

# JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## DÉBATS PARLEMENTAIRES ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
6<sup>e</sup> Législature

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1977-1978

COMPTE RENDU INTEGRAL — 25<sup>e</sup> SEANCE

1<sup>re</sup> Séance du Mardi 23 Mai 1978.

### SOMMAIRE

PRÉSIOENCE DE M. JACQUES CHABAN-DELMAS

1. — **Rappels au règlement** (p. 1923).  
MM. Fontaine, le président, Hamel.
2. — **Renvoi pour avis** (p. 1924).
3. — **Sécurité sociale.** — Déclaration du Gouvernement et débat sur cette déclaration (p. 1924).  
Mme Vell, ministre de la santé et de la famille.  
MM. Gremetz,  
Delaneau,  
Gau,  
Pons.  
Renvoi de la suite du débat à la prochaine séance.
4. — **Ordre du jour** (p. 1938).

PRESIDENCE DE M. JACQUES CHABAN-DELMAS

La séance est ouverte à seize heures.

M. le président. La séance est ouverte.

— 1 —

### RAPPELS AU REGLEMENT

M. le président. La parole est à M. Fontaine, pour un rappel au règlement.

M. Jean Fontaine. Monsieur le président, mon rappel se fonde sur l'article 132 du règlement.

L'alinéa 2 de cet article dispose :

« Dans le cas de déclaration avec débat, la conférence des présidents fixe le temps global attribué aux groupes dans le cadre des séances consacrées au débat ; ce temps est réparti par le président de l'Assemblée entre les groupes en proportion de leur importance numérique. »

L'alinéa 3 du même article précise :

« Chaque groupe dispose, pour l'orateur qu'il désigne, d'un temps de parole de trente minutes ; s'il y a lieu, le temps supplémentaire est réparti par le groupe entre deux orateurs au plus, disposant chacun d'un temps de cinq minutes au moins. Un temps de parole de dix minutes est attribué au député n'appartenant à aucun groupe qui s'est fait inscrire le premier dans le débat. »

Cependant, l'alinéa 4 de cet article 132 du règlement indique que « la conférence des présidents peut décider que, par dérogation aux dispositions de l'alinéa 3, le nombre des orateurs de chaque groupe intervenant dans le temps attribué à celui-ci, ne sera pas limité ».

Il résulte donc de l'analyse de ces dispositions :

Premièrement, que le temps global retenu pour la discussion, dans le cas de déclaration avec débat, est fixé par la conférence des présidents ;

Deuxièmement, que c'est le président de l'Assemblée qui répartit ce temps entre les groupes en proportion de leur importance numérique ;

Troisièmement, que les groupes répartissent entre leurs orateurs le temps qui leur est attribué ;

Quatrièmement, que les dix minutes prévues pour les non-inscrits ne concernent que le premier orateur inscrit, comme il en est pour les trente minutes attribuées à l'orateur unique d'un groupe déclaré.

Le temps attribué à la formation des non-inscrits dans le débat sur la déclaration du Gouvernement qui va suivre ne répond ni à la justice numérique, ni à la justice tout court.

En effet, aux termes de l'article 4 de la Constitution, « les partis et groupements politiques concourent à l'expression du suffrage. La formation des non-inscrits y est donc partie prenante. Il n'est par conséquent pas juste qu'elle soit traitée en pareille pauvre, tolérée mais non pas acceptée.

Je vous prie, monsieur le président, de me donner acte de ce rappel au règlement, et je vous serais reconnaissant de bien vouloir en saisir la conférence des présidents en lui demandant d'attribuer désormais à la formation des non-inscrits un temps de parole proportionnel à son importance numérique.

C'est ainsi que, dans le débat qui va suivre, compte tenu du temps global qui a été prévu — près de dix heures — la formation des non-inscrits, qui comprend quinze députés, aurait dû obtenir au minimum quinze minutes de temps de parole, ce qui aurait permis au moins à deux de ses membres de s'exprimer. (Applaudissements sur plusieurs bancs.)

**M. le président.** Mon cher collègue, je vous donne bien volontiers acte de votre déclaration.

Cependant, le règlement de l'Assemblée est la loi que nous devons tous respecter. Et, à la vérité, vous n'avez pas contesté l'application de ce règlement qui a été faite de la façon la plus claire et la plus nette.

Il s'agit ici d'une déclaration du Gouvernement suivie d'un débat. C'est donc bien l'article 132, alinéa 3, qui s'applique, comme vous l'avez fait remarquer. Et cet article prévoit un temps de parole de dix minutes, en effet, pour un seul député non-inscrit, au prix de la course, si je puis dire, puisqu'il s'agit du premier qui s'inscrit dans le débat.

Notre règlement a été étudié très minutieusement par le Conseil constitutionnel, qui l'a déclaré conforme à la Constitution. La conférence des présidents ne peut donc que l'appliquer.

Je lui ferai part de votre intervention; mais, dès à présent, je puis pressentir sa réponse: le règlement est ce qu'il est, et il faudrait qu'il soit modifié pour que, dans le cas d'une déclaration du Gouvernement, suivie de débat, les députés non-inscrits puissent bénéficier d'un temps de parole proportionnel à leur nombre, en l'occurrence une vingtaine de minutes, comme c'est le cas, par exemple, dans les discussions organisées en vertu de l'article 49.

La parole est à M. Hamel, pour un rappel au règlement.

**M. Emmanuel Hamel.** Me fondant sur l'article 17 de notre règlement, je vous demanderai, monsieur le président, si le Bureau n'a pas exprimé le désir de voir transmettre au Gouvernement les félicitations de l'Assemblée nationale — unanime, je le pense — aux parachutistes qui, sur l'ordre du Président de la République, pour l'honneur de nos armes et la défense de tant de nos concitoyens menacés, sont intervenus au Zaïre. (Applaudissements sur de nombreux bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)

**M. le président.** Mon cher collègue, je donnerai communication au Bureau de votre déclaration.

**M. Emmanuel Hamel.** Je vous remercie, monsieur le président.

— 2 —

## RENVOI POUR AVIS

**M. le président.** La commission de la production et des échanges demande à donner son avis sur la proposition de loi de M. Debré tendant à créer un ministère de la science dont l'examen au fond a été renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Il n'y a pas d'opposition ?...

Le renvoi pour avis est ordonné.

— 3 —

## SECURITE SOCIALE

### Déclaration du Gouvernement et débat sur cette déclaration.

**M. le président.** L'ordre du jour appelle une déclaration du Gouvernement sur les problèmes actuels de la sécurité sociale et le débat sur cette déclaration.

La parole est à Mme le ministre de la santé et de la famille.

**Mme Simone Veil, ministre de la santé et de la famille.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, je me félicite, au nom du Gouvernement, que l'Assemblée nationale ait décidé de consacrer à la sécurité sociale un des premiers débats de la législature. Ce choix reflète fidèlement, me semble-t-il, les préoccupations fondamentales de nos concitoyens.

Plus que jamais, les Français désirent à notre époque être protégés contre les risques qui affectent leur existence. Le temps n'est pas si lointain où la maladie, l'accident, l'arrivée à l'âge de la retraite et même la venue d'un enfant au foyer constituaient pour la majorité d'entre eux autant d'obstacles financièrement et humainement insupportables. Aujourd'hui, s'il est toujours éprouvant d'affronter les hasards et les risques de la vie, chacun de nous est assuré de trouver dans la protection collective une atténuation de ses difficultés personnelles.

A cette protection, les Français sont très légitimement attachés. Ils souhaitent son élargissement et son amélioration dans tous les domaines: celui de la santé, d'abord, qui figure au premier rang de leurs préoccupations, et tous les sondages le montrent; mais aussi celui de la famille qu'il faut aider afin qu'elle puisse assumer l'équilibre du foyer et l'éducation des enfants dans une société qui se transforme; celui, enfin, des personnes âgées et retraitées dont les conditions de vie sont étroitement liées à la solidarité que manifeste la société envers elles.

Le débat fondamental que nous engageons aujourd'hui a été amorcé par le très remarquable travail réalisé, il y a un an, par votre commission des affaires culturelles, familiales et sociales, à laquelle je tiens à rendre ici un hommage tout particulier.

Le rapport établi à cette occasion constitue, pour moi-même et pour l'administration dont j'ai la responsabilité, une référence constante dans l'action quotidienne comme dans la réflexion sur l'avenir. C'est le mérite de votre commission d'avoir, sous l'impulsion et grâce à la clairvoyance de M. le président Berger, abordé de front et sans complaisance les problèmes de la sécurité sociale dans leur diversité et leur complexité.

De l'ensemble de ses travaux, je retiens une idée essentielle: unis dans leur attachement commun au système de sécurité sociale, les Français et ceux qui les représentent ne sont pas unanimes quant à l'orientation souhaitable de son évolution future.

Cette diversité d'attitudes reflète naturellement les conceptions divergentes qu'ont de leur intérêt les groupes socio-professionnels concernés. Mais elle souligne aussi la difficulté des problèmes à résoudre. Elle nous incite donc à la modestie dans le discours et à l'humilité dans la démarche.

S'il existait des réformes simples, permettant d'assurer à tous une meilleure protection sociale en prenant en compte les vœux particuliers de chacun et sans imposer une charge insupportable pour la collectivité, je suis convaincue qu'elles seraient déjà connues et mises en œuvre, en France comme à l'étranger.

Aussi voudrais-je principalement présenter ici un bilan de notre système de sécurité sociale, tel qu'il apparaît après trente-trois ans d'existence, avant de vous faire part des intentions du Gouvernement pour la période à venir.

Un tel bilan paraît, en effet, nécessaire. Dans un ensemble en constante évolution, les grandes transformations restent parfois mal perçues, car dissimulées dans la succession de mesures particulières. Pourtant, les progrès réalisés par notre système de sécurité sociale, singulièrement au cours des années récentes, sont considérables, même s'ils se sont accomplis dans la continuité des structures d'organisation et de financement.

En premier lieu, la couverture des risques sociaux a été très sensiblement élargie: en nombre croissant, les Français ont bénéficié de prestations toujours plus diversifiées et qui financent une part également croissante des dépenses exposées par eux.

S'agissant, d'abord, du nombre de personnes couvertes, vous avez voté, il y a quelques mois, deux lois de généralisation qui constituent l'aboutissement d'une longue démarche étendant la sécurité sociale à des catégories nouvelles de Français. Dans le domaine de la maladie, les lois de 1948 et 1949 ont fait bénéficier de la sécurité sociale les étudiants et les militaires de carrière, antérieurement non couverts. Entre 1949 et 1961, ont été institués les régimes d'exploitants et de salariés agricoles. En 1966, une réforme importante a permis la création du régime d'assurance maladie des industriels, commerçants, artisans et professions libérales.

Au total, si le pourcentage des Français affiliés à un régime de protection obligatoire était, en 1945, seulement de 53 p. 100, il s'élevait en 1978 à 98 p. 100. Cette année, avec la création d'un régime attractif d'assurance personnelle et l'institution d'un régime propre au clergé, la totalité des Français auront accès à l'assurance maladie.

Une évolution similaire peut être observée dans le domaine de l'assurance vieillesse qui couvre aujourd'hui la quasi-totalité des personnes actives et un certain nombre de mères de famille. Les régimes complémentaires de salariés ont eux-mêmes été généralisés en 1972.

Enfin, depuis le 1<sup>er</sup> janvier de cette année, toutes les personnes résidant en France bénéficient des prestations familiales indépendamment de l'exercice d'une activité professionnelle.

L'élargissement de la couverture de la population ne s'est pas limité au territoire métropolitain. D'importants progrès ont été réalisés dans les départements d'outre-mer où, par exemple, le nombre de familles bénéficiaires des prestations familiales s'est accru de 20 p. 100 depuis 1975.

Parallèlement à l'extension de leur champ d'application, les prestations offertes ont été diversifiées et revalorisées, de sorte qu'elles couvrent aujourd'hui une fraction de plus en plus importante des dépenses exposées par les assurés.

Deux chiffres sont tout à fait caractéristiques: en 1960, la sécurité sociale finançait 48 p. 100 des dépenses de santé des Français. Elle en assure aujourd'hui près de 70 p. 100. Encore, pour certaines catégories de soins, notamment les soins hospitaliers, ce pourcentage est-il largement dépassé.

Je n'insisterai pas ici sur les causes de cette évolution liées à l'augmentation de la part des salariés dans la population active ou à l'extension de la sécurité sociale à de nouvelles catégories de la population.

Mais je tiens, en revanche, à souligner l'importance des progrès récemment réalisés dans la prise en charge de nombreuses dépenses, jusqu'ici trop faiblement couvertes. Tel est le cas, en particulier, des soins et prothèses dentaires ou des appareils auditifs pour jeunes enfants. De même, le nombre de maladies prises en charge à 100 p. 100 est passé de 5 en 1945 à 26 en 1978.

Simultanément, l'assurance maladie a vu se diversifier ses interventions: c'est ainsi par exemple que, grâce aux textes votés en décembre dernier par le Parlement, les personnes âgées bénéficieront d'une protection médicale améliorée, par la prise en charge des dépenses de soins engagées dans les centres de cure médicale ou les unités similaires des maisons de retraite.

Vous avez, à la même session, voté également une réforme importante assurant le financement des soins à domicile qui sont dispensés aux personnes âgées.

Enfin, la sécurité sociale prend en charge, depuis trois ans, une part croissante des risques supportés par les personnes handicapées antérieurement rattachées, pour l'essentiel, à l'aide sociale. S'agissant des retraites, elles ont bénéficié d'une double amélioration:

Tout d'abord, grâce à une politique délibérée de revalorisation qui a conduit, au cours des trois dernières années, à une croissance s'effectuant à un rythme une fois et demie plus rapide que celui des prix; ceci correspond à une augmentation annuelle de 5 p. 100 en pouvoir d'achat; pendant la même période, le minimum vieillesse a, de son côté, doublé;

En second lieu, du fait de l'élargissement des conditions d'ouverture des droits. Depuis la loi du 31 décembre 1971, le calcul de la pension peut être effectué sur la base de cent cinquante trimestres d'assurance au lieu de cent vingt et son montant est déterminé par référence au revenu des dix meilleures années d'activité. A ce titre, les droits constitués antérieurement ont été forfaitairement réévalués.

En matière de prestations familiales, notre pays consent un effort particulièrement important. Il est vrai que les allocations familiales proprement dites n'ont progressé qu'en termes de pouvoir d'achat et non par rapport au revenu national. Mais l'enrichissement des Français, depuis trente ans, les a mis mieux à même d'assumer directement les charges liées à l'éducation de leurs enfants. Il convenait, de plus, sans accroître de façon déraisonnable ce prélèvement social, de financer le développement des dépenses de santé, qui profite, au premier chef, aux familles.

Cette évolution des allocations familiales a, par ailleurs, été complétée par trois mouvements très importants, trop souvent négligés.

Le premier est le développement des prestations familiales spécifiques telles que l'allocation logement, l'allocation de rente scolaire ou les prestations liées à la situation de la mère de famille. Sans doute, les modalités de calcul de ces prestations sont-elles controversées. Le Gouvernement a d'ailleurs accepté, lors de l'institution du complément familial, qui a marqué un progrès sensible dans ce domaine, de procéder à un réexamen d'ensemble de ces problèmes, notamment dans une optique de simplification. Mais, au-delà de ces controverses, le développement des prestations aux familles à revenus modestes ou moyens a représenté un effort financier très important.

L'élargissement du champ d'application des prestations familiales à des situations familiales mal ou non prises en compte antérieurement est le deuxième trait de cette évolution que je voudrais mentionner.

