

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1980-1981

Annexe au procès-verbal de la séance du 19 novembre 1980.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la commission des Affaires sociales (1), sur le projet de loi de finances pour 1981, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

TOME III

SÉCURITÉ SOCIALE

Par M. Louis BOYER,

Sénateur.

(1) *Cette Commission est composée de :* MM. Robert Schwint, *président* ; André Rabineau, Victor Robini, Louis Boyer, Jean Chérioux, *vice-présidents* ; Roger Lise, Jacques Bialski, Hubert d'Andigné, Hector Viron, *secrétaires* ; Jean Amelin, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jean Béranger, Noë, Berrier, André Bohl, Charles Bonifay, Pierre Bouneau, Philippe de Bourgoing, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Michel Crucis, George Dagonia, Guy Durbec, Charles Ferrant, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Mme Cécile Goldet, MM. Jean Gravier, André Jouany, Louis Jung, Bernard Lemarié, Pierre Louvot, Jean Madelain, André Méric, Michel Moreigne, Jean Natali, Charles Ornano, Bernard Pellarin, Raymond Poirier, Guy Robert, Paul Robert, Gérard Roujas, Pierre Sallenave, Louis Souvet, René Touzet, Georges Treille, Jean Varlet.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (6^e législ.) : 1933 et annexes, 1976 (annexe 32), 1977 (tome XIII) et in-8° 359.

Sénat : 97 et 98 (annexe 33) (1980-1981).

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS. — Les difficultés financières dominent encore, cette année, le débat sur la Sécurité sociale	5
PREMIÈRE PARTIE. — Les voies du redressement financier	7
Introduction : L'évolution d'ensemble des dépenses sociales	7
I. — Le plan de redressement de juillet 1979	10
A. — L'action sur les recettes	10
1. Les contributions exceptionnelles	10
2. Les mesures permanentes	11
B. — La rationalisation de la gestion des régimes	12
1. La limitation de la croissance des dépenses de personnel	12
2. La limitation des opérations immobilières	14
C. — La maîtrise des dépenses de santé	15
1. L'action sur la dépense hospitalière	15
2. L'adaptation de la prise en charge de l'assurance maladie à l'objectif de limitation des abus	16
II. — La situation financière en 1980 ; les perspectives pour 1981	21
A. — L'analyse des résultats d'ensemble	21
1. L'amélioration des instruments statistiques et comptables	21
2. Des comptes définitifs de 1979 aux comptes prévisionnels pour 1980 et 1981	22
B. — L'évolution des différentes branches	26
1. La structure des dépenses de l'assurance maladie du régime général	26
2. Le déficit de la branche famille et les difficultés de l'assurance maladie	29
III. — Les moyens d'un équilibre durable du système de protection sociale	32
A. — La convention nationale entre le corps médical et les classes d'assurance maladie	32
1. L'amélioration de la qualité des soins et la responsabilisation du corps médical	32
2. Le nouveau régime des honoraires	34
B. — La nouvelle politique des prix des médicaments	35
1. Les spécialités non remboursables	35
2. Les spécialités remboursables	35
DEUXIÈME PARTIE. — La poursuite de l'effort social	37
I. — Les deux pôles de la politique menée en 1980 : la généralisation et la mise en œuvre d'une politique familiale active	38
A. — La généralisation de l'assurance maladie-maternité	38
1. Les conditions d'affiliation	39
2. Les cotisations	40
3. L'ouverture du droit aux prestations	41

	Page
B. — La politique de la famille	41
1. L'amélioration des prestations liées à la maternité	42
2. L'institution du revenu familial garanti	45
3. L'institution de l'assurance veuvage	46
II. — L'harmonisation des régimes : un souci d'équité et de rationalité	47
A. — L'harmonisation des cotisations	47
1. Les régimes des professions non salariées non agricoles	47
2. Les régimes spéciaux	48
B. — L'harmonisation des prestations	49
1. Les régimes des professions non salariées non agricoles	49
2. Les régimes spéciaux	52
Les observations de la Commission	57
La réforme attentive doit prendre désormais le relais de la contrainte financière aveugle.	
Travaux de la Commission	59
— Audition des ministres	59
— Examen de l'avis	62
Annexe :	
— Présentation du rapport « Protection sociale et famille »	65

Mesdames, Messieurs,

Cette année encore, les difficultés financières dominent le débat sur l'évolution de notre système de Sécurité sociale.

Cependant, la politique énergique de redressement financier engagée par le Gouvernement a permis de répondre aux menaces graves qui pèsent, à court terme, sur les équilibres des régimes.

En ce qui concerne le régime général de la Sécurité sociale, les perspectives financières présentées à la Commission des comptes de la Sécurité sociale au mois de novembre dernier laissent apparaître qu'après le déficit de 10,8 milliards de francs enregistré en 1978 et l'équilibre constaté en 1979, l'exercice 1980 devrait, grâce à un excédent de 8,3 milliards, permettre la reconstitution de la trésorerie du régime.

S'agissant plus particulièrement de l'assurance maladie, le déficit, acquis ou prévisionnel, évalué en juillet 1979 à quelque 23 milliards de francs pour les trois exercices 1978, 1979, 1980, se trouve résorbé et fait place à un excédent de 1,3 milliard de francs, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés enregistrant, pour le seul exercice 1980, un excédent de 7,1 milliards de francs.

Toutefois, l'exercice 1981 devrait se solder par un léger déficit de 2,3 milliards de francs au titre de l'assurance maladie, auquel s'ajoutera, pour la première fois, le déficit de la branche familiale, alors que l'assurance vieillesse continue à se situer dans un équilibre instable.

Ainsi, le plan de redressement du Gouvernement a-t-il permis d'assurer, à court terme, les équilibres financiers de la Sécurité sociale. Cependant, les résultats ne peuvent être consolidés qu'à la condition que l'effort de maîtrise des dépenses de santé soit poursuivi.

La France dispose d'un appareil sanitaire qui compte parmi les meilleurs du monde. Il convient que la gestion de cet appareil soit rationalisée, de telle manière que l'offre de soins réponde mieux et au meilleur prix à la demande.

Votre Commission tient à rappeler ici que la maîtrise des dépenses de santé et la définition des conditions de la prise en charge de ces dépenses par l'assurance maladie constituent deux préoccupations distinctes.

Aussi, l'amélioration de la gestion de notre appareil sanitaire ne saurait-elle avoir pour effet de remettre en cause la part que la collectivité nationale entend prendre dans la prise en charge collective du risque de maladie.

En d'autres termes, l'objectif de rationalité économique ne peut conduire à freiner la poursuite de l'effort de solidarité nationale.

A cet égard, les conclusions de votre Commission se situent au voisinage de la pensée gouvernementale.

Mais elle retient également les écarts qui marquent les analyses du groupe de travail « protection sociale et famille », constitué, dans le cadre de la préparation du VIII^e Plan, sous la présidence de M. René Lenoir, par rapport à celles que développent généralement les pouvoirs publics.

Notamment, votre Commission n'oublie pas, dans la détérioration des comptes de la Sécurité sociale, le rôle décisif que jouent la conjoncture économique et sociale et le développement du chômage. Sans la dégradation de l'emploi, le déficit des régimes se serait certainement mué en excédent.

Il ne saurait être question d'écarter cette analyse, même si, par ailleurs, l'évolution propre des dépenses de santé exigeait la mise en œuvre d'une politique énergique de redressement.

Enfin, votre Commission note l'attachement des Français à leur système de protection sociale, que rien ne saurait ébranler sans remettre en cause les liens de solidarité tissés patiemment par le législateur, les partenaires sociaux et les gouvernements successifs depuis 1945.

Telles sont les observations préalables qu'entendait présenter votre Commission en guise d'introduction.

Conformément à une présentation devenue traditionnelle, elle vous propose d'examiner, dans un premier temps, les voies du redressement financier, avant d'analyser, dans un second temps, les axes principaux autour desquels s'articule aujourd'hui la poursuite de l'effort social de la nation.

PREMIÈRE PARTIE

LES VOIES DU REDRESSEMENT FINANCIER

L'intitulé même de cette première partie, consacrée traditionnellement par votre Commission à l'analyse de la situation financière de la Sécurité sociale, marque, cette année, le tournant enregistré par la politique des pouvoirs publics. En 1979, il convenait encore d'insister sur la nécessité impérieuse de rétablir l'équilibre financier. Désormais, les effets positifs des mesures déjà engagées permettent d'entrevoir les voies d'un redressement financier durable.

L'enjeu de cette nouvelle politique est décisif. Le tableau reproduit ci-dessous rappelle la part essentielle de la dépense de Sécurité sociale dans l'ensemble des prélèvements obligatoires.

DONNÉES FINANCIÈRES GLOBALES EN 1980

(Prévisions en milliards de francs.)

Produit intérieur brut marchand	2 416
Importations	632
Budget de l'Etat	525
dont :	
— Défense	105
— Education	69
Dépenses nettes des régimes de sécurité sociale	516
Régime général seul (net)	330
Impôt sur le revenu des personnes physiques	119
Cotisations des assurés :	
— salariées	116
— non salariées	23
Impôt sur les sociétés	62

Rapportées au montant du produit intérieur brut marchand, les dépenses sociales en représentent désormais plus de 30 %.

(En pourcentage.)

	1977	1978	1979
Dépenses sociales P.I.B.	28,37	29,47	29,92

Toutefois, le dérapage du rythme de croissance observé en 1978 ne s'est pas maintenu :

- 15,71 % en 1977 par rapport à 1976 ;
- 17,71 % en 1978 par rapport à 1977 ;
- 15,85 % en 1979 par rapport à 1978.

Le tableau ci-dessous fait apparaître en pourcentage du total des recettes l'importance des différentes sources de financement :

(En pourcentage.)

	1977	1978	1979
Assurés	19,25	19,04	20,73
Employeurs	36,00	55,42	55,24
Etat puissance publique	19,63	20,11	18,79
dont : Quotient familial	(2,95)	(2,77)	(2,77)
Collectivités locales	1,61	1,66	1,48
Taxes affectées	1,82	1,87	1,94
Revenus de capitaux	1,02	1,01	1,07
Recettes diverses	0,67	0,89	0,75
Totaux	100,00	100,00	100,00

Quant aux dépenses, elles se répartissent ainsi, par fonctions :

	1977 Indice (base 1976)	1978 Indice (base 1976)	1979 Indice (base 1976)
1. Services communs et dépenses non ventilables (1)	114,55	131,36	178,70
2. Santé	113,55	134,28	145,95
3. Invalidité, vieillesse, décès	116,69	137,54	160,04
4. Famille	113,49	132,24	152,66
5. Logement	117,72	120,46	126,58
6. Formation, chômage	126,60	185,21	210,07
7. Accidents du travail et maladies professionnelles	113,30	126,98	130,19
8. Evénements politiques et calamités naturelles	110,37	119,38	134,04

(1) Comprend les transferts.

(A) Le changement de méthodologie ayant entraîné une diminution des masses par une suppression des doubles comptes, les indices bruts qui pourraient être obtenus par comparaison de ces masses ont été corrigés afin de rétablir une programmation nette des indices.

Enfin, les difficultés de l'assurance maladie ne sont pas propres à la France. Le tableau ci-dessous fait ressortir l'évolution de ces dépenses dans les autres pays de la Communauté économique européenne :

Années	Allemagne fédérale	France	Italie	Pays-Bas	Belgique	Luxembourg	Grande-Bretagne	Irlande	Danemark
1976	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1977	105,10	112,06	117,06	110,55	117,35	110,49	114,46	118,52	107,80
1978	112,57	131,01	137,45	122,44	121,17	120,73	128,13	147,25	118,74

Votre Commission vous propose d'articuler l'examen de l'évolution financière des régimes autour de trois axes principaux :

— elle vous présentera d'abord les principales mesures engagées dans le cadre du plan de redressement financier arrêté par le Gouvernement en juillet 1979 ;

— elle décrira ensuite la situation financière à la fin de l'exercice 1980, ainsi que les perspectives d'évolution pour 1981 ;

— elle dessinera enfin les voies d'une stabilisation durable de notre système de protection sociale.

I. — LE PLAN DE REDRESSEMENT DE JUILLET 1979

A. — L'action sur les recettes.

1. Les contributions exceptionnelles.

a) Les salariés.

Pour les salariés et assimilés, y compris les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, la contribution exceptionnelle au redressement financier de l'assurance maladie a pris la forme d'une cotisation additionnelle à la charge de l'assuré, fixée à 1 % des rémunérations perçues au cours de la période de dix-huit mois allant du 1^{er} août 1979 au 31 janvier 1981, conformément aux dispositions du décret du 30 juillet 1979.

b) Les professions de santé.

La loi n° 79-1129 du 28 décembre 1979 a institué une contribution exceptionnelle et unique à la charge, d'une part, des pharmaciens d'officine et, d'autre part, des laboratoires pharmaceutiques. Suivant les dispositions combinées de la loi précitée et du décret n° 80-269 du 14 avril 1980, la contribution des pharmaciens est fixée à 45 % du montant de la cotisation d'assurance maladie et maternité due au régime des non-salariés non agricoles, pour la période s'écoulant du 1^{er} octobre 1979 au 31 mars 1980. La contribution des laboratoires pharmaceutiques est égale à 2,50 % du montant total des charges comptabilisées au cours du dernier exercice clos à la date du 31 octobre 1979, au titre des frais de prospection et d'information.

Les médecins et les dentistes ont acquitté une contribution exceptionnelle, qui a pris la forme de la non-approbation des revalorisations tarifaires prévues pour le 14 octobre 1979 et le 7 janvier 1980.

Cette contribution a pris fin pour les médecins avec l'entrée en vigueur, le 1^{er} juillet 1980, de l'avenant tarifaire annexé à la nouvelle convention entre les représentants des médecins et ceux des caisses d'assurance maladie, pour les dentistes avec l'entrée en vigueur, le 1^{er} août, d'un nouvel avenant tarifaire annexé à l'actuelle convention.

c) Le rendement financier.

Le rendement de la cotisation exceptionnelle sur les salaires du 1^{er} août 1979 et 31 janvier 1981 est le suivant :

	1979	1980	1981
Régime général	2.236	7.691	1.444
Fonctionnaires	463	1.592	299
Salariés agricoles	43	292	108
Mines	14	58	15
Marins	7	31	8
S.N.C.F.	15	65	18
R.A.T.P.	4	26	7
Clercs de notaires	-	8	5
Militaires	48	183	31

La contribution exceptionnelle des pharmacies d'officine et des entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques a été évaluée à 120 millions de francs pour le régime général, en 1980.

Enfin, conformément à ses engagements, l'Etat versera encore 1,7 milliard de francs au régime général de la Sécurité sociale. Ces crédits seront inscrits dans le projet de loi de finances rectificative pour 1980.

2. Les mesures permanentes.

a) Le dé plafonnement des cotisations ouvrières d'assurance maladie

Le dé plafonnement des cotisations ouvrières d'assurance maladie a été effectué en deux étapes : par la voie réglementaire d'abord, dans le cadre du plan de redressement arrêté par le Gouvernement en décembre 1978, pour deux points de cotisation ; par la voie législative, ensuite, dans la loi du 28 décembre 1979 portant diverses mesures de financement de la Sécurité sociale, qui a supprimé le principe même du plafonnement des cotisations ouvrières, à hauteur de un point pour les salariés du commerce et de l'industrie, 0,25 point pour les fonctionnaires et agents des collectivités locales.

Le rapport financier du dé plafonnement attendu ou réalisé est le suivant :

(En millions de francs.)

	1979	1980
Régime général	2.384	1.419
Fonctionnaires et collectivités locales	310	48

**b) Le rétablissement des cotisations ouvrières
d'assurance vieillesse des actifs de plus de soixante-trois ans.**

La loi du 29 décembre 1979 a rétabli la cotisation des salariés âgés de plus de soixante-cinq ans exonérés de la part ouvrière par les ordonnances de 1967.

En 1980, cette mesure devrait permettre d'encaisser une recette supplémentaire de 230 millions de francs.

c) La cotisation sur les retraites.

Votre Commission ne reviendra pas sur les conditions de la mise en œuvre de la cotisation sur les retraites instituée par la loi du 28 décembre 1979 portant diverses mesures de financement de la Sécurité sociale. Qu'il lui suffise d'indiquer ici la portée financière de ces cotisations en 1980 (en millions de francs) :

Régimes de base :	
Régime général	481
Salariés agricoles	48
Régimes complémentaires :	
I.R.C.A.N.T.E.C.	15
A.R.R.C.O.	370
A.G.I.R.C.	198
Salariés agricoles	22
C.P.O.S.S.	40
Divers	84
	<hr/>
	1.232
	<hr/>

B. — La rationalisation de la gestion des régimes.

Le plan de redressement entendait agir prioritairement sur deux points.

1. La limitation de la croissance des dépenses de personnels.

Il est à noter que l'effort de maîtrise de la masse salariale a été développé dès 1976 ; poursuivi et accentué en 1980, il devrait permettre, pour cet exercice, de limiter cette croissance à un niveau comparable à celui du produit intérieur brut marchand en valeur.

ÉVOLUTION DE LA MASSE SALARIALE DE DIVERS RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

	1974 milliers de francs	1975 milliers de francs	%	1976 milliers de francs	%	1977 milliers de francs	%	1978 milliers de francs	%	1979 milliers de francs	%
Régime général	4.403.578	5.530.000	+ 25,6	6.413.000	+ 18	7.405.000	+ 15,5	8.723.000	+ 17,8	9.939.000	+ 14
C.A.N.C.A.V.A.	37.681.454	46.269.148	+ 22,85	55.876.514	+ 20,78	62.815.502	+ 12,4	72.220,48	+ 15,2	83.572,27	+ 15,56
O.R.G.A.N.I.C.	64.632,44	77.646,63	+ 20,14	87.923,14	+ 13,3	95.575,858	+ 8,7	109.017,8	+ 14,05	125.838,6	+ 15,4
C.A.N.A.M.	32.838,5	41.863,2	+ 27,5	51.869,85	+ 23,9	63.915,5	+ 23,2	72.013,2	+ 12,7	86.919,25	+ 20,7

Quant à l'évolution des effectifs, elle laisse apparaître une tendance à la stabilisation, effectivement réalisée en 1980, compte tenu des progrès de productivité liés en particulier au développement de l'informatique.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES CAISSES DES RÉGIMES DE NON-SALARIÉS AGRICOLES

Régime	1974	1975		1976		1977		1978		1979		Evolution 1979/1974 (en pourcentage)
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
			+		+		+		+		+	
C.A.N.A.M.	1.037	1.082	4,34	1.122	3,7	1.228	9,5	1.341	9,2	1.364	1,7	+ 31,53
C.A.N.C.A.V.A.	1.143	1.183	3,5	1.257	6,25	1.281	1,91	1.313	2,5	1.371,5	4,45	+ 20
O.R.G.A.N.I.C.	2.063	2.072	0,44	2.147	3,62	2.173	1,21	2.203	1,38	2.251	2,18	+ 9,1
C.N.A.V.P.L.	529	539	0,56	560	3,9	579	3,4	595	2,76	595	0	+ 11

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES CAISSES DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE

	1974	1975		1976		1977		1978		1979		Evolution 1979/1974 (en pourcentage)
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Caisses primaires d'assurance maladie	70.027	74.530	6,45	76.663	2,86	80.005	4,36	81.466	1,83	82.031	1,8	+ 18,43
Caisses d'allocations familiales	27.324	28.273	3,47	29.303	3,64	31.237	6,6	32.702	4,7	34.883	6,67	+ 27,66
Unions de recouvrement (U.R.S.S.A.G.)	11.830	12.128	2,52	12.298	1,4	12.565	2,17	12.574	0,07	12.770	1,56	+ 7,95
Caisses régionales	22.329	22.937	2,72	24.243	5,7	24.853	2,52	25.380	2,12	26.422	4,15	+ 18,38
Contrôle médical	8.676	8.921	2,82	9.057	2	9.163	0,73	9.578	4,25	9.695	1,22	+ 11,75
Unions et fédérations	1.783	2.214	24,17	2.601	17,46	3.201	23	3.616	13	3.883	7,4	+ 117,8
Caisses générales		1.960	3,76	2.068	5,5	2.278	10,15	2.402	5,44	2.642	10	+ 40
Caisses nationales	1.041	4.994	7,61	5.212	4,37	5.476	5,07	5.584	2	5.507	0,05	+ 20,38
Total	148.499	155.957	5	161.485	3,54	168.778	4,5	173.302	2,7	178.823	3,18	+ 20,4

2. La limitation des opérations immobilières.

Le tableau ci-dessous fait apparaître la décélération très sensible des dépenses autorisées, pour tenir compte des mesures arrêtées en 1979

(Sommes en millions de francs.)

