francs constants : (vieillesse : + 9,2 % - maladie : + 7,7 % - accidents du travail : + 6 % - allocations familiales : + 1,5 %).

En 1975 les dépenses nettes de l'ensemble des régimes se sont élevées à 240 milliards de F soit 80 % du budget social de la nation et 18,1 % de la PIB (en 1959 : 10,4 % de la PIB).

En 1974 en 1975, par suite de la crise, les prestations sociales ont crû beaucoup plus vite que la production intérieure brute (PIB), celle-ci n'a augmenté que de 3,5 % en 1974 et baissé de 2,5 % en 1975.

* Amélioration des droits sociaux des non-salariés : cette progression des prestations sociales par rapport à la PIB entre 1959 et 1975 est en grande partie le prix payé par le pouvoir pour garder les suffrages des non-salariés qui ont vu leur couverture sociale obligatoire - tant maladie que vieillesse - s'améliorer très sensiblement au cours de cette période. Les non-salariés qui en 1946 avaient refusé leur intégration dans le système de Sécurité Sociale ont été amenés à constater que les mécanismes (épargne et valeur du patrimoine) qui les garantissaient jusqu'alors contre les risques n'étaient plus suffisants, ils ont été attirés par les droits sociaux des salariés tout en refusant d'en payer le prix.

* Stopper la progression : Maintenir les prestations des salariés au niveau atteint c'est risquer de voir les non-salariés demander l'alignement complet sur les salariés, ce qu'ils ont fait lors du vote de la loi Royer obligeant le gouvernement à intervenir pour refuser un amendement voté en ce sens. Or un tel alignement entraînerait une augmentation de la part des dépenses sociales dans la PIB. Le patronat s'y refuse absolument considérant que 18,1 % est le maximum tolérable.

L'instauration du régime minimum vise donc à restreindre les droits des salariés

- à calmer les revendications des non-salariés en leur accordant un peu plus, mais moins qu'ils demandaient initialement
- à faire payer au maximum le financement de la couverture sociale par les ménages
- à supprimer toute solidarité réelle entre les différentes catégories socio-professionnelles
- à ouvrir largement au secteur du profit le vaste marché de la santé et de la couverture sociale (assurances privées).

maladies, alors que ces affections croissent de manière constante, la médecine traverse une crise profonde qui doit déboucher sur autre chose que la nationalisation de la "médecine d'organes", qui ne changerait rien.

Pour la CFDT l'aspiration des travailleurs au droit à la santé doit servir de moteur aux luttes contre les causes des agressions : conditions de travail, de vie ; aux luttes visant à donner un autre contenu à la vie sociale et imposer une organisation des soins permettant aux individus de lutter contre les causes et les conséquences de leurs maladies.

e) Politique de la famille :

Le gouvernement qui doit faire face à la chute de la natalité (100 000 naissances de moins en 1975 qu'en 1973) a annoncé une politique globale de la famille et surtout trois projets réalisables en 1977 et 1978 :

* Statut des gardiennes : ce projet d'amélioration du statut des gardiennes d'enfants des particuliers vise à leur donner certaines garanties pour permettre un contrôle des services publics tendant à faire oublier l'inexistence d'équipements collectifs (les gardiennes dépendant des services publics sont exclues du projet).

Pour la CFDT le vice fondamental du projet est la désignation des parents comme employeurs de la gardienne : celle-ci ne pourra avoir un statut de salarié complet - de nombreux parents ne pourront payer les tarifs demandés - les pouvoirs publics abandonnent leurs responsabilités en ce domaine.

Aussi la CFDT fait les propositions suivantes : l'employeur doit être un service public dépendant de la municipalité ou du département ce qui permet à la gardienne d'avoir garantie de rémunération et d'emploi. Cette rémunération doit être payée par la part des prestations familiales correspondant au travail occasionné par l'enfant, complétée, si nécessaire par l'employeur. Ces gardiennes doivent être partie prenante des centres et équipements de la petite enfance et avoir une formation professionnelle.