Cet élargissement s'est fait dans trois directions: tout d'abord, en faveur des familles où il n'y a qu'un seul parent pour élever les enfants, avec la création puis le développement de l'allocation d'orphelin et l'institution de l'allocation de parent isolé; en deuxième lieu, en faveur des familles ayant un enfant ou un adulte handicapé à leur charge; enfin, en faveur des familles où les parents n'ont pas d'activité professionnelle, avec la

couverture croissante de la population non active par la généralisation intégrale des prestations familiales au 1<sup>er</sup> janvier 1978.

La troisième évolution significative en matière de prestations familiales est l'instauration progressive d'un statut social de la mère de famille, avec la prise en charge par la caisse nationale d'allocations familiales de cotisations vieillesse des mères bénéficiaires du salaire unique majoré.

Pour toutes ces raisons, le montant des prestations familiales a doublé en cinq ans, entre 1972 et 1976. Notre pays se situe au premier rang des pays occidentaux en ce domaine, phénomène d'autant plus remarquable que nous avons mis en place parallèlement un dispositif de fiscalité directe particulièrement protecteur des familles.

Il ne suffit pas, toutefois, que le bénéfice des prestations soit étendu aujourd'hui à la quasi-totalité des Français. Il est nécessaire, en outre, que les conditions de leur attribution aux diverses catégories de la population soient progressivement harmonisées.

A cet égard — et c'est là le deuxième aspect essentiel, à mon sens, de l'évolution récente de la sécurité sociale — les divers régimes ont évolué vers la réalisation d'une protection de base commune à tous les Français.

La voie d'une telle harmonisation a été ouverte par la loi du 24 décembre 1974, qui en a fixé les principes essentiels. Je voudrais les rappeler brièvement.

En premier lieu, cette harmonisation ne peut conduire à une réduction de la protection dont bénéficiaient antérieurement les ressortissants aux divers régimes. A cet égard, certains ont pu penser, notamment en ce qui concerne l'assurance maladie, que la sécurité sociale pourrait se limiter à garantir une couverture minimum, les assurés ayant la possibilité, pour les prestations jugées non indispensables, d'avoir recours à des organismes privés, assurances ou mutuelles.

Je considère, pour ma part, qu'un tel système, aboutissant à créer deux catégories d'assurés, réintroduirait dans notre société de profondes inégalités dans des domaines où elles sont, à juste titre, particulièrement mal ressenties. Aussi doit-il être rejeté et l'harmonisation doit-elle se faire par extension de la protection des catégories jusqu'à présent les moins bien couvertes.

En second lieu, on ne peut oublier que l'harmonisation des prestations suppose, en contrepartie des charges nouvelles imposées aux régimes, l'augmentation des cotisations des groupes socio-professionnels concernés; elle est donc nécessairement liée à la volonté des intéressés d'adapter en conséquence leur effort contributif.

Chacun sait que, s'agissant des travailleurs non salariés, cette adaptation peut être péniblement ressentie puisqu'elle porte simultanément sur les cotisations patronales et ouvrières. Mais il convient de souligner que les salariés, même s'ils n'en ont pas toujours conscience, se trouvent en réalité dans une situation similaire, l'ensemble du prélèvement social constituant un salaire indirect dont ils sont en fait les bénéficiaires.

Enfin, cette harmonisation se développe dans un contexte mobile où chaque groupe professionnel s'efforce, indépendamment de l'évolution générale et parfois sans coordination préalable, d'améliorer sa protection spécifique. Ces initiatives compliquent, quand elles ne retardent pas, la réalisation de l'égalisation des prestations, donc de l'harmonisation.

C'est à l'intérieur de ces limites que s'est opéré, au cours des années récentes, le rapprochement des divers régimes.

Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1973, l'assurance vieillesse des industriels, commerçants et artisans est alignée sur celle du régime général. Les prestations ont subi, en conséquence, un rattrapage important.

De même, la couverture assurée aux professions non salariées non agricoles se rapproche-t-elle progressivement de celle du régime général. En 1970 a été instituée la prise en charge partielle du petit risque. La loi d'orientation du 27 décembre 1973 a, par ailleurs, étendu les prestations aux soins de prothèse et de conservation dentaires, ainsi qu'aux frais d'optique, de transport et de cure. Enfin, depuis le 1<sup>er</sup> août 1977, l'harmonisation de la couverture du gros risque est, elle-même, presque totalement réalisée.

Le troisième et dernier point sur lequel je voudrais insister dans ce bilan concerne les structures de financement et d'organisation de la sécurité sociale. Celles-ci, à l'inverse de ce qui peut être observé pour les prestations, manifestent une grande stabilité.

Tel est le cas, d'abord, du mode de financement qui repose principalement sur des cotisations assises sur les revenus professionnels.

Les effets pervers que ce mode de financement engendrerait sont aujourd'hui parfois évoqués. En augmentant, notamment, le coût relatif du travail, il exercerait une influence dissuasive sur les comportements d'embauche. Surtout, il défavoriserait les industries de main-d'œuvre, dont certaines sont particulièrement exposées à la concurrence internationale.

De nombreuses voix se sont ainsi élevées, dont certaines au sein de cette assemblée, pour demander une réforme de l'assiette des cotisations.

Comme vous le savez, plusieurs études ont été menées à l'initiative du Gouvernement sur cette question soit au sein de commissions *ad hoc*, soit par le commissariat du Plan, et le Conseil économique et social est actuellement saisi du dossier. Sans préjuger les conclusions du Conseil économique et social, je dois toutefois souligner les problèmes qu'en tout état de cause soulève une telle réforme.

Etant observé que toute modification du financement de la sécurité sociale devrait laisser inchangé le volume global de ses ressources, les voies suivantes peuvent être explorées.

La première consisterait à transférer au budget de l'Etat — et donc à fiscaliser — une partie du financement. Cette mesure est particulièrement préconisée pour les prestations familiales. Mais il faut bien voir que, compte tenu de l'importance des sommes en cause, on assisterait alors à une très forte élévation de la pression fiscale sur les revenus. Je souligne qu'en 1977, le montant des prestations familiales distribuées s'est élevé à environ 50 p. 100 du produit de l'impôt sur le revenu.

Une seconde possibilité réside dans l'extension de l'assiette des cotisations à d'autres éléments que le salaire, par exemple en prenant en compte la valeur ajoutée des entreprises. A ressources globales inchangées, cela équivaut à alléger certaines entreprises en transférant sur d'autres une partie de la charge des cotisations.

L'ampleur de ces transferts serait considérable. Mais, surtout, leur incidence paraît difficile à mesurer de façon précise, car ni les victimes ni les bénéficiaires ne peuvent être clairement identifiés en l'état actuel de nos informations statistiques.

Deux choses pourtant sont certaines.

Tout d'abord, l'idée selon laquelle les secteurs ou entreprises actuellement en difficulté verraient leurs charges allégées par transfert à des secteurs plus prospères, ne correspond pas toujours à la réalité des faits. Il faut, en effet, tenir compte de ce que les secteurs qui seraient avantagés, tels le textile, l'habillement ou le cuir, sont également les clients de secteurs qui seraient pénalisés, comme le raffinage pétrolier ou l'énergie; ils retrouveraient donc indirectement, au travers de la hausse du coût de leurs achats, une fraction importante de la charge qu'on leur aurait enlevée. Par ailleurs, à l'intérieur d'un même secteur, les situations des entreprises sont très contrastées et les études faites montrent que la réforme pourrait aboutir à accroître encore les difficultés de certaines d'entre elles.

Une deuxième constatation, toujours dans le domaine de la modification éventuelle de l'assiette des cotisations, doit être faite.

En dépit de ce que certains ont pu jusqu'à présent espérer, la réforme serait très défavorable aux entreprises individuelles. Celles-ci, par définition, ne distribuent pas de salaires et ne supportent donc pas, à ce titre, les charges sociales de l'employeur. Ces entreprises commerciales, artisanales, et même agricoles, verraient leur prélèvement brutalement multiplié alors que beaucoup d'entre elles affrontent aujourd'hui une situation souvent difficile. Je ne crois pas que tel soit l'objectif visé par ceux qui préconisent une réforme de l'assiette des cotisations. Mais telles en seraient néanmoins les conséquences.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement croit nécessaire de poursuivre et d'approfondir les études en cours avant d'envisager une réforme qui entraînerait des bouleversements d'une telle ampleur. C'est la raison pour laquelle l'avis du Conseil économique et social est actuellement sollicité.

Original dans son mode de financement, notre système de sécurité sociale l'est aussi dans son organisation. Celle-ci s'est constituée, pour les risques maladie et vieillesse, sur le principe d'une couverture et d'une gestion séparées pour chaque groupe socio-professionnel; d'où l'existence d'un grand nombre de régimes spéciaux ou autonomes, auxquels viennent s'ajouter les régimes complémentaires et les systèmes mutualistes.

Cette structure entraîne, certes, des complications de gestion, encore que les frais administratifs des régimes se comparent favorablement à ceux d'organismes privés similaires.

Il est exact, toutefois, qu'avec le temps notre législation sociale a évolué vers une complexité croissante. Les assurés se trouvent fréquemment désorientés devant le nombre des formalités à accomplir, l'esotérisme des formulaires et la lourdeur des procédures. Certains, parmi les plus défavorisés, sont ainsi parfois dissuadés de demander le bénéfice de prestations auxquelles ils pourraient pourtant prétendre.

Cette situation appelle de notre part une double action. Il s'agit, d'abord, de clarifier la réglementation par un regroupement éventuel des prestations et une refonte des textes. Le Gouvernement s'y emploiera activement dans le cadre des mesures générales de simplification administrative dont vous avez récemment voté un premier ensemble.

Mais le Gouvernement n'est pas seul concerné. Dans la fixation des modalités de mise en œuvre de ces mesures et dans leur application individuelle, les organismes de sécurité sociale qui, aux yeux de beaucoup de Français, incarnent aujourd'hui l'administration, du moins celle à laquelle ils sont quotidiennement confrontés, sont principalement impliqués.

Il convient, en conséquence, que ces organismes soient étroitement associés aux efforts à entreprendre dans ce domaine de simplification et d'humanisation des relations avec le public. Il importe d'alléger les formalités, d'améliorer encore l'accueil et de rendre accessible à tous les assurés la compréhension des documents et imprimés qui leur sont destinés.

Cette action sera possible, j'en suis convaincue, grâce au sens des responsabilités des administrateurs et à la conscience professionnelle des personnels dont la complexité de la tâche n'est pas toujours suffisamment perçue par les assurés.

Cette évolution vers plus de simplicité, que chacun souhaite, trouve cependant ses limites — il faut en être conscient — dans le souci croissant d'équité qui inspire aujourd'hui notre législation sociale. Dès lors qu'il s'agit d'adapter le plus étroitement possible les prestations aux besoins particuliers de leurs bénéficiaires, besoins exprimés de façon de plus en plus spécifique, deux solutions peuvent être envisagées. La première consisterait à laisser aux organismes distributeurs un large pouvoir d'appréciation des situations individuelles.

Néanmoins, cela exposerait au risque d'arbitraire et il en découlerait, sans nul doute, un contentieux important qui aggraverait encore, en réalité, la lourdeur des procédures.

La seconde solution, retenue par la législation de la sécurité sociale, est fondée sur l'attribution automatique des prestations quand les conditions légales sont satisfaites. Elle paraît donc, en définitive, comporter moins d'inconvénients. Je crois surtout qu'elle satisfait mieux le souci croissant d'égalité que manifestent les Français, et contre ce souci, on ne peut lutter.

Il est inévitable, dans ce cadre, que la recherche d'une plus grande justice conduise à une complication accrue de la réglementation sociale. Nous nous efforçons, néanmoins, d'en limiter les conséquences pour les assurés, notamment en supprimant les effets de seuil et en alignant, chaque fois que possible, les divers barèmes correspondant à des situations similaires.

En définitive, et malgré ses imperfections, l'organisation actuelle des régimes paraît être celle qui convient le mieux, dans notre pays, à l'expression de la solidarité collective devant les risques sociaux, comme l'illustre, d'ailleurs, l'attachement que lui manifestent les organisations représentatives et l'ensemble des Français.

Dans le contexte que je me suis efforcée de décrire devant vous, quels seront les principaux axes d'action du Gouvernement pour la période à venir ?

Ainsi que je l'ai dit, il serait illusoire et dangereux d'attendre de l'application de remèdes miracles, ou d'un bouleversement des principes et des structures actuelles de la sécurité sociale, une plus grande satisfaction, au moindre coût, des aspirations des Français.

Au contraire, plus que jamais la rigueur constitue aujourd'hui la condition nécessaire du progrès.

A cet égard, il m'apparaît souhaitable de bien marquer dans quel contexte économique et financier évolue aujourd'hui notre système de sécurité sociale.

Le premier point à souligner concerne la progression des dépenses. Cette progression s'effectue à un rythme constamment supérieur à celui du produit national brut. Ainsi la part relative des dépenses sociales, dont la sécurité sociale représente les trois quarts, est passée de 22 p. 100 du produit national brut en 1972 à 26 p. 100 en 1976.

Inévitablement, il en résulte une hausse du taux de prélèvement. Celui-ci, qui s'élevait pour le régime général à 28 p. 100 des salaires plafonnés en 1945, atteint aujourd'hui 34,1 p. 100 des mêmes salaires, auxquels s'ajoutent quatre points déplafonnés.

Il est bien évident qu'il existe une limite à cette évolution et que cette limite doit être prise en considération dans la détermination de la politique générale des prestations. Aussi bien, dans le cadre de la pause fiscale et sociale décidée par le Gouvernement, le taux de ce prélèvement ne subira-t-il pas de hausse jusqu'à la fin de 1979.

Enfin, il importe de souligner que l'équilibre de la sécurité sociale se révèle très sensible aux conditions dans lesquelles s'effectue la croissance économique générale du pays.

Jusqu'à une période récente, l'élargissement continu de la couverture sociale trouvait sa contrepartie dans l'augmentation rapide des ressources globales de la nation. A titre d'illustration, je vous indique que l'on peut estimer à plus de un milliard de francs le surplus de recettes provenant d'une augmentation de la population active de 100 000 personnes.

C'est donc essentiellement de l'œuvre de redressement économique et financier entreprise par le Gouvernement qu'il faut

attendre une consolidation durable de l'équilibre financier de la sécurité sociale. Pour l'immediat, une certaine prudence est nécessaire dans l'adoption de mesures qu'il deviendrait difficile, voire impossible, de financer.

L'équilibre financier des régimes est soumis, en effet, à l'influence complexe d'un grand nombre de variables.

Certaines dépendent de la situation démographique des années précédentes ou résultent des décisions prises par le Gouvernement. Elles peuvent, à ce titre, faire l'objet d'une prévision exacte et d'un contrôle serré.

D'autres, au contraire, échappent à la maîtrise de l'administration ou même des organismes de sécurité sociale.

C'est principalement le cas de la consommation médicale, qui dépend essentiellement à court terme du comportement des assurés et des prescripteurs de soins. Nous avons assisté, en 1976 et en 1977, à un ralentissement important de sa progression, ce qui a beaucoup contribué à dégager l'an dernier un excédent financier dans le régime général. Les causes de cette évolution, qui marque une nette rupture par rapport aux tendances des quinze années précédentes, nous restent, pour certaines, encore mal connues. Elles font l'objet d'études approfondies.

C'est dire que pour l'avenir tout dépendra du rythme auquel progressera la consommation médicale.

Celle-ci peut se poursuivre sur le même rythme qu'en 1977 ou, au contraire, revenir à la tendance antérieure à 1976. Le solde financier global des régimes en 1978, son signe et son montant dépendent de la réponse à cette interrogation.

A cet égard, la prévision financière, déjà très compliquée en temps normal en raison de l'importance des masses en jeu, apparaît aujourd'hui encore plus difficile compte tenu de la nouveauté du phénomène que je viens de décrire.

