

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1969-1970

Annexe au procès-verbal de la 1^{re} séance du 25 novembre 1969.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la Commission des Affaires sociales (1), sur le projet
de loi de finances pour 1970, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE.

TOME III

Affaires sociales.

SECURITE SOCIALE

Par M. Pierre BARBIER,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Lucien Grand, président ; Léon Messaud, Roger Menu, Marcel Lambert, vice-présidents ; François Levacher, Hubert d'Andigné, Georges Marie-Anne, secrétaires ; André Aubry, Pierre Barbier, Hamadou Barkat Gourat, Jean-Pierre Blanchet, Pierre Bouneau, Joseph Brayard, Martial Brousse, Pierre Brun, Mme Marie-Hélène Cardot, MM. Charles Cathala, Roger Courbatère, Louis Courroy, Marcel Darou, Michel Darras, Roger Gaudon, Abel Gauthier, Jean Gravier, Louis Guillou, Marcel Guislain, Jacques Henriet, Arthur Lavy, Bernard Lemarié, Henry Losfé, Jean-Baptiste Mathias, Marcel Mathy, Jacques Maury, André Méric, Paul Piales, Alfred Poroi, Eugène Romaine, Charles Sinsout, Robert Soudant, Marcel Souquet, Henri Terré, René Travert, Robert Vignon, Hector Viron, Raymond de Wazières.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (4^e législ.) : 822 et annexes, 835 (tomes I à III et annexe 6), 836 (tome VI) et In-8° 150.

Sénat : 55 et 56 (tomes I, II, III et IV, annexe 5) (1969-1970).

Lois de finances. — Affaires sociales - Sécurité sociale.

SOMMAIRE

	Pages
I. — Les crédits budgétaires de la Sécurité sociale.....	4
II. — Le régime général.....	6
Les prestations familiales.....	9
Les accidents du travail.....	11
Les maladies contagieuses.....	11
La revalorisation des rentes.....	15
La vieillesse.....	16
Le calcul des retraites.....	16
L'abaissement de l'âge de la retraite.....	17
Les reversions et les cumuls.....	18
L'assurance maladie.....	20
L'hospitalisation	20
Les frais pharmaceutiques.....	21
Les professions médicales.....	25
Conclusions	27

Mesdames, Messieurs,

La discussion du budget du ministère « tuteur » du régime général de sécurité sociale — et pour la première fois, cette année, il s'agit du Ministère de la Santé publique — est l'occasion dans les deux Assemblées du Parlement d'évoquer la situation, l'évolution et les insuffisances des régimes obligatoires de protection sociale. C'est, à notre avis, une mauvaise habitude, car la Sécurité sociale mériterait que nous lui consacrons un débat complet chaque année, à la session de printemps par exemple. Il s'agit, en effet, d'un problème qui devient chaque jour plus préoccupant et dont l'ampleur ne peut raisonnablement se cantonner dans les limites étroites de la discussion budgétaire.

I. — Les crédits budgétaires de la Sécurité sociale.

L'importance de la question ne se retrace pas, en effet, dans les documents budgétaires. Et c'est en général avec un retard de près de six mois qu'est diffusé le document dit « Budget social de la Nation » qui devrait être annexé au projet de loi de finances.

Quant aux fascicules budgétaires, ils révèlent assez peu de choses :

Affaires sociales.

Le fascicule budgétaire comporte :

a) Au titre III (chap. 31-61, 31-62 et 34-61) un crédit de 49.284.466 F (contre 37.663.755 pour 1969) pour rémunérer le personnel des services de sécurité sociale et entretenir le matériel ;

b) Au titre IV :

— la reconduction du crédit de 65.000 F pour développer l'information en matière de sécurité sociale ;

— un crédit de 16.565.000 F (dont 200.000 F en mesures nouvelles) comme encouragement aux sociétés mutualistes ;

c) Au titre V (chap. 47-25) des crédits extrêmement importants (1.195.000 F) au titre de la contribution annuelle de l'Etat :

— au Fonds spécial de retraites de la Caisse autonome nationale de Sécurité sociale dans les mines. Cette subvention passe de 954.800.000 F à 1.021.000.000 F ;

— au Fonds spécial de la Caisse autonome mutuelle de retraite des agents des chemins de fer secondaires et des tramways. Cette subvention passe de 167.700.000 F à 174.900.000 F.

Charges communes.

Il est malaisé de déterminer dans les différents budgets la part qui revient au financement sous toutes ses formes du régime de Sécurité sociale des fonctionnaires et assimilés. La plupart de ces dépenses incombent à l'Etat au seul titre de son rôle d'employeur. Mais d'autres dépenses représentent la contrepartie d'avantages nettement supérieurs à ceux versés par le régime général de Sécurité sociale.

En dehors des charges exposées au titre des agents de la fonction publique, on relève :

a) Au chapitre 46-93 pour le financement des prestations familiales des salariés agricoles la somme inchangée — ce qui est surprenant — de 365.000.000 F ;

b) Au chapitre 46-95 le Fonds spécial de la loi du 10 juillet 1952 bénéficie de 44.200.000 F contre 41.000.000 F en 1969 ;

c) Au chapitre 46-96 le Fonds national de solidarité se voit doter de 2.453.400.000 F, en augmentation de 372.000.000 F sur 1969. Cette importante augmentation se justifie à la fois par la majoration des allocations et par l'imputation d'un crédit de 40 millions destiné à permettre la prise en charge des allocataires du F. N. S. ressortissants au régime de la loi du 12 juillet 1966.

Agriculture.

Au chapitre 46-61 figure la subvention au B.A.P.S.A. pour un montant de 2.684 millions de francs (soit 205 millions de francs de plus qu'en 1969).

Transports terrestres.

Ce budget comporte une subvention d'équilibre à la S.N.C.F., subvention dont une part importante (2.190.000 F en 1970 contre 1.112 millions de francs en 1969) va à la Caisse des retraites de la société nationale.

Education nationale.

Ce budget comporte une subvention de 41.100.000 F au titre de la contribution de l'Etat au régime de Sécurité sociale des étudiants (en augmentation de 10.500.000 F par rapport à 1969).

Marine marchande.

Au chapitre 47-31 la subvention à l'Etablissement national des Invalides de la Marine (E.N.I.M.) passe à 414.200.000 F, en augmentation de 9.500.000 F sur 1969.

II. — Le régime général de Sécurité sociale.

L'évolution des dépenses et des recettes du régime général en 1967-1968 et les prévisions pour 1969 et 1970 se présenteraient ainsi (en millions de francs) :

	1967			1968		
	Recettes.	Dépenses.	Solde.	Recettes.	Dépenses.	Solde.
Assurance maladie.....	27.414 (1)	30.910 (1)	— 3.946 (2)	22.855	22.644	+ 211
Accidents du travail.....	4.493	4.530	— 37	4.966	4.856	+ 110
Assurance vieillesse.....	(1)	(1)		11.120	11.118	+ 2
Prestations familiales :						
Salariés	15.018	14.011	— 1.651 (3)	18.014	17.856	+ 158
E. T. I.	1.208	1.094	+ 114	1.361	1.211	+ 150
Ensemble	48.133	50.545	— 2.412 (4)	58.316	57.685	+ 631
	1969			1970		
	Recettes.	Dépenses.	Solde.	Recettes.	Dépenses.	Solde.
Assurance maladie.....	26.923	27.268	— 345	29.575	30.537	— 962
Accidents du travail.....	5.758	5.560	+ 198	6.161	6.290	— 129
Assurance vieillesse.....	12.924	12.758	+ 173	14.179	14.783	— 604
Prestations familiales :						
Salariés	20.476	19.687	+ 789	22.394	20.859	+ 1.535
E. T. I.	1.468	1.381	+ 87	1.572	1.469	+ 103
Ensemble	67.549	66.647	+ 902	73.881	73.938	— 57

(1) En 1967, l'assurance maladie et l'assurance vieillesse sont encore regroupées.