Branches	1976	1977	1978	1979	1980
Maladie (1)	350	390	395	350	276,5
Allocations familiales	222	250	240	219	196,3
Recouvrement	53	66,9	79,1	67,8	65,3
Totaux	625	706,9	714,1	636,8	538,1

(1) Y compris les caisses régionales pour la gestion du risque vieillesse.

C. — La maîtrise des dépenses de santé.

1. La dépense hospitalière.

En premier lieu, le Gouvernement a entendu fixer une norme maximale de progression pour les budgets hospitaliers, désormais liés à la croissance du produit intérieur brut en valeur. Ces normes peuvent toutefois être dépassées dans certains établissements et ce, avec l'accord des autorités de tutelle, dès lors que ces dépassements sont compensés, au plan départemental, par une moindre augmentation des budgets d'autres établissements.

En second lieu, par circulaire en date du 15 septembre 1979, les hôpitaux sont désormais tenus de respecter strictement leurs budgets primitifs et ne peuvent donc adopter des budgets supplémentaires.

En troisième lieu, un contrôle de l'engagement des dépenses est mis en œuvre dans les établissements hospitaliers d'une certaine importance.

En quatrième lieu, les investissements des établissements doivent être compensés selon des procédures diverses. D'une part, la construction ou la modernisation des services médicaux doit être accompagnée d'une réduction corrélative de 10 % des lits à la charge de l'assurance maladie. D'autre part, les créations d'emplois éventuelles doivent être compensées par des suppressions corrélatives et l'investissement ne doit pas entraîner un surcoût supérieur à 5 % des coûts de fonctionnement (circulaire du 27 mai 1980). Cependant, ces règles strictes peuvent subir des exceptions dans le cadre de la politique d'humanisation des hôpitaux.

Sans qu'il soit encore possible de mesurer précisément les effets de ces dispositions nouvelles, il semble qu'elles soient correctement appliquées.

En particulier, le respect des budgets primitifs devrait être rendu possible grâce à un allègement des cotisations versées par les établissements à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

2. L'adaptation de la prise en charge de l'assurance maladie à l'objectif de limitation des abus.

Un certain nombre de mesures ont été engagées par le Gouvernement afin de responsabiliser les malades et de limiter les abus.

a) Le contrôle de l'absentéisme.

Un arrêté en date du 7 janvier 1980 fixe les dispositions que doivent prendre les caisses en vue de permettre une surveillance plus efficace des assurés en arrêt de travail. Il détermine notamment un régime uniforme des heures de sortie des malades, au plan national, sauf justification médicale et avis du contrôle médical. En outre, il impose la convocation du malade, absent de son domicile, dans les huit jours de « l'infraction » constatée par l'agent vérificateur.

La Caisse nationale, à l'occasion de la publication de cet arrêté, a rappelé, pour sa part, dans une circulaire du 22 février 1980, les obligations respectives des caisses et des assurés.

Enfin, l'article 13 de la Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les caisses d'assurance maladie et le corps médical, fixe les nouvelles dispositions relatives à la prescription des arrêts de travail. Le médecin traitant doit indiquer, en accord avec le malade, le motif médical précis ou, éventuellement, le diagnostic sur le volet confidentiel, destiné au médecin conseil, de l'imprimé prévu à cet effet.

Les chiffres ci-dessous traduisent le tassement relatif enregistré par les indemnités journalières au cours des trois derniers exercices. Les mesures intervenues en 1980 devaient permettre de poursuivre et de renforcer cette tendance.

Source : C.N.A.M.T.S.

(En milliers de francs.)

Totaux chiffrés des indemnités journalières.	1977	1978	1979
Régime général	8.882.000	10.613.000	10.348.000
Régime salariés agricoles	•	383.000	411.000
Régime minier	•	103.000	99.000
Marins du commerce	•	48.000	51.000
Décombrement des indemnités journalières			
Régime général - Assurance maladie	223.374	224.454	208.212

b) Le renforcement du contrôle médical.

La mise en œuvre de la récente convention entre les médecins et les caisses, autant que l'application des dispositions nouvelles relatives à la saisine directe des juridictions ordinaires par les médecins conseils ne sauraient être mises en œuvre sans un certain délai. Cet aspect particulier sera examiné plus loin, dans le cadre de l'examen de la nouvelle convention.

c) La rationalisation de la consommation des médicaments.

Désormais, les caisses doivent assurer le respect strict du principe de la limitation de la délivrance des médicaments à une période de soins n'excédant pas un mois (arrêté du 15 février 1980).

En outre, le Gouvernement a procédé au déclassement d'un nombre non négligeable de produits. Ces mesures, pour n'être pas spectaculaires, n'en constituent pas moins un moyen de responsabiliser les prescripteurs et les malades.

La commission de la transparence constituée par le décret du 30 octobre 1980 aura pour mission de donner son avis au Ministre sur toutes les questions relatives à la consommation des produits pharmaceutiques.

Enfin, des mesures très variées, tendant à l'information et à l'éducation sanitaire des malades et des médecins, ont été mises en œuvre, dont il serait fastidieux de décrire ici le contenu.

d) Le blocage des honoraires.

Le blocage des honoraires, présenté plus haut comme l'une des formes de contribution exceptionnelle des professions de santé au redressement financier de la Sécurité sociale, a permis d'enregistrer un freinage sensible des pertes correspondantes de l'assurance maladie au cours de l'exercice 1980.

e) L'échec relatif de la mise en œuvre du ticket modérateur d'ordre public.

Par un décret en date du 20 janvier 1980, pris en application de l'article 20 de l'ordonnance n° 67-707 du 21 août 1967, le Gouvernement a entendu mettre en œuvre le ticket modérateur d'ordre public. Cependant, devant l'opposition des mutuelles, les pouvoirs publics ont choisi une autre voie.

Au cours de l'entretien accordé le 4 juillet 1980 à la Fédération nationale de la mutualité, le Premier ministre a rappelé la nécessité d'une participation de toutes les parties intéressées, y compris les mutuelles, à l'effort collectif de sauvegarde de la Sécurité sociale.

A la suite de cet entretien, il a été convenu :

— que les organismes d'assurance complémentaire qui appliquent déjà le ticket modérateur d'ordre public continueraient à le faire ;

— que les autres auraient le choix entre deux solutions alternatives : l'application du ticket modérateur d'ordre public ou la participation au financement d'un fonds de prévention destiné à prendre le relais d'un certain nombre d'actions qui sont actuellement à la charge de la Sécurité sociale.

Une concertation est actuellement en cours en vue de déterminer les modalités pratiques du fonctionnement du financement et du contrôle de ce fonds de prévention. Sa gestion serait confiée à une association placée sous le régime de la loi de 1901, dont les statuts définitifs seraient arrêtés en accord avec les partenaires intéressés, à savoir la Caisse nationale d'assurance maladie et les différents organismes d'assurance complémentaire.

D'ores et déjà, à la suite de l'accord de principe signé le 29 septembre dernier entre la Fédération nationale de la mutualité française et la Caisse nationale d'assurance maladie, les deux signataires ont défini, pour 1980, un certain nombre d'actions prioritaires qui pourraient être mises en œuvre dès avant la fin de l'année. Leur financement sera assuré pour les deux tiers par les mutuelles et pour un tiers par la Caisse.

Les actions retenues pour 1980 seraient les suivantes :

1. Vaccination contre la grippe des personnes âgées hébergées dans les maisons de retraite et les foyers-logements ainsi que celles bénéficiant du programme de maintien à domicile des personnes âgées (10 millions de francs) ;

2. Encouragement et développement des initiatives locales et notamment des actions de dépistage du cancer faisant l'objet de programmes prioritaires (15 millions de francs) ;

3. Développement des actions de soins à domicile des personnes âgées (25 millions de francs) ;

4. Protection de la maternité, travailleuses familiales et prévention (15 millions de francs) ;

5. Hygiène bucco-dentaire : financement de campagnes de détection et de soins des caries en milieu scolaire (10 millions de francs) ;

6. Prise en charge et coordination des actions de prévention au plan local en liaison avec le corps médical (5 millions de francs) ;

7. Participation au financement des recherches épidémiologiques (5 millions de francs).

f) Les accidents automobiles : le report des décisions.

Les conditions juridiques et techniques d'une éventuelle prise en charge par les assurances individuelles des prestations servies aux victimes d'accidents de la circulation font actuellement l'objet d'études approfondies de la part des services du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale en liaison avec les ministères intéressés, et notamment le ministère de l'Economie.

Ces études procèdent de la considération que les prestations actuellement versées aux victimes d'accidents de la circulation par les organismes de Sécurité sociale peuvent être classées en deux catégories, selon qu'elles s'adressent :

— à des victimes responsables : les organismes de Sécurité sociale ne disposent, dans ce cas, d'aucun recours ;

— à des victimes non responsables : les organismes de Sécurité sociale ont alors la possibilité d'exercer un recours contre l'auteur responsable, conformément aux articles L. 397 et 470 du Code de la sécurité sociale.

Il apparaît cependant que :

— les recours ne sont pas exercés dans tous les cas, ou n'aboutissent pas toujours, lorsqu'ils sont exercés, à la récupération intégrale des sommes versées par les organismes de Sécurité sociale ;

— les dépenses demeurant à la charge des organismes de Sécurité sociale ne sont pas entièrement compensées par la majoration de cotisation sur les salaires — payée par les employeurs au titre des accidents survenus à l'occasion des trajets correspondant à des déplacements professionnels — ou par le versement forfaitaire (6 % des primes de responsabilité civile) mis à la charge des automobilistes et effectué par les sociétés d'assurance, conformément à l'ordonnance du 21 août 1967.

Au-delà de ces considérations financières, la question se pose de savoir s'il entre dans la vocation des organismes de Sécurité sociale d'assurer la couverture du remboursement des prestations maladie liées aux accidents de la circulation.

Aussi bien, deux voies de solutions susceptibles de décharger la Sécurité sociale du coût de ces accidents dans la mesure où ils sont imputables non aux assurés sociaux en tant que tels, mais aux conducteurs de véhicules automobiles, sont-elles explorées au titre des études précitées :

— soit une prise en charge financière par les assureurs des véhicules sous forme de remboursement automatique de toutes les prestations « avancées » par les organismes sociaux au profit des victimes (éventuel-

lement responsables) des accidents de la circulation ; étant précisé que, dans cette hypothèse, les organismes sociaux continueraient d'assurer la gestion administrative de ce genre de risque ;

— soit le transfert complet de cette gestion aux assureurs qui devraient alors prendre à leur compte toutes les formalités d'ouverture des droits, de prise en charge des assurés et ceci avant tout examen des droits compte tenu de l'urgence, notamment dans le cas d'hospitalisation, et éventuellement de contrôle médical.

Chacune de ces solutions comporte des avantages et des inconvénients, la seconde risquant, notamment, d'entraîner des complications préjudiciables aux intéressés du fait de l'instauration d'une dualité de compétence des sociétés d'assurances et des organismes sociaux qui continueraient, dans cette hypothèse, à garantir les accidents du travail ou du trajet-travail.

Le Gouvernement attend l'aboutissement des études en cours pour prendre position définitivement sur le principe et les modalités d'un tel aménagement qui devrait présenter un double intérêt du point de vue de la simplification des recours et de la réduction du contentieux et qui, s'il était décidé, donnerait lieu au dépôt d'un projet de loi.

g) La consommation d'alcool et de tabac.

La consommation de vin et d'autres boissons alcoolisées comme l'usage du tabac n'entraînent pas automatiquement des affections spécifiques et ne se répercutent pas sur l'état de santé des seuls consommateurs concernés. Les dépenses qu'ils entraînent pour l'assurance maladie ne sont donc pas toujours directement isolables. Aussi, dans ce domaine, la politique choisie est-elle celle de la dissuasion de ces consommations :

- par des campagnes d'éducation et de prévention sanitaire ;
- par des actions spécifiques (mise en œuvre des propositions du groupe Jean Bernard) ;
- par un alourdissement de la fiscalité sur ces produits ; le projet de loi de finances pour 1981 contient, dans sa partie fiscale, des mesures concrètes en ce domaine.

II. — LA SITUATION FINANCIÈRE EN 1980 LES PERSPECTIVES POUR 1981

Ainsi qu'il a déjà été indiqué, les comptes présentés à la Commission des comptes de la Sécurité sociale au mois de novembre dernier laissent apparaître un retour aux équilibres financiers.

Cependant, l'accroissement des recettes rend compte d'une part importante de la réduction du déficit et l'évolution des dépenses d'assurance maladie reste préoccupante ; notamment, les dépenses hospitalières continuent d'augmenter très rapidement.

En outre, pour la première fois, la branche des prestations familiales enregistre un déficit en 1981.

Quant à l'assurance vieillesse, si elle bénéficie d'une situation démographique provisoirement favorable, l'équilibre de ses comptes reste instable.

A. — L'analyse des résultats d'ensemble.

1. L'amélioration des instruments statistiques et comptables.

Qu'il soit permis, d'abord, de constater l'amélioration sensible des instruments de connaissance et de prévision mis à la disposition des pouvoirs publics.

Votre Commission a suffisamment critiqué, au cours des précédents exercices, les faiblesses de l'appareil comptable et statistique pour se féliciter des progrès décisifs accomplis dans ce domaine depuis le milieu de l'année 1979.

Désormais, les statistiques mensuelles relatives aux dépenses des trois branches du régime général et aux recettes de cotisations correspondantes sont disponibles dans le mois suivant celui de leur enregistrement comptable et sont complétées par une balance, également mensuelle, de l'ensemble des opérations du régime.

Les comptes annuels, intégrant les résultats des régimes particuliers des allocations familiales, seront produits dans le trimestre suivant la clôture de l'exercice.

La gestion de la trésorerie a été très sensiblement améliorée et sera optimisée par la simplification de diverses contraintes administratives et la réduction des délais de créditement.

Le rapport qui sera présenté au printemps prochain à la Commission des comptes de la Sécurité sociale établira le bilan de ces dernières mesures et votre Commission ne manquera pas, pour sa part, de consacrer un chapitre particulier à cet aspect essentiel de la gestion de la Sécurité sociale dans son prochain avis budgétaire.

2. Des comptes définitifs de 1979 aux comptes prévisionnels pour 1980 et 1981.

La masse globale nette des dépenses des différents régimes obligatoires de Sécurité sociale ressort à 451 milliards en 1979 et progresse, en 1980, de 14,4 % et, en 1981, de 14,3 %, pour atteindre respectivement 515 et 589 milliards de francs.

S'agissant du seul régime général, les comptes prévisionnels présentés au dernier trimestre de l'exercice 1979 faisaient ressortir les perspectives suivantes :

(En milliards de francs.)

	1978	1979	1980	Total
<i>Assurance maladie.</i>				
Prévision actuelle :				
Sans tenir compte des mesures décidées le 25 juillet 1979	— 5,5	— 6,7	— 10,5	— 22,7
Compte tenu de l'effet des mesures déjà intervenues ou à intervenir en 1979)	— 5,5	+ 0,3	+ 2,1	— 3,1
<i>Famille.</i>				
Hors mesures nouvelles à intervenir sur les familles de trois enfants et l'assurance vie des veuves	+ 2,7	+ 2,3	+ 3,5	} + 1,6
<i>Vieillesse</i>	— 8	+ 0,5	+ 0,6	
Total régime général (avec les mesures prises depuis le 25 juillet 1979)	— 10,8	+ 3,1	+ 6,2	— 1,5

(1) Majoration exceptionnelle des cotisations des assurés, contribution exceptionnelle des professions de santé, contribution de l'Etat, mesure concernant les budgets 1979 des établissements hospitaliers publics et privés.

Finalement, l'exercice 1979 s'est traduit par un solde nul.

En effet, alors que l'assurance maladie laissait apparaître un léger déficit de 300 millions de francs (au lieu d'un excédent prévu pour un montant équivalent), la branche famille enregistrait un excédent de 1,2 milliard (au lieu des 2,3 milliards attendus) et la branche vieillesse subissait un léger déficit de 900 millions de francs.

L'exercice 1980 encaisse, au contraire, les produits de la politique du Gouvernement et devrait permettre de dégager un excédent de 8,3 milliards de francs.

Cependant, force est de constater la part décisive de l'accroissement des recettes dans ces résultats. En effet, la contribution exceptionnelle représentée à elle seule 13,8 milliards de francs. Or, cette contribution des salariés sera supprimée à la fin du mois de janvier 1981. Dans ces conditions, l'exercice 1981 devrait se traduire par un déficit de 3,2 milliards de francs, ainsi réparti :

- Assurance maladie — 1,8 ;
- Branche famille — 1,1 ;
- Branche vieillesse — 0,3.

Cependant, les excédents enregistrés en 1979 permettront, sur les trois exercices 1979, 1980, 1981, de dégager un résultat positif global de 5,1 milliards de francs.

Les tableaux suivants font ressortir avec clarté ces différents éléments.

RÉSULTATS POUR 1978 ET 1979 ET SOLDES PRÉVISIONNELS DU RÉGIME GÉNÉRAL POUR 1980 ET 1981

(En milliards de francs.)

Branches	1978 (Résultats)	1979 (Résultats)	1980 (Résultats)	1981 (Résultats)	Total des quatre années	Total 1979-80-81
Assurance maladie	— 4,6	— 0,5	+ 6,6	— 2,3	— 0,9	(1) + 3,7
Accidents du travail	— 0,9	+ 0,2	+ 0,5	+ 0,5	+ 0,4	+ 1,3
Total de la branche maladie (C.N.A.M.)	— 5,5	— 0,3	+ 7,1	— 1,8	— 0,5	+ 5,0
Famille (C.N.A.F.)	+ 2,7	+ 1,2	+ 1,4	— 1,1	+ 4,2	+ 1,5
Vieillesse (C.N.A.V.)	— 8,0	— 0,9	— 0,2	— 0,3	— 9,4	— 1,4
Total	— 10,8	+ 0,0	+ 8,3	— 3,2	— 5,7	+ 5,1

(1) En cas de maintien des tendances d'évolution des dépenses constatées au 30 septembre 1980.