Ces considérations ne doivent pourtant pas conduire à freiner un progrès souhaité par tous les Français.

Ce progrès sera conduit dans la continuité, mais avec détermination, par améliorations successives des prestations existantes et par la création de prestations nouvelles, selon les orientations définies par le Gouvernement et le Président de la République, telles qu'elles sont notamment énoncées dans le programme qui a été présenté aux Français à l'occasion des élections législatives.

Trois priorités s'imposent à nous : maîtriser l'évolution des dépenses de santé, sans porter atteinte à la qualité des soins ; favoriser la famille ; assurer la solidarité en faveur des personnes âgées.

S'agissant, d'abord, des dépenses de santé, je crois nécessaire de formuler quelques remarques avant d'exposer dans quelles directions sera poursuivie l'action engagée pour en maîtriser la croissance.

L'attention de l'opinion est aujourd'hui fréquemment appelée sur les conséquences financières néfastes de l'augmentation des dépenses d'assurance maladie. Inversement, on néglige de mettre en évidence les contreparties économiques positives, pourtant indiscutables, d'une amélioration de la condition sanitaire de la population.

A cet égard, il nous faut rompre avec une conception qui nous porte trop souvent à considérer comme improductives par nature les dépenses consacrées par la sécurité sociale à la santé des Français.

Même si l'imperfection de nos méthodes de calcul économique nous interdit aujourd'hui d'en chiffrer précisément les effets, il n'est pas douteux que la réduction de la mortalité, la diminution du nombre des accidents et des conséquences des maladies les plus graves permettent de réinsérer dans la population active un nombre important de personnes : elles exercent donc un effet stimulant sur la croissance économique.

Plus généralement, il importe de prendre en considération, même s'il ne peut pas être quantifié, l'accroissement du bien-être, du confort et, finalement, du bonheur que procure l'activité des services de santé pour apprécier leur contribution réelle à la production nationale et juger de l'utilité des dépenses qui leur sont consacrées.

Ma seconde remarque est la suivante. Si l'on compare la croissance des dépenses de santé en France à celle qu'on observe dans d'autres pays de niveau comparable de développement, on constate qu'il s'agit là d'un phénomène normal, puisque nos voisins connaissent des augmentations du même ordre, parfois même supérieures. La progression des dépenses de santé traduit seulement, en ce domaine, la réorientation de nos choix, et l'élevation de nos exigences en matière de soins qu'engendre naturellement la hausse de notre niveau de vie.

A cet égard, il serait trompeur d'attribuer à tel ou tel maillon de la chaîne de distribution de soins une responsabilité particulière dans la progression du coût de la santé.

On entend parfois évoquer tour à tour l'absentéisme, la gestion des hôpitaux ou les profits de certaines industries pour

expliquer le déficit de l'assurance maladie. Je tiens à dire ici avec netteté qu'il n'y a pas de cause ultime ou unique à la croissance des dépenses de santé, mais que celle-ci résulte d'un ensemble complexe d'évolutions dont certaines, d'ailleurs, ont été délibérément acceptées par les pouvoirs publics.

Les causes, au demeurant, sont bien connues et je ne ferai que les rappeler : allongement de l'espérance de vie de la population ; progrès considérable de la technologie médicale et de la médecine ; amélioration des conditions d'hospitalisation ; enfin, extension des prestations et généralisation de la sécurité sociale dont j'ai précédemment décrit les principales étapes.

Pour nombre d'entre elles, ces causes de progression des dépenses de santé subsisteront à l'avenir.

Le vieillissement progressif de la population française est inscrit dans la structure de la pyramide des âges.

Les choix opérés en faveur d'une modernisation et, surtout, d'une humanisation des établissements hospitaliers mobiliseront encore des ressources importantes.

Enfin, un accroissement très sensible du nombre des membres des professions de santé, au cours des dix prochaines années, est d'ores et déjà inévitable. Il entraînera, certes, dans les régions les plus défavorisées, notamment, une meilleure couverture médicale de la population. Mais on peut également anticiper une multiplication lourde de conséquences financières des actes et des prescriptions : elle ne sera justifiée que si elle entraîne avec certitude une amélioration de l'état de santé de la population touchée.

Aussi les dépenses de santé absorberont-elles une part toujours prédominante des ressources de la sécurité sociale, risquant de limiter le progrès réalisable dans les branches vieillisse et famille.

Cette perspective nous impose, à l'avenir, de contrôler rigoureusement l'appareil d'offre de soins afin d'en accroître l'efficacité. C'est à cette seule condition qu'il sera possible de maîtriser la progression des dépenses de santé sans porter atteinte à la qualité des soins ou à l'étendue de la couverture sociale dont bénéficient les assurés.

Les efforts entrepris à cet effet au cours des années récentes seront poursuivis et développés.

En premier lieu, ils concernent le système hospitalier, où plusieurs orientations nouvelles et décisives ont été adoptées et mises en œuvre par le Gouvernement.

C'est d'abord, je vous le rappelle, la stabilisation du nombre de lits hospitaliers, stabilisation largement compensée par le développement des activités sans hébergement. A cet effet, tous les programmes d'équipement engagés ou à venir font l'objet d'un examen systématique par mes services, dans le but de parvenir partout, et dans toutes les spécialités, à une adéquation stricte de nos capacités aux besoins sanitaires de la population.

La réduction de la durée moyenne de séjour dans les établissements hospitaliers permet même, pour l'avenir, d'envisager dans certains cas une diminution du nombre de lits installés, sans affaiblir nullement la couverture sanitaire.

C'est ensuite l'encadrement de l'évolution des prix de journée. Il permettra de mieux maîtriser l'évolution des dépenses et incitera les responsables, aux efforts desquels je tiens d'ailleurs à rendre hommage, à améliorer encore la gestion. Les budgets dérogatoires au cadre défini sont examinés par une commission nationale qui en apprécie la justification. Ces procédures ont d'ores et déjà permis de réduire de moitié la progression annuelle des prix de journées d'hospitalisation entre 1976 et 1978.

S'agissant, plus généralement, de la gestion des hôpitaux, nous rechercherons, à travers une plus grande participation des membres du corps médical, une sensibilisation de tous aux problèmes que pose la croissance des coûts.

L'introduction des méthodes modernes de gestion sera, en outre, accélérée.

Enfin, en application de la loi du 4 janvier 1973, des expériences de tarification nouvelle, fondées sur la définition d'un budget global ou de prix de journée écartés, sont d'ores et déjà engagées.

A l'égard des professions de santé, la politique conventionnelle menée sera poursuivie. Elle seule est susceptible d'assurer la compatibilité de l'exercice libéral de la médecine, auquel les Français sont très justement attachés, et d'une couverture sociale de son coût.

Aujourd'hui, d'ailleurs, 97 p. 100 des médecins, l'ensemble des sages-femmes et la quasi-totalité des auxiliaires médicaux sont conventionnés. La mise en place récente d'une convention de trois ans avec les chirurgiens-dentistes est venue combler une lacune importante de notre dispositif.

J'en viens aux dépenses pharmaceutiques : n'ayant pas eu, jusqu'ici, l'occasion de préciser devant le Parlement les orientations nouvelles de notre action, je souhaite en développer les principaux aspects.

Le médicament fait l'objet, depuis maintenant plusieurs années, d'une politique globale qui commence à porter ses fruits. Les remèdes ont été apportés aux principaux défauts justement relevés à l'époque dans ce secteur. Le nombre de médicaments admis au remboursement a été réduit. Les fausses innovations, souvent plus coûteuses que les produits existants, sont dorénavant refusées : le conditionnement le mieux adapté est recherché dans chaque cas, compte tenu de la posologie moyenne et de la durée du traitement.

Des analyses récentes du C.R.E.D.O.C. ont montré que les prix des médicaments en France étaient maintenant très inférieurs aux prix pratiqués en Allemagne, aux Etats-Unis ou en Suède.

De même, une analyse comparée de la consommation aux Etats-Unis et en France a prouvé que la dimension de nos conditionnements conduisait à délivrer des quantités identiques à celles des Etats-Unis où, pourtant, la distribution se fait « à la mesure ».

Enfin, une comparaison de la taille des conditionnements faite avec la Suède, qui a nationalisé sa distribution, a permis aussi de constater que les conditionnements en France étaient deux fois plus petits en moyenne qu'en Suède.

Il reste sans aucun doute beaucoup à faire, et la plus grande vigilance s'impose aux pouvoirs publics : mais sur ces bases assainies notre politique du médicament peut maintenant se développer sereinement, à l'abri de polémiques dépassées, pour tenir compte des réalités. Une industrie du médicament développant en France une recherche sérieuse et constructive contribue à la qualité des soins donnés aux malades. Elle met le pays à l'abri d'une dépendance excessive à l'égard des producteurs installés à l'étranger et, par là, concourt sur une longue période à l'équilibre financier des organismes de sécurité sociale.

**MM. Emmanuel Hamel et Robert Bisson.** Très bien !

**Mme le ministre de la santé et de la famille.** Notre politique du médicament se poursuit ainsi suivant trois axes : le maintien du contrôle technique des produits à un niveau international ; la limitation de la croissance de la consommation pharmaceutique aux stricts besoins des malades ; l'adaptation constante des modalités de fixation des prix de remboursement.

C'est ainsi que les conditions de l'autorisation de mise sur le marché donnée par les pouvoirs publics ont été rendues progressivement plus sévères. Une commission, composée de personnalités médicales, et scientifiques de très haut niveau, vient d'être constituée pour donner un avis sur les demandes d'autorisation. Sa grande autorité permettra d'obtenir le concours des meilleurs experts dans chacune des disciplines concernées.

L'information et la publicité médicales font maintenant l'objet d'un contrôle avant diffusion qui a permis d'améliorer considérablement la qualité. Ces contraintes ont contribué à freiner la progression de la consommation pharmaceutique, dont le taux est maintenant le plus faible de tous les postes des dépenses de santé. Une meilleure information du public sur le médicament paraît avoir donné de bons résultats et il y a lieu de poursuivre dans cette voie.

Enfin, des instructions ont été données à la commission qui fixe le prix des produits remboursables pour qu'elle mette en œuvre de nouvelles règles de calcul des prix. Elle a été ainsi incitée à favoriser les efforts de recherche ; les produits à faible prix de revient, défavorisés jusque-là, devront au contraire être encouragés à l'avenir. En ce sens, les révisions générales autorisées en 1977 et 1978 ont permis de mettre fin au quasi-blocage des prix qui avait suscité la substitution des produits les plus chers aux produits les moins coûteux.

La poursuite de cette politique globale, portant simultanément sur les éléments techniques des produits, l'information médicale, les prix, la consommation, permettra de concilier à l'avenir les deux objectifs de qualité des médicaments délivrés aux malades et d'économie des régimes de sécurité sociale, tout en préservant les chances d'une industrie de recherche et d'exportation nécessaire à notre pays.

Le deuxième axe autour duquel s'orientera le développement de la sécurité sociale concerne la famille. Celle-ci constitue, aux yeux du Gouvernement, l'une des grandes priorités des prochaines années. Sans doute une politique de la famille ne trouve-t-elle sa cohérence et son efficacité qu'entreprise de façon globale, dans l'ensemble des politiques sectorielles qui définissent notre cadre de vie.

Mais la protection financière des familles en reste, à l'évidence, un des éléments essentiels. Cette évidence explique les choix retenus par le Gouvernement en matière d'auto-omie des branches de la sécurité sociale et du niveau des financements qui leur sont respectivement attachés. L'orientation indiquée par M. le Président de la République peut, à cet égard, être analysée en trois propositions :

Ce rééquilibrage de notre budget social est prioritaire, et il convient de parvenir à un contrôle réel des dépenses de santé pour pouvoir assurer aux prestations familiales une évolution plus dynamique.

Dans ce cadre, il convient de raisonner pour la branche famille sur la base du niveau actuel de neuf points de cotisations.

Les incertitudes immédiates dues à la conjoncture nous imposent de maintenir actuellement les éléments de souplesse qui donnent une certaine unité, notamment de trésorerie, au budget social de la nation. Mais notre objectif est bien de maintenir à leur niveau les ressources des caisses d'allocations familiales et de les affecter à la politique familiale.

Le programme de Blois marque quels seront les quatre axes de l'effort entrepris dans ce cadre.

Le premier concerne la progression des prestations familiales. Le progrès réalisé en 1977, avec une double revalorisation et une augmentation de 1,5 p. 100 de leur pouvoir d'achat, sera maintenu et, si possible, accru.

Le deuxième axe concerne la protection spécifique qu'il convient d'accorder aux familles nombreuses, compte tenu notamment de l'impératif national d'un redressement démographique. Leurs prestations feront l'objet d'un effort plus net, passant au minimum à 1 000 francs par mois le 1<sup>er</sup> juillet 1979. L'institution à leur profit d'un revenu familial garanti permettra de leur assurer la sécurité matérielle sans laquelle leur équilibre et la stabilité de leur vie quotidienne seraient particulièrement menacés.

Le troisième objectif de notre effort est de faciliter une meilleure compatibilité entre vie professionnelle et vie familiale, notamment lorsque l'enfant est petit. C'est dans cet esprit que nous mettrons en œuvre un allongement de trois mois du congé de maternité. Un prochain projet de loi réalisera une première étape dans ce sens.

Enfin, notre quatrième préoccupation vise à consolider le statut social de la mère de famille, qui assume au foyer la tâche de l'éducation des enfants pendant au moins une partie de son existence. Elle est ainsi empêchée d'exercer une activité professionnelle et de se constituer des droits à la retraite.

A cet effet, l'institution de mécanismes apportant des garanties similaires à celles d'une assurance vie a été mise à l'étude. La caisse nationale d'allocations familiales prendra par ailleurs en charge, dans des cas plus nombreux qu'antérieurement, les cotisations vieillesse des mères de famille.

Enfin, s'agissant des veuves, l'amélioration du statut du cumul entre pension de réversion et droits propres permettra de leur assurer des ressources plus en rapport avec la lourde tâche qu'elles ont assumée en élevant leurs enfants.

A travers ces mesures, d'apparence technique, c'est une revalorisation importante de la place de la mère de famille dans notre société qui est recherchée. Le Gouvernement entend ainsi manifester la priorité qu'il attache au maintien et au développement des ressources et de l'équilibre humain et social des familles.

Le troisième axe privilégié du développement de notre protection sociale concerne les personnes âgées.

Les années qui viennent seront marquées par la venue à maturité des régimes d'assurance vieillesse. Par le jeu spontané des mécanismes démographiques, une proportion croissante des pensions sera liquidée avec, pour leurs bénéficiaires, l'application maximale des durées et des niveaux de cotisation. De ce fait, le revenu moyen des personnes retraitées est appelé à connaître une croissance rapide.

Je voudrais en outre appeler l'attention du Parlement sur le développement des régimes complémentaires. A l'initiative des partenaires sociaux, et dans un cadre purement contractuel, s'établit par leur intermédiaire une protection justement appréciée des Français. Il ne faudrait pas, toutefois, que ce développement conduise, par l'insuffisance de coordination, à retarder ou empêcher l'application des réformes importantes dont vous avez, au cours des années récentes, voté le principe et les modalités.

S'agissant des régimes de base, le Gouvernement s'attachera à améliorer leur fonctionnement et à développer la protection qu'ils apportent.

Des efforts seront accomplis, en premier lieu, pour accélérer la liquidation des pensions. Les caisses d'assurance vieillesse ont mis en œuvre pour ce faire un important programme d'équipement informatique qui devrait permettre de reconstituer plus rapidement les différentes étapes de la carrière des assurés.