* Refonte de certaines prestations familiales : projet de regrouper : allocation de salaire unique, allocation de salaire unique majorée et allocation de frais de garde. Ces prestations sont déjà servies sous condition de ressources. Elles seraient remplacées par une seule allocation attribuée de la même façon aux familles ayant un enfant de moins de trois ans ou trois enfants et plus, que la mère ait ou non une activité professionnelle. Elle sera versée à toutes les familles dont le revenu global n'excède pas un certain montant et sera modulée en fonction du revenu global de la famille.

Cette refonte se fait bien sûr dans le cadre de la même enveloppe qu'actuellement. Sous l'apparente suppression de discrimination entre femme au foyer et femme qui travaille - par la suppression de l'allocation de salaire unique - cette refonte va pénaliser, en fait, le travail des femmes par suite des conditions de ressources. C'est une accentuation de l'évolution du système des prestations familiales en direction d'un système d'assistance.

* Réforme de la politique du logement : la réforme BARRE risque fort d'aboutir. C'est une nouvelle impulsion donnée à l'accession à la propriété du logement individuel. L'objectif politique est clair : faire croire à tous les Français qu'ils pourront devenir propriétaires de leur logement et que le gouvernement va le leur permettre grâce à l'aide personnalisée au logement (APL) qui viendra à terme remplacer l'allocation logement. Pendant ce temps, s'accroîtra le décalage entre propriétaires et locataires au détriment de ces derniers.

Face à cette mystification la CFDT devra faire de sa revendication du droit d'usage pour les locataires un véritable objectif de masse.

la lutte contre le vieillissement, la diminution de la durée du travail permettant l'amélioration de la vie sociale et familiale.

b) Alliances avec les autres forces présentes sur ce terrain :

Selon les problèmes à faire avancer, il est nécessaire d'agir avec d'autres forces. Ainsi pour accroître la prise en charge syndicale et le rapport de force dans l'entreprise et les localités, la CFDT a été à l'initiative d'une plateforme commune Santé - Sécurité Sociale (Juillet 1973) avec la CGT.

En outre CGT et CFDT ont rassemblé autour du mouvement syndical, les organisations familiales, sociales, mutualistes et les partis politiques de gauche pour s'opposer au démantèlement et à la privatisation (les 25 organisations). L'objectif est là aussi de permettre des actions communes au plan national, certes, mais surtout dans les localités à partir de revendications concrètes à satisfaire.

La CFDT a aussi pris l'initiative de proposer à des organisations et personnalités la tenue d'un colloque "Santé et Démarche Autogestionnaire" en Juin 1976. Ce colloque a montré l'intérêt de travailler concrètement ces problèmes dans des rapports égalitaires entre organisations différentes. La CFDT s'efforcera de décentraliser ce type de travail sur des problèmes concrets (action menée cet été sur les "tours" de Paris avec médecins et architectes).

c) Utilisation des Institutions :

L'approche CFDT des problèmes de santé n'est pas institutionnelle, mais syndicale, ce qui ne veut pas dire que la CFDT minimise l'importance des institutions qui marquent à un moment donné la cristallisation juridique et formelle du rapport de force dans la société. Les institutions ont une dynamique propre, mais aussi des pesanteurs qui font souvent obstacle à la prise en compte de besoins nouveaux. La CFDT situe donc les institutions par rapport à ses objectifs et la réalisation de ceux-ci ne peut être obtenue par la simple démocratisation de l'actuelle sécurité sociale.

Cela dit la CFDT vise l'utilisation des institutions existantes en revendiquant un droit de contrôle réel, ce qui implique des moyens dans toutes les institutions paritaires qui doivent servir comme relais de l'action de masse par :

- ➔ la production d'informations utiles à l'action
- ➔ l'utilisation des moyens dont elles disposent pour intervenir sur des terrains précis (prévention - action sociale...)

La représentation par les seuls élus n'est pas suffisante. Les forces ayant participé à la création du rapport de forces pour la mise en place d'équipements collectifs, de centres de santé... doivent pouvoir en contrôler la gestion.