RÉGIME GÉNÉRAL

Comparaison des prévisions financières soumises à la Commission des comptes de la Sécurité sociale
le 20 juin 1980 et le 7 novembre 1980.

(Solde annuel en millions de francs)

Branches	1980 Prévisions octobre	1980 Prévisions juin	Différence 1980	1981 Prévisions octobre	1981 Prévisions juin	Différence 1981
Assurance maladie	+ 6.560	+ 7.388	— 828	— 2.297	— 4.000	+ 1.703
Accidents du travail	+ 540	+ 332	+ 208	+ 523	+ 348	+ 175
Sous-total Caisse nationale d'assurance maladie	+ 7.100	+ 7.720	— 620	— 1.774	— 3.652	+ 1.878
Caisse nationale d'allocations familiales	+ 1.451	+ 1.541	— 90	— 1.121	+ 453	— 1.574
Caisse nationale d'assurance vieillesse	— 212	— 787	+ 575	— 341	— 276	— 65
Solde d'exploitation des cais- ses nationales	+ 8.339	+ 8.474	— 135	— 3.236	— 3.475	+ 239

Les prévisions du 7 novembre 1980 tiennent compte des hypothèses économiques suivantes retenues en octobre par la Commission des comptes de la nation :

(En pourcentage.)

	1980	1981
Salaire moyen par tête	+ 14,6	+ 12,4
Effectifs des salariés	+ 0,4	— 0,3
Prix à la consommation	+ 13,3	+ 10,5

LES RECETTES ET LES DÉPENSES

Régime général.

(En milliards de francs.)

	1976	1978	1980 (prévisions)	1981 (prévisions)
<i>Branche maladie (C.N.A.M.):</i>				
— recettes	115,6	139,7	167,2	181,9
— dépenses	120,2	140,2	160,6	184,2
— soldes	— 4,6	— 0,5	+ 6,6	— 2,3
<i>Branche accidents du travail (A.T.):</i>				
— recettes	18,5	21,7	24,4	27,6
— dépenses	19,4	21,6	23,9	27,1
— soldes	— 0,9	+ 0,2	+ 0,5	— 0,5
<i>Branche vieillesse (C.N.A.V.T.S.):</i>				
— recettes	60,1	76,3	88,8	102,3
— dépenses	68,1	77,2	89,0	102,6
— soldes	— 8,0	— 0,9	— 0,2	— 0,3
<i>Branche famille (C.N.A.F.):</i>				
— recettes	61,3	67,6	77,4	87,5
— dépenses	58,6	66,4	76,0	88,6
— soldes	+ 2,7	+ 1,2	+ 1,4	— 1,1
<i>Ensemble régime général:</i>				
— recettes	255,4	305,3	357,8	399,3
— dépenses	266,2	305,3	349,4	402,5
— soldes	— 10,8	•	+ 8,3	— 3,2

B. — L'ÉVOLUTION DES DIFFÉRENTES BRANCHES

1. La structure des dépenses de l'assurance maladie du régime général.

Globalement, l'évolution des dépenses d'assurance maladie est marquée par une décélération du rythme annuel de progression.

La décélération atteint, au total, 3,8 points pour l'ensemble des dépenses d'assurance maladie et 4,7 points pour les seuls remboursements des soins de santé.

Le tableau ci-dessous fait ressortir clairement ces constatations.

RÉGIME GÉNÉRAL BRANCHE MALADIE

Evolution des rythmes annuels de progression des principaux postes de dépenses.

Dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie (rythme annuel d'évolution)	Fin juillet 1979	Fin décembre 1979	Fin septembre 1980
I - Médecine ambulatoire			
1° Honoraires médicaux	+ 18,6	+ 15,0	+ 10,1
2° Total des prescriptions	+ 16,3	+ 14,5	+ 12,3
<i>dont :</i>			
— auxiliaires médicaux	+ 18,8	+ 17,1	+ 14,1
— pharmacie	+ 16,1	+ 11,7	+ 13,2
— analyses	+ 15,3	+ 7,2	+ 4,7
— Optique - Orthopédie	+ 12,6	+ 14,4	+ 15,6
Sous-total médecine ambulatoire	+ 17,2	+ 14,7	+ 11,4
II. - Soins dentaires	+ 33,5	+ 22,7	+ 10,7
III. - Hospitalisation	+ 22,8	+ 19,5	+ 19,5
<i>dont :</i>			
— secteur public	+ 25,6	+ 22,2	+ 22,4
— secteur privé	+ 16,2	+ 13,7	+ 12,9
Total soins de santé	+ 21,2	+ 17,8	+ 16,5
Indemnités journalières	+ 5,0	+ 3,3	+ 6,8
Total maladie	+ 19,4	+ 16,2	+ 15,6

Cependant, ces résultats d'ensemble dissimulent des disparités selon les postes de dépenses. Si les soins ambulatoires enregistrent une décélération très nette, la dépense hospitalière continue de croître à un rythme très vif, et ce, singulièrement dans le secteur public.

a) *Les soins ambulatoires.*

Les dépenses d'honoraires médicaux enregistrent, en valeur les effets du blocage jusqu'au 30 juin 1980.

Cependant, la reprise se manifeste dès le mois de juillet, et, surtout, au mois de septembre, à la suite des revalorisations tarifaires intervenues depuis lors.

En volume, on enregistre une relative stabilité, le nombre de consultations s'accroissant, en 1980, au même rythme qu'en 1979. Quant aux honoraires pour soins dentaires, après avoir enregistré une forte augmentation en 1978, ils ont eux aussi connu une certaine stabilité, rompue par les revalorisations tarifaires intervenues en août dernier.

La consommation de produits pharmaceutiques a été marquée, en 1980, par deux hausses des prix : l'une de 3 % intervenue au 1^{er} février, l'autre, de 5 %, au 15 juillet dernier.

Quant aux analyses médicales, des revalorisations sensibles sont également intervenues au cours de l'exercice.

Dans l'ensemble, la décélération obtenue est certaine mais d'amplitude variable, beaucoup plus marquée pour les analyses que pour les produits pharmaceutiques.

Enfin, les honoraires des professions paramédicales sont revenus à un rythme d'augmentation plus raisonnable mais qui reste cependant élevé.

b) *La dépense hospitalière.*

La dépense hospitalière représente environ 55 % des dépenses de l'assurance maladie et l'hospitalisation publique, à elle seule, atteint près de 40 %.

Ce secteur enregistre encore une accélération très marquée en ce qui concerne l'hospitalisation publique, le rythme annuel ressortant à 22,4 % en septembre dernier (contre 25,6 % en juillet 1979).

Cependant, la dépense effective des hôpitaux ne devrait augmenter que de 16 % en 1980. Ce taux reste élevé si on le rapporte aux normes gouvernementales (14,5 %) mais il est inférieur à celui qui avait été enregistré en 1979 (+ 17 %).

L'écart entre l'augmentation constatée (+ 22,4 % en septembre) et l'évolution effective (+ 16 %) s'explique par les deux facteurs suivants :

— d'une part, le resserrement des avances permanentes des caisses aux hôpitaux publics a provoqué, de la part des établissements, une accélération de la facturation ;

— d'autre part, les prix de journée pour 1980 ont été fixés plus tôt qu'à l'habitude (à la fin de 1979 ou au tout début de 1980).

Quant au secteur privé, il a connu une évolution très raisonnable, enregistrant un accroissement de 12,9 % en rythme annuel, à la fin du mois de septembre dernier, contre 13,7 % en décembre 1979.

c) *Evolution des dépenses.*

Au total, le rapport de la commission des Comptes de la Sécurité sociale fait ressortir, sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, au cours des dix dernières années, les constatations suivantes :

— Toutes les catégories de dépenses de l'assurance maladie se situent, jusqu'ici, sur des tendances supérieures à la croissance du P.I.B. :

- les dépenses d'hospitalisation ont sextuplé en neuf ans ;
- la généralisation de la Sécurité sociale, autant que l'amélioration de la couverture, ont entraîné une modification sensible de la structure de la dépense.

Par rapport aux dix années précédentes, les évolutions des quinze derniers mois manifestent une nette inflexion des dépenses de soins ambulatoires et une relative stabilisation de la dépense hospitalière qui ne suffit pas à compenser, pour les dépenses d'assurance maladie, le glissement vers les dépenses exonérées de ticket modérateur, qui constitue un facteur d'accélération supplémentaire.

Le tableau ci-dessous fait ressortir l'évolution de la structure des dépenses de l'assurance maladie entre 1970 et 1979, d'une part, et depuis la mise en œuvre du plan de redressement, d'autre part.

LA STRUCTURE DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(En pourcentage.)

Postes de dépenses	1970	1979	Septembre 1980
Honoraires	29,1	24,8	24,0
Frais de séjour - Hospitalisation	41,7	54,7	55,6
<i>dont :</i>			
— secteur public	(non disponible)	(38,4)	(39,7)
— secteur privé	-	(16,3)	(15,9)
Prestations sanitaires	26,8	17,5	17,2
<i>dont pharmacie</i>	(22,9)	(13,9)	(13,7)
Autres prestations en nature	2,4	3,0	3,2
Total des soins de santé	100,00	100,00	100,00
Soins de santé	86,2	90,4	90,9
Indemnités journalières	13,8	9,6	9,1
Total des prestations de maladie	100,00	100,00	100,00

2. Le déficit de la branche familiale de la Sécurité sociale et les difficultés de l'assurance maladie.

La Caisse nationale des allocations familiales enregistrera, pour la première fois en 1981, un solde prévisionnel négatif de 1,1 milliard de francs.

Cette situation tient essentiellement à la politique volontariste engagée par le Gouvernement en faveur des familles.

Les tableaux ci-dessous décrivent successivement l'évolution des dépenses de cette branche et les effets financiers des mesures les plus récentes prises en faveur des familles.

LA BRANCHE FAMILLE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Dépenses de l'ensemble des régimes en 1978 et 1979.

(Millions de francs.)

Branche famille consolidée (tous régimes)	1978	1979		1980		1981	
		Montants	Evolution	Montants	Evolution	Montants	Evolution
Recettes :							
Cotisations	59.384	66.207	+ 11,55	76.483	+ 15,5	86.313	+ 12,9
Autres recettes	5.423	5.130	— 5,40	5.042	— 1,7	5.737	+ 13,8
Total recettes	64.807	71.337	+ 10,1	81.525	+ 14,3	92.050	+ 12,9
Dépenses :							
Prestations	54.178	59.996	+ 10,7	68.928	+ 14,9	78.952	+ 14,5
Autres dépenses	7.907	10.136	+ 28,2	11.146	+ 10,0	14.219	+ 27,6
Total dépenses	62.085	70.132	+ 13,0	80.074	+ 14,2	93.171	+ 16,4
Solde	+ 2.722	+ 1.205		+ 1.451		— 1.121	

**COUT POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL DES MESURES NOUVELLES
PRISES EN FAVEUR DES FAMILLES**

1. Mesures décidées en novembre 1979.

(En millions de francs.)

Coût pour la Caisse nationale des allocations familiales des mesures décidées lors du Comité interministériel de la famille	1980	1981
Accroissement du pouvoir d'achat des allocations familiales de 3 % pour les familles de trois enfants et plus	110	390
Progression de + 1,5 % du pouvoir d'achat de l'ensemble des familles	365	1.260
Majoration des allocations post-natales à partir du troisième enfant	310	700
Modification des fractions des allocations post-natales (coût en trésorerie)	(170)	(290)
Allongement du congé maternité à la naissance du troisième enfant	90	195
Prise en charge des cotisations d'assistantes maternelles par les caisses d'allocations familiales	100	220
Revenu minimum familial garanti	•	303
Extension du bénéfice de la retraite des mères de famille à toutes les mères de trois enfants et plus bénéficiaires du complément familial	•	1.600
Prêts aux jeunes ménages facilités lors de la naissance du deuxième ou troisième enfant	•	•
Prolongement de l'âge limite jusqu'à vingt ans pour les apprentis	60	60
Total C.N.A.F.	1.035	4.728

2. Coût supplémentaire du complément familial, par rapport aux anciennes prestations auxquelles il a été substitué :

— 1980	6.580
— 1981	8.272

3. Coût total de l'effort supplémentaire en faveur des familles :

— 1980	7.615
— 1981	13.000

Quant à l'assurance vieillesse, malgré une situation démographique provisoirement plus favorable et l'accroissement sensible des cotisations intervenu en 1978, elle laisse ressortir un déficit cumulé, pour les trois exercices 1979, 1980, 1981, de 1,4 milliard de francs.

III. — LES MOYENS D'UN ÉQUILIBRE DURABLE DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

Le plan de redressement de juillet 1979 a tendu, essentiellement, à rétablir, à court terme, les équilibres financiers. Toutefois, les lignes de force d'une réforme en profondeur destinée à assurer durablement la stabilité du système de protection sociale doivent être désormais dégagées.

Ainsi, la nouvelle convention entre les médecins et les caisses définit-elle, d'ores et déjà, les caractères des rapports conventionnels nouveaux entre les partenaires du système de santé.

Ainsi, également, une politique nouvelle des prix des médicaments a-t-elle été engagée.

Ainsi, enfin, apparaît-il indispensable de rationaliser la gestion hospitalière.

Sur ce dernier point, votre Rapporteur s'en remet aux observations formulées par M. Jean Cherioux, dans son excellent avis fait, au nom de la commission des Affaires sociales, sur le budget de la santé.

A. — La convention nationale entre le corps médical et les caisses d'assurance maladie.

Après une négociation difficile, engagée à l'initiative des caisses, en novembre 1979, la nouvelle convention nationale conclue le 29 mai et publiée le 5 juin dernier, régit, pour les cinq ans à venir, les rapports entre le corps médical et les caisses nationales d'assurance maladie.

1. Améliorer la qualité des soins en responsabilisant la profession médicale.

La nouvelle convention fait suite à la convention de 1976 dont le fonctionnement avait fait apparaître certaines insuffisances :

— la convention n'envisageait pas expressément la maîtrise des dépenses ;

— le mode de revalorisation des honoraires et l'indexation rigide des lettres clés entre elles ne permettaient pas les évolutions souhaitables, par exemple pour assurer une progression appropriée de la rémunération des omnipraticiens ;

— les instances conventionnelles ne fonctionnaient pas ou fonctionnaient par à-coups : à chaque conflit tarifaire, l'activité des commissions médico-sociales paritaires départementales était mise en sommeil.

Par ailleurs, la convention s'inscrit dans un contexte économique qui nécessite une prise de conscience accrue du corps médical dans son ensemble et de chaque médecin en particulier, ainsi que des limites d'intervention de l'assurance maladie.

Aussi, la convention contient-elle des dispositions nouvelles ou faisant apparaître expressément ce qui était auparavant plus ou moins implicite et tendant à la maîtrise d'ensemble des dépenses et à une prise de conscience individuelle accrue des impératifs auxquels est soumise l'institution.

Telles sont donc les dispositions relatives à :

— l'organisation de la maîtrise concertée des dépenses de l'assurance maladie relatives au sous-ensemble de la médecine libérale à partir d'un système de prévision et d'objectifs de dépenses portant, d'une part, sur les honoraires et, d'autre part, sur les prescriptions compatibles avec les recettes disponibles de l'assurance maladie (art. 20 et 21) ;

— la communication à chaque médecin, au moins deux fois par an, des tableaux statistiques établis par les caisses et faisant apparaître la nature et le nombre d'actes réalisés ainsi que la nature et le coût des prescriptions remboursées (art. 9).

Pour éviter les blocages préjudiciables au bon fonctionnement de la convention, il est prévu que les travaux des comités médicaux paritaires qui assurent en particulier le suivi de l'activité des médecins par l'exploitation des tableaux statistiques d'activités des praticiens et des autres données statistiques en leur possession sont, en cas de carence, effectués par les médecins conseils.

La convention actuelle offre également aux médecins une notable simplification sous l'égide de la liberté et de la responsabilité : en effet, les médecins conventionnés, et donc tenus au respect des dispositions conventionnelles, qui souhaitent pratiquer des tarifs différents des tarifs conventionnels, peuvent le faire en restant dans les limites du tact et de la mesure et après avoir fait connaître leur option à la caisse. Ils prennent alors en charge le financement de leurs avantages sociaux maladie et vieillesse (art. 28, 35, 36, 42). Il n'est donc plus accordé de nouveau droit permanent à dépassement.

La convention peut enfin être caractérisée par une meilleure coordination et la reconnaissance d'un rôle élargi aux différents acteurs intervenant dans la vie du système conventionnel.

Les parties signataires, caisses d'assurance maladie et médecins :

— reconnaissent la nécessité de mettre au point des méthodes visant l'évaluation et le contrôle du bon usage des soins ;

— estiment nécessaire de mettre en place des actions de prévention parallèlement à celles conduites par les pouvoirs publics ;

— favorisent la diffusion vers le corps médical et les assurés sociaux des informations en vue d'une meilleure utilisation du système de soins.

Le rôle des médecins conseils est défini et élargi (art. 10, 19).

Le Conseil de l'Ordre des médecins est mieux à même de suivre la vie conventionnelle : participation avec voix consultative d'un représentant du conseil départemental aux travaux du comité médical paritaire local (article 14) et d'un représentant du conseil national aux travaux du comité médical paritaire national (article 17) ; information de l'Ordre en cas de mise hors convention (dont la durée est d'ailleurs graduée) (articles 29, 30) ; saisine de la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre à la suite de l'échec de l'autodiscipline (article 33).

Il reste que sur le plan des principes généraux, et notamment de la couverture des dépenses engagées par les assurés, la convention reste dans la ligne des précédentes.

2. Le régime des honoraires.

Il convient de rappeler que sous la précédente convention pouvaient se trouver les situations suivantes :

1° Des médecins conventionnés, titulaires ou non du droit permanent à dépassement.

La consultation de l'omnipraticien était, jusqu'au 30 juin 1980, fixée à 40 F et remboursée à 75 %, soit 30 F et ceci même si le praticien était titulaire du droit permanent à dépassement.

2° Des médecins non conventionnés pour lesquels, s'agissant par exemple d'une consultation d'omnipraticien en région parisienne, le remboursement représentait 75 % de 4 F, soit 3 F.

Sous l'actuelle convention et en continuant de prendre pour exemple la consultation faite au cabinet du médecin généraliste dont le tarif conventionnel a été porté à 46 F à compter du 1^{er} juillet 1980, on peut trouver :

1° Des médecins conventionnés qui peuvent d'ailleurs être des bénéficiaires d'un droit permanent à dépassement accordé ou reconnu sous le régime des précédentes conventions.

2° Des médecins conventionnés ayant exprimé le choix de pratiquer des tarifs différents des tarifs conventionnels.

Les assurés seront remboursés, dans ces cas, sur la base de 46 F, soit $46 \times 0,75 = 34,50$ F.

3° Des médecins non conventionnés dont les patients continueront d'être remboursés à raison de 75 % de 4 F, soit 3 F.

La différence avec les conventions précédentes réside dans le fait qu'un nombre non négligeable de médecins antérieurement non conventionnés, notamment des omnipraticiens ayant des modalités d'exercice particulières qui ne pouvaient pas prétendre à la reconnaissance d'une spécialité ni d'un droit permanent à dépassement peuvent entrer dans la catégorie 2^o ci-dessus. Leurs patients, par suite, seront mieux remboursés.