En outre, des études ont été entreprises en vue d'examiner la possibilité d'un paiement mensuel des pensions. Je sais que beaucoup de personnes retraitées y sont très attachées et nous nous efforçons d'éliminer les obstacles techniques qui s'y opposent actuellement.

Mais surtout, l'effort de revalorisation entrepris au cours des années récentes sera poursuivi. L'augmentation des allocations versées aux personnes les plus défavorisées, l'octroi de la gratuité totale des soins médicaux aux titulaires du fonds national de solidarité et le développement accéléré des services d'aide ménagère ou médicale à domicile constitueront les pièces maîtresses du dispositif envisagé par le Gouvernement.

Telles sont, monsieur le président, mesdames, messieurs, les principales réflexions dont je souhaitais vous faire part.

Il est aujourd'hui fréquent d'entendre évoquer avec inquiétude et pessimisme l'avenir de la sécurité sociale. Certains croient discerner dans la diversification de ses interventions la menace d'un démantèlement. Pour d'autres, au contraire, la nécessité de maîtriser les dépenses nous conduirait inévitablement à réduire la couverture sociale des Français.

Tout cela est à l'opposé des intentions du Gouvernement.

Sans doute, la situation économique nous impose-t-elle aujourd'hui une vigilance et une rigueur accrues.

Des améliorations considérables ont été apportées au cours des années récentes à notre système de sécurité sociale. Pour la plupart, les Français bénéficient aujourd'hui d'une protection efficace.

Il reste néanmoins, pour les plus défavorisés, des progrès à accomplir. Je pense ici à toutes celles et ceux, veuves, invalides, accidentés, qui sont les plus exposés aux risques sociaux, mais aussi les moins bien couverts, parce que privés d'un revenu professionnel permanent.

C'est à mon sens vers eux que doit maintenant se porter notre attention.

Ces progrès en faveur des plus défavorisés, comme la poursuite de l'effort passé, ne seront possibles que si chacun de nous exerce pleinement, pour ce qui le concerne, sa responsabilité dans le développement de notre système de sécurité sociale.

La protection collective s'est jusqu'ici étendue dans notre pays sans aliéner la liberté des personnes.

Pour conserver cet équilibre, auquel nous savons qu'ils sont profondément attachés, tous les Français, qu'il s'agisse des assurés eux-mêmes, des membres des professions de santé ou des gestionnaires du système de soins, doivent avoir conscience que la protection a un coût et que c'est la collectivité qui paie.

C'est là, au demeurant, la conséquence normale de l'esprit de solidarité qui a présidé à la création de la sécurité sociale. Les formes de cette solidarité sont aujourd'hui multiples. Elle conduit à faire contribuer les personnes en bonne santé à la prise en charge de celles qui sont frappées par la maladie ou l'accident, à faire partager les dépenses d'éducation des enfants par ceux qui n'en ont pas encore ou qui n'en ont plus la charge, à distribuer entre actifs et retraités les revenus tirés de l'activité des Français.

Le renforcement de notre solidarité est essentiel au développement de la sécurité sociale.

A défaut, cette institution se transformerait peu à peu en un assemblage hétérogène d'assurances catégorielles que viendrait compléter une assistance restreinte pour les plus défavorisés. Là réside le véritable risque du démantèlement et l'on perçoit bien la régression qui en résulterait.

Je suis convaincue que nous saurons éviter cet écueil et que, restant fidèles à l'esprit des fondateurs de la sécurité sociale, nous saurons répondre aux aspirations des Français à une société plus juste, plus solidaire et plus digne. *(Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et du rassemblement pour la République.)*

**M. le président.** La parole est à M. Gremetz, premier orateur inscrit.

**M. Maxime Gremetz.** Monsieur le Premier ministre, madame le ministre de la santé, c'est dans un contexte marqué par l'aggravation brutale des conditions d'existence de notre peuple que s'ouvre ce débat sur la sécurité sociale : hausse galopante des prix, aggravation du chômage ; bref, la plupart des habitants de ce pays ont de plus en plus de difficultés pour vivre.

C'est la conséquence directe de votre politique.

D'une importance nationale par la place qu'elle joue dans la vie du pays, la sécurité sociale est un acquis essentiel de la lutte du peuple français.

C'est d'ailleurs une question à laquelle l'opinion publique est très attentive, car elle concerne directement des millions de personnes et, de façon particulièrement aiguë, les plus démunis, les plus défavorisés, ceux qui sont d'abord les victimes de la crise.

Importante, la sécurité sociale l'est aussi par l'ampleur de son volume financier : 356 milliards de francs en 1976, soit presque l'équivalent du budget de l'Etat — 374 milliards.

Mais, à cause de votre politique, madame le ministre, et de celle du Gouvernement auquel vous appartenez, jamais l'écart n'a été aussi grand entre les besoins tels qu'ils sont ressentis, exprimés et tels qu'ils sont, en partie, satisfaits par la sécurité sociale.

Prenons les domaines dont elle s'occupe. Tout d'abord la maladie.

Pour le plus grand nombre, ce sont la fatigue, l'usure, provoquées par des conditions de vie et de travail difficiles ; ce sont les maladies liées au travail ; c'est le mal de vivre dû à

l'étouffement des perspectives, des projets individuels ; c'est la peur du chômage et l'angoisse du chômeur ; ce sont les atteintes à la dignité que provoquent une vie bousculée, des conditions de travail humiliantes, et l'impression d'être dépossédé, en partie, de soi-même, et de perdre la maîtrise des conditions de sa vie.

C'est aussi la hantise de la maladie, de l'accident car ceux-ci constituent trop souvent un véritable coup de grâce pour ceux qui sont contraints de se priver sur l'essentiel et qui ne peuvent assurer à leur famille que des conditions matérielles précaires.

Aujourd'hui, en France, ce sont justement les couches les plus exploitées, celles dont les conditions de vie sont les plus difficiles, qui sont le plus touchées par les maladies les plus graves.

Cette situation tient à l'augmentation dramatique, au cours des dernières années, de la gravité des accidents du travail et des maladies liées au travail, mais aussi à la dégradation de l'environnement et du cadre de vie.

Les inégalités devant la maladie et la mort, soulignées par les statistiques sur la mortalité et la morbidité, sont parmi les plus insupportables de la société actuelle. Elles existent même avant la naissance, comme le montrent les chiffres concernant la mortalité infantile et périnatale ainsi que les taux de handicaps à la naissance, selon les catégories socioprofessionnelles. Mais les statistiques ne disent pas tout.

Elles ne disent pas qu'à vingt-cinq ans les ouvrières des laïnières de Roubaix sont contraintes de quitter leur travail parce qu'elles ne peuvent plus se plier aux normes de production.

Elles ne disent pas l'usure, l'épuisement physique et nerveux, l'accumulation des formes de la fatigue de ceux et celles qui sont soumis au bruit, à la chaleur, aux poussières, aux cadences inhumaines, à la monotonie des gestes mille fois répétés, aux changements successifs de rythme de vie imposés par le travail en « deux huit » ou en « trois huit ».

Elles ne disent pas le « malmenage » quotidien né de l'étouffement des besoins d'initiative, de dignité, du gâchis des capacités, des atteintes successives à la personnalité que provoquent les conditions actuelles de travail, le mépris patronal, l'ambiance des ateliers.

Et dans la France de 1978, les inégalités dans l'accès aux soins viennent aggraver, amplifier les inégalités devant la maladie, l'accident et la mort.

Pourquoi ?

Essentiellement parce que les structures de consommation sanitaire sont différentes selon les catégories sociales, comme le montrent les statistiques.

Les couches de la population qui connaissent la misère se soignent mal, font « l'économie du médecin » comme on dit, ou ne se soignent pas à temps.

Cette privation sur les soins les plus courants et les plus nécessaires se traduit notamment par une dégradation de l'état de santé qui implique à terme des soins plus lourds, en particulier l'hospitalisation.

Pour les familles les plus démunies, la maladie ou l'accident représente un véritable drame, et est souvent à l'origine du mécanisme inexorable qui aboutit aux formes extrêmes de la misère.

Pourquoi cette situation ?

Parce que la sécurité sociale n'est pas à même, aujourd'hui, de jouer pleinement son rôle, c'est-à-dire de satisfaire les besoins en matière de soins.

Parce que les remboursements sont insuffisants quand on est payé au SMIC, parce que l'avance d'argent nécessaire pour les soins est trop souvent insupportable.

A cela s'ajoute le fait que les tracasseries administratives se font plus nombreuses, le contrôle et la suspicion plus pesants, l'attente plus longue pour les remboursements et pour le paiement des indemnités journalières ou de la pension d'invalidité.

Le versement des indemnités journalières n'empêche pas, trop souvent encore, une baisse importante du pouvoir d'achat, et les pensions et rentes d'invalidité demeurent à des niveaux très bas.

La dévalorisation des allocations et prestations familiales s'est accentuée. En raison de la non-application des dispositions de la loi du 22 août 1946 en matière d'indexation des allocations familiales sur un salaire déterminé, celles-ci ont perdu près de 50 p. 100 de leur pouvoir d'achat en vingt ans.

Le pouvoir d'achat des prestations accordées sans condition de ressources se dégrade inexorablement, et les conditions d'attribution des prestations accordées sous plafond de ressources deviennent de plus en plus draconiennes. C'est ainsi que la mise en place, accentuée ces dernières années, de ces prestations, loin d'apporter une correction à la dévalorisation des allocations, a contribué, au contraire, à aggraver la situation d'un grand nombre de familles.

La plupart des dix millions de retraités connaissent, eux aussi, un sort indigne. Les pensions versées par la sécurité sociale sont insuffisantes et ne reflètent pas les droits que se sont créés les retraités par leurs cotisations.

Le niveau moyen des pensions du régime général est de plus en plus proche du minimum vieillesse.

Quant aux pensions de certains régimes, notamment ceux des exploitants agricoles, elles se situent à un niveau qui constitue un véritable scandale.

S'il n'est pas question de contester l'augmentation du minimum vieillesse, résultant pour une large part des actions menées par les centrales syndicales et les organisations de retraités et de personnes âgées, on doit souligner que, malgré les augmentations intervenues, son niveau atteint tout juste 50 p. 100 du S. M. I. C., l'allocation pour conjoint à charge stagnant à 4 000 francs par an.

Pour les travailleurs et leur famille, la sécurité sociale est véritablement une question essentielle et cruciale.

Tout d'abord, parce qu'une grande partie d'entre eux connaît des difficultés en raison de l'insuffisance des prestations sociales. C'est notamment le cas des retraités, des allocataires du fonds national de solidarité, des invalides, des mutilés du travail, des personnes souffrant d'un handicap, des personnes en congé de longue maladie.

Ensuite, parce que se soigner, bien se soigner, se soigner à temps et élever ses enfants devient de plus en plus difficile.

La remise en cause fondamentale des droits en matière de protection sociale, soit directement par l'abaissement du niveau des prestations, comme le Gouvernement l'a fait en 1976 et 1977, soit indirectement en pesant notamment sur le volume et la structure des dépenses de santé des familles, est devenue l'un des leviers essentiels de votre politique de renforcement et d'aggravation de l'austérité, d'approfondissement des inégalités sociales grâce à l'utilisation du mécanisme inexorable des effets cumulatifs de la pauvreté.

Car si l'on peut dire que la sécurité sociale est malade de votre politique d'exploitation et de surexploitation, on peut aussi affirmer que toute attaque que vous lui portez vise à en faire un outil d'aggravation de cette même politique.

C'est ainsi qu'on nous parle épisodiquement du prétendu déficit de l'assurance maladie, sorte de monstre du Loch Ness que l'on n'a jamais vu...

**M. Emmanuel Hamel.** On le voit maintenant !

**M. Maxime Gremetz.** ... et que l'on fait resurgir en fonction des impératifs de l'actualité.

Mais ce prétendu déficit n'est en fait que la traduction financière de votre politique de gâchis des hommes, de leurs forces physiques, de leur intelligence, de leurs libertés.

Vous nous parlez beaucoup de prévention, madame le ministre, et il n'est pas dans mon intention de contester ici le bien-fondé de la campagne contre le tabac ou la nécessité d'une campagne contre l'alcoolisme. Mais réduire la prévention à ces seuls aspects, c'est volontairement masquer les problèmes essentiels.

Ainsi, on refuse les moyens d'une prévention de la pathologie du travail. Pourtant, cadences infernales, conditions de travail dégradantes, course au rendement, durée annuelle du travail la plus longue d'Europe provoquent chez les travailleurs un état de fatigue permanent propice à l'augmentation des accidents du travail.

Les résultats, nous les connaissons : toutes les sept secondes, un travailleur est blessé ; chaque minute, un travailleur est diminué physiquement ; chaque jour, quinze travailleurs trouvent la mort sur leur lieu de travail. Dans l'agriculture, un accident du travail se produit toutes les deux minutes.

Combien de travailleuses et de travailleurs d'Amisol ont-ils été tués par l'asbestose, avant que le Gouvernement ne prenne des mesures, d'ailleurs très insuffisantes, de prévention des maladies liées à la manipulation de l'amiante ?

Combien de dizaines de cancers du foie chez les travailleurs de l'industrie chimique faudra-t-il avant que des mesures efficaces soient prises ?

Faudra-t-il que le nombre d'accouchements prématurés, que les accidents nataux et pré-nataux prennent des proportions catastrophiques pour qu'on prête attention aux conditions de travail des travailleuses enceintes ?

Dans la France d'aujourd'hui, les gâchis humains provoqués par l'exploitation capitaliste trouvent leur traduction sur le plan financier.

Les sommes versées par la sécurité sociale pour la réparation des accidents et maladies liés au travail — et loin de moi l'idée de prétendre que cette réparation est suffisante — sont supérieures au budget du ministère de la santé. Pour l'année 1978, elles s'élevèrent à plus de 17 milliards de francs.

Nous pensons, nous communistes, qu'une vraie politique de prévention suppose la transformation des conditions de travail, et que cette prévention est en premier lieu l'affaire des travailleurs eux-mêmes et de leurs organisations.

C'est pourquoi nous proposons, en matière d'hygiène et de sécurité, un élargissement considérable et rapide de leurs droits et libertés dans l'entreprise.

Vous parlez beaucoup de prévention, mais, dans le même temps, des mesures graves ont été prises par votre ministère contre les structures sanitaires de l'enfance. Celles-ci sont d'ailleurs aujourd'hui quasiment condamnées, à moins que des mesures d'urgence soient imposées par les luttes des travailleurs.

Porter le coup de grâce à la protection maternelle et infantile et à la médecine scolaire révèle un profond mépris des besoins de la population et ne fait que reporter dans le temps des dépenses de soins qui seront beaucoup plus lourdes et beaucoup moins efficaces que celles qui pourraient être engagées maintenant.

Vous parlez de prévention, mais prévenir c'est aussi se soigner à temps, éviter le développement ou l'aggravation de la maladie.

Or vous savez bien, madame le ministre — toutes les statistiques de consommations sanitaires le montrent — que les couches les plus pauvres de la population sont contraintes aujourd'hui, parce que l'accès aux soins le plus courants et les plus nécessaires leur est difficile, de faire appel aux dépenses lourdes, notamment à l'hospitalisation, parce que leur état de santé s'est aggravé.

Là aussi, le mépris des besoins trouve sa traduction sur le plan financier au niveau des dépenses de la sécurité sociale.

Toujours sur le plan financier, la sécurité sociale est victime de votre politique d'austérité, dans la mesure où ses recettes sont assises sur les salaires. En effet, le taux de chômage total, au niveau qu'il a atteint aujourd'hui, se traduit par un manque à gagner d'une quinzaine de milliards de francs pour le seul régime général.

Votre politique de bas salaires entraîne, elle aussi, des répercussions sur le financement de l'ensemble des régimes de salariés.