2) La Politique de Santé

Les maladies sont de plus en plus la traduction organique des agressions dont les causes sont les "lois" de fonctionnement de la société capitaliste :

- accidents du travail et de la route
- maladies professionnelles
- plus de 80 000 enfants nés chaque année avant terme du fait des conditions de vie et de travail de la mère
- troubles cardio-vasculaires, gastriques, tensions nerveuses, dûs au chômage, au travail posté, au contenu insatisfaisant du travail, etc...

Pour avancer vers l'autre objectif : gratuité totale des soins sans avance d'argent, la CFDT présente comme revendication le remboursement minimum à 80 % de tous les soins sans avance d'argent (tiers-payant). La suppression de l'avance de frais existe déjà pour les accidents du travail et les frais importants d'hospitalisation. Il s'agit d'obtenir l'extension de ce droit dans tous les cas.

* Axe santé et système de soins : En 1974 : 73,2 % des soins effectués l'ont été par le secteur privé : trusts pharmaceutiques 25,3 % - médecine libérale (cliniques, cabinets, laboratoires, infirmiers, ambulances) 47,9 %.

Pour la CFDT il faut non-seulement mettre un terme à ce système fondé sur la logique du profit mais remettre aussi en cause la médecine d'organes pour s'orienter vers une médecine sociale dans tous les sens du terme. C'est pourquoi elle se prononce pour :

- ➔ la socialisation de l'industrie pharmaceutique et la création d'un office public de recherche et d'information
- ➔ la socialisation des cliniques privées, jointe à l'amélioration massive du secteur public
- ➔ la création d'unités sanitaires de base ou de centres de santé dans les communes ou les quartiers associant à la fois l'action d'éducation sanitaire, de dépistage et de soins. Les objectifs de ces unités doivent être définis et contrôlés à part égale par les personnels, les usagers et les personnes publiques propriétaires des équipements. L'instauration de rapports égalitaires entre médecins et travailleurs passe actuellement par la modification de la fonction sociale de la médecine.

* Axe santé et action sociale : Alors que tout le fonctionnement capitaliste repose sur des mécanismes d'exclusion, la CFDT considère que la participation à la vie sociale est une condition essentielle à la santé. Aussi elle vise deux objectifs essentiels :

- ➔ l'insertion sociale des individus et des catégories
- ➔ l'égalité des droits sociaux pour tous les travailleurs

(voir CFDT-Aujourd'hui n° 20)

3) La Politique de la Vieillesse

* Conception de la retraite :

Il faut mettre un terme à la discrimination et à la vie ségrégative des travailleurs retraités. Ceci passe par une conception de la retraite : droit ouvert à tous à 60 ans avec le maintien du salaire d'activité.

Dans l'immédiat la CFDT revendique :

- ➔ droit à la retraite dès 60 ans avec 80 % de la totalité des éléments de la rémunération des 10 meilleures années
- ➔ minimum de retraite égal à 80 % du SMIC
- ➔ égalité des droits des retraités quelle que soit la date de liquidation de leur pension.

* Lutte contre les facteurs de vieillissement :

Il est prouvé scientifiquement que certains travailleurs sont usés physiologiquement à 45 ans, notamment les postés dont le manque de sommeil a des effets durables et cumulatifs. La lutte contre le vieillissement rejoint donc celle sur les conditions de travail, mais aussi sur le contenu du travail.

Les moyens à réaliser pour que cette égalité puisse s'exercer :

- réduction massive de la durée du travail pour tous
- réalisation des conditions d'une procréation consciente et volontaire
- transformation des postes de travail pour qu'ils puissent être occupés indifféremment par un homme ou par une femme
- implantation dans tous les ensembles et les quartiers d'équipements et de services collectifs permettant d'alléger les tâches quotidiennes de la vie, de faciliter la vie collective pour les loisirs, le sport et la culture.

Par ailleurs le droit au travail des femmes nécessite que les prestations ne soient pas conçues pour dissuader le travail de la femme, mais bien pour compenser les coûts qu'il occasionne.