(2) Dont — 769 au titre des salariés agricoles.

(3) Dont — 322 au titre des salariés agricoles.

(4) Une subvention de l'Etat de 2.900 millions a laissé un reliquat de + 488.

Un récent sondage de la S. O. F. R. E. S., paru dans un quotidien du matin, a montré qu'à une écrasante majorité, plus de 95 %, les Français sont attachés à leur système de sécurité sociale, que sa régression n'est pas envisageable, et qu'ils sont sensibilisés à toute atteinte portée à cette institution.

Il est indéniable que la Sécurité sociale, et notamment l'assurance maladie, a largement contribué à l'amélioration des conditions de vie des travailleurs en leur apportant la sécurité devant le risque

maladie, et leur offrant la possibilité d'accès à des soins chaque jour améliorés par les progrès techniques. Elle constitue un apport fondamental dans la recherche du « bien-être » et de la dignité de l'homme, but final de tout progrès.

Il ne fait pas de doute que les modifications restrictives apportées au régime général de la Sécurité sociale par les ordonnances de juillet-août 1967 avaient entraîné un mécontentement diffus qui n'a pas été étranger aux événements de mai 1968.

C'est là une première donnée qui l faut, au départ, avoir bien présente à l'esprit quand on aborde le problème de la Sécurité sociale :

- elle existe ;
- elle donne satisfaction à la grande majorité des Français ;
- toute modification de la Sécurité sociale ne peut se concevoir que dans le sens d'une amélioration.

Quelques chiffres au passage :

Le nombre des assurés cotisant au régime général était, en 1967, de 14.380.000 et, en 1968, de 14.650.000.

Le nombre des ayants droit était, en 1967, de 18.585.000 et, en 1968, de 19.170.000.

Au total 32.945.000 personnes étaient protégées en 1967 et 33.820.000 en 1968 pour une population d'environ 50 millions d'habitants.

Mais il est un deuxième fait sur lequel, devant la Commission des Affaires sociales, a insisté M. le Ministre de la Santé et qu'il ne faut pas perdre de vue quand on aborde les problèmes de la Sécurité sociale, c'est l'accroissement continu des dépenses, surtout pour la branche maladie, accroissement qui se traduit par ce que l'on appelle le déficit de la Sécurité sociale.

Je m'efforcerai au long de cet avis de démontrer que ce déficit de la branche maladie est très mal apprécié et que le régime général supporte un certain nombre de charges dites indues.

Mais, comme y a insisté le Ministre de la Santé, même si on change des chiffres de colonnes, le problème restera entier en ce sens que :

- les dépenses sociales s'accroissent de 10 à 12 % l'an ;
- cependant que le revenu national brut ne s'accroît que d'environ 6 % l'an.

Ainsi, les prévisions du déficit de l'ensemble des régimes de protection sociale en France seraient, pour 1975, de l'ordre de 25 milliards.

Le rapport de M. Mabit, au Conseil économique et social en 1963, concluait : « L'évolution à venir des prestations sociales dépend sans aucun doute des options politiques d'ensemble du pays. Tout n'est jamais possible à la fois et il faut choisir entre les emplois possibles du revenu national. La croissance des prestations sociales est un élément essentiel du développement social et du développement économique ».

Voilà le vrai problème posé avec d'un côté un système de couverture sociale qui n'admet pas de retour en arrière mais entraîne d'un autre côté un accroissement de dépenses qui risque de devenir insupportable à notre économie, dépenses qu'il convient de contenir.

On conçoit, dès lors, l'inquiétude des gouvernements successifs et le nombre de rapports demandés de tous côtés par les ministères compétents, rapports parmi lesquels il convient de citer :

— le rapport de M. Mabit du Conseil économique et social en septembre 1963 ;

— le rapport de la Commission des prestations sociales du Commissariat général au Plan, présenté par M. Bordaz ;

— les rapports de MM. Friedel et Canivet, au nom de commissions nommées par le Gouvernement pour étudier les différentes réformes susceptibles de limiter la progression des dépenses sociales ;

— le rapport de M. le professeur de Vernejoul au Conseil économique et social, étudiant principalement les problèmes d'hospitalisation ;

— le rapport du Haut Comité médical publié en 1964.

Cette liste n'est pas limitative, et M. le Ministre de la Santé nous a confié que de nouvelles études sur la question étaient en cours dans son ministère au sein d'une nouvelle commission présidée, celle-ci, par M. Laroque.

Les ordonnances de juillet-août 1967 ont, en ce qui concerne le régime général, réparti la gestion des risques entre trois caisses autonomes :

- assurance maladie et accidents du travail ;
- prestations familiales ;
- vieillesse et invalidité.

Les résultats des différents postes sont intéressants à connaître et vont permettre d'orienter la discussion.

Ces postes sont en principe indépendants les uns des autres, et un solde positif d'un poste ne doit plus servir à combler le déficit d'un autre poste.

D'après les chiffres qui nous ont été communiqués — et dont nous avons fait état plus haut — l'année 1969 connaîtrait en ce qui concerne le régime général un excédent d'environ 900 millions de francs, tandis que l'année 1970 verrait apparaître un déficit léger, d'environ 57 millions de francs.

LES PRESTATIONS FAMILIALES

Dans sa déclaration, le 16 septembre dernier, à l'Assemblée Nationale, le Premier Ministre a déclaré : « La programmation sociale tendra à redéployer une partie des transferts dans le sens d'une plus grande efficacité pour les plus défavorisés. Dès 1970, sera mise en œuvre une réforme de l'allocation de salaire unique. Celle-ci sera sensiblement augmentée pour les familles aux revenus modestes, mais sera réduite à due concurrence pour les familles plus aisées et même supprimée pour celles qui n'en ont que faire ».

Ces paroles laissent présager une orientation nouvelle et très contestée de la politique des prestations familiales : celle d'une modulation des taux en fonction des ressources des intéressés. Seule l'allocation logement, pour le moment, est liée aux revenus. L'allocation exceptionnelle de 100 F accordée par la loi du 13 novembre dernier aux familles d'au moins trois enfants non imposables à l'I. R. P. P. est un premier pas dans le sens de la modulation.

Votre Commission des Affaires sociales a, lors de l'examen de ce texte, marqué une vive réticence quant à l'éventuelle extension de ce qui serait une nouvelle doctrine en matière de prestations familiales. Et nous souhaitons que le problème soit clairement et dans son ensemble posé au Parlement. Il ne serait pas loyal de procéder allocation par allocation, en commençant par le salaire unique. D'autres formules de redistribution peuvent être aussi envisagées si on souhaite obtenir plus de justice sociale.