Vicime, sur le plan financier, de la politique d'aggravation de l'exploitation, la sécurité sociale est devenue entre vos mains et celles du patronat le moyen d'un véritable détournement de fonds alimentant les profits des monopoles.

Les ordonnances de 1967 ont livré la gestion des caisses au C. N. P. F. et accru la tutelle du Gouvernement pour faire de la sécurité sociale un outil au service de leur politique, une source de financement permettant aux grandes sociétés d'accroître leur emprise sur tous les aspects de la vie sociale.

Et si la sécurité sociale ne peut jouer pleinement son rôle, si elle est incapable d'être à la hauteur des besoins, c'est parce qu'elle est assujettie aux conditions politiques générales de renforcement de l'austérité et de pillage.

Parmi les moyens de cette politique, on trouve, depuis quelques années, la pénétration en force des grands groupes sur ce qu'ils appellent le marché de la maladie.

C'est aussi la pénétration des trusts de la chimie et du pétrole dans le secteur de la production pharmaceutique, la pénétration des trusts de l'électronique dans le secteur de la production d'appareillage médico-chirurgical, l'intervention des banques dans les modalités de financement des structures de soins, et notamment des hôpitaux publics.

Comment s'étonner du taux de croissance du chiffre d'affaires et du profit de sociétés comme Mérieux du groupe Rhône-Poulenc ou comme la Compagnie générale de radiologie du groupe Thomson-Brandt, quand on sait qu'ils se trouvent en situation de quasi-monopole en ce qui concerne les produits qu'ils vendent sur les marchés et qu'ils trouvent dans l'hospitalisation publique l'assurance d'une régularité pour leur chiffre d'affaires ?

La santé, ou plutôt la maladie, cela rapporte aujourd'hui quand on s'appelle Peeliney-Ugine-Kuhlmann, Rhône-Poulenc, C. G. E., Thomson-Brandt ou Paribas.

Mais il faut que cela rapporte bien, c'est-à-dire que la croissance des dépenses de santé ne mette pas en cause le renforcement de la politique de régression de la consommation populaire et de gonflement des taux de profit pour l'ensemble des activités des monopoles.

C'est le rôle qui vous est imparti, madame le ministre de la santé et — on comprend pourquoi — de la sécurité sociale.

Ce rôle est précisé par le VII<sup>e</sup> Plan : réduire les dépenses de santé tout en les rendant plus efficaces, ce qui signifie que la sécurité sociale, outil du financement de l'accumulation monopoliste, doit être aussi outil financier du redéploiement et de la concentration des trusts.

Pour cela tous les moyens sont bons, et je songe notamment à l'incroyable campagne de propagande sur la prétendue surconsommation médicale.

Il fallait créer de toutes pièces un prétendu déficit, prendre prétexte de ce déficit pour porter de nouveaux coups aux droits des assurés sociaux, tenter de leur faire croire qu'en matière de santé ils vivent au-dessus de leurs moyens, les culpabiliser et aggraver les inadmissibles inégalités qui existent

devant l'accès aux soins, pour aggraver toutes les inégalités et, ainsi, étendre la surexploitation.

Mais il vous faut aussi, au-delà de ces tâches de propagande et de ces mesures qui aboutissent à la baisse des prestations et à la hausse des cotisations et que vous avez prises au cours des dernières années, mettre en place, sur le plan institutionnel, les moyens autoritaires d'une maîtrise des dépenses. C'est le sens du rapport, tenu secret, de l'inspection des finances, dit rapport Heilbronner, sur la répression des arrêts de travail.

Ce rapport, qui date maintenant d'un an, conclut à la nécessité de renforcer les mesures dissuasives déjà existantes, notamment en portant le délai de carence pendant lequel la sécurité sociale ne verse pas les indemnités journalières, de trois à sept jours, en instaurant un fichage informatique des travailleurs « récidivistes » et des médecins qui accorderaient « trop facilement » des arrêts de travail, et en remplaçant les indemnités journalières par un forfait qui, de plus, serait impossible.

Ce système, qui aggraverait celui qui existe déjà grâce aux officines patronales de contrôle des arrêts de travail, constituerait un grave danger non seulement pour la liberté de prescription des médecins, mais surtout pour la santé des travailleurs.

Il existe déjà une sorte d'autocensure en ce domaine.

Une censure par l'argent pour tous les travailleurs qui ne sont pas mensualisés et pour lesquels une maladie se traduit par le versement d'un demi-salaire seulement. Pourtant, les travailleurs payés au rendement, ceux qui ont donc le plus à perdre financièrement lors d'un arrêt de travail, sont ceux qui connaissent le plus fort taux d'arrêt pour maladie, tant leurs conditions d'exploitation sont insupportables.

Une censure par la peur aussi, peur d'être pénalisé, de perdre son emploi au moment où l'on compte plus d'un million et demi de chômeurs. La preuve en est que, depuis cinq ans, avec l'approfondissement de la crise, le nombre d'indemnités journalières par an et par assuré est resté stationnaire pour le régime général et pour celui des salariés agricoles.

Cette contrainte, que vous mettez en place grâce à la sécurité sociale, s'exerce aussi vis-à-vis des médecins, dont l'activité est « profilée » sur fiche. Bientôt, ce seront les malades eux-mêmes qui seront placés sur ordinateur.

Par ailleurs, l'ensemble des décrets et circulaires que vous avez pris ces derniers mois aboutissent à une aggravation de l'autoritarisme, à une mainmise accrue du pouvoir central, par le biais des préfets de région et des préfets de département, sur les établissements de soins, en en dessaisissant partiellement les instances élues.

C'est le sens du décret du 22 avril 1977 portant sur « l'unification des services de l'Etat chargés de la protection sanitaire et sociale de la population et de la tutelle des services, organismes et établissements concourant au même but » dont l'objet principal est « la fusion au niveau de la région des directions de la sécurité sociale, de l'action sanitaire et sociale et de l'inspection régionale de la santé », pour « faciliter la mise en œuvre d'une politique globale de santé et maîtriser les dépenses. »

C'est aussi le sens des deux circulaires envoyées en mars 1977 par vos services, l'une aux préfets, l'autre aux présidents médecins des commissions médicales consultatives des établissements d'hospitalisation publics. Ces textes précisent les mesures nécessaires pour « maîtriser la progression des charges budgétaires des établissements, pour appliquer les mesures de lutte contre l'inflation ».

Dans ces circulaires, vous vous prononcez, madame le ministre, pour le refus de toute embauche de personnel à activité constante, pour la suppression de postes en cas de baisse de l'activité de l'établissement, alors que cette baisse est recherchée par tous les moyens, comme celle de la durée moyenne de l'hospitalisation et du nombre de lits et de services. Bien entendu, cette baisse d'activité servira ensuite de prétexte à une augmentation du prix de journée pour équilibrer le budget, cette augmentation du prix de journée entraînant à son tour une nouvelle baisse d'activité, ce qui devrait aboutir — le texte le précise — à la fermeture d'une ou plusieurs unités de soins.

C'est le sens, encore, du projet de loi sur la réforme de la tarification hospitalière soumis à l'Assemblée nationale le 14 décembre dernier.

Ce projet de loi, qui a été adopté, prévoit la mise en place d'un système de tarification distinguant hébergement et soins courants, soins onéreux et frais de laboratoire, et le remplacement du ticket modérateur par un forfait journalier.

Il s'agit, en clair, ainsi que le prévoyait la commission du VII<sup>e</sup> Plan de s'orienter vers le paiement par la personne hospitalisée des frais d'hébergement, soit directement — ce qui mettrait fin au remboursement à 100 p. 100 dont bénéficient aujourd'hui un grand nombre de personnes hospitalisées — soit par le truchement de l'aide sociale, donc par les fiscalités locales.

Ainsi, votre politique, tant dans ces aspects généraux que dans ceux qui concernent spécifiquement la sécurité sociale,

tend de plus en plus à détourner cette dernière de son objet véritable, à savoir la satisfaction des besoins des assurés sociaux, pour la mettre au service des intérêts des grands groupes capitalistes qui mettent à mal notre pays.

C'est la raison pour laquelle l'institution de la sécurité sociale est victime de votre politique. Elle fait en même temps l'objet d'une intégration plus poussée dans l'appareil d'Etat, agent de cette même politique.

La mise en application d'une telle politique rencontre de nombreuses difficultés parce que la sécurité sociale est portuse d'un héritage démocratique lié au rôle du mouvement syndical, que les travailleurs et la population y sont profondément attachés et que les lattes, même si elles n'ont pas porté spécifiquement sur le plan de la sécurité sociale, vous ont empêchée d'aller plus loin dans la mise en œuvre de votre politique.

Pour nous, communistes, la sécurité sociale est avant tout un droit.

Il faut refaire de la sécurité sociale ce qu'elle devrait être, ce que ses créateurs voulaient en faire, un outil remarquable de la satisfaction des besoins, ce qui nécessite l'intervention de mesures d'urgence en matière d'accès aux soins, de retraite et de prestations familiales.

Il est nécessaire de faire reculer les inégalités et les injustices les plus criantes, notamment celles qui affectent les millions de Français qui vivent dans la pauvreté.

La possibilité de soigner à temps les victimes de l'inégalité devant la maladie et la mort, l'accident et le handicap constituerait la réalisation concrète d'un véritable droit à la sécurité sociale en même temps qu'une forme nécessaire de prévention. C'est pourquoi certaines mesures présentent un caractère d'urgence.

Aucun remboursement ne devrait être inférieur à 80 p. 100, quelle que soit la nature de la dépense engagée pour le soin.

Les dépenses particulièrement importantes, notamment celles d'hospitalisation et celles qui correspondent aux soins de toutes les maladies de longue durée, devraient être prises en charge à 100 p. 100.

Tous les actes et soins médicaux onéreux devraient faire l'objet du maintien et de l'extension d'un véritable tiers payant supprimant tout versement d'avance par le malade.

Toutes les dépenses concernant la santé des enfants de moins de six ans, des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, des chômeurs privés de ressources et des personnes atteintes de handicaps devraient être prises en charge à 100 p. 100.

Lors d'un arrêt de travail dû à une maladie, aucun salarié ne devrait percevoir une somme inférieure à 75 p. 100 de son salaire.

Toutes les maladies consécutives au travail devraient être obligatoirement réparées, au même titre que celles qui sont inscrites au tableau des maladies professionnelles. La révision de ce tableau devrait intervenir immédiatement, notamment à la requête des comités d'hygiène et de sécurité des entreprises, des comités techniques de la sécurité sociale et de l'inspection du travail.

La sécurité sociale devrait verser intégralement son salaire à toute victime d'un accident ou d'une maladie professionnelle provoquant un arrêt de travail. Elle devrait se faire rembourser le complément à l'indemnité journalière par l'employeur responsable.

Les rentes versées aux travailleurs victimes d'un accident du travail ou de maladies liés au travail et mis dans l'incapacité de travailler devraient, dans tous les cas, garantir une réparation intégrale de tous les dommages subis.

Le congé de maternité devrait être porté à dix-huit semaines et les indemnités journalières à 100 p. 100 du salaire. Tout examen ou soin effectué pendant la grossesse devrait être remboursé à 100 p. 100. Toute femme enceinte devrait pouvoir bénéficier de sept examens au moins au cours de la grossesse et d'un examen post-natal.

Dans l'immédiat, les allocations familiales devraient être revalorisées de 30 p. 100, les pensions, retraites et allocations, de 20 p. 100; les retraités d'avant 1973 devraient bénéficier des améliorations découlant du calcul des pensions de sécurité sociale sur un nombre plus important de trimestres et sur les dix meilleures années; le minimum vieillesse devrait être porté à 1 300 francs.

Ces propositions visent à sauvegarder les droits fondamentaux qui sont remis en cause par l'approfondissement et l'extension de la pauvreté. Elles correspondent, par ailleurs, à une nécessité si l'on veut reconstruire une sécurité sociale différente et véritable, dont la mission pourra être étendue et diversifiée à condition que le débat soit profondément démocratisé, c'est-à-dire que les intéressés interviennent à tous les niveaux de la gestion.

La sécurité sociale devrait être harmonisée et satisfaire les besoins de toutes les catégories sociales, compte tenu de leur diversité et dans le respect de l'autonomie de gestion des différents régimes.

La sécurité sociale devrait être au service des travailleurs et répondre à leurs besoins quantitatifs en fonction des progrès de la démocratie à tous les niveaux, notamment dans l'entreprise.

Les modalités de financement de la sécurité sociale devraient correspondre aux nécessités actuelles grâce à la négociation et à la réflexion qui s'avère urgente sur un élargissement de l'assiette des cotisations. Celles-ci devraient porter non seulement sur la masse salariale mais aussi sur les ressources dégagées par les entreprises compte tenu des écarts de productivité et sur la suppression du plafond qui constitue lui aussi une source d'inégalités dans les contributions des différentes catégories sociales.

Enfin, la gestion de la sécurité sociale devrait être profondément démocratisée. Il conviendrait par conséquent de l'arracher au C. N. P. F. et de casser la bureaucratie et la tutelle centralisatrice de l'Etat, pour organiser l'autogestion des travailleurs et des populations, seule capable d'apporter aux besoins des réponses nouvelles et pluralistes. (*Applaudissements sur les bancs des communistes et sur plusieurs bancs des socialistes.*)

**M. le président.** La parole est à M. Delaneau.

**M. Jean Delaneau.** Madame le ministre, il y a quelques mois, à la fin de la précédente législature, j'avais l'honneur de rapporter devant vous, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, les deux derniers projets de loi de généralisation de la sécurité sociale qui achevaient le processus engagé en 1945, il y a plus de trente années.

Au nom du Gouvernement, vous engagez aujourd'hui avec le Parlement un large débat sur cette institution qui place notre pays dans le peloton de tête des nations à protection sociale avancée et, si comme dans d'autres domaines, l'on pouvait faire jouer le rapport qualité-prix, peut-être même au premier rang d'entre elles. A cet égard, le bilan que vous venez de faire, madame le ministre, est particulièrement éloquent.

C'est maintenant le temps de la réflexion qui suppose une interrogation, un regard à la fois attendri et critique sur cet enfant engendré par de si nombreux parents appartenant à deux Républiques et à des gouvernements innombrables dans un pays profondément marqué par l'individualisme et le corporatisme. Il faut bien avouer qu'il n'a pas la pureté de lignes d'une statue de Praxitèle mais qu'il présente plutôt l'aspect de cet autel primitif où chaque passant vient planter un clou ou ajouter un organe en fonction de ses préoccupations ou de ses besoins.

Il ne nous appartient pas maintenant de remettre l'ouvrage en chantier, mais d'y apporter les aménagements qui doivent à la fois le rendre plus compréhensible aux assurés sociaux et plus efficace dans la réalisation de sa vocation initiale qui consistait à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain et de couvrir les charges de maternité et de famille. Les lois de généralisation de la sécurité sociale ont contribué à étendre le régime à l'ensemble de la population active ou non active.

Il convient de redresser un certain nombre de difformités, d'élaguer des branches mortes ou parasitaires, celles que les jardiniers appellent des gourmands ; de simplifier certaines structures ou procédures ; d'atténuer les disparités de régimes mal ressenties par les assurés sociaux ; d'harmoniser progressivement et d'humaniser cet ensemble encore trop touffu.

Il s'avère tout d'abord nécessaire de lever une première ambiguïté : la sécurité sociale est-elle seulement un organisme d'assurance ou doit-elle participer de façon majeure à la redistribution des revenus ?

La réponse à cette question est d'importance, car ses conséquences se font sentir aussi bien sur l'attribution des responsabilités aux gestionnaires, sur l'origine de la constitution des ressources que sur le contrôle de leur utilisation.