Les bilans effectués au terme de la période pendant laquelle les médecins ont pu faire connaître leurs options à l'égard de la convention montrent qu'il a été fait un large usage de cette possibilité et qu'a ainsi été opéré un élargissement du champ conventionnel.

Le point commun entre l'actuelle convention et la précédente consiste dans un remboursement des actes prescrits (pharmacie, analyses, actes d'auxiliaires médicaux) dans des conditions identiques et donc sans considération de la situation des médecins prescripteurs au regard de la convention.

Par ailleurs, pour les médecins qui ont opté pour ce qu'il est convenu d'appeler le premier secteur (respect des tarifs conventionnels), les avantages sociaux (maladie et vieillesse) et fiscaux sont maintenus dans les mêmes conditions qu'auparavant.

Tout en organisant la maîtrise concertée des dépenses, la nouvelle convention maintient et développe les objectifs de la pratique française en la matière, c'est-à-dire la conciliation des caractéristiques de l'exercice libéral de la médecine et de la socialisation de son coût. Tel est notamment le sens du préambule de l'actuelle convention.

B. — La nouvelle politique des prix des médicaments.

1. Les spécialités non remboursables.

Les prix des spécialités pharmaceutiques qui font l'objet de publicité auprès du public, ainsi que des autres spécialités non remboursables aux assurés sociaux, ont été libérés, tant au niveau de la production (laboratoire de fabrication) qu'à celui de la distribution (grossistes répartiteurs et pharmaciens d'officine) par arrêté en date du 10 juillet 1980 (B.O.S. du 12 juillet 1980).

2. Les spécialités remboursables.

En ce qui concerne les spécialités remboursables aux assurés sociaux, les mesures suivantes ont été adoptées :

a) *Suppression du contrôle des prix.*

Le contrôle des prix exercé dans le cadre de l'ordonnance de 1945 sur les prix a été supprimé.

b) *Création d'une « commission de la transparence ».*

Le rôle de la commission d'admission au remboursement sera modifié. La commission sera déchargée de ses attributions dans le domaine de la fixation des prix d'admission au remboursement des 8.700 présentations pharmaceutiques remboursées.

c) *Le nouveau système de fixation des prix.*

Nouveaux produits : l'entreprise dépose librement son prix en vue de l'admission au remboursement : le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale exerce sa responsabilité en acceptant ou en refusant l'admission au remboursement. Il tient compte pour cela de l'intérêt thérapeutique des produits, du marché actuel ou potentiel de ces produits en France et à l'étranger dans le respect de l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie.

Produits existants : les prix des produits existant déjà sur le marché feront l'objet de hausses périodiques, avec liberté totale de modulation (selon les modalités arrêtées pour la hausse du 1^{er} février 1980).

Les contraintes administratives qui enserraient la gestion du prix par les entreprises seront ainsi très largement assouplies.



Tels sont les principaux traits de l'évolution financière de la Sécurité sociale en 1980.

Votre Commission formulera, à cet égard, une série d'observations contenues en conclusion du présent rapport.

Il lui paraît cependant nécessaire de rappeler, au préalable, les conditions dans lesquelles a été poursuivi, en 1980, le renforcement de notre système de protection sociale.

DEUXIÈME PARTIE

LA POURSUITE DE L'EFFORT SOCIAL

Votre Commission l'a indiqué dans l'introduction du présent rapport : la maîtrise des équilibres financiers de la Sécurité sociale ne saurait avoir pour effet de remettre en cause la protection sociale des Français.

Au cours de cet exercice, deux faits notables ont marqué l'évolution de notre système de protection sociale :

— d'une part, la généralisation de l'assurance maladie et maternité est désormais achevée, à travers la mise en œuvre, longtemps attendue, de l'assurance personnelle, instituée par la loi n° 78-2 du 2 janvier 1978 ;

— d'autre part, le Gouvernement a engagé une politique familiale qui, pour ne pas répondre encore complètement à l'attente du Parlement, manifeste une volonté très ferme de relever enfin le défi démographique.

En outre, l'effort d'harmonisation de la Sécurité sociale a été poursuivi.

Tels sont les trois points sur lesquels votre Commission entend retenir votre attention.

I. — LES DEUX POLES DE LA POLITIQUE MENÉE EN 1980 : LA GÉNÉRALISATION DE L'ASSURANCE MALADIE ET LA POLITIQUE DE LA FAMILLE

A. — La généralisation de la Sécurité sociale.

Après trente mois d'attente, les textes d'application de la loi n° 78-2 du 2 janvier 1978 ont été publiés au mois de juillet 1980.

Deux décrets sont intervenus le 11 juillet dernier (n° 80-548 et 80-549) complétés par quatre arrêtés publiés à la même date.

Ainsi, ces textes viennent-ils achever le processus de généralisation de la Sécurité sociale en organisant l'assurance personnelle.

Un certain nombre de personnes isolées ou inactives ne pouvaient, jusqu'à présent, bénéficier de l'un des régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité existants, que ce soit à titre personnel ou en qualité d'ayant droit. Or, l'assurance volontaire, instituée en 1967, était réservée à certaines catégories et les conditions d'accès y étaient rigoureuses.

L'assurance personnelle permet, au contraire, de généraliser la protection contre les risques maladie et maternité à toutes les personnes qui résident en France.

Les règles d'accès et de maintien sont très libérales :

— l'adhésion est possible à tout moment sans délai ni paiement d'un arriéré de cotisations ;

— le paiement des cotisations est exigé pour recevoir les prestations, sous la réserve de leur prise en charge par un organisme d'assistance ;

— la liberté d'affiliation, ou, du moins, la faculté de la refuser est accordée à l'intéressée ;

— mais l'affiliation, une fois acceptée, est définitive. L'assuré personnel ne peut quitter le système que pour entrer dans un régime obligatoire.

Tels sont donc les principes généraux qui gouvernent l'assurance personnelle. Il convient cependant de définir rapidement les conditions d'affiliation, le régime des cotisations et les conditions d'ouverture du droit aux prestations.

1. Les conditions d'affiliation.

Toute personne résidant en France et n'ayant pas droit, à un titre quelconque, aux prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité relève du régime de l'assurance personnelle pour elle et ses ayants droit.

On estime qu'au total 800.000 personnes ont vocation à relever de l'assurance personnelle :

— les personnes âgées sans retraite et sans ressources et titulaires de l'allocation spéciale de vieillesse versée par le fonds spécial (environ 120.000 personnes) ;

— les personnes bénéficiaires d'une prestation familiale et dont le revenu est inférieur à un certain plafond (environ 120.000 familles, soit 250.000 personnes) ;

— les jeunes gens âgés de moins de vingt-deux ans et non couverts par ailleurs (environ 25.000 personnes) ;

— les jeunes gens suivant un enseignement ou une formation n'ouvrant pas droit au régime étudiant (environ 50.000 personnes) ;

— les personnes hospitalisées depuis plus de trois ans et qui ne relèvent pas du régime des adultes handicapés (environ 8.000 personnes) ;

— les chômeurs non indemnisés, à l'expiration du délai de douze mois de couverture gratuite (environ 31.000 personnes) ;

— les travailleurs frontaliers ;

— toute catégorie de personnes non actives ou exerçant une activité insuffisante pour leur ouvrir droit aux prestations dans un régime obligatoire ;

— les assurés volontaires, affiliés automatiquement à l'assurance personnelle.

Les personnes qui ne relevaient d'aucun régime peuvent s'affilier à tout moment et l'affiliation prend effet au premier jour du mois civil au cours duquel elle est demandée.

Quant aux personnes qui relevaient d'un autre régime, elles sont averties par l'organisme de la date à laquelle elles cessent de bénéficier des prestations et que, sauf refus de leur part, elles sont affiliées à l'assurance personnelle.

2. Les cotisations.

Le taux de la cotisation est fixé en pourcentage de l'ensemble des revenus, nets de frais, passibles de l'impôt sur le revenu et perçus au cours de l'année civile précédente.

Ce taux est de 13,85 % (14,85 % jusqu'au 31 janvier 1981) ainsi réparti :

- 6,85 % dans la limite du plafond de la Sécurité sociale ;
- 7 % dans la limite de quatre fois le plafond.

La cotisation est fixée annuellement et payable trimestriellement. Elle ne peut être inférieure à un minimum correspondant à une assiette égale à la moitié du plafond de la Sécurité sociale, soit 4.464 F par an au 1^{er} juillet 1980 (372 F par mois).

La prise en charge de plein droit, totale ou partielle, de la cotisation par des organismes tiers est prévue dans de larges cas.

Cette prise en charge est accordée :

— par le fonds spécial pour les titulaires de l'allocation spéciale de vieillesse. Elle est totale et de plein droit ;

— par les Caisses d'allocations familiales pour les personnes chargées d'enfants et ayant des ressources insuffisantes (inférieures au plafond du complément familial). Cette prise en charge peut être totale ou partielle, selon le niveau des ressources et le nombre d'enfants ;

— par l'aide sociale de plein droit et totalement pour les hospitalisés de plus de trois ans, totalement ou partiellement lorsque l'assuré justifie d'une insuffisance de ressources.

Pour les anciens chômeurs indemnisés, les règles relatives à l'obligation alimentaire ont été supprimées.

Enfin, certaines catégories d'assurés bénéficient d'un régime de cotisations forfaitaires décrit par le tableau ci-dessous :

Bénéficiaires	Assiette	Montant annuel des cotisations (en francs 1980)
Jeunes gens — 26 ans en formation et n'ayant pas droit au régime étudiant	Plafond hebdomadaire de Sécurité sociale	167
Autres jeunes de moins de 22 ans	Cotisation forfaitaire = 2 fois le plafond journalier de la Sécurité sociale	462
Hospitalisées de plus de 3 ans	Forfaitaire	28.800
Travailleurs frontaliers	Moitié du plafond de Sécurité sociale	4.339

3. Ouverture du droit aux prestations.

Les personnes affiliées à l'assurance personnelle ont droit pour elles-mêmes et leurs ayants droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale.

Les droits sont ouverts à compter du premier jour du mois qui suit la date d'effet de l'affiliation.

Mais les droits sont ouverts à la date d'effet de l'affiliation au profit des personnes :

- antérieurement assujetties à un régime obligatoire ;
- qui, tout en relevant d'un régime obligatoire, ne bénéficient plus des prestations ;
- qui étaient affiliées à l'assurance volontaire.

B. — La politique familiale : un effort plus vigoureux.

Ainsi que le rappelle le rapport présenté à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, le niveau des prestations familiales servies aux familles de notre pays place la France, avec 100 milliards de francs en 1980, dont 69 milliards au titre des prestations en espèces, au premier rang des pays comparables.

La généralisation des prestations familiales, intervenue au 1^{er} janvier 1978, s'est accompagnée d'une très sensible amélioration de certaines prestations et d'une diversification des aides accordées aux familles.

En 1980, la politique familiale a enregistré, sous la responsabilité commune de Mme Monique Pelletier, ministre délégué chargé de la Famille, et de M. Jacques Barrot, ministre de la Santé, des progrès notables sur trois plans :

- l'amélioration des prestations liées à la maternité ;
- l'institution du revenu familial garanti ;
- le renforcement des aides accordées aux veuves, par l'institution de l'assurance veuvage.

1. L'amélioration des prestations liées à la maternité.

a) La réforme des allocations postnatales

La loi n° 80-545 du 17 juillet 1980 portant diverses dispositions en vue d'améliorer la situation des familles nombreuses crée en son titre II l'allocation postnatale.

Les nouvelles dispositions permettent de préserver l'objectif sanitaire poursuivi par l'actuelle réglementation des allocations postnatales et de renforcer à partir du 1^{er} juillet 1980 l'aide apportée dès la naissance aux familles, particulièrement en cas de naissance d'un troisième enfant à charge ou d'un enfant de rang supérieur.

La nouvelle réglementation :

- maintient dans leur intégralité les conditions d'ouverture du droit aux allocations postnatales ;
- prévoit des dispositions particulières en cas d'adoption ;
- apporte une modification importante au taux des trois fractions à compter du 1^{er} juillet 1980.

1. Les conditions d'ouverture du droit aux allocations postnatales sont maintenues dans leur intégralité.

Les articles L. 519 à L. 522 n'étant pas modifiés, l'allocation postnatale est donc versée sous réserve que soient remplies les conditions générales d'ouverture du droit aux prestations familiales ainsi qu'une condition de résidence régulière de la mère en France et que soient respectées certaines obligations d'ordre sanitaire.

Les règles fixées par le décret du 10 décembre 1946 et la circulaire n° 13 S.S. du 28 avril 1975 continuent de s'appliquer.

a) Les conditions générales d'ouverture du droit touchent :

— pour l'allocataire, à la résidence en France et à la charge effective et permanente de l'enfant ;

— pour la mère, à la résidence régulière en France à la date d'ouverture du droit ;

— pour l'enfant, à la résidence en France durant la période de l'examen de santé, et au fait qu'il soit né viable.

b) Les conditions d'ordre sanitaire : la nouvelle prestation sera versée en trois fractions après les examens de santé qui doivent obligatoirement être subis durant les huit premiers jours, le neuvième ou dixième mois, le vingt-quatrième ou vingt-cinquième mois de la vie de l'enfant. Les dérogations à cette règle subsistent en cas de circonstances indépendantes de la volonté des parents, notamment lorsque l'enfant né viable est décédé sans avoir pu subir le premier examen postnatal obligatoire.

2. Le versement de l'allocation postnatale en cas d'adoption.

Les trois fractions de l'allocation postnatale seront versées aux parents qui adoptent un enfant âgé de moins de deux ans même s'ils n'ont pu ouvrir droit à celles-ci compte tenu de l'âge auquel ils adoptent l'enfant. Il s'agit en effet, tout en préservant l'objectif sanitaire attaché à l'allocation postnatale, de ne pas pénaliser les familles adoptantes.

3. Le montant de l'allocation postnatale.

a) Pour les enfants nés avant le 1^{er} juillet 1980 aucune modification de la réglementation n'intervient :

— la première fraction de l'allocation postnatale est fixée à 137 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (B.M.A.F.) ; elle est majorée en cas de naissances multiples de 198 % de cette même base mensuelle de calcul des allocations familiales par enfant ré au-delà du premier ;

— les deuxième et troisième fractions restent fixées à 65 % de la B.M.A.F. (710 F).

b) Pour les enfants nés après le 1^{er} juillet 1980 l'aide à la famille dès la naissance de l'enfant sera accrue à deux titres : la première fraction de l'allocation postnatale est plus importante et elle est majorée en cas de naissances multiples et en cas de naissance d'un troisième enfant ou d'un enfant de rang supérieur.

Ainsi les règles suivantes sont retenues :

Chaque enfant ouvre droit à la première fraction de 164 % de la B.M.A.F. (soit 2.010 F) et aux deuxième et troisième fractions de 38 % chacune (soit 415 F au 1^{er} juillet 1980). La première fraction est donc plus importante et le montant des deux autres est réduit d'autant.

Par ailleurs, la première fraction sera majorée :

— en cas de naissance d'un troisième enfant à charge ou d'un enfant de rang supérieur de 457 % de la B.M.A.F. (4.995 F au 1^{er} juillet 1980). Ainsi une famille accueillant un troisième enfant ou un enfant de rang supérieur percevra 641 % de la B.M.A.F. ;

— en cas de naissances multiples, comme dans l'actuelle réglementation, cette majoration est égale à 198 % pour chacun des enfants nés au-delà du premier.

Au total une famille nombreuse percevra 7.000 F dès la naissance de l'enfant, 7.830 F au titre des trois fractions de l'allocation postnatale, 10.000 F enfin au titre de l'allocation postnatale et des allocations prénatales versées pendant la grossesse, conformément aux engagements du Gouvernement.

Ce nouveau dispositif de l'allocation postnatale représente un coût pour les derniers mois de l'année 1980 de 284 millions de francs et pour 1981 de 625 millions de francs (130.000 naissances de rang 3 et plus seront touchées).

b) *L'allongement du congé de maternité.*

La loi du 12 juillet 1978 prévoyait :

— l'allongement du congé maternel de quatorze à seize semaines (coût : 600 millions de francs 1980) ;

— l'exonération du ticket modérateur pour toutes les dépenses supportées par les femmes enceintes au titre de l'assurance maladie (coût : 140 millions de francs en 1980) ;

— l'exonération du ticket modérateur pour les exécutifs de traitement de lutte contre la stérilité (coût : 30 millions de francs en 1980) ;

— et enfin, l'exonération du ticket modérateur pour les prématurés (coût : 17 millions de francs en 1980).

Le coût global de ces mesures doit s'élever à 787 millions de francs en 1980.

La loi du 17 juillet 1980 prévoit l'allongement du congé maternité de seize à vingt-six semaines pour les femmes à partir du troisième enfant arrivant au foyer (coût : 370 millions de francs en 1981) et la majoration des allocations postnatales en cas de naissance d'un troisième enfant à charge ou d'un enfant d'un rang supérieur (le total de l'allocation postnatale et des allocations prénatales représente au total dans ce cas 10.000 F) (coût : 625 millions pour 1981).

2. L'institution d'un revenu minimal familial garanti.

La loi du 17 juillet 1980 portant diverses dispositions en vue d'améliorer la situation des familles nombreuses a institué en son titre IV un revenu familial.

Ce dispositif bénéficiera au 1^{er} janvier 1981 aux ménages et aux personnes qui remplissent les trois conditions générales suivantes :

- résider régulièrement en France ;
- avoir au moins trois enfants à charge ;
- disposer de ressources inférieures à un plafond fixé annuellement.

Les familles verront leurs ressources complétées par une allocation dite de « supplément de revenu familial ». Le supplément de revenu familial prendra une double forme, différentielle ou forfaitaire, selon la nature et le montant des ressources propres dont disposent les familles.

a) L'allocation différentielle.

Une allocation différentielle sera versée aux familles dont les ressources sont supérieures à un plancher fixé sur la base du S.M.I.C., ainsi qu'aux familles dont les ressources sont constituées de certaines prestations sociales à définir par décret.

Conformément aux engagements du Gouvernement, devrait être garanti au 1^{er} janvier 1981 un revenu total de 4.200 F par mois.

Toutefois, pour la seconde catégorie de ces familles, dont le nombre est limité, elles ne pourront bénéficier de l'allocation différentielle qu'à compter du 1^{er} juillet 1981, ce délai étant nécessaire à la mise en place du dispositif d'appréciation et de contrôle de leurs ressources. Elles percevront en revanche, du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 1981, l'allocation forfaitaire.

b) Le supplément familial forfaitaire.

Les familles qui ne répondront pas aux conditions précédentes (non-salariés, inactifs, salariés percevant des ressources inférieures au plancher) recevront, quant à elles, un supplément forfaitaire de revenu familial de 210 F par mois. Toutefois, un mécanisme d'allocation différentielle sera instauré à leur profit lorsque leurs ressources avoisineront le plafond. Ceci afin d'éviter les effets de seuils.

Pour l'ensemble de ces familles le dispositif d'appréciation des ressources présentera les caractéristiques suivantes : il sera global, puisqu'il sera fait masse des ressources imposables et des prestations familiales ; annuel — la prestation sera versée pour une année décalée —,

ies ressources prises en compte seront celles perçues au cours de l'année civile précédente.

Pour ce qui est des exploitants agricoles le supplément forfaitaire de revenu familial sera versé selon un système spécifique : sous réserve qu'ils répondent à une condition de superficie maximale de leur exploitation (inférieure ou égale à 70 % de la surface minimale d'installation).