Le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour 1970 indique, en ce qui concerne les prestations familiales :

« L'année 1969 a été marquée par plusieurs améliorations des prestations familiales. L'ensemble des allocations familiales a été majoré de 4,5 % à compter du 1^{er} août. En outre, le taux des allocations servies pour les troisième et quatrième enfants a été porté le 1^{er} mars de 33 à 35 % ; celui de l'allocation de salaire unique dans les familles d'un ou deux enfants dont un de moins de deux ans est passé à la même date de 20 % ou 40 % à 50 %.

Il est prévu d'accorder le 1^{er} novembre un versement exceptionnel de 100 F par famille comportant au moins trois enfants et non assujettis à l'impôt sur le revenu des personnes physiques, cette somme étant majorée de 30 F par enfant au-delà du troisième.

Une provision a été inscrite dans le budget de 1970 pour tenir compte de l'incidence de ces mesures, et d'une nouvelle majoration de l'ensemble des allocations familiales de 4,5 % à compter du 1^{er} août prochain.

L'Etat devra verser à la Caisse nationale des allocations familiales en 1970 un solde débiteur estimé approximativement à 412 millions de francs et correspondant à la différence entre les cotisations dues à la Caisse et les prestations versées à ses agents. »

La situation financière de ce poste en 1969 présentera un excédent que l'on évalue à environ 710 millions de francs en ce qui concerne les salariés et 87 millions de francs en ce qui concerne les employeurs et travailleurs indépendants. Pour 1970 les prévisions portent ces chiffres respectivement à 1.535 et 103 millions de francs.

Mais, dès 1969, il est à peu près certain de l'excédent servira à financier le déficit de la branche maladie. Ainsi, la fameuse autonomie des trois caisses nationales annoncée comme l'un des fruits essentiels des ordonnances d'août 1967 aura vécu ! Et l'on en reviendra dès cette année à la confusion des trésoreries au mépris de l'article 17 de l'ordonnance n° 67-706 et des promesses qui nous avaient solennellement été faites à l'époque. Ce n'est hélas pas le seul cas où, en matière de sécurité sociale, on tourne résolument le dos à la loi ! Nous pouvons citer les conditions parfaitement illégales dans lesquelles on sert, depuis

l'arrêt du Conseil d'Etat en date du 10 mai 1968, des prestations du régime général aux médecins conventionnés ; on peut encore évoquer la décision contraire à la loi du 12 juillet 1966, mais tacitement approuvée, de la Caisse nationale d'assurance maladie des non-salariés non agricoles de rembourser depuis le 1^{er} octobre le « petit risque » à 50 % ; on peut aussi citer la non-application des dispositions de l'ordonnance du 21 août 1967, qui avait institué, malgré les protestations unanimes, un ticket modérateur d'ordre public, lequel ticket a disparu à la suite de la signature, le 6 décembre 1968, d'un protocole entre la Caisse nationale d'assurance maladie et la Fédération nationale de la mutualité.

Nous ne contestons pas qu'en elles-mêmes ces mesures étaient et sont souhaitables. Mais que penser de l'attitude, en pays de droit écrit, d'un Gouvernement qui fait voter des lois, ou mieux, qui les impose sous forme d'ordonnances et qui, un an après, déroge ou ne s'en sert que comme menace pour contraindre des organismes à accepter des conventions rigoureuses. Ce n'est pas ainsi que doit se concevoir la loi, surtout dans un régime où, constitutionnellement, son domaine a été tellement réduit.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La situation financière de ce poste est fluctuante : déficit de 37 millions en 1967, excédent de 110 millions en 1968, probablement de près de 200 millions en 1969, prévision de déficit pour 1970 de 129 millions.

Mais les cotisations étant en la matière variables, elles peuvent et doivent assez facilement être adaptées.

Nous voudrions profiter de ce rapport pour soulever deux questions qui paraissent à votre commission mériter l'attention :

- le problème des maladies contagieuses ;
- le problème de la revalorisation des rentes d'accidents du travail.

1° **A propos des maladies contagieuses**, la presse s'était émue après un arrêt rendu le 21 mars dernier par la Cour de cassation, statuant en assemblée plénière, en matière d'accident de travail. Il s'agissait d'un cas de poliomyélite qui s'était manifesté chez un interne en médecine qui, une quinzaine de jours auparavant, avait

examiné dans son service un jeune garçon atteint de cette maladie. Le praticien, ainsi que ses consultants, estimaient que l'apparition de la maladie dans un délai normal d'incubation après contact avec le malade établissait la contamination survenue par le fait et à l'occasion du travail. En conséquence, l'intéressé demandait le bénéfice de la législation sur les accidents du travail.

La Caisse primaire contestait que cette législation fût applicable. Au cours d'une longue procédure, les juges du fond devaient admettre la thèse de l'intéressé.

Un premier arrêt en ce sens de la cour d'appel de Bordeaux, du 16 mai 1963, avait été cassé par la Cour de cassation (Ch. soc.) le 25 juin 1964 comme ayant fait une inexacte application de la loi. La cour d'appel de Limoges, statuant sur renvoi, le 2 février 1966, ne s'étant pas inclinée, la Chambre sociale de la Cour de cassation, saisie d'un nouveau pourvoi par le directeur régional de la Sécurité sociale de Limoges, décidait, le 19 octobre 1967, le renvoi devant les Chambres réunies. L'Assemblée plénière devenue compétente dans la nouvelle organisation de la Cour de cassation tranchait définitivement, par son arrêt du 21 mars 1969, le point de droit posé par cette affaire.

Elle réaffirmait « que l'infection microbienne, qui ne figure pas dans les tableaux relatifs aux maladies professionnelles, ne donne droit à réparation au titre d'accident du travail que si elle a sa cause dans un traumatisme survenu par le fait ou à l'occasion du travail ».

Tel n'était pas le cas en l'espèce.

Sans doute la Cour d'appel de Limoges avait-elle admis qu'un tel accident existait « au motif que le virus de la poliomyélite avait pénétré dans l'organisme du docteur X « par une intrusion, une sorte d'effraction » ; mais cette construction était dépourvue de toute base juridique. Il est évident, en effet, que l'existence d'un accident du travail au sens de l'article L. 415 du Code de la Sécurité sociale ne peut être démontrée par simple déduction à partir de la maladie dont un travailleur est reconnu atteint à un moment quelconque.

Sans doute et en raison même des caractères qui déterminent la notion d'accident du travail, la Cour de cassation a-t-elle reconnu, par une jurisprudence constante, que la lésion apparue brusquement au temps et au lieu du travail devait, sauf preuve contraire, être

présumée imputable au travail. Mais, même en ce cas et si, *a priori*, le travailleur se trouve placé, alors, dans une position plus favorable, le problème n'est pas différent dans son essence.

Le Docteur X... eût-il ressenti brusquement, au temps et au lieu du travail, les manifestations de la poliomyélite que son affection n'eût pas davantage été couverte par la législation sur les accidents du travail. En effet, la contagion invoquée comme étant la source de l'affection ne pouvait, en tout état de cause, « être assimilée à un traumatisme ».