● Droits de l'enfant :

Pour la CFDT l'enfant constitue une richesse pour la société tout entière. C'est pourquoi les coûts qu'il occasionne doivent être compensés par les prestations familiales qui sont un droit créé par l'enfant quel que soit son statut juridique.

La CFDT demande :

- une refonte complète des prestations familiales par la création d'une prestation unique compensant à la fois les coûts d'entretien et de travail occasionnés par les enfants. Cette prestation est visée dès le premier enfant sans conditions de ressources et donne le libre choix aux parents de travailler ou non
- des centres de la petite enfance ouverts à tous : établissements publics regroupant des équipements divers : crèches, halte-garderie, crèche à domicile pour tenir compte des besoins des enfants et des choix des parents

III-L'IMPLICATION DES ORGANISATIONS C.F.D.T.

Actuellement la prise en charge de ces problèmes reste le fait de quelques organisations plus sensibilisées, elle se fait souvent à partir d'un événement extérieur, elle est même parfois limitée à quelques individus qui, de par leurs responsabilités dans des institutions, sont considérés comme des spécialistes, en conséquence elle n'est que rarement intégrée dans l'action syndicale quotidienne. Cependant depuis quelques années une évolution positive se fait jour, car contrairement à des idées trop répandues, l'entreprise est très fréquemment le lieu de demandes sur des problèmes très divers : garde d'enfants, placement d'enfants handicapés, etc... Ces demandes sont le plus souvent satisfaites dans le cadre des oeuvres sociales des comités d'entreprise.

Cette difficulté de la prise en charge résulte du fait que les problèmes de santé, de famille et même de vieillesse sont perçus comme des problèmes individuels alors que par delà la diversité des situations individuelles, les travailleurs vivent collectivement les mêmes situations.

Par ailleurs les travailleurs apparaissent souvent désarmés face à la complexité de la législation en ce domaine, la multiplicité des institutions et le fait qu'ils ignorent où se trouvent les véritables centres de décision.

Enfin il faut noter aussi la difficulté de situer les institutions par rapport à l'action.

Le problème n° 1 posé par ces terrains est donc celui de la mise en oeuvre d'une pratique syndicale de masse et de classe, ce qui ne peut se faire que par la définition de politiques d'action par les fédérations et les régions.

➔ de favoriser à terme l'unification des régimes

Les accords de prévoyance collective complémentaire conclus sous l'impulsion des fédérations devraient être aidés par un accord-type que la confédération devra négocier avec la Fédération Nationale de la Mutualité.

c) En matière de conditions de Travail et de Vie :

Trois points d'ancrage précis sont proposés pour développer la prise en charge de ces problèmes :

- ➔ accidents du travail
- ➔ les travailleuses enceintes
- ➔ la médecine du travail

2) Implication des Structures Interprofessionnelles

Trois terrains de prise en charge sont plus particulièrement importants :

- les équipements collectifs
- les délégués dans les caisses
- les luttes pour des centres de santé

a) Equipements collectifs :

Actuellement les besoins sont déterminés sans la participation active des usagers par les gestionnaires aidés depuis peu par des équipes de sociologues. Les actions menées sur ce plan partent généralement d'une situation intolérable à laquelle on propose de remédier en revendiquant des services organisés sur le mode traditionnel. Il ne faut guère s'étonner dans ces conditions que les équipements réalisés ne répondent souvent que fort mal aux besoins réels des travailleurs.

La traduction des besoins en forme de services est une opération qui n'a rien de spontanée. Elle implique une connaissance approfondie des réalités, des confrontations sur les solutions à envisager, une politique syndicale sur la dynamique sociale que permet ou ne permet pas telle forme d'équipement. Elle est le lieu de conflits stratégiques entre les institutions, l'administration, voire certains partis, dont l'objectif est d'accroître leur pouvoir sur les individus et une démarche autogestionnaire qui a pour but de donner le maximum de pouvoir aux travailleurs sur leur vie individuelle et collective. Aucun équipement n'est neutre, il permet ou non certains rapports avec les individus. Par exemple des équipements pour la petite enfance peuvent très bien être des structures ouvertes où les personnes confrontent individuellement et collectivement avec les personnels dans des rapports d'égalité.