Née des principes mutualistes, la sécurité sociale organise ce que l'on appelle la solidarité horizontale entre malades et bien portants, entre actifs et non-actifs, entre assurés isolés et assurés ayant des personnes à charge.

Compte tenu de nos institutions, c'est la seule conception possible car, si la sécurité sociale était, comme certains le souhaitent, un organisme majeur de redistribution des revenus, il conviendrait en particulier de modifier l'article 34 de la Constitution.

Cette redistribution implique un prélèvement sur les revenus les plus élevés et une répartition du produit entre les plus démunis. Cette procédure, de caractère fiscal, ne relève que du pouvoir législatif, puisque l'article 34 de la Constitution dispose que la loi fixe les règles concernant l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toute nature alors qu'elle ne détermine que les principes fondamentaux de la sécurité sociale.

Il est assez paradoxal d'entendre ceux que leur idéologie porte vers l'utilisation de la sécurité sociale comme organisme de redistribution des revenus — nous en avons eu un exemple

dans la fin de l'intervention de M. Gremetz — nous accuser régulièrement de vouloir démanteler cette institution. La voie qu'ils préconisent aboutirait à terme, après la phase d'autogestion qu'ils envisagent, à une étatisation de la sécurité sociale devant l'incapacité des organismes, tels qu'ils les conçoivent, à assurer leur gestion. Ils négligent aussi l'article L. 40 du code de la sécurité sociale, qui précise que les caisses de sécurité sociale et les caisses d'allocations familiales sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions du club de la mutualité, c'est-à-dire comme les associations régies par la loi de 1901. Or peut-on imaginer que de telles associations puissent avoir des attributions fiscales ?

En raison du choix que nous avons fait, et qui correspond à celui des Français puisque, selon un sondage de la Sofres de 1976, 54 p. 100 d'entre eux considèrent que la sécurité sociale est avant tout un organisme d'assurance et non d'assistance, nous sommes opposés au déplaçonnement systématique de l'assiette des cotisations. Ces cotisations sont la contrepartie d'un risque et non pas un moyen d'accroître la justice sociale, qui passe par la justice fiscale. Cette voie nécessite sans doute beaucoup de courage politique, mais nous sommes déterminés à soutenir sans faiblesse l'action engagée par le Gouvernement dans ce sens.

Une autre conséquence logique de ce choix concerne la responsabilité de la gestion de l'institution. Il convient à cet égard de lever une certaine ambiguïté.

Selon les uns, la sécurité sociale est un Etat dans l'Etat, manipulant de façon irresponsable des sommes fabuleuses ; selon les autres, elle est étroitement soumise à la tutelle de l'Etat et, si ce n'est au ministre, tout au moins à son administration. Il est vrai que le directeur de la caisse nationale, nommé par le ministre, n'est finalement pas responsable devant son conseil d'administration. Il est non moins vrai que les articles 17 et 18 de l'ordonnance n° 67-706, donnant au conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie le pouvoir de maintenir ou de rétablir l'équilibre financier du régime en modulant les taux de cotisations ou de prestations, n'est pas réellement appliqué.

Dans ce domaine, comme dans celui de l'économie, l'Etat et son administration ont trop souvent, au cours de ces dernières décennies, repris d'une main les libertés ou les responsabilités qu'ils accordaient de l'autre. (*Applaudissements sur les bancs de l'Union pour la démocratie française.*)

Il en résulte rapidement des faux-semblants, un faux libéralisme camouflant un dirigisme sous-jacent qui permet à l'administration de manifester son omnipotence. La direction des prix, par exemple, n'a-t-elle pas modifié le prix de certains médicaments, courant le risque d'en voir disparaître quelques-uns, sans tenir compte des conséquences de ses décisions sur le plan de la santé ? Une telle confusion des genres n'est pas souhaitable car elle estompe le sens des responsabilités ; chacun rejette sur l'autre les conséquences de ses propres erreurs, de sorte que les insatisfaits ou ceux qui se sentent brimés par telle ou telle décision font porter le chapeau aux seules personnes qu'ils sont en mesure d'identifier, c'est-à-dire les élus et le Gouvernement qu'ils soutiennent !

On peut disserter sans limite sur le mode de désignation des administrateurs de caisse tant que l'on ne connaît pas avec exactitude qui fait quoi.

Je sais que vous-même, madame le ministre, et vos collaborateurs directs cherchez à transformer la tutelle dont vous disposez en un dialogue constructif. Vous appliquez non seulement à la lettre mais également dans leur esprit, mieux parfois que dans le passé, les dispositions inscrites par Maurice Schumann dans la loi de ratification des ordonnances de 1968 et soumettant à la consultation des caisses nationales les projets de loi et décrets les concernant.

Nous souhaitons accroître la responsabilité des gestionnaires de la sécurité sociale dans ses différentes branches et des assurés. Quel que soit l'habillage ou la terminologie, les cotisations sociales sont prélevées sur la rémunération du travail.

La distinction entre la contribution ouvrière et la contribution de l'employeur est à l'origine d'une confusion, d'ailleurs abondamment entretenue par certains de nos collègues qui, cédant aux propositions les plus démagogiques — quand ils ne les suscitent pas eux-mêmes — gagent telle ou telle dépense par l'augmentation de la part patronale. (*Applaudissements sur les bancs de l'Union pour la démocratie française.*)

On fera payer le patron comme on fera payer les riches !

En fait, chacun s'accorde à reconnaître que les différentes prestations sociales représentent un salaire indirect, un salaire différé dont le montant, c'est-à-dire les cotisations, fera de plus en plus l'objet de discussions liées au contrat de travail collectif entre syndicats d'employeurs et syndicats de salariés. En définitive, cette partie de la rémunération du travail qui entre dans la composition des coûts des produits ou des services sera payée par le consommateur, c'est-à-dire, dans la majorité des cas, par le salarié lui-même.

Il convient de bien prendre conscience que la part consacrée à la protection sociale a forcément des limites et que l'augmentation des charges ne peut être indéfinie.

D'autres membres de notre groupe interviendront dans ce débat à propos des répercussions des charges sociales sur la vie des entreprises. Je ne développerai pas ce point, me limitant à regretter que les parlementaires n'aient pu encore avoir connaissance du rapport Ripert qui a été déposé il y a plus de huit mois sur ce sujet.

En ce qui concerne la part de la production nationale consacrée à la protection sociale, les limites sont sur le point d'être atteintes.

Elles constituent la prévoyance obligatoire que notre contrat de société impose à chacun pour qu'il ne soit pas démuné dans l'adversité, pour que le malade puisse bénéficier des meilleurs soins, pour que le retraité puisse disposer de ressources lui assurant une vie décente. Compte tenu des impératifs économiques, ces garanties doivent être aussi élevées que possible. Nous avons d'ailleurs conscience des progrès qui restent à accomplir. Il convient par conséquent d'utiliser au mieux la part sociale du produit intérieur brut.

Une partie importante de l'effort social de la nation est consacrée à la protection contre la maladie. C'est sans doute le domaine où l'on admet le moins de limites, aussi bien de la part des professionnels de la santé, qui prescrivent ou exécutent les soins, que de la part des assurés, qui en sont les bénéficiaires. Si l'on ne veut pas être amené un jour à faire des choix dramatiques, il faudra bien que chacun apprenne la « parcimonie », c'est-à-dire l'art de consacrer à chacun ou à chaque chose sa plus juste part. Les profits illégitimes, aussi bien que le gaspillage, doivent être bannis de ce domaine.

Profiteraient illégalement de l'institution sociale aussi bien le laboratoire pharmaceutique ou le fabricant de matériel médical qui tireraient de leur activité des bénéfices anormaux que le médecin qui, se transformant en « stakhanoviste » de la santé, multiplierait les actes inutiles, que l'assuré qui chercherait à obtenir un congé de maladie avec les indemnités consécutives pour vaquer à d'autres occupations ou à bénéficier d'un mois de vacances supplémentaire par une « cure » injustifiée.

Sont gaspillages les prescriptions abusives de médicaments ou d'exames de laboratoire ou les hospitalisations anormalement prolongées pour des raisons d'équilibre financier des établissements. J'insisterai plus particulièrement sur ce dernier point.

Le poste « hospitalisation » est devenu, et de loin, la principale dépense d'assurance maladie et celle qui augmente le plus vite. Quelle que soit la formule adoptée, la réforme du prix de journée, si elle permet une meilleure connaissance du problème, ne suffira pas, par elle-même, à éliminer des abus d'hospitalisation ou à obtenir une utilisation plus rationnelle des équipements et des personnels. Sans doute, la notion de « services hospitalier » est indispensable pour certains services hautement spécialisés nécessitant soit du matériel et du personnel qualifié, très concentré — en réanimation intensive, par exemple — soit une protection particulière des hospitalisés — pour les brûlés, par exemple. Mais, dans bien des cas, les locaux comme les personnels devraient être polyvalents. Il faut décloisonner les services qui ne sont pas plus la propriété d'un médecin chef ou d'une surveillante que celle d'un interne « sélectif » qui n'y admet que les cas « intéressants ».

Si la question ne se posait guère à une époque où les locaux d'hospitalisation étaient insuffisants en nombre et en qualité, et toujours surchargés, les progrès accomplis dans la modernisation et l'humanisation, aussi bien que dans l'efficacité des soins qui ont abouti à une réduction de la durée moyenne d'hospitalisation, entraînant des variations considérables dans le remplissage des services.

L'organisation rigide actuelle, en ce qui concerne tant la destination des lits que l'affectation des personnels, ne permet pas de suivre ces variations, aussi bien lorsqu'il s'agit de renforcer un secteur momentanément surchargé que lorsqu'il s'agit de délester un service quasiment vide. Il y a certainement là des aménagements de structures à étudier et des changements de mentalité à provoquer, qui seraient susceptibles d'alléger, ou tout au moins de limiter dans leur augmentation, les charges d'hospitalisation.

Il convient aussi, désormais — mais vous l'avez reconnu tout à l'heure, madame le ministre — d'être très parcimonieux dans les autorisations de création de nouveaux établissements ou de nouveaux services. La complémentarité entre établissements publics et privés doit prendre le pas sur la satisfaction de demandes souvent inconsiderées d'élus ou de groupes de pression divers qui, pour des raisons de prestige ou d'emploi local, parfois même pour des raisons plus douteuses, veulent créer dans telle ou telle ville un établissement de soins ou une maison de retraite non justifiés par les besoins réels.

Une meilleure utilisation de la part sociale que notre société peut accepter passe aussi, dans une très large mesure, par le

développement de la prévention, non seulement de la prévention médicale, mais aussi la prévention des accidents de la circulation ou des accidents du travail et de la prévention sociale.

Nous sommes inquiets de la campagne qui paraît se développer contre les vaccinations obligatoires. Quelques mois encore avant sa disparition et malgré son grand âge, le professeur Robert Debré consacrait son énergie à se battre pour convaincre ses concitoyens du bien-fondé de ces vaccinations et de l'apport considérable qu'elles avaient constitué dans le progrès de la médecine. Que survienne un relâchement de cette obligation et, en quelques jours, une affection comme la poliomyélite peut faire autant de victimes qu'en un an !

La sécurité sociale devrait être, plus qu'elle ne l'est actuellement, le moteur des actions de prévention; l'action entreprise par la mutualité sociale agricole pourrait être utilement mêlée par les autres régimes.

Rapprocher l'assuré de l'institution de sécurité sociale est aussi indispensable pour que l'assuré se sente intéressé et en quelque sorte responsable. Cet intérêt et cette responsabilisation — qui n'est pas, comme on le disait tout à l'heure, une culpabilisation — sont souvent contrariés par le sentiment d'injustice que certains ressentent. Les inégalités de prestations sont d'autant plus mal comprises qu'elles sont souvent inversement proportionnelles au moment de la cotisation apparemment payée. Mais le commerçant qui paie 6 000 francs de cotisation annuelle ignore qu'en fait, il apporte moins à sa caisse d'assurance maladie que l'assuré du régime général, si l'on prend comme chiffre non pas la retenue inscrite sur sa fiche de paie mais l'ensemble de la cotisation prélevée sur la rémunération globale de son travail. Il faut continuer à progresser dans la voie de l'harmonisation, mais en expliquant bien à chacun le mécanisme des cotisations et des prestations ainsi que celui de la compensation démographique.

Un autre point de friction entre l'assuré et l'organisme de sécurité sociale est dû au service contentieux de l'institution. L'assuré qui a un litige avec sa caisse est confronté à un appareil d'expertise ou à un appareil juridique qui le met en situation d'infériorité. Il ne peut qu'exceptionnellement être accompagné par son médecin traitant lors des expertises médicales car les frais sont à sa charge. L'expertise a lieu, en général, au chef-lieu du département et l'on voit mal comment il pourrait rémunérer le médecin qui distrairait deux heures de son activité professionnelle pour l'accompagner.

La minoration de moitié des taux d'invalidité inférieurs à 51 p. 100 est aussi perçue comme une injustice. Car, qu'on le veuille ou non, le bon sens veut qu'une incapacité de 50 p. 100 équivaille à une diminution de moitié des capacités de travail, alors qu'elle n'est indemnisée qu'à 25 p. 100. Mieux vaudrait revoir les barèmes d'indemnisation plutôt que de laisser subsister une telle méthode de calcul.

De même, la distinction entre accident du travail et maladie professionnelle est souvent imprécise et donne lieu à des interprétations parfois contradictoires, en particulier lorsque des cas semblables survenus dans la même entreprise sont estimés différemment à l'occasion des expertises ou quelquefois même des jugements.

Et que dire des démarches et du dénuement des assurés lorsqu'ils sont amenés à faire appel en justice des décisions de leur caisse ? La plupart renoncet ou s'adressent au médiateur, par l'intermédiaire d'un parlementaire. Près du quart des dossiers soumis au médiateur sont des dossiers sociaux — autant que de dossiers dont l'origine est un litige avec l'administration des finances, et ce n'est pas peu dire. Il doit bien y avoir là aussi des simplifications à apporter, qui éviteraient beaucoup de tracés et quelquefois de révoltes.

Il n'était pas question pour moi de passer en revue tous les problèmes qui sont en rapport avec la sécurité sociale. Je n'ai guère parlé du problème des retraites, mais certains députés de mon groupe aborderont ce problème. Je n'ai pas non plus abordé celui de la politique familiale, puisque des projets déjà annoncés dans la ligne des engagements du programme de Blois nous donneront l'occasion d'en débattre. Depuis trente ans, d'immenses progrès ont été faits dans tous les domaines et plus particulièrement au cours de ces dernières années.

Il faut maintenant, madame le ministre, simplifier ce qui peut l'être, harmoniser progressivement les régimes, rapprocher l'institution des assurés, qui ne doivent être ni des assujettis ni des assistés, pour que la sécurité sociale devienne vraiment une sécurité sociale de responsables et que votre ministère devienne non seulement celui de la santé et de la famille, mais aussi, comme le disent si bien nos amis canadiens, celui du bien-être social. (Applaudissements sur les bancs de l'union pour la démocratie française et sur divers bancs du rassemblement pour la République.)

**M. le président.** La parole est à M. Gau.

**M. Jacques-Antoine Gau.** Monsieur le président, madame le ministre, mesdames, messieurs, voici que, après avoir été inscrit à

diverses reprises à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale mais sans cesse reporté *sine die* au cours de la précédente législature, s'ouvre enfin ce débat sur la sécurité sociale que le groupe socialiste réclamait avec insistance.