Les affections microbiennes ou virales dont l'origine ne peut être rattachée à un fait accidentel précis ne sont susceptibles de donner lieu à l'application de la législation sur les accidents du travail que dans le cadre des dispositions de cette législation visant les maladies professionnelles.

En vertu de ces dispositions « des tableaux spéciaux énumèrent les infections microbiennes visées qui sont présumées avoir une origine professionnelle lorsque les victimes ont été occupées d'une façon habituelle aux travaux limitativement énumérés par ces tableaux ».

Plusieurs tableaux de ce type ont été établis ; parmi les plus récents, on peut citer celui des hépatites virales professionnelles (n° 45).

L'affaire était suffisamment grave pour que le Premier président de la Cour de cassation l'évoque en ces termes dans le rapport annuel qu'il vient d'adresser au Président de la République.

« A maintes reprises, la Cour a eu l'occasion de manifester, et particulièrement sur le plan pénal, son souci d'assurer le plus complètement possible la sécurité des travailleurs. Elle a posé en règle que cette sécurité incombait au chef d'entreprise qui ne pouvait s'en dégager que par une délégation expresse à un subordonné spécialement chargé d'y veiller, que pour remplir l'obligation ainsi mise à sa charge il doit ne pas se contenter de consignes générales, mais imposer le respect des règlements particuliers à tel ou tel genre de travail, et encore veiller à l'exécution de ses ordres.

(29 octobre 1968, *Bull. crim.*, n° 274, p. 656 ; 13 novembre 1968, *Bull. crim.*, n° 297, p. 717 ; 26 février 1969, *Bull. crim.*, n° 98, p. 241.)

Un cas douloureux.

L'une des questions à propos desquelles, en Droit social, les travaux de la Cour de cassation ont fait apparaître des difficultés susceptibles de retenir l'attention du Gouvernement a été précisément soulevée par une affaire d'accident du travail soumise à l'Assemblée plénière et résolue par un arrêt du 21 mars 1969 (*Bull.* 1969, Ass. pl. n° 3).

Un médecin, marié et père de quatre enfants, avait, dans l'exercice de sa profession, contracté la poliomyélite et avait été atteint de paralysie. Il avait alors demandé à bénéficier de la législation sur les accidents du travail et, par un arrêt confirmatif, la Cour de Bordeaux avait, le 16 mai 1965, accueilli sa demande. La Cour de cassation ayant cassé cette décision, l'affaire revient devant la Cour de Limoges qui se prononce le 2 février 1966, dans le même sens que la Cour de Bordeaux.

L'Assemblée plénière a cassé de nouveau. Le respect de la loi l'a conduite à adopter cette solution parce que, d'une part, la poliomyélite n'est pas inscrite aux tableaux relatifs aux maladies professionnelles, et que, d'autre part, la simple contagion ne peut être assimilée à un traumatisme et être considérée, à ce titre, comme accident du travail. Mais la question paraît se poser, pour des considérations d'humanité trop évidentes, de savoir si lesdits textes ne devraient pas être modifiés pour tenir compte de situations semblables à celle qui vient d'être évoquée. (La question vous a déjà été soumise par une dépêche du Parquet général en date du 31 mars 1969.) »

Un autre cas nous a d'ailleurs été soumis : celui du refus qu'a dû opposer une caisse de mutualité agricole au paiement, au titre de la législation sur les accidents du travail, des frais engagés par deux exploitants agricoles des Ardennes qui, à la suite d'un simple contact avec des bovins atteints de la rage, ont dû subir un traitement antirabique à l'hôpital de Nancy. Il a, en effet, été constaté que cette maladie ne figurait pas à la liste des maladies professionnelles.

Nous devons, cependant, signaler qu'une prise en charge au titre de la législation des accidents du travail aurait été légale, si le traitement antirabique, auquel les intéressés ont été soumis, avait été rendu nécessaire par une lésion corporelle par morsure.

A une question que nous lui avons posée, M. le Ministre de la Santé nous a répondu :

« Le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale et le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Population sont d'accord pour estimer que l'étude de l'inscription éventuelle aux tableaux des maladies professionnelles, de diverses affections dues à des agents infectieux ou parasitaires à l'action desquelles des travailleurs peuvent se trouver plus particulièrement exposés, doit être activement poursuivie.

« La commission d'hygiène industrielle ayant constitué dans son sein, conformément aux dispositions de l'article 7 de l'arrêté du 18 mars 1968, une sous-commission des maladies professionnelles, il a été proposé à cette dernière, lors de la réunion

qu'elle a tenue le 30 octobre 1969, de confier à un groupe de travail comprenant, notamment, des personnalités médicales hautement qualifiées et qui pourra recueillir tous les éléments d'information qu'il estimera utiles, l'étude d'un certain nombre de ces affections, parmi lesquelles figurent la poliomyélite et la rage.

« Il sera fait rapport, par le groupe de travail, à la sous-commission, des résultats de ses travaux.

« Le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale se propose de suivre attentivement cette question. Il ne manquera pas, le cas échéant, de donner suite aux conclusions médicales et techniques positives qui se dégageraient des travaux dont il s'agit en vue de l'établissement de nouveaux tableaux de maladies professionnelles. »

Avec la Cour de cassation, votre commission souhaite que la législation sur les accidents du travail soit rapidement revue et complétée dans le sens d'une extension aux maladies contagieuses contractées en service.

2° La revalorisation des rentes d'accidents du travail ne nous paraît pas avoir été loyalement faite. Ces rentes, de même d'ailleurs que les pensions d'invalidité et de vieillesse, ont subi les augmentations suivantes :

— 4 % le 1^{er} décembre 1968 ou le 1^{er} janvier 1969, selon les catégories de bénéficiaires ;

— 4,35 % le 1^{er} mars 1969 ou le 1^{er} avril 1969, selon les catégories de bénéficiaires, soit, au total, par rapport au 1^{er} mars ou au 1^{er} avril 1968 une revalorisation globale de 8,52 %.

En outre, l'augmentation anticipée de 4 % n'a été payée qu'avec un retard considérable : le 15 mars 1969, au plus tôt, par les Caisses de Sécurité sociale, le 1^{er} juin 1969 par le Fonds de majoration.

Enfin, une revalorisation exceptionnelle de 3 % avec effet du 1^{er} novembre 1969 qui a été accordée par le Gouvernement, par arrêté interministériel du 1^{er} octobre 1969.

Cette mesure n'a qu'un caractère d'anticipation sur la revalorisation annuelle qui doit intervenir à compter du 1^{er} mars ou du 1^{er} avril 1970 ; en ce sens, elle ne rétablit donc pas l'équilibre souhaité avec l'augmentation des salaires constatée depuis le 1^{er} janvier 1968.

Par ailleurs, depuis l'intervention des décrets des 26 et 28 avril 1965, entrés en application en 1966, la revalorisation annuelle de ces rentes et pensions qui est indexée sur l'évolution du salaire moyen des assurés sociaux, a subi une dégradation continue en raison de la modification apportée au mode de calcul dudit salaire moyen.

Notre commission estime que l'indexation devrait être rétablie sur l'évolution vraie du salaire moyen des assurés sociaux.