Dans les départements d'outre-mer, les familles allocataires des prestations familiales dans ces départements recevront un montant forfaitaire spécifique au titre du supplément de revenu familial lorsque leurs ressources seront inférieures à un plafond annuel spécifique et si elles répondent à une condition d'activité salariée équivalente ou assimilée de quatre-vingt-dix jours dans l'année de référence ou dix jours dans le mois.

Les décrets d'application de ce dispositif sont actuellement en cours d'élaboration.

Il est rappelé que l'institution du revenu minimum familial concernera quelque 150.000 familles, environ 25.000 au titre du revenu minimum familial et 125.000 au titre du supplément forfaitaire, soit 10 % des familles de trois enfants en métropole.

Dans les départements d'outre-mer 50.000 familles de trois enfants seront concernées, soit 45 % des familles allocataires.

Le coût de la nouvelle prestation est de l'ordre de 500 millions de francs pour 1981.

3. L'institution d'une assurance veuvage.

La loi n° 80-546 du 17 juillet 1980 instituant une assurance veuvage garantit au conjoint survivant de l'assuré une allocation de veuvage s'il satisfait à des conditions d'âge, de nombre d'enfants à charge ou élevés, de ressources et, dans certains cas, de résidence en France, qui seront fixées par décret. Cette nouvelle assurance, qui doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 1981, renforcera la protection sociale en cas d'isolement en fournissant aux intéressés une aide spécifique pendant une durée satisfaisante pour leur permettre de se réinsérer professionnellement, complétant ainsi l'ensemble des dispositions visant à améliorer la situation des veufs et veuves jeunes (allocation de parent isolé, formation et accès à l'emploi...) ou âgées (amélioration des droits propres et dérivés, abaissement de l'âge de la retraite). Conformément aux engagements pris par le Gouvernement au cours des débats parlementaires, le décret d'application, qui précisera l'ensemble des conditions d'attribution et de service de l'allocation, sur les bases d'ores et déjà annoncées tant en ce qui concerne la durée maximum de versement de trois ans, l'âge exigé (moins de cinquante-cinq ans), la dégressivité annuelle du montant, est actuellement en cours d'élaboration.

II. — L'HARMONISATION DES RÉGIMES

Aujourd'hui, l'harmonisation ne correspond plus seulement à un souci d'équité et de solidarité. Elle doit être désormais associée à la définition la plus rigoureuse possible des obligations des diverses catégories socio-professionnelles, sans laquelle les efforts de rationalisation menés par les pouvoirs publics ne buteraient sur le refus des assurés.

A. — L'harmonisation des cotisations.

1. Régimes des professions non salariées non agricoles.

● Assurance maladie.

Conformément au principe posé par la loi n° 73-1193 du 27 décembre 1973 d'orientation du commerce et de l'artisanat, le taux de la cotisation d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles est celui qui correspond, dans le régime général, à la couverture des prestations en nature ; mais dans l'attente de l'harmonisation desdites prestations assurées par le régime avec les prestations correspondantes du régime général, le taux de la cotisation est réduit et la cotisation est plafonnée.

Le taux de la cotisation est fixé depuis le 1^{er} octobre 1977 à 11,65 % des revenus professionnels (4,65 % dans la limite du plafond de la Sécurité sociale et 7 % dans la limite de quatre fois ce plafond au 1^{er} avril 1979).

Les assurés titulaires d'une pension de vieillesse ou d'invalidité dont les ressources passibles de l'impôt sur le revenu n'excèdent pas un montant fixé par décret sont exonérés du versement des cotisations sur leur pension.

Ceux dont les revenus excèdent de 10.000 F au maximum les seuils d'exonération ainsi fixée bénéficient depuis le 1^{er} avril 1978, sous forme d'un abattement proportionnel sur l'assiette de leurs cotisations, d'un système d'exonération partielle de cotisation. Près des deux tiers des retraités cotisant encore au régime au 1^{er} avril 1978 ont pu bénéficier de cette mesure.

Depuis l'échéance du 1^{er} octobre 1979, les seuils d'exonération des retraités sont fixés à 26.000 F pour un assuré seul et 31.500 F pour un assuré marié.

S'agissant de l'assurance vieillesse, la loi n° 72-554 du 3 juillet 1972, qui a aligné sur le régime général les régimes des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales, a réalisé l'harmonisation du système contributif pour les membres de ces professions. Depuis le 1^{er} janvier 1973, les Intéressés versent des cotisations d'assurance vieillesse calculées sur la base de leur revenu professionnel non salarié, avec application du taux en vigueur dans le régime général et dans la limite du même plafond.

En revanche, les professions libérales conservent un système particulier : les cotisations du régime de base sont forfaitaires et leurs montants sont différents pour chaque profession. En attendant une réforme d'ensemble de ce régime dans le sens d'une harmonisation avec le régime général, une première étape a été réalisée en ce sens, en 1978, par le décret n° 78-601 du 9 mai 1978 qui a prévu des réductions de cotisations en faveur des assujettis justifiant de revenus professionnels non salariés minimes. Ces dispositions ont été reconduites en 1979 et en 1980.

S'agissant de l'assurance invalidité-décès les régimes dont se sont dotés les professions intéressées (artisans, industriels et commerçants et la plupart des professions libérales) sont établis sur des bases différentes et les prestations servies sont de types et de montants divers ce qui rend difficile toute harmonisation des contributions, d'autant qu'il s'agit de régimes complémentaires, créés en application de l'article L. 663-11 du Code de la sécurité sociale (ou, pour les professions libérales, de l'article L. 659), à l'initiative des organisations autonomes intéressées elles-mêmes.

2. Régimes spéciaux.

L'harmonisation des contributions des ressortissants des régimes spéciaux avec celles des assurés des autres régimes ne peut être réalisée qu'au rythme de la mise en place d'une protection de base commune, comme l'a édicté l'article premier de la loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974. Compte tenu des différences considérables existant entre les régimes de vieillesse, c'est essentiellement en assurance maladie qu'une harmonisation peut être constatée sur quatre points :

1° L'application d'un point de cotisation supplémentaire à la charge des salariés et au bénéfice de l'assurance maladie pour une période de dix-huit mois à partir de l'été 1979.

2° Le déplafonnement des cotisations d'assurance maladie des salariés. Fixé au 1^{er} janvier 1980 par décrets du 26 décembre 1978 pour le régime général, les fonctionnaires, militaires, agents des collectivités locales, ouvriers de l'Etat, E.D.F.-G.D.F. (arrêté du 29 juin 1979), il a été imposé à tous les régimes, pour compter de la même date, par l'article 15 de la loi n° 79-1129 du 28 décembre 1979.

Il convient de noter que les cotisations des clercs et employés de notaires ont été déplafonnées dès la création du régime spécial et que

les marins cotisent sur des salaires forfaitaires, auxquels ne saurait s'appliquer la notion de déplaçonnement.

3° Les cotisations d'assurance maladie sur retraites. La plupart des régimes spéciaux connaissaient déjà cette cotisation. Pour les autres sont intervenus des décrets du 30 juillet 1980 [clercs de notaires - Opéra - Comédie française - Crédit foncier - C.A.M.R. (Chemins de fer secondaires)]. Un texte est en cours d'élaboration pour les industries électriques et gazières.

Pour l'ensemble de ces régimes, le taux de la cotisation est de 1,50 %, taux calculé d'après les taux de 1 % et 2 % retenus dans le régime général (décret du 24 avril 1980) respectivement pour la retraite de base et la retraite complémentaire, pour tenir compte de ce que les régimes spéciaux servent une pension unique, intégrant ces deux éléments. Les conditions d'exonération pour les retraités les plus démunis sont celles qui ont été fixées pour le régime général.

4° Les cotisations sur les retraites complémentaires. Les ressortissants de certains régimes spéciaux en perçoivent (mineurs notamment). Un taux de 2 % a été fixé par décret du 30 juillet 1980. Il est identique à celui fixé par le décret du 24 avril 1980 pour les ressortissants du régime général. Les conditions d'exonération sont également identiques.

B. — L'harmonisation des prestations.

1. Régimes des professions non salariées non agricoles.

Assurance maladie-maternité.

Dans le cadre de l'harmonisation des régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité prévue par la loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974, de nombreuses mesures ont été prises en faveur des travailleurs indépendants dans le sens d'un rapprochement de la couverture des régimes de Sécurité sociale.

C'est ainsi qu'une partie importante des remboursements du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles est effectuée à un taux comparable à celui du régime général des travailleurs salariés, les tarifs de responsabilité étant identiques pour les deux régimes.

Entre autres mesures depuis 1977, la prise en charge des hospitalisations d'une durée inférieure à trente et un jours est fixée à 80 % comme dans le régime général. Le taux de 100 % reste bien entendu applicable dès le premier jour pour les frais engagés à l'occasion de tout acte ou série d'actes effectués pendant l'hospitalisation, lorsque leur coefficient global est égal ou supérieur à 50. D'autre part, tous les médicaments prescrits dans

le cadre du traitement d'une maladie longue et coûteuse sont remboursés à 100 %, les honoraires et autres dépenses de soins l'étant à 80 %. Les hospitalisations liées à la maternité sont prises en charge à 100 % au lieu de 70 % antérieurement. En outre, depuis le 1^{er} avril 1978, de nouvelles dispositions réglementaires permettent un meilleur remboursement de certains actes médicaux et la prise en charge à 100 % de la surveillance médicale préventive des enfants jusqu'à six ans. Enfin, la loi du 12 juillet 1978 portant diverses mesures en faveur de la maternité prévoit le remboursement à 100 % de tous les soins dispensés au cours des quatre derniers mois de la grossesse. Cette loi prévoit également la suppression de la participation de l'assuré pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit au cours des trente jours suivant la naissance et pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci. Il apparaît donc que la couverture des prestations en nature assurée par le régime des travailleurs non salariés est très proche de celle dont bénéficient les salariés. Seuls les soins courants ne nécessitant pas hospitalisation n'ont pas connu — selon le souhait même des responsables du régime — la même évolution. Dans ce contexte, l'harmonisation prévue par la loi du 24 décembre 1974 pourra être poursuivie, si tel est le souhait des intéressés, étant entendu qu'il ne faut pas perdre de vue que celle-ci dépend de l'effort contributif des personnes concernées.

Assurance invalidité-décès.

La loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoire ne vise que les trois branches : assurance maladie maternité, vieillesse et prestations familiales et non l'assurance invalidité.

Sur un plan général, une couverture plus large en matière d'assurance invalidité, voire une harmonisation avec le régime général, impliquerait le paiement de cotisations supérieures à celles que les représentants des organisations autonomes d'assurance vieillesse des non-salariés ont jugé souhaitables lorsqu'ils ont demandé l'institution de régimes d'assurance invalidité-décès en faveur de leurs ressortissants.

En tout état de cause, s'agissant de régimes créés en application de l'article L. 665-11 du Code de la sécurité sociale (ou, pour les professions libérales, autres que les avocats, de l'article L. 659) à l'initiative des organisations autonomes intéressées elles-mêmes, il n'appartient pas au Gouvernement de leur imposer d'autorité des charges nouvelles.

Toutefois des améliorations d'importance diverse sont intervenues en 1979 et au début de 1980 concernant différents régimes de non-salariés.

En ce qui concerne les professions artisanales, une étape importante vers l'harmonisation a été franchie au 1^{er} janvier 1979, puisqu'à compter de cette date le régime sert des prestations d'un niveau équivalant à celles du régime général dans le cas d'invalidité totale, alors qu'il n'était prévu

initialement d'atteindre ce niveau qu'au terme d'une période transitoire prenant fin en 1993 (arrêté du 17 octobre 1979).

En ce qui concerne les professions industrielles et commerciales, les pensions servies en cas d'invalidité totale et définitive ont été revalorisées au 1^{er} janvier 1980 et portées à 13.320 F par an (arrêté du 11 juin 1980).

Une autre mesure d'harmonisation, qui concerne les deux régimes précités, permet de porter les pensions de vieillesse accordées à soixante ans aux assurés invalides en remplacement de leurs pensions d'invalidité au niveau de ces dernières compte tenu des divers avantages de vieillesse dont bénéficient les intéressés (décrets n° 80-417 du 5 juin 1980).

Diverses améliorations ont également été apportées dans les régimes d'assurance invalidité-décès des professions libérales. Elles concernent notamment les architectes (décret n° 79-263 et arrêté du 21 mars 1979), les médecins (arrêté du 15 février 1979), les avocats (décret n° 79-436 du 5 juin 1979), les auxiliaires médicaux (arrêté du 3 juillet 1979), les pharmaciens (arrêté du 20 juillet 1979) et les experts comptables (arrêté du 17 juin 1980).

Parmi les mesures envisagées, il convient de citer notamment la mise en place du régime d'assurance invalidité des ministres des cultes et membres des collectivités religieuses (décret du) et la mise à l'étude de la création d'un régime d'assurance invalidité-décès pour les officiers ministériels, officiers publics et des compagnies judiciaires.

Assurance vieillesse.

Les régimes d'assurance vieillesse de base des *artisans, industriels et commerçants* ont été, d'ores et déjà, alignés sur le régime général des salariés par la loi n° 72-554 du 3 juillet 1972. Depuis le 1^{er} janvier 1973, les intéressés bénéficient donc de droits identiques à ceux des salariés relevant du régime général.

Les périodes d'assurance antérieures à 1973 demeurent calculées, liquidées et servies dans les conditions définies par les dispositions en vigueur au 31 décembre 1972, sous réserve d'adaptation par décret. L'harmonisation avec le régime général s'est opérée pour ces périodes, d'une part par l'extension de certaines dispositions du régime général (notamment la définition de l'inaptitude au travail, la suppression de la condition de durée d'assurance pour l'ouverture du droit à pension, l'abaissement à cinquante-cinq ans de l'âge d'ouverture du droit à pension de reversion et l'extension des possibilités de cumul applicables dans le régime général entre droits propres et droits dérivés, l'attribution d'une bonification de durée d'assurance aux femmes assurées ayant élevé un ou plusieurs enfants) et, d'autre part, par une revalorisation supplémentaire de la valeur du point de retraite, dite de rattrapage, soit au total 31 % entre 1972 et 1977.

Ne se posent donc plus actuellement que des problèmes d'adaptation à ces régimes, des mesures nouvelles intervenant dans le régime général au fur et à mesure de leur intervention. C'est ainsi que le décret n° 80-417 du 5 juin 1980 a étendu aux régimes des artisans, industriels et commerçants les dispositions de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 relatives aux droits à pension de reversion des conjoints divorcés non remariés.

En ce qui concerne le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales, le décret n° 79-958 du 8 novembre 1979 a, d'une part, étendu à ce régime les dispositions de la loi du 17 juillet 1978 précitée relatives aux droits à pension de reversion des conjoints divorcés non remariés et, d'autre part, abaissé de cinq à deux ans la durée de mariage exigée du conjoint, coexistant ou survivant, pour l'ouverture du droit à l'allocation.

Par ailleurs, il est rappelé que le décret n° 78-446 du 20 mars 1978 avait institué une majoration de l'allocation de vieillesse par année cotisée au-delà de la quinzième, ce qui a pour effet de porter le montant des allocations liquidées en 1979 au profit des assurés ayant cotisé depuis la création du régime (1949) de une à deux fois le montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, lui-même en constante progression. L'importance des dépenses supplémentaires qui résulte de cette amélioration des prestations, à laquelle s'ajoutent les charges nouvelles résultant pour le régime des professions libérales de la compensation nationale entre les différents régimes de base d'assurance vieillesse (27 % d'augmentation moyenne de la cotisation en 1980), rend difficile, dans l'immédiat, l'intervention de nouvelles mesures d'harmonisation.

Les dispositions de la loi du 17 juillet 1978 relatives aux droits à pension de reversion des conjoints divorcés non remariés ont été également étendues au régime des avocats par le décret n° 79-436 du 5 juin 1979.

2. Régimes spéciaux.

Assurance maladie, maternité.

L'harmonisation des différents régimes spéciaux avec le régime général est pratiquement réalisée sur le plan des prestations en nature, celles-ci étant au moins équivalentes à celles prévues par le régime général. Certains régimes font ainsi appel au régime général pour le service de ces prestations (fonctionnaires, agents des collectivités locales, E.D.F. notamment). Toutefois, une organisation particulière existe pour les agents de la S.N.C.F., de la R.A.T.P. et les mineurs.

Le système de protection sociale commun à tous les Français, institué par la loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 ne peut mettre en cause les avantages acquis par les ressortissants des différents régimes (et notamment les avantages statutaires sur le plan des congés de maladie dont

bénéficient les tributaires de la majorité des régimes spéciaux), mais seulement étendre, dans la mesure du possible, les dispositions applicables aux ressortissants du régime général aux salariés dont il s'agit.

Sous le bénéfice de ces observations liminaires, les mesures suivantes d'harmonisation des prestations d'assurance maladie ont été prises au cours de l'année 1979 :

— pour les fonctionnaires : décret du 17 octobre 1979 (congé postnatal) ;

— pour les agents non titulaires de l'Etat : décret du 8 janvier 1979 (congé postnatal) ;

— pour les ouvriers de l'Etat : décret du 21 février 1979 (congé postnatal) et décret du 8 novembre 1979 (congé parental) ;

— pour les ouvriers des Monnaies et Médailles : décret du 12 décembre 1979 (congés maladie-maternité, accidents du travail, postnatal) ;

— pour les marins : décrets du 2 novembre 1979 (marins à l'étranger) et du 10 juillet 1979 ;

— pour les militaires : arrêté du 20 juillet 1979 (règlement du service des prestations).

Pour l'ensemble des assurés, les personnes libérées du service national et les détenus libérés : loi n° 79-1130 du 28 décembre 1979 (maintien des droits pendant une période de douze mois).

Au cours de l'année 1980, s'est poursuivie l'élaboration des textes concernant la couverture des Français à l'étranger : fonctionnaires, militaires, coopérants et l'harmonisation des conditions de la protection sociale, notamment pour les ouvriers de l'Etat et les agents non titulaires de l'Etat.

Assurance invalidité.

● Le régime des marins est très proche du régime général, notamment en matière d'invalidité, lorsque l'invalidité résulte de l'exercice de la profession maritime.

Au cours des dernières années, la réglementation applicable aux ressortissants du régime général a subi de nombreux remaniements qui ont été répercutés dans le régime spécial des marins par le décret n° 79-584 du 10 juillet 1979. Les mesures dont il s'agit concernent plus spécialement la protection des veuves de marins décédés des suites d'un accident du travail maritime ou d'une maladie ayant son origine dans un risque professionnel maritime.

● La loi n° 77-773 du 12 juillet 1977 tendant à l'abaissement de l'âge de la retraite pour les anciens déportés ou internés permet aux assurés sociaux, titulaires de la carte de déporté ou interné résistant ou de la

carte de déporté ou interné politique âgés d'au moins cinquante-cinq ans et titulaires d'une pension militaire d'invalidité dont le taux est au moins égal à 60 %, ou bénéficiers d'une pension d'invalidité au titre du régime d'assurance invalidité dont ils relèvent, à la condition de cesser toute activité professionnelle. Cette pension d'invalidité est cumulable sans limitation de montant avec la pension militaire d'invalidité.

Le décret n° 78-1025 du 11 octobre 1978 fixe les conditions d'application de la loi précitée aux fonctionnaires et aux magistrats tributaires du Code des pensions civiles et militaires de retraite.