Dans ce domaine l'interprofessionnel a un rôle fondamental pour organiser la confrontation entre les salariés des équipements et les salariés usagers de ces équipements.

Pour obtenir des multiples instances de décision leur engagement effectif dans le financement des équipements collectifs les structures interprofessionnelles CFDT doivent mener des actions de harcèlement. Le rapport de force établi grâce à ces actions doit être orienté vers le déblocage des fonds publics, vers le contrôle de l'affectation de ces fonds, vers l'orientation et l'affectation des fonds sociaux de toutes les institutions depuis les C.A.F. jusqu'au C.E.

b) Les délégués CFDT dans les caisses de sécurité sociale :

Les délégués CFDT doivent être des militants insérés dans les structures professionnelles et interprofessionnelles. Leur rôle est à la fois d'être les porte-paroles de l'organisation et d'être les "signaux d'alerte" des structures pour que

SOURCES

« Rapport au Conseil National sur la protection sociale »

(28-29-30 Octobre 1976)

à demander au Secteur "Action Sociale et Cadre de Vie"

et

« Résolution du Conseil National sur la protection sociale »

(28-29-30 Octobre 1976)

à demander au Secteur "Action Sociale et Cadre de Vie"

DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

« Syndicalisme C.F.D.T. » Hebdo

15 Décembre 1976 - pages 16 et 17

« Sécurité Sociale : des éléments pour une campagne »

et

« Syndicalisme C.F.D.T. » Hebdo

11 Novembre 1976 - dossier pages 9 à 12

« La protection sociale une priorité C.F.D.T. »

ANNEXE VIII

EVOLUTION DE 1960 A 1974 DE LA STRUCTURE DE FINANCEMENT
DE LA CONSOMMATION MEDICALE FINALE

SOURCE : CREDOC

La consommation médicale finale prend en compte la totalité des coûts des soins et pas seulement ceux qui font l'objet de remboursements par les diverses institutions de protection maladie. Le tableau ci-dessous fait apparaître :

- 1 - l'augmentation de la prise en charge par la Sécurité Sociale des coûts des soins en même temps que la diminution de l'aide sociale et de l'article 115,
- 2 - la stabilisation des coûts supportés par les ménages depuis 1970.

(Pourcentage, prix courants)

	Sécurité Sociale	Aide sociale & Art. 115	Mutuelles & Assurances	Ménages	Consommation médicale finale
1960	48,0	8,9	3,6	39,5	100 %
1961	52,4	7,3	3,9	35,9	100
1962	56,2	8,1	3,7	32,0	100
1963	58,1	8,8	3,8	29,3	100
1964	59,9	8,2	3,9	28,0	100
1965	60,2	7,4	4,1	28,3	100
1966	61,2	6,8	4,4	27,6	100
1967	62,2	6,2	4,5	27,1	100
1968	61,1	6,5	4,9	27,5	100
1969	63,3	6,4	5,0	25,3	100
1970	66,5	5,3	4,6	23,6	100
1971	67,0	4,9	4,5	23,6	100
1972	68,1	4,7	4,2	23,0	100
1973	68,3	4,0	4,0	23,7	100
1974	69,4	nd	nd	nd	100
(provisoire):					

nd : non disponible

Ces deux évolutions s'expliquent à la fois par l'extension de la Sécurité Sociale depuis 1960 à la quasi totalité de la population, par l'évolution de la structure des dépenses de santé qui ont vu croître les dépenses d'hospitalisation, dépenses qui sont pour la plupart remboursées à 100 %.

Par ailleurs, il convient de noter que 23,7 % des dépenses de santé à la charge des ménages, constitue un poids important sur le pouvoir d'achat des travailleurs et une des causes des inégalités en matière de santé : l'accès aux soins dépend encore et pour une large part des ressources de chacun.

7 mai 1977