Le montant moyen des indemnités journalières de l'assurance maladie est une mauvaise référence et ne constitue pas une base sérieuse et équitable pour déterminer l'évolution du salaire moyen des assurés. Il ne reflète les mouvements de salaires qu'imparfaitement et avec un long décalage dans le temps. De plus, il est soumis à des fluctuations difficilement explicables et qui n'ont rien à voir avec l'évolution économique.

LA VIEILLESSE

Les résultats financiers de cette branche sont matière à inquiétude. Après, en effet, un solde positif de 2 millions de francs en 1968, vraisemblablement de plus de 170 millions de francs en 1969, les prévisions pour 1970 laissent entrevoir un déficit de 604 millions de francs.

Il est certain que, jusqu'en 1975, la charge des « plus de 65 ans » ira s'accroissant en France. J'ai reproduit dans mon avis sur le budget du Ministère du Travail les données statistiques de l'I. N. S. E. E. sur ce point. Parmi les retraités français, 38 %, soit près de 3.500.000, relèvent du régime général.

Or que sont ces retraites du régime général ? Elles sont calculées sur le salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des dix dernières années d'assurance accomplies avant l'âge de 60 ans ou avant l'âge servant de base à la liquidation si ce mode de calcul est plus avantageux pour l'assuré (art. 343 du Code de la sécurité sociale). Leur taux est de 20 % de ce salaire de base à 60 ans et après trente années de cotisations. Il est majoré de 4 points par an ensuite, ce qui le fait passer à 40 % à 65 ans, 60 % à 70 ans... et, ironie cruelle, à 100 % à 80 ans.

Ce système est mauvais car :

— il ne retrace pas la carrière de l'assuré, ce qu'un système par points, possible grâce aux ordinateurs, assurerait avec bien plus de justice et apparemment sans difficultés insurmontables ;

— il ne tient aucun compte des années effectuées après la trentième ;

— il est notoirement insuffisant pour vivre décemment après une vie de labeur, puisque ainsi calculées les pensions les plus élevées accordées par le régime général pour les assurés au plafond sont de moins de 6.000 F par an.

Aussi voit-on se généraliser dans la plus confuse anarchie des régimes de retraites complémentaires obligatoires ou facultatifs qui pèsent sur notre économie, occasionnant des frais de gestion lourds parce que multipliés... et ce au détriment des catégories à pouvoir contractuel faible. Il est anormal que la retraite légale de base soit souvent bien plus faible que la retraite complémentaire. Nos voisins Anglais, qui se trouvent dans une situation, sur ce point, assez comparable, viennent de modifier leurs orientations. Présentant devant le Parlement le Livre blanc sur la réforme de la Sécurité sociale, M. le Secrétaire d'Etat pour les services sociaux a insisté sur le fait qu'il y avait actuellement en Grande-Bretagne deux « nations » composées l'une de ceux qui avaient eu le privilège d'appartenir à des entreprises ayant un système de pensions complémentaires satisfaisant et l'autre de ceux qui, n'ayant pas eu cet avantage, en étaient réduits à faire appel au Bureau national d'assistance. Aussi proposait-il de procéder à un alignement par le haut, en créant parallèlement au secteur des pensions privées un nouveau secteur public des pensions proportionnelles aux salaires.

Les vieux de France souffrent de la multiplicité et de la complexité de tout le système des retraites de base, des retraites complémentaires et des allocations de toutes sortes ! Ils se perdent — comme on les comprend — dans le dédale d'une réglementation inextricable, génératrice d'insupportables retards et de tracasseries sans fin.

*
* *

Nous savons qu'il est impossible d'envisager raisonnablement un abaissement généralisé de l'âge de la retraite, ceci pour des raisons évidentes à la fois financières, démographiques et économiques. Jusqu'en 1975-1980 la charge des inactifs par rapport aux actifs est et sera lourde pour notre économie. Mais il convient de faire dès maintenant un effort de principe progressif en faveur de deux catégories : les travailleurs des professions insalubres et particulièrement pénibles et les mères de famille.

*
* *

En matière de vieillesse notre commission a maintes fois manifesté des réticences devant **une autre anomalie : l'injustice et la complexité de la réglementation en matière de droit à pension de réversion et de possibilité de cumul d'avantages vieillesse.**

Qu'on en juge :

Cumul des avantages acquis à titre personnel :

1° Sont autorisés :

a) Le cumul des avantages acquis, d'une part, dans un régime général ou spécial de salariés et, d'autre part, dans un régime de non-salariés (art. L. 645 du Code de la Sécurité sociale, dernier alinéa) ;

b) Le cumul des avantages acquis, d'une part, dans le régime général de salariés et, d'autre part, dans un régime spécial (fonctionnaires, par exemple) ;

c) Le cumul d'avantages contributifs acquis dans plusieurs régimes de non-salariés en cas d'inactivités successives.

2° Est interdit, en fait, le cumul entre avantages acquis dans deux régimes de non-salariés en cas d'activités simultanées par suite de l'application de la règle de l'affiliation au régime de l'activité principale (art. L. 645 du Code de la Sécurité sociale, deuxième alinéa).

— *Cumul des avantages personnels et de réversion :*

1° Est interdit le cumul :

a) D'un avantage de réversion du régime général de sécurité sociale avec un avantage d'un régime d'assurance vieillesse de base (art. L. 351 du Code de la Sécurité sociale) (1) ;

b) D'un avantage de réversion d'un régime de non-salariés avec un avantage personnel d'un régime d'assurance vieillesse d'un régime quelconque lorsque l'assuré n'a pas cotisé :

(Décret du 2 novembre 1953 pour les artisans et décret du 31 mars 1958 pour les commerçants et industriels.)

(1) En plus de cette interdiction, il faut signaler que le conjoint survivant doit être à la charge de l'assuré au jour du décès ; cette condition s'applique dans des conditions draconiennes.

2° Sont autorisés :

a) Le cumul d'un avantage de vieillesse personnel acquis au titre d'un régime de non-salariés et d'un avantage de réversion acquis au titre de l'activité salariée du conjoint (Cas. Civ. 10 avril 1959). Cette solution jurisprudentielle est contestée par l'administration ;

b) Le cumul d'un avantage personnel acquis par une femme dans un régime quelconque avec un avantage de réversion acquis dans un régime spécial (fonctionnaires, par exemple). Pour les veufs, le droit est aussi ouvert, mais dans des conditions rigoureuses d'incapacité physique et de ressources ;

c) Le cumul d'un avantage de réversion acquis, à titre contributif, dans un régime de non-salariés et un avantage acquis à titre personnel dans un régime quelconque.

(Décret du 2 novembre 1953, artisans, et décret du 31 mars 1958, commerçants et industriels.)

d) Le cumul d'un avantage de réversion du régime des professions libérales avec un avantage personnel acquis à titre quelconque.

(Décret du 30 mars 1949 modifié.)

e) Le cumul d'un avantage de réversion du régime des avocats avec un avantage personnel (décret du 2 avril 1955, art. 36 et 37).

— *Cumul de plusieurs avantages de réversion acquis au titre de plusieurs régimes :*

Est autorisé le cumul des avantages de réversion acquis par le conjoint décédé dans deux régimes par suite d'activités non salariées et salariées exercées simultanément (art. 7 du décret du 14 avril 1958).