Le décret n° 79-614 du 16 juillet 1979 a fixé les conditions d'attribution de la pension d'invalidité aux anciens déportés et internés tributaires de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. Ces derniers bénéficient d'un régime de retraite et d'invalidité identique à celui des fonctionnaires ; il leur a été accordé le bénéfice des dispositions de la loi du 12 juillet 1977 dans des conditions équivalant à celles définies pour les fonctionnaires par le décret du 11 octobre 1978. Les ouvriers de l'Etat bénéficient des dispositions analogues (décret n° 79-59 du 11 janvier 1979).

Assurance vieillesse.

Les régimes spéciaux se différencient du régime général de la Sécurité sociale, notamment par l'âge d'ouverture du droit à une pension de vieillesse.

Aussi, une harmonisation en ce domaine apparaît-elle difficile, sinon impossible, à réaliser.

Les régimes spéciaux servent à la fois de régime de base et de régime complémentaire. Mais cet avantage n'est acquis que sur justification de quinze ans de cotisations. Les assurés qui quittent la profession sans remplir cette condition perdent tout droit à pension du régime spécial.

Aussi, en vue de donner à ces assurés un avantage vieillesse comparable à celui qu'ils auraient s'ils étaient affiliés au régime général complété par un régime complémentaire, l'attribution d'un avantage de cette nature a-t-elle déjà été réalisée par accord avec un régime complémentaire externe pour les fonctionnaires, les ouvriers de l'Etat, les agents des collectivités locales et ceux des industries électriques et gazières.

Dans le régime spécial des clercs et employés de notaires, l'institution d'une pension proportionnelle aux cotisations versées a été réalisée dès 1974. En outre, le décret n° 79-423 du 30 mai 1979 attribue une retraite complémentaire, servie par le régime spécial, aux clercs qui avaient travaillé avant 1939, date de création de ce régime.

Retenue pour les régimes spéciaux de l'Opéra et de la Comédie française, la solution de la proratisation interne n'a pas été adoptée pour les agents de la S.N.C.F. qui devraient bénéficier, comme les ressortissants du régime général, d'un avantage complémentaire servi par un régime externe. Il est envisagé la même solution pour la R.A.T.P.

D'autres régimes, tels celui des marins qui justifient de moins de cinq ans de service, devraient faire l'objet d'un règlement, dans ce domaine, dans un avenir assez proche.

Sur le plan des éléments constitutifs de la retraite, autres que la durée de services, le principe de l'harmonisation a été poursuivi.

C'est ainsi qu'en ce qui concerne la bonification d'annuités pour enfants, trois décrets (n° 79-791 du 13 septembre 1979, n° 79-344 du 18 avril 1979 et n° 80-436 du 12 juin 1980) ont aligné respectivement le régime spécial des marins sur le régime général, ceux de la Banque de France et des agents des collectivités locales sur le régime des fonctionnaires.

Une harmonisation avec ce dernier régime a également été réalisée au bénéfice des marins par le décret du 13 septembre 1979 précité (conditions d'antériorité de mariage pour prétendre à pension de reversion et situation de la veuve en cas de remariage, conditions d'affiliation pour l'octroi de la pension d'orphelin et ouverture du droit et partage de la pension de reversion lorsqu'il existe une femme divorcée).

Le décret n° 80-436 du 12 juin 1980 — avec effet du 30 décembre 1977 — étend aux agents tributaires de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales les dispositions prises en faveur des fonctionnaires par la loi n° 77-1466 du 30 décembre 1977 (enfants donnant droit à la majoration de pension, bonification de service et entrée en jouissance immédiate de la pension après quinze ans de services pour les agents féminins). Ce décret institue également un minimum de pension de reversion au profit de la veuve d'un agent décédé à la suite d'un attentat ou d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions ou d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes.

Les dispositions ci-dessus ont également été étendues aux agents de la Banque de France par le décret n° 79-344 du 18 avril 1979. Ce texte supprime en outre l'écrêtement qui frappait les pensions les plus élevées et autorise le cumul de la majoration pour enfants par les deux conjoints.

Enfin, le décret n° 79-579 du 3 juillet 1979 a institué, en faveur de certains mineurs retraités, une allocation d'attente dont le montant est égal à celui de la pension proportionnelle correspondant à la durée et à la nature des services miniers (pension, art. 89 de la loi de finances pour 1961). Cette allocation est accordée à tout affilié du régime spécial justifiant de quinze ans de services au moins et reconnu atteint d'un taux de silicose de 30 % qui cesse toute activité professionnelle relevant du régime spécial des mines. Elle prend fin à cinquante ans. La période de perception de cette allocation est validée par le calcul de la pension de vieillesse.

Aucune mesure d'harmonisation n'est envisagée, dans les régimes spéciaux, en ce qui concerne les pensions de reversion. Celles-ci sont accordées lorsque sont remplies les conditions relatives au mariage. Il faut que :

— soit ce mariage ait une certaine antériorité par rapport à la date de cessation d'activité. Cette antériorité exigée est généralement de deux ans. Pour le régime spécial d'E.D.F.-G.D.F., la seule antériorité suffit, sans indication d'une période de temps ;

— soit ce mariage ait eu une certaine durée avant le décès de l'assuré. Cette durée est variable. Elle va de deux ans (E.D.F.-G.D.F., mines) à quatre ans (fonctionnaires de l'Etat, agents des collectivités locales, clercs de notaires, personnels de l'Opéra et de la Comédie française) et six ans pour les agents de la S.N.C.F. et de la R.A.T.P.

Il est précisé que les régimes spéciaux n'exigent de la veuve aucune condition d'âge (sauf en ce qui concerne les veuves de marins, des affiliés à la C.A.M.R. et des clercs de notaires lorsque le mariage a été contracté après la cessation d'activité).

Comme dans le régime général, la pension de reversion est égale à 50 % de la pension acquise ou à laquelle aurait pu prétendre le mari. Aucune modification de ce taux n'est prévue dans les régimes spéciaux.

Par contre, il est envisagé une modification de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 qui impose, par son article 42, l'application aux régimes spéciaux autres que ceux des fonctionnaires et des marins du commerce, des dispositions du régime général en matière de partage de la pension de reversion entre la veuve et la — ou les — femmes divorcées. En effet, de telles dispositions sont moins favorables que celles qui existent déjà dans la plupart des régimes spéciaux puisqu'elles prévoient le partage au prorata de la durée de chaque mariage à titre définitif, alors que précédemment, au décès de l'une, sa part augmentait celle de l'autre bénéficiaire. Appliquer une telle mesure irait à l'encontre des intérêts des assurées.

Enfin, les pensions de reversion sont accordées lorsque sont remplies certaines conditions relatives au mariage : celui-ci doit avoir :

— soit une certaine antériorité par rapport à la date de cessation d'activité. Cette antériorité exigée est généralement de deux ans. Pour le régime spécial d'E.D.F.-G.D.F., la seule antériorité suffit, sans indication d'une période de temps ;

— soit une certaine durée avant le décès de l'assuré. Cette durée est variable. Elle va de deux ans (E.D.F.-G.D.F., mines) à quatre ans (fonctionnaires de l'Etat, agents des collectivités locales, clercs de notaires, personnels de l'Opéra et de la Comédie française) et six ans pour les agents de la S.N.C.F. et de la R.A.T.P.

Il est précisé que les régimes spéciaux n'exigent de la veuve aucune condition d'âge (sauf en ce qui concerne les veuves de marins, des affiliés à la C.A.M.R. et des clercs de notaires lorsque le mariage a été contracté après la cessation d'activité).

Comme dans le régime général, la pension de reversion est égale à 50 % de la pension acquise ou à laquelle aurait pu prétendre le mari.

OBSERVATIONS DE LA COMMISSION

S'agissant du redressement financier de la Sécurité sociale, votre Commission entend d'abord faire une constatation qui, pour être évidente, n'en est pas moins essentielle : si aucune mesure n'avait été engagée par le Gouvernement pour redresser à court terme les équilibres financiers de la Sécurité sociale, notre système, auquel les Français sont très attachés, courait à la faillite.

Les mesures gouvernementales ont été rapides et énergiques et les contraintes financières imposées à la fois aux régimes et aux partenaires du système de santé ont permis un redressement très spectaculaire de la situation.

Cependant, ce redressement n'a été rendu possible que par la mise en œuvre de mesures transitoires tendant à majorer à titre exceptionnel les recettes du régime général de la Sécurité sociale. Ces mesures cesseront d'être appliquées au 31 janvier 1981 et les causes fondamentales du déficit demeurent encore.

Parmi elles, votre Commission ne peut oublier de retenir la dégradation de la situation de l'emploi. Mais elle constate également que le système de santé n'a pas encore été affecté des réformes nécessaires à permettre une maîtrise durable de l'évolution des dépenses.

Il n'existe que deux moyens de financer un déficit :

— l'accroissement de l'effort des cotisants : une telle solution alourdirait les charges des entreprises dans une conjoncture économique difficile ; elle ne saurait donc être retenue ;

— la compression des dépenses de santé et le maintien corrélatif de la qualité du système de protection sociale : c'est l'effort qu'impose la situation présente.

Les voies étroites d'une telle politique passent par :

— un contrôle renforcé des caisses et des autorités de tutelle sur l'activité des professions de santé et sur la consommation des assurés ;

— la mise en œuvre des règles contenues dans la nouvelle convention qui lie désormais les médecins et les caisses d'assurance maladie dans le respect des principes de la médecine libérale et la volonté de maintenir la qualité du service rendu aux assurés ;

— la rationalisation de la gestion hospitalière et la réforme des modalités de la tarification dont les règles actuelles ont des effets pervers.

Désormais, la contrainte financière aveugle doit laisser la place à la réforme attentive.

S'agissant de la politique familiale, votre Commission se félicite de la manifestation des premiers efforts gouvernementaux en vue de relever le défi démographique.

Elle s'inquiète toutefois des effets du mode de revalorisation actuel des prestations familiales. La revalorisation annuelle ne permet pas de tirer avec célérité les conséquences des hausses des prix que subit actuellement notre pays. Ainsi, le gain de pouvoir d'achat de 1,5 % accordé à toutes les familles et de 3 % accordé aux familles nombreuses, semble être, dans ces conditions, absorbé par les retards enregistrés par les revalorisations.

Votre Commission suggère donc que, désormais, ces revalorisations interviennent plus fréquemment. Elle retiendrait, pour sa part, une revalorisation semestrielle.

S'agissant enfin de la politique de prévention, votre Commission enregistre avec satisfaction l'accord intervenu entre les instances gouvernementales, les caisses et les mutuelles au sujet du ticket modérateur d'ordre public. Elle souhaite connaître le contenu des actions qui seront entreprises par le fonds de prévention en 1981, telles qu'elles résultent déjà certainement des accords intervenus entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et la Fédération nationale de la mutualité française.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

AUDITION DES MINISTRES

Jeudi 6 novembre 1980.

La commission sénatoriale des Affaires sociales s'est réunie le 6 novembre 1980, sous la présidence de M. Robert Schwint, président, pour entendre M. Jacques Barrot, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, accompagné de MM. Jean Farge et Remy Montagne, secrétaires d'Etat, sur le budget de leur département pour 1981 (1).

M. Jean Farge a présenté, pour sa part, l'évolution du système de sécurité sociale.

En 1980, le total des dépenses nettes de l'ensemble des régimes de sécurité sociale s'est élevé à 515 milliards de francs, soit plus de 21 % du produit intérieur brut. Pour 90 %, cette somme a été consacrée à des dépenses de prestations. 45 % ont concerné la vieillesse, 40 % la maladie et 15 % la famille. Le montant de l'effort social a été financé, à plus de 82 %, par des cotisations.

Le Secrétaire d'Etat a rappelé les objectifs essentiels de la politique de redressement menée par le Gouvernement et les moyens mis en œuvre pour parvenir à la modération des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie. Au 30 septembre 1980, il apparaît, selon M. Farge, que la trésorerie du régime général, non seulement a été rétablie mais est encore créditrice et rémunératrice. D'autre part, on constate, dans le rythme annuel d'accroissement des dépenses de santé, et notamment des dépenses hospitalières, une décélération de quatre à cinq points.

L'action menée par le Gouvernement a concerné tant l'offre que la demande de soins.

S'agissant de la médecine ambulatoire, la convention nouvellement négociée a rallié près de 99 % des médecins libéraux, 80 % d'entre eux ayant choisi d'exercer dans le premier secteur. Le régime conventionnel a donc pu être maintenu tout en s'adaptant à une conjoncture nouvelle.

(1) Seules les interventions relatives à la Sécurité sociale sont présentées dans le cadre du présent rapport.

En ce qui concerne la médecine hospitalière, la décélération, réelle, demeure insuffisante. Elle est marquée par les particularités qui unissent les dépenses de la Sécurité sociale aux recettes et, à travers elles, aux dépenses des hôpitaux. Toute recherche d'équilibre de la trésorerie de la Sécurité sociale entraîne inévitablement des conséquences sur la trésorerie hospitalière. L'action du Gouvernement a consisté à encadrer la croissance des budgets primitifs et à interdire les budgets supplémentaires. Il reste à adapter les capacités des hôpitaux aux besoins réels et à améliorer l'organisation et les méthodes de gestion par le biais notamment d'un système d'évaluation des soins. Le problème essentiel demeure celui de la définition du rôle et de la place de l'hôpital dans le système de soins.

Le Secrétaire d'Etat a enfin tracé les perspectives pour 1981. S'agissant de l'assurance maladie, non seulement le besoin de financement de 23 milliards portant sur les trois exercices 1978, 1979, 1980 a été résorbé mais un excédent de 1,3 milliard a pu être dégagé. Pour 1981, le déficit prévisible de l'assurance maladie est de 2,3 milliards. La branche « famille » devrait, la même année et pour la première fois, accuser un déséquilibre de 1,1 milliard, compensé d'ailleurs par un excédent du même montant pour 1980. Ce déséquilibre traduit le souci du Gouvernement d'utiliser les ressources existantes pour mener une politique familiale active.

Pour M. Farge, les voies d'un équilibre durable de la Sécurité sociale sont désormais ouvertes pour autant que continueront de s'imposer trois nécessités : la prolongation de l'effort de modération des dépenses sans compromission de la qualité des soins, l'amélioration de l'équilibre démographique qui demeure à la base de l'équilibre financier et, enfin, le renforcement des solidarités financières entre les différents régimes.

Après s'être interrogé sur les conditions dans lesquelles le Parlement serait amené à délibérer sur les crédits de la Sécurité sociale, M. Louis Boyer, rapporteur pour avis (Sécurité sociale), a insisté sur la relative précarité des résultats, par ailleurs très satisfaisants, obtenus dans le cadre du plan de redressement de juillet 1979. Il a ainsi demandé au Ministre de lui indiquer les mesures structurelles qu'il entendait mettre en œuvre. Après avoir évoqué les difficultés financières de la branche des prestations familiales, M. Louis Boyer s'est interrogé sur les dangers de la politique envisagée par les pouvoirs publics en matière de médicaments « génériques ».

M. Barrot a apporté quelques précisions sur la mise en place de la convention médicale, la création d'un fonds de prévention financé par la Sécurité sociale et la mutualité, ainsi que sur la politique du médicament, enjeu national de première importance. Il a rappelé les récentes mesures prises par le Gouvernement en matière de prix afin de tenir compte de l'effort de recherche mené, et l'intérêt que présente la vente de médicaments génériques.

M. Farge a, pour sa part, justifié l'écart en matière de dépenses hospitalières publiques entre les chiffres de la Sécurité sociale et ceux des hôpitaux, essentiellement par le fait de l'accélération de la facturation qui, en soi, est une bonne chose.

Il a exposé son souci de voir se prolonger la maîtrise des dépenses hospitalières et les voies qui s'ouvrent pour permettre l'encadrement des recettes et des dépenses : fixation de normes pour la progression des budgets des hôpitaux, stérilisation des recettes supplémentaires, remise en cause de la règle de l'intégration automatique des déficits dans les comptes des exercices ultérieurs.

M. Jean Chérioux a approuvé ces orientations en insistant sur la nécessité d'une responsabilisation des chefs de service dès l'élaboration des budgets.

M. Farge a observé, à cet égard, que les contraintes financières imposées obligeaient à une meilleure organisation et entraînaient une responsabilité croissante des gestionnaires. Il a précisé que l'état des réflexions en ce qui concerne la prise en charge des accidents corporels par l'assurance privée n'était pas encore suffisant pour que soient élaborés des projets en la matière.

M. Pierre Gamboa a demandé que soient étudiées les inégalités de consommation médicale suivant les catégories socio-professionnelles et que soient empêchés les refus de soins opposés aux malades du fait d'une insuffisance de capacités hospitalières.

M. Charles Bonifay, quant à lui, a insisté, d'une part sur l'intérêt d'une clarification des responsabilités entre l'Etat et les caisses nationales en matière de gestion des régimes sociaux, d'autre part sur la nécessité de résoudre durablement le problème du financement de la Sécurité sociale.

M. Jacques Barrot, en réponse aux intervenants, a tout d'abord annoncé la parution prochaine d'un décret sur la responsabilité médicale et le développement d'actions pour améliorer l'information objective des médecins. Il a ensuite souligné qu'il n'existait pas d'inégalités en matière de consommation médicale, même si continuent de se poser des problèmes d'éducation et de formation. Il a enfin marqué son hostilité à un « hospitalocentrisme » qui dénaturerait l'organisation de notre système de soins.

Quant à M. Farge, il a exposé que le partage actuel des responsabilités entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale constituait le moins mauvais des compromis et souligné qu'au point de vue financier le montant actuel des prélèvements ne pouvait être augmenté sous peine de bouleverser fondamentalement la forme même de notre société.

EXAMEN DE L'AVIS

Mercredi 19 novembre 1980.

Après la présentation de son avis par le Rapporteur, M. Jean Chérioux est intervenu pour rappeler qu'au-delà de l'évolution financière de la Sécurité sociale, il reste la réalité quotidienne du fonctionnement de notre système de santé. Il a rappelé, à cet égard, la nécessité impérieuse que la maîtrise des dépenses de santé s'accompagne de la volonté de maintenir la qualité de l'appareil de soins. Il a particulièrement retenu les propos du Rapporteur lorsque celui-ci, dans le cadre de ses conclusions, attirait l'attention de la Commission sur la nécessité de substituer à des contraintes financières aveugles la mise en œuvre de réformes attentives. Enfin, il a marqué plus de réserves à l'égard de la convention nationale qui lie désormais le corps médical et les caisses d'assurance maladie, craignant en effet que ce nouveau texte ne mette en cause, demain, la qualité des rapports qui s'établissent aujourd'hui entre les patients et les médecins.

M. Michel Cruels, après avoir partagé le sentiment du Rapporteur que les mesures engagées par le Gouvernement avaient permis de redresser les équilibres financiers, est convenu également de la nécessité que la réforme prenne la relève de la contrainte. Il s'est également déclaré défavorable, dans la conjoncture économique et sociale présente, à un alourdissement des charges sociales des entreprises comme le moyen de résoudre à court et à long terme les problèmes financiers de la Sécurité sociale.

Il s'est enfin réjoui de l'issue heureuse de la négociation engagée entre les mouvements mutualistes et les pouvoirs publics, relative au ticket modérateur d'ordre public.