Sans doute serait-il illusoire de trop en attendre, puisque, dépourvue de la sanction d'un vote, notre discussion restera largement académique. J'en saisis néanmoins l'occasion — et avec moi les collègues de mon groupe qui interviendront dans la suite du débat — pour dire quelle appréciation nous portons sur la situation actuelle de la sécurité sociale, et donc sur les responsabilités que la majorité et les gouvernements qui se sont succédés depuis vingt ans portent dans sa détérioration, pour rappeler quels sont les principes qui devraient guider en ce domaine une nouvelle politique réellement tournée vers la satisfaction des besoins sociaux fondamentaux, enfin pour formuler les propositions concrètes que nous en tirons.

Mais, avant d'aborder ces trois points de mon exposé, je présenterai une observation de caractère général sur la place qui devrait revenir au Parlement dans la définition d'une telle politique.

Depuis vingt ans, de multiples modifications sont intervenues dans le champ d'application de la sécurité sociale, dans la part des charges qu'elle représente par rapport au P.N.B., dans les structures mêmes de l'institution qui ont été bouleversées en 1967.

Or, sauf en ce qui concerne l'extension de la protection à de nouvelles catégories de bénéficiaires, la représentation nationale n'a été associée à aucune des grandes décisions qui ont été prises.

Même lorsque le Parlement a eu à connaître des questions que la Constitution réserve à sa compétence, les lois votées sont restées largement lettre morte. Ainsi en est-il des dispositions de la loi Royer relatives à l'harmonisation des régimes des non-salariés et du régime général de la sécurité sociale qui aurait dû intervenir au début de cette année; de la loi du 24 décembre 1974 prévoyant l'institution, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 1978, d'un système de protection sociale commun à tous les Français pour les risques maladie, maternité, vieillesse et pour les prestations familiales dont les lois subséquentes du 4 juillet 1975 et de janvier 1978 ne sont qu'une bien imparfaite mise en œuvre.

Est-il normal, mes chers collègues, que dans un domaine aussi essentiel de la vie nationale, puisqu'il commande largement les politiques de la santé, de la famille et de la vieillesse, le Parlement n'ait pratiquement pas son mot à dire?

A quoi bon consacrer chaque année plusieurs semaines à la discussion du budget de l'Etat, sans d'ailleurs pouvoir le modifier de façon significative, alors que le budget de la sécurité sociale qui est d'un montant sensiblement égal — 350 milliards pour le premier et 340 milliards pour le second en 1977 — échappe totalement à notre contrôle?

Cette situation, que nous dénonçons, a au moins un mérite, celui de souligner la responsabilité du pouvoir exécutif dans l'évolution de notre système de protection sociale.

Madame le ministre, la sécurité sociale que nous jugeons — celle dont vous avez tout à l'heure présenté le bilan — est telle que vous-même et vos prédécesseurs l'avez faite ou laissée faire. Or cette sécurité sociale est en crise, victime de l'imprévision et de l'impuissance des gouvernements.

La crise de la sécurité sociale comporte trois dimensions: l'insuffisance de la protection sociale dans bien des domaines, de graves difficultés financières et un fonctionnement administratif non satisfaisant.

Malgré l'effort consenti par la collectivité nationale, la garantie assurée par la sécurité sociale reste nettement insuffisante à l'égard de la plupart des risques couverts: c'est vrai de la maladie dont les taux de couverture ont été à plusieurs reprises minorés depuis 1958; c'est vrai de la vieillesse qui, du fait du faible montant des prestations minimales et des pensions servies à certaines catégories sociales — agriculteur, non-salariés des professions non agricoles — notamment — est un facteur d'aggravation des inégalités; c'est vrai des charges familiales qui ne sont que faiblement compensées par des prestations dont le pouvoir d'achat a régulièrement diminué au cours de la dernière décennie. Et pourtant, la situation financière de la sécurité sociale est une source de graves préoccupations.

A diverses reprises, dans un passé récent, on a constaté un déséquilibre entre les recettes et les dépenses. Mais aujourd'hui la situation est encore plus sérieuse. Sans tenir compte du chômage qui ne relève d'ailleurs pas *stricto sensu* de l'institution française de la sécurité sociale, il faut s'attendre cette année à un manque de ressources dont l'évaluation oscille entre 4,5 et 6 milliards de francs. En 1979, le déséquilibre serait, au rythme actuel, de 10 milliards. Par ailleurs, dès octobre 1978, la trésorerie présentera un trou de 2,5 milliards;

Les perspectives à plus long terme sont aussi sombres. Selon les indications données à l'Assemblée nationale, en novembre 1976, par le ministère du travail, les soldes déficitaires cumulés s'élevaient en 1985 à 100 milliards de francs 1976.

Quant au fonctionnement administratif de l'institution, il appelle également de très sérieuses critiques: la législation et la réglementation sont devenues d'une telle complexité que rares sont les assurés capables de connaître leurs droits, cependant que les agents des caisses ont eux-mêmes beaucoup de mal à maîtriser les textes qu'ils sont chargés d'appliquer. Il en résulte des délais excessifs, notamment dans la liquidation des prestations de vieillesse. Par ailleurs, le développement des moyens de traitement informatique, au lieu de se traduire par un progrès, contribue à éloigner l'assuré de l'institution et à déshumaniser le système.

Je m'attacherai maintenant à montrer que la crise financière de la sécurité sociale résulte tout à la fois de la crise économique générale et de l'incapacité des gouvernements successifs à définir une politique claire et à s'y tenir.

Qu'il y ait une relation étroite entre la crise économique et la crise financière de la sécurité sociale, qui pourrait sérieusement le contester? Mais trop souvent l'analyse se borne à constater l'incidence du chômage sur l'équilibre des recettes et des dépenses, alors qu'il faut aussi souligner le rôle que jouent les mécanismes de financement de la sécurité sociale dans le maintien, voire dans l'aggravation d'un taux élevé de sous-emploi.

Quelque 1 200 000 ou 1 300 000 chômeurs, sans doute plus d'un million et demi dans les prochains mois: cela pèse et pèsera évidemment d'un poids très lourd dans le financement de la sécurité sociale. Le manque à gagner qui en résulte peut être évalué en année pleine à quelque 14 milliards, cependant que ces assurés sociaux que sont les chômeurs sont tout naturellement parties prenantes du système.

A cette atténuation de recettes, il faut ajouter celle qui résulte du chômage partiel ainsi que celle que provoque le freinage de la croissance des rémunérations.

Cette situation amène à poser le problème du mode de financement de la sécurité sociale et des conséquences qu'il a, à son tour, sur le niveau de l'emploi.

Le régime général tire ses ressources des prélèvements effectués sur les salaires, les cotisations représentant plus de 95 p. 100 de ses recettes. Il en résulte une charge d'autant plus lourde pour les entreprises que la part des salaires est importante dans leur valeur ajoutée.

Ce phénomène a même eu tendance à s'accroître au cours des dernières années, puisque les taux des principales charges obligatoires ancrées sur les salaires sont passés de 47,9 p. 100 en 1972 à 54,4 p. 100 en 1978.

Ce sont donc les industries de main-d'œuvre qui sont les plus mises à contribution pour financer notre système de protection sociale.

Cet état de fait est doublement critiquable. D'une part, en effet, l'évolution de la sécurité sociale au cours de la période écoulée a été marquée par un relâchement du lien entre le travail — donc le salaire — et le droit à la protection sociale. D'autre part et surtout, même si la part patronale des cotisations constitue incontestablement un salaire différé, un fort prélèvement sur la masse salariale favorise le mécanisme de substitution capital-travail et, en freinant les embauches, voire en provoquant des licenciements, tend à aggraver la situation de l'emploi.

Ce phénomène est bien connu du Gouvernement. Rappelerez-vous, madame le ministre — mais vous l'avez fait vous-même tout à l'heure — qu'en moins de quatre ans quatre études ont été consacrées dont les deux dernières, le rapport Granger en 1975 et le rapport Ripert en juin 1977, dont je regrette moi aussi qu'il n'ait pas encore été remis aux parlementaires, ont été réalisés à la demande du Gouvernement?

Est-il exact — je pose la question, madame le ministre, puisque ce document n'a pas été rendu public — que l'étude faite sous la direction du commissaire du Plan, a conclu, comme les précédentes, au caractère bénéfique des mesures tendant à modifier l'assiette des charges sociales: amélioration de l'emploi dans le maintien des grands équilibres économiques — on a parlé de la création de 180 000 emplois qui pourrait en résulter en peu d'années — stimulation de la croissance, des investissements, de la consommation, des exportations?

Si ces analyses sont toutes convergentes, pourquoi le Gouvernement s'obstine-t-il à différer la réforme de l'assiette des cotisations?

Vous nous avez dit tout à l'heure que la raison en était l'extrême complexité du problème et les risques qu'il y aurait à bouleverser un système ancien. Pour ma part, cette explication ne saurait me satisfaire. J'y vois davantage la preuve que le pouvoir est plus sensible aux pressions des entreprises les plus

« capitalistiques », que représente le grand patronat, qu'aux demandes légitimes des petites et moyennes entreprises. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

**M. Pierre Jagoret.** Très bien !

**M. Jacques-Antoine Gau.** L'impuissance du Gouvernement à régler les problèmes du financement de la sécurité sociale, qui traduisent, on vient de le voir, une volonté politique bien affirmée, on la retrouve au niveau des dépenses de santé elles-mêmes, dont la maîtrise lui échappe presque totalement.

Si l'on considère l'évolution générale du système depuis une vingtaine d'années, que constate-t-on ? Que, sous la pression des dépenses de santé, dont l'accroissement a été constant même si, du fait de la crise et des atteintes au pouvoir d'achat des travailleurs, il s'est quelque peu ralenti au cours de la période récente, un « arbitrage » de fait a joué au détriment des prestations familiales et des prestations vieillesse, dont le taux est fixé par le Gouvernement.

Cette situation ne vous a pas échappé, madame le ministre, et, d'ailleurs, tout au long de votre audition par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le 5 mai 1977, vous avez insisté sur le besoin d'une sérieuse maîtrise de la croissance des dépenses de santé — dans le domaine de la santé, déclarez-vous, l'offre de soins commande la demande — pour conclure à la nécessité d'une rationalisation du système de distribution des soins.

Mais alors, comment expliquer que vos efforts aient, depuis, essentiellement porté non pas sur l'offre de soins, mais bien sur la demande, que vous avez tenté de freiner en substituant au système du ticket modérateur hospitalier celui d'un forfait journalier d'hébergement et en réduisant, par votre décret du 10 juin 1977, les taux de remboursement de certains médicaments ?

Comment pouvez-vous concilier votre volonté affirmée d'agir sur l'offre de soins et votre refus d'aborder de front les questions essentielles posées par la rémunération à l'acte des professionnels de la santé, par l'évolution démographique du corps médical, dont vous feignez de croire, contre toute évidence, qu'elle sera sans conséquence sur le niveau des dépenses de santé, ou encore par le poids des industries pharmaceutiques et des profits qu'elles accumulent ?

Il y a, madame le ministre, dans la politique de la sécurité sociale des gouvernements de la V<sup>e</sup> République, une absence évidente de volonté de s'attaquer aux vrais problèmes qui suffit à expliquer la lente dégradation de notre système de protection sociale et l'état de crise où il se trouve aujourd'hui.

**M. Gérard Bapt.** Très bien !

**M. Jacques-Antoine Gau.** Que l'on se souvienne des trop fameuses ordonnances de 1967 !

A l'époque déjà, c'est à partir de préoccupations financières qu'avait été élaboré un plan de redressement. Georges Pompidou, alors Premier ministre, n'avait-il pas déclaré dans une interview à un hebdomadaire : « Il s'agit de colmater la voie d'eau des régimes sociaux » ?

Pourtant, toutes les mesures prises, dont le parti socialiste n'a pas cessé depuis lors de demander l'abrogation parce qu'elles ont porté atteinte aux droits des assurés et au caractère démocratique de l'institution, ou bien n'ont pas été réellement mises en œuvre, ou bien n'ont pas permis d'atteindre les objectifs qui avaient été fixés.

Sur le plan des structures, les ordonnances de 1967 avaient institué la séparation du système en trois branches autonomes, modifié le mode de désignation des conseils d'administration des organismes et chargé les caisses nationales d'assurer elles-mêmes l'équilibre des risques.

En fait, l'autonomie financière des branches n'a jamais été réalisée, les gouvernements continuant à manipuler les taux de cotisations et à utiliser les fonds de certaines caisses, particulièrement celles des prestations familiales, pour combler le déficit des autres.

Toutes les décisions relatives aux prestations ont continué d'être prises par le conseil des ministres, souvent contre l'avis des caisses nationales. La qualité du service rendu aux assurés n'a jamais été aussi mauvaise qu'aujourd'hui. Rien n'a été résolu au niveau de l'évolution des dépenses et le problème financier reste entier.

En fin de compte, il ne reste des ordonnances de 1967 que ce qui, en fait, correspondait à l'objectif réel du gouvernement de l'époque : la déposition pour les travailleurs salariés du pouvoir de gérer leur régime et la mainmise du patronat sur l'ensemble des institutions de sécurité sociale. On a vu depuis ce qu'il en avait fait ! (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

**M. Gilbert Faure.** Il fallait que ce soit dit !

**M. Jacques-Antoine Gau.** En réalité, toutes ces hésitations, ces demi-mesures, ces inconspicues qui caractérisent la politique de sécurité sociale de la V<sup>e</sup> République, procèdent de la contradiction fondamentale qui existe entre le libéralisme écono-

mique et social, dont se réclame avec force, après d'autres, l'actuel gouvernement, et les principes de solidarité qui peuvent seuls assurer la cohérence d'un système de protection sociale couvrant la totalité de la population et contribuant à la réduction des inégalités qui existent entre les diverses catégories sociales.

Cette contradiction est perceptible aussi bien entre les objectifs sociaux affichés et les mesures économiques annoncées que dans la diversité des mesures prises pour développer la protection des individus.

Dernier exemple en date : dans la déclaration de politique générale, présentée par le Gouvernement le 19 avril devant cette assemblée — vous avez d'ailleurs, madame le ministre, confirmé tout à l'heure les propos tenus alors par M. Barre — engagement est pris de maintenir en 1978 et 1979 les prélèvements par l'impôt et les cotisations sociales à leur niveau actuel.

Or, dans le même temps, le Premier ministre affirme que sera développée une politique de solidarité en faveur des titulaires des revenus modestes et des familles, étant précisé en particulier que les familles de trois enfants seront assurées, dès 1979, d'un revenu minimum de 3 500 francs.

Madame le ministre, comment ces promesses pourront-elles être tenues alors que, par ailleurs, l'état actuel des finances publiques ne permet pas de faire face au déficit déjà prévisible, que le taux de croissance restera, au cours des prochains mois, à un faible niveau, que le pouvoir d'achat des travailleurs régressera ou, au mieux, stagnera, et que — M. Monory et M. Boulin ont pris le soin de nous en prévenir — la situation de l'emploi s'aggravera ?

Mesdames, messieurs, l'expérience des années passées et la situation présente nous le montrent : il n'y a pas de politique de la sécurité sociale équilibrée, cohérente et socialement efficace sans que soient d'abord fixés quelques principes auxquels elle se réfère et d'où sont déduites les mesures concrètes qui en assurent la cohérence.

Je m'emploierai maintenant à présenter la réponse des socialistes aux trois questions essentielles qui se trouvent posées, laissant à mes amis qui interviendront dans la suite du débat le soin d'en développer les conséquences.

Première de ces questions, la plus fondamentale : quelle est la finalité de la sécurité sociale ?

Tout le monde, certes, est d'accord pour considérer qu'elle doit garantir une protection contre les risques sociaux et une compensation des charges familiales. Mais dans quelles conditions ? Comme un simple système d'assurance — c'est la thèse que défendait, me semble-t-il, M. Delanau — ou bien en assurant par des transferts sociaux une solidarité entre les différentes catégories de la population ?