Encore faut-il ajouter qu'une veuve d'assuré social ne peut prétendre à bénéficier de la réversion que si elle a 65 ans (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail), ce qui, si elle n'a jamais travaillé et si elle a une cinquantaine d'années à la mort de son mari, la place dans une situation dramatique.

L'ASSURANCE MALADIE

Les dépenses de l'assurance maladie comprennent : d'une part, les prestations en nature :

- les frais médicaux, chirurgicaux, radiologiques, dentaires ;
- les frais pharmaceutiques ;
- les frais d'hospitalisation ;
- les cures thermales,

d'autre part, les prestations en espèces que sont les indemnités journalières.

Les frais de fonctionnement n'appellent aucune remarque particulière, car ils sont très raisonnables. La Sécurité sociale est un organisme bien géré et il n'y a qu'à se louer de la compétence des employés, à qui votre commission se plaît à rendre un hommage public tout en leur demandant moins de formalisme et toujours plus de contacts humains et de serviabilité dans leurs rapports avec les assurés sociaux au service de qui ils sont.

A. — **L'hospitalisation** représentait en 1968, 5.664.100.000 francs sur un total de 14.695.000.000 francs de prestations en nature de l'assurance maladie du régime général, soit près de 41 %.

Elle est considérée comme une des grandes responsables du déficit de la Sécurité sociale de la branche maladie. Des abus d'hospitalisation sont signalés à longueur d'année. Là encore il faut essayer de clarifier :

1° Dans les hôpitaux de petite ville ou de province, il est certain que la durée d'hospitalisation pourrait être réduite, mais les dépenses d'hospitalisation sur une année resteraient sensiblement les mêmes, celles-ci divisées par un nombre de journées moins grand donneraient un prix de journée plus élevé et la dépense pour la Sécurité sociale resterait pratiquement inchangée.

2° Dans les hôpitaux des grandes villes, et notamment à Paris où l'occupation des lits est pratiquement de 100 %, la diminution de la durée d'hospitalisation n'aurait aucune influence sur les dépenses de la sécurité sociale puisqu'un malade sorti serait aussitôt remplacé par un autre. Par contre, et c'est là une notion essentielle que je voulais dégager, *une rotation plus rapide des malades — et c'est possible — entraînerait, non pas une diminution des dépenses de la sécurité sociale pour ce chapitre, mais une économie possible dans les constructions hospitalières.*

Dans sa leçon inaugurale, le Docteur Denoix fait remarquer qu'un jour de moins à l'hôpital par malade permettrait d'hospitaliser 115.000 malades de plus sans construire le moindre hôpital supplémentaire.

Voilà la vérité sur l'hospitalisation :

— une diminution de la durée d'hospitalisation, dans les hôpitaux non pleins en permanence aurait comme conséquence inéluctable l'augmentation du prix de journée, donc n'entraînerait aucune économie pour la Sécurité sociale ;

— une diminution de la durée d'hospitalisation dans les hôpitaux pleins en permanence permettrait de construire moins d'hôpitaux, n'entraînant d'économies pour la sécurité sociale que dans la mesure où elle participe à la construction des nouveaux hôpitaux.

Or, lorsqu'on sait les abus d'hospitalisation qui interviennent du fait de l'engorgement des services de laboratoires et de cardiologie, qui font parfois attendre huit à dix jours des malades hospitalisés, on conçoit que des investissements dans ces deux disciplines seraient à court et à moyen terme vite récupérables, donc particulièrement rentables.

Le reste est affaire de gestion hospitalière. Mais que l'on ventile ou pas les dépenses de l'hôpital en sections (investissements, fonctionnement, frais médicaux), l'addition sera la même. Le problème reste celui de la rotation des malades.

B. — **Les frais pharmaceutiques** sont peut-être, parmi les dépenses de la sécurité sociale, l'objet du maximum de critiques parmi lesquelles je relèverai tout spécialement les points suivants :

- il y a trop de médicaments ;
- pourquoi changent-ils si souvent ;
- pourquoi reste-t-il des médicaments inemployés au fond des tiroirs des particuliers ;
- pourquoi ne pas délivrer les médicaments en vrac ;
- pourquoi les médicaments sont-ils si chers.

a) Y a-t-il trop de médicaments ?

En 1930, on comptait 25.000 présentations de médicaments. Actuellement, il y en a environ 11.000 remboursés par la sécurité sociale (dont 2.500 de faible vente), ce qui prouve qu'il n'y a pas eu d'inflation, bien au contraire. Présentés sous différentes formes

(comprimés, granulés, solutés, ampoules, suppositoires, sirops...), ils représentent à peu près 2.500 à 3.000 agents médicamenteux pour 8.500 présentations de vente courante en France.

Une enquête récente a révélé qu'à l'étranger, on dénombre :

— en Italie, 21.000 présentations, pour 12.000 agents médicamenteux ;

— en Allemagne, 24.000 présentations pour 7.500 agents médicamenteux ;

— en Belgique, 9.000 présentations pour 4.000 agents médicamenteux ;

— en Grande-Bretagne, 9.000 présentations pour 3.000 agents médicamenteux ;

— en Espagne, 12.000 présentations pour 4.000 agents médicamenteux ;

— au Canada, 17.000 présentations pour 8.000 agents médicamenteux ;

— au Japon, 17.400 présentations pour 7.500 agents médicamenteux.

Ainsi, on peut dire qu'en France, et ceci grâce à l'action vigilante et intelligemment freinatrice exercée depuis 1948 par la commission chargée de dresser la liste des médicaments remboursés par la sécurité sociale, il n'y a pas en France pléthore de médicaments : nous sommes, en fait, parmi les pays développés, celui où il y a le moins de présentations mis à la disposition des malades.

b) Pourquoi les médicaments changent-ils si souvent ?

La marque du progrès est son accélération continue... Contrairement à ce que beaucoup s'imaginent, une découverte résout rarement un problème : elle en fait naître d'autres, ou bien elle crée de nouveaux besoins. A mesure que les maladies sont mieux soignées, le désir s'aiguise de les voir traiter plus vite, ou avec moins de souffrance, ou avec moins de risques.

Il devient aussi nécessaire de porter remède à certaines maladies dont la fréquence croît à mesure que la vie humaine s'allonge. Il y a cent ans, le cancer était rare... parce que peu de gens parvenaient à l'âge où il apparaît d'ordinaire. De même pour les maladies de cœur ; et les rares « vieillards » souffraient en silence de leurs rhumatismes...

Le rôle de la recherche médico-pharmaceutique est de permettre le progrès constant des traitements. Chaque année, on découvre dans le monde une soixantaine de molécules chimiques utiles, parfois précieuses, pour la thérapeutique. Sans doute, toutes ne sont pas de grandes découvertes. Mais chacune présente au moins un avantage sur ce qui existait auparavant : moindre toxicité, plus grande facilité d'emploi, action plus rapide, meilleure élimination, absence de réactions secondaires, etc. On ne comprendrait pas qu'elles ne soient pas mises aussitôt à la disposition des malades, avec, comme conséquence, la disparition progressive des anciennes drogues qu'elles ont supplantées. C'est ce qui explique que le nombre des médicaments reste à peu près constant, malgré l'apparition continuelle de drogues nouvelles.