Il a rappelé le contenu de l'accord et les mesures qui devaient être développées dans le cadre du fonds de prévention financé par les mutuelles.

Il a enfin souhaité que le Rapporteur accorde dans son avis plus d'importance à ce point particulier relatif à ce domaine si décisif de la politique de la santé que constitue la prévention sanitaire et sociale.

M. Pierre Louvot a souhaité, pour sa part, que les conditions de revalorisation des prestations familiales soient révisées, considérant que les hausses de prix qu'enregistre actuellement notre pays ne permettent pas de dire que les garanties de pouvoir d'achat proclamés par le Gouvernement soient effectivement respectées. Il a souhaité qu'une telle observation soit adoptée par la Commission.

M. Charles Bonifay s'est associé au Rapporteur pour avis dans le diagnostic de la situation financière actuelle de la Sécurité sociale pour reconnaître l'importance du développement du chômage dans la dégradation des équilibres financiers. Il a constaté que le système mis en œuvre en 1945 répondait à une situation économique, sociale et démographique qui a, depuis lors, beaucoup évolué.

Il a enfin regretté que la politique gouvernementale ne s'oriente pas suffisamment dans la direction d'une réforme à long terme de l'organisation actuelle de la Sécurité sociale. Il a notamment attiré l'attention de la Commission sur les problèmes financiers que poseraient, dans quelques décennies, les régimes d'assurance vieillesse.

M. Louis Boyer, rapporteur pour avis, après avoir répondu aux questions des commissaires, a proposé à la Commission de joindre à ses observations initiales les suggestions de MM. Michel Crucis et Pierre Louvot.

La Commission a alors adopté les observations du Rapporteur pour avis ainsi modifiées et, sur la proposition de celui-ci, a émis un avis favorable à l'adoption des crédits affectés au ministère de la Santé dans le projet de loi de finances pour 1981 (Sécurité sociale).

ANNEXE

VIII^e PLAN (1981-1985) Rapport protection sociale et famille.

Sources : Liaisons sociales.

Pour la première fois dans l'histoire du Plan, une seule commission, présidée par M. René Lenoir, ancien secrétaire d'Etat à l'Action sociale, avait à traiter de l'ensemble du système de protection sociale français dans chacune de ses composantes (santé, vieillesse, famille, action sociale, chômage) et en rapport avec l'environnement économique. Le rapport de la commission, qui part tout d'abord en guerre contre un certain nombre d'idées reçues, est riche en propositions qui peuvent s'ordonner autour des thèmes suivants :

- maîtriser le système de protection sociale, en dégageant les éléments et les conditions d'une bonne régulation ;
- trouver de nouvelles sources de financement ;
- combler les lacunes en matière d'aide aux familles et d'action sociale.

Dans le contexte économique actuel, maîtriser en l'améliorant le système de protection sociale exige des remises en ordre sérieuses. Mais, à moyen terme, c'est par une action sur le risque du chômage que l'on peut le plus efficacement lutter contre la divergence entre recettes et dépenses, toute amélioration de l'emploi permet de gagner sur les deux tableaux des recettes (augmentation du nombre des cotisants) et des charges (diminution des indemnités).

La commission souligne, d'autre part, que si la situation économique doit imposer des sacrifices à tous, - le bon sens et la justice commandent de supprimer d'abord les privilèges - dont certains bénéficient.

DÉTRUIRE LES MYTHES

Déficit des assurances sociales et déficit du budget social.

Depuis trois ans, il n'est question que du déficit de la Sécurité sociale et plus précisément de l'assurance maladie. Or, il n'y a pas de déficit des « assurances » sociales, puisque les cotisations des assurés couvrent les dépenses de ces derniers. Il y a, en revanche, déficit du budget social ou du système de protection sociale qui a en charge un nombre croissant de non-assurés (la légitimité de cette charge n'étant pas contestée). Les statistiques montrent d'ailleurs qu'avec seulement 700.000 cotisants de plus (ce chiffre correspond au nombre de chômeurs indemnisés à l'automne 1979), le déficit cumulé des années 1978-79 et 80 aurait été couvert sans majoration de cotisations. Un million de cotisants, en effet, apportent environ 15 milliards de recettes. Il est donc important de souligner que le déficit de la Sécurité sociale tient à l'incapacité de notre économie à retrouver le plein emploi.

Modification des structures de consommation.

La progression accélérée des dépenses de santé ne tient pas à quelque fatalité ; elle correspond pour l'essentiel aux nouveaux choix des consommateurs, mais aussi à une offre de soins qui n'a cessé d'augmenter. Phénomène commun à tous les pays industriels.

Gestion individuelle de la santé.

La gestion socialisée est souvent perçue comme synonyme d'irresponsabilité et de gaspillage. D'où l'idée de rendre tout ou partie du domaine de la santé à une gestion individualisée.

— Un premier mécanisme consisterait à ouvrir à chaque assuré social un compte où seraient versées les cotisations d'assurance maladie payées pour et par lui. L'assuré réglerait lui-même, sur son compte, ses dépenses de santé. Au bout de deux ans, les sommes non dépensées lui seraient acquises sous réserve d'un prélèvement de solidarité destiné à financer le régime longue maladie.

— Un second système reviendrait à privatiser l'assurance maladie, des assurés pouvant s'adresser selon leur choix aux caisses de la Sécurité sociale, aux mutuelles ou aux compagnies d'assurance, étant entendu que toutes clauses restrictives d'adhésion seraient interdites pour éviter que certains organismes ne se spécialisent dans la gestion des « bons risques ».

On ne peut apprécier ces propositions de ce genre sans se référer à l'importante concentration des dépenses de soins, comme le montrent les études du C.R.E.D.O.C. : 20 % des malades font 80 % de la dépense ; 3 % des malades font 50 % de la dépense et 1 % des malades fait 40 % de la dépense.

La principale objection à faire aux propositions évoquées ci-dessus réside dans l'inégalité qui en résulterait en matière de soins courants. La Sécurité sociale repose en effet autant sur le principe de l'assurance que sur celui de la solidarité. Solidarité entre les bien-portants et les malades, entre les cotisants et les non-cotisants.

Croissance involontaire du budget social.

Il s'agit d'une thèse fort répandue : le budget social croîtrait indépendamment de toute volonté ; des « mécanismes infernaux et incontrôlables » présideraient à « l'explosion des dépenses ». Cette opinion ne résiste pas à l'examen. La croissance des dépenses de protection sociale résulte au contraire, pour l'essentiel, d'une politique volontariste conduite avec persévérance : construction de nouveaux hôpitaux et rénovation d'hôpitaux vétustes, doublement du pouvoir d'achat du minimum vieillesse de 1974 à 1980, amélioration des retraites, aides aux handicapés et aux personnes âgées, etc. Il n'est guère qu'un domaine où le budget de la Santé évolue sans que les pouvoirs publics aient une prise sur lui : celui du progrès technique.

On assiste à un tel foisonnement de découvertes que leur mise en application... rend plus difficile la maîtrise de la croissance des dépenses de soins. Partout dans les pays industrialisés, le coût de l'acte médical augmente plus vite que la richesse produite.

Effet redistributif du budget social.

L'effet redistributif du budget social entre riches et pauvres est moins certain qu'on ne le pense car il ne peut être dissocié des modes de financement. Il n'y a finalement d'effet redistributif très net que pour les personnes qui reçoivent des prestations en ayant peu cotisé : certaines personnes âgées au minimum vieillesse, personnes handicapées ne travaillant pas, quelques familles marginales.

La France assistée.

Encore une « baudruche à dégonfler », cette fameuse « France assistée » si souvent évoquée pour critiquer notre système de protection sociale. Or, celui-ci relève pour sa plus grande partie de l'assurance. Certes obligatoire, mais qui nécessite des prélèvements financiers bien réels.

En conclusion.

Notre système de protection « socialisée » n'est pas bénéfique ou maléfique par nature. Il est à l'origine de progrès humains considérables et donne un sens concret à la notion de solidarité. Il peut toutefois développer des phénomènes pervers aux conséquences psychologiques et économiques graves.

La commission se montre convaincue que, tout en rejetant la tentation de l'assistance généralisée, il existe une voie possible dans le sens d'une « solidarité consciente ».

PROTECTION SOCIALE ET ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE

Une situation de rupture est née de la moindre progression de l'activité économique au cours de ces dernières années. Les décennies antérieures s'étaient traduites par l'affectation d'une part croissante de la richesse nationale au développement de la protection sociale. La poursuite de ces tendances risquerait de devenir intolérable pour notre économie. Il est impératif de maîtriser et consolider notre système de protection sociale, ce qui appelle des

modifications en profondeur des mécanismes générateurs des transferts sociaux. Il s'agit de tenir compte non seulement des risques sociaux « classiques » mais aussi du risque économique de l'indemnisation du chômage.

Cette innovation par rapport aux Plans précédents marque la volonté de prendre en compte l'environnement économique global et ses incidences sur les perspectives sociales à l'horizon de 1985.

Le prélèvement social (impôt + cotisations) freine-t-il la production ?

La réponse n'est pas évidente. Les activités sanitaires et sociales font partie intégrante de l'activité économique et de la croissance. Elles font trouver des « entreprises » (il s'agit essentiellement des établissements sanitaires et sociaux) employant 1.300.000 salariés et qui fournissent du travail à 150.000 autres personnes (professions médicales et paramédicales) ; elles font même par ailleurs des industries de pointe dans l'électronique ou la chimie, industries qui ont un fort potentiel de recherche, qui investissent et qui exportent. D'autre part, les transferts sociaux sont de remarquables « amortisseurs » de crise : ils ont permis à l'économie de ne pas s'effondrer en maintenant un certain niveau de demande.

Il est vrai, d'un autre côté, que le prélèvement social pèse sur l'économie, ceci de deux façons :

A. — Incidence sur les coûts de production.

Cette incidence tient au fait que le prélèvement est financé en grande partie par les entreprises. Celles-ci financent en effet 57 % du budget social global et 70 % de celui de la Sécurité sociale (contre, respectivement 19 % et 20 % pour les ménages ; 24 % et 10 % pour l'Etat et les collectivités locales). En Europe, c'est en France et en Italie que les entreprises supportent la plus grosse partie du prélèvement social obligatoire.

Les entreprises imputent les cotisations sociales sur leur coût et les répercutent ainsi sur leurs prix : le poids des cotisations peut ainsi apparaître comme un obstacle à la compétitivité extérieure.

Mais la réalité est moins simple. En effet, les comparaisons internationales montrent que la charge salariale totale (salaire + cotisations) est en France plutôt plus faible qu'en Allemagne ou qu'aux Pays-Bas par exemple, parce qu'en France, l'importance relative des cotisations d'employeurs a pour contrepartie des salaires nets plus faibles. Ainsi, ce ne seraient pas les prix qui pâtiraient du poids du prélèvement social mais les salaires.

Le problème est de savoir, indépendamment du montant des charges, sur quelle rubrique du compte des entreprises s'est faite la répercussion : par un freinage des salaires ou une réduction des profits ou encore une augmentation des prix. Il reste malgré tout que de façon générale, une aggravation rapide des charges des entreprises pourrait mettre en danger la compétitivité des entreprises par une accélération des prix.

B. — Incidence sur le financement des investissements.

Un prélèvement social excessif peut jouer contre l'investissement notamment en limitant l'autofinancement des entreprises. Si ces charges sociales excessives peuvent jouer contre l'emploi, il ne faut cependant pas surestimer leur importance par rapport à d'autres facteurs aussi pesants — physiques ou psychologiques — qui interviennent dans le processus de décision des entrepreneurs.

La voie étroite.

Cet ensemble de considérations montre l'étroitesse de la voie qu'il convient d'emprunter :

- un freinage brutal des transferts sociaux provoquerait un chômage instantané dans le secteur sanitaire et social et aurait des incidences non négligeables sur la demande ;
- mais, un défaut de maîtrise du système ruinerait à moyen terme les chances d'une reprise vigoureuse des investissements et, à long terme, le fondement économique du progrès social.

La commission a donc examiné les possibilités de ralentir la croissance du prélèvement obligatoire sans nuire à la qualité du système de protection sociale, en tenant compte des difficultés et charges nouvelles.

LA MAITRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ

I. — Le choix : pour une politique de régulation concertée des dépenses de santé.

Faute d'une modération très nette, à moyen terme, du rythme de croissance des dépenses de santé, on court le risque d'un éclatement de notre système de protection sociale, sans parler des perspectives de progrès social — notamment dans le domaine de la politique familiale — qui pourraient ne pas se concrétiser.

Pourtant, les projections effectuées par le C.R.E.D.O.C. pour 1985 pourraient inciter à un relatif optimisme. Elles donnent en effet une évolution de la consommation de soins sensiblement en retrait par rapport à celle prévue pour le VII^e Plan. La possibilité d'une décélération non négligeable du taux de croissance de la consommation médicale en francs constants ne doit pas, bien au contraire, pousser au laisser-faire.

— Elle laisse subsister, à cotisations constantes et en l'absence d'un redressement de l'emploi, un besoin de financement important de l'assurance maladie en 1985.

— Les hypothèses basses de décélération des dépenses de soins et de pharmacie supposent la poursuite d'une politique dans ce sens.

— Enfin, on peut estimer possible et nécessaire de descendre en dessous de l'hypothèse basse, c'est-à-dire de modérer davantage encore les dépenses, en particulier celles d'hospitalisation publique et celles de pharmacie.

Il semble difficile d'agir directement sur la demande, notamment par un désengagement de l'assurance maladie dans le secteur des « petites risques » ou soins de ville par opposition aux risques plus graves. L'examen approfondi des politiques d'action sur la demande incite à une grande prudence : les mesures les plus équitables sont aussi les moins rentables et les plus difficiles à gérer. Il vaut mieux agir dans les domaines de l'information des prescripteurs et des consommateurs par l'éducation et par la prévention.

A. — Les atouts d'une politique de maîtrise des dépenses de santé.

Une politique de régulation concertée des dépenses disposera, dans les années à venir, d'atouts non négligeables. Ainsi, le développement de la couverture sociale va connaître une certaine pause puisqu'on arrive au stade final de la généralisation de la Sécurité sociale (avec, récemment, l'entrée en vigueur de l'assurance personnelle) ; le niveau de protection (71 % des frais en moyenne) est globalement satisfaisant, en dépit de certaines lacunes (faibles taux de prise en charge des soins dentaires, de la lunetterie et des prothèses, insuffisances de la prise en charge des soins aux personnes âgées hébergées).

Par ailleurs, le quasi-achèvement de l'entreprise d'humanisation et de modernisation des hôpitaux joue certainement dans le sens de l'inflechissement de la croissance des dépenses hospitalières. Les forts rythmes d'accroissement des effectifs hospitaliers constatés dans le passé (plus de 17 % par an en moyenne entre 1964 et 1978) devraient connaître un inflechissement très important.

B. — Le handicap : la démographie médicale.

Depuis 1965, les commissions de la santé du Plan ne cessent de demander une limitation du nombre des jeunes médecins. Mais celle-ci est intervenue trop tard : l'évolution, pour les années à venir, est préoccupante. On prévoit un doublement du corps médical entre 1975 et 1985, avec un effectif probable de 140.000 à 150.000 médecins au terme du VIII^e Plan.

L'essentiel des flux se portera sur le secteur libéral. Certains facteurs nouveaux peuvent cependant contrebalancer les risques de cette évolution ; par exemple, l'aspiration des jeunes médecins à une meilleure qualité de vie conduisant à l'élimination des rythmes d'activité excessifs ; à noter également une plus grande disponibilité pour des préoccupations qualitatives ou sociales. Enfin, le mouvement démographique pourra contribuer à un certain rattrapage des inégalités de médicalisation entre les régions.

II. — Les options d'une politique de régulation concertée.

Cette politique de régulation du fonctionnement du système de soins repose sur trois idées forces :

- amélioration des instruments de pilotage disponibles et diffusion des techniques d'évaluation ;
- mise en place d'un projet à long terme, articulant davantage politique de soins et politique de prévention ;
- définition plus nette et plus exigeante des responsabilités de chacun.

A. — Connaître et évaluer.

En dépit de la masse d'informations disponibles, on constate trop souvent les phénomènes sans pouvoir mettre en lumière leurs causes : par exemple, on ne sait pas très bien pourquoi la croissance des dépenses de santé a diminué spontanément en 1976-1977, ni pourquoi l'espérance de vie des Français à trente ans est stationnaire depuis la fin des années 1960. Il reste en fait extrêmement difficile de déterminer un lien de cause à effet entre l'accroissement des efforts consentis et les résultats obtenus.

Autre lacune de notre appareil de connaissance : l'inexistence quasi complète de procédures d'évaluation de la qualité et de l'efficacité des soins dispensés.

Ainsi, le perfectionnement de l'appareil statistique et l'essor de procédures d'évaluation de la qualité des soins, devraient constituer une priorité majeure de la politique de santé pour le VIII^e Plan.

B. — Définir un projet pour l'évolution du système de soins.

Quel système de soins souhaitons-nous pour la fin du siècle ? Quels moyens mettre en œuvre dans les cinq ans à venir, pour concilier l'exigence humaine et l'impératif économique ?

La commission propose diverses options, parmi d'autres concevables, dont l'intérêt est de poser certains problèmes importants.

Un système pluraliste.

La commission estime qu'il faut préserver le secteur privé, à condition que les règles du jeu soient perfectionnées sur deux points :

- renforcer la transparence financière des établissements privés à but lucratif, il serait particulièrement souhaitable qu'un même plan comptable s'applique à l'ensemble du secteur hospitalier public ou privé ;
- éliminer certaines pratiques relevant d'une concurrence déloyale (pratiques dites « d'écrémage » pour le secteur privé, notamment dans certains cas de double appartenance de médecins hospitaliers à temps partiel, travaillant à la fois pour un établissement public et un établissement privé).

Un système mieux articulé.

- Il passe par la lutte contre l'hyperspécialisation.

Déjà la tendance à la spécialisation est plutôt en voie de régression dans le domaine de la médecine de ville, puisque les choix effectués par les étudiants et les prévisions dont on dispose montrent que le taux de spécialisation de 37 % en 1978, devrait être ramené à 33 % en 1985. Dans le domaine hospitalier, il faudrait réviser le mode d'organisation médicale exclusivement fondé sur la notion de service : la seule promotion possible, par exemple, pour l'assistant d'un chef de service a trop souvent consisté dans la création d'un nouveau service.

- Il faudrait également développer les liens entre l'hôpital et la médecine de ville.

S'il n'y a pas de solutions miracles en la matière, on peut néanmoins proposer quelques pistes :

- encourager les contacts d'ordre scientifique entre médecins de ville et hospitaliers ;
- expérimenter de nouvelles formules d'ouverture de l'hôpital par la coordination d'actions avec les cabinets de ville ;
- accentuer le rôle des hôpitaux locaux ne traitant que des hospitalisations « courantes » ;
- diversifier les terrains de stage offerts aux étudiants. La plupart des étudiants ne connaissent en effet que l'hôpital ; on pourrait développer les stages en cabinet de ville, en prévoyant au besoin l'octroi d'une compensation pour le médecin.

Un système faisant une plus large place aux échelons primaires de soins.

On obtiendrait ainsi un système plus économique, à condition cependant que la tarification des soins de ville demeure rigoureusement maîtrisée. Ceci permettrait une prise en charge médicale plus directe et plus globale. L'interlocuteur premier du malade, généraliste ou cabinet de groupe pluridisciplinaire, est le plus à même d'assurer, du moins jusqu'à un certain point, cette globalité du traitement.