Dans le cas de la France, un autre phénomène a accéléré le remplacement des médicaments « anciens » (ceux d'avant-guerre) par des produits nouveaux : le blocage des prix, strictement appliqué en matière pharmaceutique. Il existait autrefois quantité de « petits médicaments » (généralement poudres ou extraits végétaux) dont le prix était modeste. Malheureusement, le blocage strict de leur prix de vente les a très vite rendus inexploitable. Il est certain qu'un produit vendu 1,50 F en 1952, même s'il a bénéficié de trois dérogations permettant chacune d'élever son prix de 10 % ne peut être vendu 2 F en 1967 ! Aussi, la plupart des « petits produits » ont-ils été abandonnés. Mais, comme il faut tout de même soigner les malades, on les a remplacés par des préparations nouvelles, composées de molécules de synthèse, dont le prix est plus élevé.

c) Pourquoi reste-t-il tant de médicaments au fond des tiroirs ? On pourrait énumérer bien des causes : le malade a été guéri plus vite que prévu ; il n'a pas confiance dans la thérapeutique prescrite, il est impatient ou instable, l'aggravation ou l'évolution de la maladie impose un changement de thérapeutique. Mais, dans tous ces cas, le malade assuré social a collé les vignettes sur l'ordonnance afin de pouvoir être remboursé... et il n'est plus question pour lui de rendre au pharmacien même les boîtes non ouvertes.

Il faut aussi se souvenir que ce n'est pas le fabricant qui fixe la contenance des boîtes de médicaments, mais la commission du décret du 5 juin 1967, commission chargée de dresser la liste des médicaments remboursables. Et elle le fait en s'entourant de maints avis.

d) Peut-on délivrer les médicaments en vrac ?

Un médicament ne peut exister sans emballage. Il lui faut une protection, une identification, une indication d'emploi, la possibilité de contrôles ultérieurs.

La pharmacie est l'un des domaines où la mécanisation a été poussée le plus intensément ; la plupart des médicaments sont empaquetés à la machine, ce qui assure aux opérations d'emballage un prix de revient bas.

En réalité, le coût du conditionnement des produits pharmaceutiques est l'un des plus faibles qui soient parmi les produits fabriqués : 2 à 6 % environ du prix « public » moyen des médicaments (3 % pour les comprimés, 2,8 % pour les suppositoires et 1,8 % pour les ampoules injectables et les dragées). Y a-t-il de quoi s'insurger ? La comparaison avec d'autres produits est d'ailleurs stupéfiante quand on sait que le conditionnement représente pour les détergents de 8 à 23 % de leur prix de vente, pour les biscuits et articles de droguerie 20 % et pour la parfumerie bon marché 35 % !

e) Pourquoi les médicaments sont-ils si chers ?

Cette interrogation recouvre une croyance que les comparaisons internationales révèlent inexacte. Il suffit d'ailleurs de voyager pour s'en persuader ou d'observer que nombreux sont les frontaliers des pays voisins qui viennent chercher des médicaments en France.

Il faut, lorsqu'on veut parler de l'équilibre de la Sécurité sociale, ne pas se contenter de slogans trop facilement répandus. On peut ensuite essayer d'esquisser des solutions. Et si l'on veut être juste, il faut, en regard de l'accroissement des dépenses, réfléchir au fait que le médicament contribue à :

- diminuer les arrêts de travail ;
- raccourcir l'hospitalisation ;
- prévenir bien souvent la maladie ;
- accroître le bien-être et faire reculer la mort.

De plus, il ne faut pas oublier que la recherche médicale absorbe 5,7 % des frais de laboratoires.

Mais sait-on assez que le Gouvernement fait supporter aux médicaments, au titre de la T. V. A., une taxe exorbitante de 19 %, incidence 23,45 %, taux maximum, le même que pour le whisky ?

Est-il admissible que l'Etat fasse, au détriment des assurés sociaux, un bénéfice qui doit dépasser 1 milliard de nouveaux francs, alors qu'a été admis le taux réduit de T. V. A. pour le chocolat, les confitures, les aliments du bétail, le soufre et les produits cupriques (c'est-à-dire les produits pour soigner la vigne !)?

Il est intolérable de ne pas voir accorder aux médicaments le taux le plus réduit. Quand, à propos de Sécurité sociale, on parle d'abus, celui-là doit être dénoncé en premier. Il est intolérable de voir un Ministre de la Santé inquiet pour l'équilibre de la Sécurité sociale, alors que son collègue des Finances n'hésite pas à prélever sur les cotisations des assurés sociaux une T. V. A. au tarif fort.

C. — Il est beaucoup plus délicat pour votre rapporteur d'aborder le problème des **professions médicales**.

Je sais qu'on attribue au corps médical une très grande responsabilité dans le déficit de la Sécurité sociale.

Je n'hésite pas à dire que c'est souvent injuste, parce que l'accroissement des dépenses tient essentiellement dans les données suivantes :

1° Le progrès technique qui accroît l'efficacité des soins, qui a bouleversé les données de la science médicale et qui entraîne :

- une consommation accrue ;
- une augmentation des malades chroniques grâce à une diminution de la mortalité et à l'allongement de la durée de la vie ;
- un renouvellement quasi constant des équipements, exigé par les possibilités nouvelles.

2° Les modifications de la situation démographique :

La politique de natalité de ces dernières années et les résultats de la science médicale ont augmenté le chiffre total de la population en valeur absolue, donc le nombre de consommateurs en puissance, et l'on comprendra que, actuellement et pour un temps encore, la répartition de la population française par tranches d'âge est défavorable financièrement pour le budget d'assurance-maladie.

L'analyse des pyramides d'âge fait ressortir, en effet, un élargissement des tranches extrêmes : enfants et vieillards, ce qui entraîne :

— d'une part, une consommation médicale accrue, ces catégories étant d'importants consommateurs médicaux ;

— d'autre part, un fléchissement des ressources proportionnellement au nombre des personnes protégées, car seule la population active verse des cotisations.

3° La promotion sociale et culturelle, avec les modifications des différentes couches sociales. L'expérience prouve que les familles aisées se soignent mieux.

4° La civilisation industrielle, qui, avec la concentration urbaine, crée un plus grand nombre de consommateurs citadins qui se soignent mieux eux aussi et qui ont d'ailleurs besoin de plus de soins en raison des nuisances (pollutions diverses, agressions des bruits, traumatismes psychologiques).

Mais nous voici entraînés loin du corps médical proprement dit, qui est bien obligé de s'adapter à cette évolution et de la suivre. Néanmoins, je pense que le corps médical a effectivement une certaine responsabilité dans deux ordres de dépenses : l'absentéisme et les prescriptions médicamenteuses.

La prescription d'un arrêt de travail a un double effet :

— il déclenche une dépense de la part de la Sécurité sociale, au titre des prestations en espèces ;

— il perturbe le système économique en mettant hors circuit un producteur pour le faire passer à l'état de consommateur.

Cela est très grave et c'est une décision qu'un médecin ne devrait jamais prendre à la légère : mais rien, dans les études de médecine, ne le prépare à prendre conscience d'une telle responsabilité.

Il y a là, au moment où l'on réforme les études médicales, une lacune à combler. A côté des études médicales scientifiques proprement dites, il faudrait prévoir un enseignement préparant l'étudiant au rôle social et économique qu'il est appelé à jouer comme médecin, ordonnateur involontaire des dépenses publiques.

D'ici là, je pense qu'il est indispensable que soit entreprise, grâce aux syndicats médicaux et en pleine collaboration avec eux, une campagne auprès du corps médical pour attirer son attention

sur ce rôle auquel, je le répète, il n'était pas préparé et sur sa responsabilité, d'une part, quant à l'absentéisme, d'autre part, quant aux prescriptions médicales que je ne qualifierai pas d'abusives, mais parfois de pléthoriques.

Parallèlement, du reste, devrait être entreprise une campagne de civisme auprès des assurés sociaux.

Conclusions.

Des économies sur l'absentéisme et sur les prescriptions médicales sont indispensables, de même qu'est indispensable la revision du taux de la T. V. A. sur le prix de vente des médicaments.

En outre nous persistons à croire qu'il ne faut plus imposer de charges indues au régime général. Certes, cela ne réduira pas les dépenses globales du budget social de la Nation, mais c'est une question d'honnêteté envers le régime général de la Sécurité sociale dont on a trop pris l'habitude de dire à tort que c'est un gouffre et qu'il est en déficit permanent.

Les charges indues, tout le monde les connaît et je ne veux m'y étendre, me contentant de citer :

- les transferts inter-régimes ;
- la participation non négligeable à l'équipement sanitaire et social dont la totalité devrait être assurée par des financements publics ;
- la participation par le remboursement du prix de journée dans les C. H. U. à la formation des médecins qui devrait relever uniquement du budget de l'Education nationale ;
- les dépenses engendrées par la consommation abusive d'alcool, qui rapporte tant à l'Etat et sans que de réelles mesures préventives soient imposées par les Pouvoirs publics.

Et, à propos de ce dernier paragraphe, il est tentant, pour contribuer à résorber le budget de la Sécurité sociale, d'essayer de pénaliser les causes de risques, de faire du coup pour coup. Un premier pas en ce sens a été fait l'an dernier en instituant, sur les assurances automobiles, une taxe spéciale reversée à la Sécurité sociale pour compenser les dépenses causées par les accidents d'automobiles, ce qui est discutable, du reste, puisque la Sécurité sociale avait l'habitude de se retourner contre les compagnies d'assurances pour récupérer les frais qu'elle avait engagés.

On parle d'un deuxième pas avec l'alcool. L'an dernier déjà, avait été envisagée l'institution d'une taxe sur l'alcool en général, taxe dont le produit aurait été reversé à la Sécurité sociale pour venir amortir les dépenses énormes, je le reconnais, qu'elle engage à cause de l'alcoolisme.

Cette année, il semble que le ministre responsable de la Sécurité sociale envisage de reprendre cette taxe sur les alcools, mais en en excluant le vin, taxe dont le produit servirait, nous a dit en commission le Ministre de la Santé publique :

— à compenser les dépenses causées par les accidents de la route ;

— à lutter contre la drogue ;

— le reliquat allant à l'assurance maladie.

C'est déjà mieux que l'an dernier, mais rappelons-nous le précédent de la vignette automobile...

Ce qu'il faut, ce n'est pas seulement pénaliser les alcooliques, c'est aussi prévenir l'alcoolisme. Le verre d'eau minérale coûte aussi cher qu'un apéritif, un jus de fruit coûte plus cher qu'un verre de Beaujolais ou de Sancerre.

*
* * *

Malgré les économies que l'on pourrait réaliser, le problème restera posé du budget social de la Nation. Nous en sommes très conscients. C'est moins le problème des dépenses que le problème des recettes qui se pose.

Actuellement, la majeure partie de l'effort est demandé et supporté par les industries de main-d'œuvre. Tôt ou tard, cette source de recettes, faussée par le développement de l'automatisation et par l'extension démographique de la couverture sociale devra être revue. M. le Ministre de la Santé nous a impressionnés en annonçant devant la commission que, vers 1975, on entrevoyait, pour l'ensemble des régimes de protection sociale, un déficit de 25 milliards. Il est urgent de se pencher sur la réforme des sources de recettes de la Sécurité sociale, de préparer un projet et, après en avoir discuté avec toutes les organisations responsables, de le

soumettre en temps voulu devant le Parlement pour que celui-ci puisse en discuter longuement et non le faire sous la pression des événements.

Pour ma part, je crois difficile de continuer à laisser essentiellement supporter par la seule main-d'œuvre le financement du régime général. Il faudra y faire participer l'ensemble des entreprises sous la forme, par exemple, d'une taxe sur le chiffre d'affaires (plutôt que par une augmentation de la T. V. A.).

Si on élève le débat, on en arrive fatalement à un choix politique.

L'évolution à venir des prestations sociales dépend sans aucun doute des options politiques d'ensemble du pays.

Tout n'est jamais possible à la fois et il nous paraît ni impensable ni impossible d'envisager certaines revisions dans le choix des dépenses de l'Etat, revisions qui ne seraient déchirantes que pour certains, mais qui seraient bénéfiques pour l'ensemble du pays.

Au Conseil économique et social, M. le Président Dary, dans son remarquable rapport sur le projet de modification de la loi du 12 juillet 1966, fait très justement observer : « La pluralité des régimes obligatoires d'assurance maladie pose un problème en soi, elle n'est pas critiquable si tous les régimes ont la même finalité et sont conçus selon des principes identiques. Il est cependant indispensable d'en prendre une vue globale. Bien entendu, tous concourent à entretenir la population en bonne santé, facteur de croissance économique et de bien-être. Mais, d'autre part, en raison des charges que les régimes d'assurance maladie font peser sur la production, dans une économie de plus en plus ouverte sur l'extérieur, il n'est plus possible de considérer isolément les prestations servies par chacun d'eux et les ressources qui y sont consacrées. Il est d'ailleurs significatif que l'évolution des prestations sociales, considérées comme des charges, mais aussi comme moyens du développement, soit aujourd'hui examinée dans le cadre du Plan.

« Au demeurant, toute recherche tendant à améliorer la couverture du risque maladie ne peut faire oublier que la prévention et les soins de santé, au niveau de l'individu et de la famille, sont de plus en plus ressentis comme des besoins auxquels il est essentiel de répondre. »

Me permettez-vous d'ajouter qu'il convient d'entreprendre toutes ces études et qu'il conviendra de faire les choix définitifs en fonction de l'Europe avec, comme but, l'harmonisation des systèmes sociaux des différents pays. Cette harmonisation, nous pouvons, nous Français, l'envisager sans crainte — nous sommes certainement parmi les pays du Marché commun celui où la couverture sociale est la plus complète.

Les Français, comme tous les citoyens de l'Europe, auront le choix entre la société de consommation ou une société de couverture sociale au sens large du terme. En effet, quels que soient les modes de financement de l'assurance maladie, la croissance normale et inéluctable des soins suppose un ralentissement relatif de l'évolution des revenus directs au profit de celle du salaire indirect que représentent les prestations sociales.

De telles options doivent être largement, loyalement exposées et commentées devant l'opinion publique afin que chaque Français comprenne que la contribution qui lui est demandée n'est pas une nouvelle charge parafiscale mais une participation concertée à une œuvre rationnelle de solidarité nationale.