En fait, « l'hospitalocentrisme » de notre système de soins réside surtout dans le mode de formation des médecins et dans un recours trop systématique à l'hospitalisation. Sur ce dernier point, il convient de faire porter un effort de redéfinition du champ hospitalier :

- Réduire les capacités hospitalières excédentaires. En effet, toutes les régions sont actuellement excédentaires au regard des besoins. Il faudrait donc réduire les excédents de lits hospitaliers, ce qui n'est pas facile à cause de la dispersion et le cloisonnement des établissements et au regard, également, des problèmes d'emploi que cela implique.

- Mieux contrôler les investissements hospitaliers, le problème étant que l'initiative de l'investissement revient à des acteurs qui n'en supportent pas les conséquences financières au plan du fonctionnement. La commission recommande à cet égard que le financement des investissements soit assuré au niveau régional, par un fonds d'équipement, associant pour sa gestion les représentants des établissements, de la Sécurité sociale et de l'Etat.

Une telle formule, qui ne remettrait pas en cause le statut juridique de l'hôpital ni son droit d'initiative en matière d'investissement, présenterait le double intérêt :

- de permettre une meilleure égalité dans la conduite d'opérations de modernisation et l'accès au financement ;

- d'éviter la réalisation d'investissements concurrentiels dans un même ressort géographique et d'assurer la totale effectivité de la planification hospitalière.

- Maîtriser le recours à l'hospitalisation. On pense, notamment, aux hospitalisations non médicalement nécessaires, pour motif « social » comme celles des personnes âgées ; on pourrait également restreindre les hospitalisations médicales qui pourraient être évitées ou dont la durée pourrait être nettement restreinte (intervention ou traitements relativement légers, hospitalisations pour diagnostic). A cet égard, il convient de contrôler la validité des admissions et des durées des séjours à l'hôpital, durées dont la prolongation excessive peut tenir aussi bien à un certain « acharnement scientifique » qu'à la simple routine ou l'insuffisante organisation et coordination des services. Un tel contrôle permettrait à la fois de maîtriser les dépenses de santé et d'améliorer dans nombre de cas le bien-être du malade. Il faudrait parallèlement développer les alternatives à l'hospitalisation (soins à domicile, consultations externes, hôpitaux de jour...).

C. — Développer la prévention et l'éducation sanitaire.

Pour mieux articuler prévention et politique de soins, plusieurs directions sont proposées :

- Mettre en place une politique globale de prévention, en favorisant par exemple, au niveau national, la coordination entre les décideurs et les différentes instances consultatives à vocation générale (Conseil supérieur de l'Hygiène et de l'éducation pour la santé...) ; il faudrait également engager, au plan local, un processus de concertation entre les divers acteurs.

- Mieux insérer la prévention dans l'exercice médical : l'enseignement médical devrait mieux former les praticiens à l'exercice de leurs responsabilités sociales ; au-delà du cabinet, les médecins pourraient être appelés à une participation de plus en plus active à des actions de prévention collective au sein de la population, moyennant bien sûr rémunération.

- Atténuer la coupure entre préventif et curatif : l'interdiction faite aux praticiens de médecine préventive de dispenser des soins curatifs (sauf exceptions très limitatives) est

injustifiable sur le plan médical et sûrement coûteuse pour les finances sociales. La nouvelle rédaction du code de déontologie, en ne mentionnant plus l'interdit traditionnel, constitue un progrès important.

— Déterminer les priorités. Il faudrait donner le primat à la lutte contre l'alcoolisme et aux principaux facteurs de mortalité ou de maladies graves que sont les maladies du système circulatoire, les accidents et traumatismes.

— Des financements appropriés. La prévention est une nécessité, même si elle peut sembler coûteuse a priori, car elle est susceptible d'entraîner, à long terme, des économies très importantes. On peut envisager la mise au point d'un programme d'action prioritaire ou la création d'un fonds national d'intervention, associant à son comité de direction les principaux acteurs de la prévention.

Quelle que soit la voie retenue, il faut répondre à trois types de besoins :

- nécessité de créer des dispositifs d'incitation à l'innovation sanitaire ;
- nécessité de discipliner l'octroi des financements ;
- nécessité de développer les échanges d'information.

Dans cette optique, la commission estime important et nécessaire d'encourager plusieurs « actions pilotes » au cours du VIII^e Plan qui devraient déboucher sur l'éducation de la population, le contrôle de l'environnement physique et l'aménagement des modes de vie locaux ; elles seraient ainsi l'instrument d'une modification des comportements et des mentalités.

D. — Définir et sanctionner les responsabilités de chacun.

Réformer l'enseignement de la médecine.

C'est sur la formation initiale que doit porter le premier effort. La commission propose une réforme profonde de l'enseignement de la médecine dans le sens d'une meilleure initiation des médecins à leurs responsabilités économiques, sociales et psychologiques. L'enseignement de la médecine s'avère trop abstrait et déshumanisé. Le recrutement privilégie les « mathématiciens » puisque le baccalauréat sélectif du premier cycle se fait sur les mathématiques. Cette sélection conduit à un « véritable gâchis ». De vraies vocations sont brisées à la fin des deux premières années, tandis que les étudiants qui ont passé avec succès le cap des examens théoriques renoncent plus tard — ou feront de mauvais médecins — parce qu'ils n'ont pas le « contact » avec les malades ou ne supportent pas la vision de la souffrance ou de la mort. Les étudiants connaissent trop tard les malades. Il faudrait organiser un enseignement « sur le vif » dès le début des études. On en est, en effet, arrivé à ce paradoxe d'une médecine déshumanisée alors même que le développement des maladies « de société », psychosomatiques, exigent que soit favorisé le contact humain. L'autre conséquence néfaste du type d'enseignement actuel, est l'emploi systématique d'examens nombreux et coûteux. Si le recours à des examens complexes est nécessaire dans certains cas, il ne faut pas rejeter les méthodes anciennes : réapprendre la séméiologie et la clinique, développer le bon sens et la réflexion « rester dans le monde des hommes, non des cas numérotés ». Il ne s'agit pas de se priver des moyens actuels, mais de mieux les utiliser par la mise en place d'une médecine d'un haut niveau scientifique et de grande qualité humaine qui aurait, entre autres, le mérite d'éviter le gaspillage. Ceci suppose d'avoir un nombre d'enseignants en proportion avec celui des étudiants, et l'intervention d'un texte limitant, dans certains cas, la responsabilité des médecins qui n'ont pas fait effectuer la totalité des examens possibles.

Rationaliser le fonctionnement de l'hôpital.

La tarification au prix de journée ne paraît pas adaptée à ce que doit être un modèle optimal de fonctionnement hospitalier : soigner vite, bien et au moindre coût. La substitution du budget global à ce mode de tarification est le meilleur moyen de rompre avec la passivité actuelle face à la dérive des prix de journée ; de même, le principe d'une enveloppe limitative serait une puissante incitation à l'optimisation dans l'emploi des moyens en personnel et en matériel. Il faudrait, parallèlement, associer plus étroitement les organismes de Sécurité sociale à la détermination du budget des hôpitaux publics et au contrôle de leur fonctionnement, mieux articuler les aspects médicaux et administratifs de la gestion des hôpitaux, lutter contre l'hypermécialisation des services, favoriser une meilleure utilisation des appareils.

Aménager l'exercice médical libéral.

Dans le domaine des soins médicaux de ville, deux priorités sont proposées :

— poursuivre la politique conventionnelle en perfectionnant les instruments tarifaires. La large adhésion des médecins à la nouvelle convention (93,15 % d'entre eux y sont scumis) montre leur attachement au principe de la convention, même lorsqu'ils ne sont pas d'accord avec son contenu :

— promouvoir un meilleur partage de l'activité des praticiens — notamment en incitant à une réduction de la durée moyenne d'exercice — et de plus grandes économies dans les prescriptions médicales. Un relèvement des prix des produits pharmaceutiques — nécessaire pour garantir la capacité d'innovation et l'indépendance de la branche — ne devrait pas entraîner de charges sensibles pour l'assurance-maladie si, par ailleurs, on obtient une modération des quantités consommées

Mieux répartir les compétences entre les pouvoirs publics et la Sécurité sociale.

On note à cet égard quelques « bizarreries », d'ailleurs à double sens, comme le fait que les organismes nationaux ont développé un pouvoir de nature quasi réglementaire dans des domaines où le vide juridique existait leur a permis de se substituer à l'Etat, par exemple dans la définition des règles de couverture sociale et d'ouverture des droits.

LES RETRAITES

Un répit relatif.

La structure démographique actuelle est favorable aux régimes de retraite, puisque les générations qui liquident leurs pensions sont beaucoup moins nombreuses que celles qui arrivent à l'âge actif. Ainsi, au cours du VIII^e Plan, le nombre de personnes âgées de soixante-cinq ans et plus diminuera de 7,5 millions en 1980 à 6,8 millions en 1985. Mais il s'agit d'un répit relatif : le besoin de financement à l'horizon 1985 subsiste néanmoins, en particulier dans l'hypothèse d'une croissance ralentie.

Il convient, par ailleurs, de mettre à profit cet avantage à moyen terme, pour clarifier et rationaliser un ensemble complexe. Il existe en effet un foisonnement de plus en plus difficilement maîtrisable : on dénombre quelque 120 régimes de base et 600 régimes complémentaires. Le caractère hétéroclite du système le rend indescriptible, personne ne peut en avoir une connaissance globale complète et cet aspect est particulièrement gênant lorsqu'on sait que ces régimes vont connaître des difficultés financières importantes dans quelques années. La multiplicité des régimes de retraite crée, en outre, des « inégalités profondes entre catégories socio-professionnelles.

La consolidation : équilibrage et régulation financière.

• Les retraites de base doivent faire l'objet d'un effort prioritaire, dans le sens d'une plus grande équité entre les retraités, mais le système doit largement fonctionner sur le principe de l'assurance plutôt que sur celui de l'assurance. Cependant, le minimum vieillesse subsisterait, d'abord rationnel, pour aboutir à l'octroi d'une allocation unique.

• Les retraites complémentaires n'ont pas été remises en cause. Les appréciations ont divergé uniquement sur le part à leur réserver dans l'ensemble du système de vieillesse : les régimes complémentaires ont réuni, en 1978, près du tiers du montant global des pensions vieillesse et d'invalidité et leur situation financière est inégale.

• Les régimes supplémentaires, en revanche, devraient faire l'objet d'un contrôle accru (certaines entreprises, y compris du secteur public, garantiraient à leurs agents des pensions voisines de 100 % de leur dernier revenu d'activité).

La commission recommande, par ailleurs, des transitions « douces » entre l'activité et la retraite et préconise la négociation d'une convention nationale pour l'emploi des travailleurs vieillissants.

• La fin des privilèges. A la S.N.C.F. comme dans plusieurs autres régimes spéciaux, l'âge d'ouverture des droits à une retraite pleine de cinquante ans alors qu'il est de soixante-cinq ans pour les salariés du commerce et de l'industrie du régime général. De tels écarts ne se justifient pas toujours en équité. La commission demande la suppression des avantages qui ne sont pas justifiés par la pénibilité particulière du travail.

• Faire des économies... Le principe d'une indexation des retraites sur les salaires moyens nets (et non plus sur les bas salaires) a été retenu, ce qui permettrait de faire des économies importantes, de l'ordre de 7,6 milliards de francs 1975 sur le financement des régimes de base.

— L'interdiction de cumuler les pensions minimales accordées en même temps par plusieurs régimes de retraite permettrait d'économiser 1,5 à 2 milliards de francs actuels, malgré le relèvement substantiel du montant minimum.

LE FINANCEMENT

La commission s'est posée la question d'un recours éventuel à de nouvelles sources de financement, c'est-à-dire à une diversification de la structure financière actuelle. Par exemple, les chômeurs bénéficiant d'un revenu de remplacement pourraient être appelés à cotiser. On pourrait concevoir de procéder au prélèvement d'une part personnelle et peut-être d'une contribution des entreprises, avec néanmoins un recours supplétif au budget de l'Etat, pour tenir compte de la solidarité face au chômage. L'U.N.E.D.I.C. contribue d'ailleurs déjà aux régimes complémentaires de retraite pour compenser le coût de la validation des périodes de chômage.

De toute façon, pour parvenir à un équilibre financier, un relèvement des cotisations semble être indispensable. A cet égard, la commission n'a pas, dans sa majorité, de réticences théoriques à un déplaçonnement de la cotisation dans le régime général.

A la suite de ces réflexions, elle propose les diverses orientations suivantes :

• L'impôt direct pourrait contribuer à alléger la charge des entreprises. Il finance actuellement environ 20 % du budget social et devrait pouvoir arriver, par ailleurs, à en financer 25 %.

• Pour une même prestation, tout assuré doit payer une cotisation identique rapportée à son revenu. Or, les non-salariés ne participent pas assez au financement de leurs régimes. Un effort d'équité doit donc être entrepris ; il devrait alléger de quelques milliards le régime général.

• Il serait cohérent d'étendre aux demandeurs d'emploi l'obligation de cotiser lorsque leurs facultés contributives le permettent (par exemple, lorsque les allocations perçues dépassent le S.M.I.C.).

• Les cotisations sociales, à l'inverse des impôts sur le revenu, sont dégressives en fonction du revenu ; il serait souhaitable qu'elles deviennent proportionnelles aux revenus. Le déplaçonnement des cotisations engendrerait par ailleurs équité et fluidité.

L'EMPLOI

Le chômage constitue la cause principale du déséquilibre financier de notre système de protection sociale.

En effet, d'une part, les allocations de chômage progressent plus rapidement que les autres prestations sociales, d'autre part, le chômage réduit les recettes puisque les demandeurs d'emploi sont exonérés de toute contribution, mais non les dépenses puisqu'ils continuent à bénéficier des droits sociaux (santé, prestations familiales, vieillesse).

Incidence financière du niveau de croissance sur la Sécurité sociale.

La commission a travaillé à partir d'un « mini-modèle » mis au point à l'initiative de M. Joseph Fontanet. Il en résulte deux sortes de constatations :

— un point de croissance du P.I.B. de plus chaque année réduit de 350.000 le nombre de chômeurs et de 25 à 30 milliards le déficit du système de protection sociale à l'horizon 1985 ;

— avec 6 % de croissance annuelle en moyenne, le chômage serait stabilisé et la Sécurité sociale équilibrée en 1985. A l'inverse, la « croissance zéro » se traduirait, malgré tous les efforts de maîtrise des dépenses, par un déficit de 145 milliards de francs en 1985. Ceci dit, il n'est pas question de renoncer à l'effort de rationalisation, mais celui-ci ne se conçoit qu'à titre d'accompagnement ou de relais d'une politique tendant vers une reprise nette de l'emploi.

D'AUTRES PROGRÈS NÉCESSAIRES

I. — La politique familiale.

Le souci démographique est au cœur de la réflexion sur la politique familiale pulequ'aujourd'hui, la baisse de la fécondité qui affecte les naissances de tous rangs (y compris premier et deuxième) se conjugue avec l'arrêt de l'immigration et le vieillissement de la population. De tous les pays européens, la France est sans doute celui qui a consenti le plus grand effort financier en faveur des familles. Cependant, la politique familiale ne semble pas apporter de réponse satisfaisante aux nouveaux problèmes démographiques. Le constat mêle la stagnation relative de l'effort financier consenti pour les familles, la faiblesse encore marquée des services collectifs ouverts aux familles (en dépit des progrès accomplis) et les incohérences du système actuel d'aide.

Les propositions de la commission.

— Créer un environnement plus favorable à la réalisation des projets familiaux, notamment par l'aménagement du temps de travail, de réelles possibilités d'alternance entre tâches familiales et vie professionnelle, un urbanisme mieux adapté, des services aux familles accrues (notamment les crèches), le développement du tourisme social.

— Aménager le système des aides financières.

Dans un but de simplification, la commission propose la suppression des conditions de ressources pour l'octroi des aides, accompagnée de l'imposition et de l'augmentation des prestations familiales. Elle demande également la révision des modalités d'imposition des familles, pour avantager les familles les plus nombreuses.

— Enfin, la commission propose d'une part, un scénario d'aide aux familles nombreuses, pouvant consister, notamment, en la généralisation et la revalorisation du complément familial attribué à partir de trois enfants ; d'autre part, un scénario d'aide aux familles en voie de constitution, cherchant à lutter contre le report du mariage et l'espacement croissant des premières naissances (prête aux jeunes ménages, amélioration des conditions d'attribution du complément familial pour un enfant de moins de trois ans).

II. — L'action sociale.

Contrairement à une idée répandue, l'action sociale s'adresse d'abord à toute la population pour faciliter la vie quotidienne. Elle ne se confond pas avec l'assistance. L'objectif pour le VIII^e Plan est de poursuivre l'effort et de combler les lacunes de la politique menée depuis dix ans.

Compléter et mieux utiliser les services existants.

Plusieurs mesures peuvent être envisagées à cet effet :

— autoriser les prises en charge de jour, de nuit, de week-end, de vacances dans certains établissements d'accueil ;

— développer les services d'intervention en milieu ouvert ;

— mieux coordonner divers services pour l'orientation ou le traitement des cas individuels ;

— décentraliser les décisions et organiser la concertation ;

— mieux assurer les financements ;

— lutter contre la pauvreté : ceci requiert une approche globale car le cumul des exclusions touche tous les domaines de la vie : travail, santé, absence de vie sociale... Il faut donc combattre sur tous les fronts avec pour priorité de privilégier l'enfant, point stratégique dans cette lutte.

III — Hébergement et soins des personnes âgées dépendantes.

La commission relève l'inadaptation de nos structures aux besoins : manque d'établissements adaptés, modes de prise en charge inadaptés ou rigides.

Les propositions.

— L'humanisation des hospices doit être terminée par la création aussi bien d'établissements de long séjour que de maisons de retraite avec secteur de cure médicale et par l'assouplissement de la réglementation.

— Changer le mode de prise en charge du long séjour, par l'institution, par exemple, d'un forfait hébergement tenant compte des revenus de l'intéressé et du coût réel de l'hébergement.

Une participation de l'ordre de 40 F par jour paraîtrait raisonnable. L'assurance maladie prendrait en charge l'intégralité des soins ; cette dépense supplémentaire serait compensée par les économies réalisées sur les services de médecine où séjournent au prix fort des personnes âgées qui n'ont rien à y faire. Il est prévu, enfin, d'étudier un système d'aide aux familles permettant de favoriser le maintien à domicile des vieillards.

IV. — Protection des chômeurs en fin de droits.

Les chômeurs de longue durée sont les oubliés de la réforme sur l'indemnisation du chômage. La suppression des allocations d'aide publique réduit le droit aux prestations sociales à trois ans pour les chômeurs de moins de cinquante ans et à cinq ans pour ceux de plus de cinquante ans. Ainsi des travailleurs privés d'emploi, souvent vieillissants, perdent tous droits sociaux, et ceci constitue une véritable régression. La législation d'aide sociale ne contient aucune disposition particulière en leur faveur. Il est donc urgent et nécessaire de combler une lacune qui affecte plusieurs milliers de chômeurs. La commission propose à cet égard la création d'une allocation sociale qui relèverait de la solidarité nationale, c'est-à-dire du budget de l'Etat et à laquelle serait rattachée l'ouverture des droits sociaux.