Le système actuel n'apporte pas de réponse claire à cette question. Des mesures successives sont intervenues qui ont distendu les liens entre la protection sociale et le travail, voire les cotisations.

Ainsi la généralisation de la sécurité sociale, la mise à la charge du régime général, d'ailleurs très contestable, du fonds national de solidarité, la création de certaines prestations, comme celle des handicapés, ont paru accentuer le caractère de solidarité globale du système.

Mais la multiplication des conditions de ressources mises à l'octroi de nombreuses prestations a, dans le même temps, développé un glissement vers des formes d'assistance, cependant que le maintien de certains mécanismes, comme le plafonnement des cotisations ou le quotient familial, conduit à une redistribution des revenus « à rebours ».

A une telle incohérence, le parti socialiste oppose une réponse claire : la sécurité sociale doit être considérée comme un élément d'une politique volontariste de transferts sociaux des catégories sociales les plus favorisées vers les plus défavorisées.

Sans doute une politique de réduction des inégalités sociales passe-t-elle d'abord par une action sur les revenus primaires, donc par une politique tendant à en réduire progressivement les écarts et par une profonde réforme de la fiscalité. Mais s'opposer à ce que la sécurité sociale participe à cet effort, c'est lui refuser de progresser vers plus de cohérence, d'efficacité et de justice sociale.

La deuxième question de principe concerne le niveau d'effort que la collectivité nationale est disposée à supporter pour assurer à chacun de ses membres une protection sociale jugée suffisante.

Il est fréquent d'entendre dire que ce coût global a atteint, en France, un seuil au-delà duquel il n'est plus possible d'aller.

Vous-même, madame le ministre, déclarez l'année dernière devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales que « l'accroissement des prélèvements obligatoires, qu'il s'agisse des impôts ou des cotisations sociales, connaît des limites dans une économie libérale qui repose sur la libre entreprise et sur les échanges extérieurs ».

En réalité, aucun débat de fond n'a jamais eu lieu sur cette question essentielle, et personne ne peut dire aujourd'hui avec certitude que les Français refuseraient une charge supplémentaire si elle se révélait nécessaire.

D'ailleurs, il faut savoir que, contrairement aux idées généralement reçues, le prélèvement fiscal et parafiscal représentait, pour la période 1973-1975, 35,5 p. 100 de notre produit intérieur brut, pourcentage inférieur à ceux qui étaient observés respectivement en République fédérale d'Allemagne, 36,4 p. 100, aux Pays-Bas, 41,8 p. 100, ou en Suède, 43,7 p. 100.

En fait, le type de croissance défini depuis les débuts de la V<sup>e</sup> République a visé à favoriser, dans la structure de la consommation, la part des biens de consommation produits dans l'économie de marché au détriment des dépenses sociales collectives. La logique d'une telle tendance est de conduire à un régime de base assurant une couverture sociale minimale et de laisser jouer, pour le reste, des mécanismes libéraux anachroniques et générateurs d'injustices et d'inégalités accrues.

Vous avez dit tout à l'heure, madame le ministre, que tel n'était pas votre objectif. Je vous ai écoutée attentivement. Mais les assurances que vous nous donnez résisteront-elles au poids de la politique libérale exacerbée, qui est celle de M. Barre, telle que nous la voyons se développer depuis quelques semaines ?

Permettez-moi d'en douter : il y a certaines logiques auxquelles on ne peut pas échapper. La vôtre, c'est bien celle qui vous conduira à continuer de réduire la part des dépenses collectives et, par conséquent, à menacer davantage encore le système de sécurité sociale. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

Il est clair que, sur ce plan, les socialistes ont une politique exactement inverse et qu'ils entendent renforcer la protection sociale des individus en améliorant les prestations de maladie, de vieillesse, ainsi que les prestations familiales.

La troisième question fondamentale à laquelle une réponse précise doit être donnée a trait à l'organisation de la sécurité sociale.

Aujourd'hui, le système est constitué par une mosaïque de régimes dont l'enchevêtrement contribue, notamment dans le domaine de la vieillesse, à une extrême complexité administrative. Cette diversité de régimes recouvre des inégalités profondes, tant en ce qui concerne la charge des cotisations que les prestations servies, les salariés supportant très largement la charge des mesures de compensation prises pour atténuer les disparités.

Cette situation appelle des mesures d'harmonisation, aussi bien des charges que des droits, puis, une fois cette harmonisation réalisée, une unification progressive des régimes dont la gestion pourra rester diversifiée et devra, en tout cas, être à nouveau confiée aux intéressés et décentralisée.

Mesdames, messieurs, les propositions du parti socialiste pour équilibrer la sécurité sociale et pour améliorer la protection sociale des Français découlent tout naturellement des principes que je viens d'énoncer.

Ces propositions, qui font l'objet d'ailleurs de plusieurs propositions de loi que mon groupe dépose cette semaine même sur le bureau de l'Assemblée nationale, s'articulent autour de trois axes : réformer le financement, accroître l'aide apportée aux familles et aux personnes âgées, développer une nouvelle politique de la santé.

En ce qui concerne le financement, trois mesures s'imposent : un concours accru du budget de l'Etat aux ressources de la sécurité sociale, un déflatement progressif des cotisations et la recherche d'une meilleure adéquation des contributions des employeurs à leur capacité contributive.

La part des crédits publics dans les recettes de la sécurité sociale est très inférieure en France au niveau atteint dans la plupart des pays de la C. E. E. : 10,8 p. 100 en 1975 dans notre pays, contre 20,7 p. 100 en R. F. A., 23,4 p. 100 en Italie, 38 p. 100 en Grande-Bretagne, 85,9 p. 100 au Danemark !

Une fiscalisation partielle du financement est donc indispensable, à la fois pour renforcer et consacrer le caractère de solidarité du système et pour corriger un certain nombre d'anomalies.

Ainsi, les charges indues supportées actuellement par la sécurité sociale et dont la commission Grégoire a reconnu l'existence, même si elle en a minoré l'importance, doivent être transférées au budget de l'Etat et la compensation entre les régimes doit être effectivement assurée par ce même budget.

Par ailleurs, l'assiette des cotisations doit être élargie pour que les salaires n'en constituent plus la base exclusive. Plusieurs solutions sont ici possibles aboutissant à intégrer d'autres éléments de la valeur ajoutée dans cette assiette.

Dans le domaine des prestations, à l'évidence, des mesures s'imposent sur lesquelles plusieurs de mes collègues reviendront en détail au cours de ce débat : amélioration du niveau des retraites et surtout du minimum vieillesse qui, malgré certains relèvements au cours des dernières années, ne représente guère

plus de 50 p. 100 du S. M. I. C. alors qu'il devrait atteindre rapidement 90 p. 100 du salaire minimum ; revalorisation importante des prestations familiales — 50 p. 100 en treize mois, avions nous dit — qui devraient être payées dès le premier enfant, avant d'être refundues pour conduire à une prestation unique versée sans condition de ressources, mais imposée comme les autres revenus.

Les prestations de l'assurance maladie doivent être aussi améliorées, l'objectif étant d'aller progressivement vers la gratuité des soins.

De telles mesures exigent que soit mise en œuvre une véritable politique de la santé axée sur un développement considérable de la couverture, sur la mise en place de structures adaptées à une approche globale de la santé ou de la maladie, de l'homme malade ou bien portant, avec la création de centres de santé pluridisciplinaires, sur un réexamen des relations entre les membres des professions de santé et les structures de soins, sur l'exclusion des mécanismes de profit dans le domaine de la santé avec, notamment, la nationalisation des grands groupes pharmaceutiques.

Mesdames, messieurs, si ce débat ne peut déboucher sur les réformes qui s'imposent, qu'il serve au moins à éclairer les difficultés, à cerner leurs causes et à montrer les menaces qui pèsent sur notre système de protection sociale.

Dans le système libéral que, sous la direction du Président de la République, le Premier ministre et le Gouvernement tentent d'associer et de consolider, la sécurité sociale apparaît comme un corps étranger.

La logique de ce système qui ne peut totalement ignorer les défavorisés, comme l'on dit — d'autres les appellent les pauvres — et les faibles, puisqu'ils y sont nombreux, c'est, ne nous y trompons pas, de réduire au strict minimum l'effort de solidarité, de revenir progressivement, et déjà vous vous êtes engagée sur cette voie depuis deux ou trois ans, aux mécanismes de l'assistance, même si on les camoufle sous les formules d'impôt négatif, chères à M. Stoléru.

Eh bien ! pour notre part, nous réaffirmons que, conquête des travailleurs, la sécurité sociale doit leur être rendue et être rétablie dans sa vocation première qui est de faire contribuer chaque Français et chaque Française, à proportion de ses moyens, au bien-être de tous. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

Une population protégée des agressions multiples du monde moderne contre l'organisme, des familles en mesure d'élever dans la dignité les enfants qu'elles ont librement choisi d'avoir, une vieillesse assurée de la sécurité matérielle, ces objectifs ne justifient-ils pas un grand effort national ?

Si, bien sûr. Mais ils exigent aussi une volonté politique qui m'a paru bien absente de votre discours, madame le ministre. Cette volonté politique, les socialistes, eux, l'affirment hautement. (Applaudissements sur les bancs des socialistes.)

**M. le président.** La parole est à M. Pons.

**M. Bernard Pons.** Madame le ministre, dire que la sécurité sociale apparaît comme le symbole du progrès social accompli depuis trente ans est une évidence, et il suffit de parcourir le volumineux rapport rédigé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour se rendre compte que, quelle que soit la tendance de ceux qui ont été entendus par cette commission, ils sont sur ce point, au moins, d'un avis unanime.

Ils reconnaissent tous que la place de la sécurité sociale est devenue déterminante, mais que le coût global de la protection sociale représente une charge croissante pour la nation. Si cette croissance ne leur paraît pas anormale, certains se demandent si le même rythme peut être poursuivi. Considérant qu'on ne peut systématiquement majorer les ressources affectées aux prestations de sécurité sociale, ils pensent qu'il faut limiter les dépenses et ils estiment que, si celles des prestations familiales et d'assurance vieillesse peuvent être prévues et, par là même, maîtrisées dans une certaine mesure, il n'en est pas de même pour les dépenses de santé.

Cette analyse n'a rien, en somme, de très original puisque, depuis qu'on parle des problèmes de la sécurité sociale, on en arrive pratiquement toujours à cette conclusion. Mais c'est cette conclusion qui permet, en parlant du « gouffre de la sécurité sociale », « du déficit monstrueux », de la progression « galopante des dépenses » de créer un véritable climat de suspicion non pas tant à l'égard du système en lui-même qu'à l'égard du système de santé et de ceux qui, à un titre ou à un autre, y participent.

Pour l'opinion publique, d'ailleurs, il ne faut pas s'y tromper, sécurité sociale est synonyme d'assurance maladie, et toutes les critiques qui sont formulées le sont essentiellement contre ce secteur.

Lors de votre dernière audition par la commission, vous avez dit : « contrairement à l'adage bien connu, la santé a un prix, et ce prix est supporté par plus des deux tiers par la collectivité ». Mais vous aviez dit aussi un peu plus tôt : « le progrès médical doit profiter à tous les Français. Or seule la sécurité

sociale permet d'en diffuser les bienfaits. Elle est donc contrainte d'en supporter le coût ».

Je crois que cela démontre clairement que, si la santé peut avoir un prix pour la collectivité nationale, elle n'en a pas, et elle n'en aura jamais, pour celui qui est malade et pour ses proches.

Les prévisions réalisées en juillet 1976 faisaient apparaître, pour l'exercice 1977, un déficit de 12 milliards de francs ; or, d'après vos indications devant la commission, il ne devait être en réalité que de 400 millions, et vous estimez que l'augmentation des cotisations, la participation accrue de l'Etat au fonds national de solidarité et, enfin, un certain nombre d'économies en matière d'assurance maladie sont à l'origine de ce redressement.

Permettez-moi de ne pas être tout à fait d'accord sur cette analyse et sur les chiffres que vous avez indiqués — on parle aujourd'hui d'un solde positif de 2 600 millions de francs pour 1977 — car, au moment où l'on annonçait partout ce déficit de 12 milliards, dont on nous disait qu'il n'était qu'un point de départ, et il suffisait d'entendre M. Gau tout à l'heure pour envisager des perspectives apocalyptiques, les mesures prises par le Gouvernement étaient connues et elles pouvaient, à l'avance, être chiffrées.

Je persiste donc à penser que la disparition de ce déficit de 12 milliards a quelque chose de miraculeux et qu'il faut attentivement analyser ce « miracle » afin d'en tirer certains enseignements pour l'avenir.

C'est la raison pour laquelle le groupe R. P. R. souhaite qu'un jour on puisse arriver, en cette matière, sans budgétisation, à un contrôle parlementaire qui nous éclairerait parfaitement. Mais nous savons que cela demandera du temps car une modification de la Constitution sera nécessaire.

En attendant, et afin d'aller dans cette voie, le groupe R. P. R. m'a chargé de vous informer qu'il avait l'intention de déposer dans la prochaine loi de finances un amendement demandant à la Cour des comptes un rapport public qui devrait faire l'objet d'un débat annuel devant le Parlement.

**M. Emmanuel Hamel.** Excellente suggestion !

**M. Bernard Pons.** Nous souhaitons que le Gouvernement examine cet amendement avec une particulière attention.

Le vrai problème, madame le ministre, vous l'avez vous-même souligné à maintes reprises ainsi que certains de vos prédécesseurs, est celui de la compatibilité entre la croissance des dépenses sociales et la croissance du revenu national. La progression des dépenses de sécurité sociale est en partie cependant favorable à l'économie, et la véritable comptabilité des dépenses de santé ferait apparaître — et vous l'avez signalé avec raison — des économies si l'on tenait compte de l'entretien du capital humain qu'elles permettent de réaliser.

Vous l'avez reconnu vous-même, la situation n'est pas dramatique. Alors, qu'on ne nous parle plus de catastrophe, de fin du système de protection sociale, tout cela sans doute afin de culpabiliser d'une manière directe ou indirecte tous ceux qui participent à ce système de soins et surtout pour leur faire clairement comprendre à eux-mêmes, mais aussi et surtout à l'opinion publique, que c'est le système en lui-même qui est mauvais et qu'il faut impérativement en changer.

La vérité existe-t-elle, d'ailleurs, quelque part en matière de protection ? Y a-t-il un pays qui a fait mieux que nous ? Trois systèmes sont en application dans le monde : le libéral de type américain ; le nationalisé de type anglais ; le mixte de type français.

Le pourcentage des dépenses de santé par rapport au produit national brut est pratiquement le même dans ces trois pays, ce qui veut dire clairement que, quel que soit le système envisagé, la progression des dépenses est pratiquement identique.

Dès lors nous savons que notre choix n'est pas porteur d'une tare indélébile, et nous pouvons seulement nous demander si, à égalité de charges — et j'insiste bien sur ce point — nous n'aurions pas intérêt à choisir un autre système.

Personne ne se réclame du système totalement libéral, mais beaucoup se réclament du système nationalisé ; c'est plus commode. Ceux-là auraient dû suivre, au mois d'avril dernier, les 120 généralistes du département de la Moselle qui, aux dires d'un quotidien bien connu réservé au corps médical, ont découvert, selon le titre de l'article, « la médecine à l'abattage » au pays du *National Health Service*. Ceux-là, qui réclament à tout prix une médecine gratuite sous prétexte qu'elle coûterait moins cher — et nous avons vu que c'est faux — devraient savoir, comme l'a dit le professeur Sournia, que « la médecine gratuite n'existe pas et que, de plus, elle est un leurre, que dans les pays qui disposent d'un système de rémunération fixe, il existe partout des pratiques clandestines en vue d'augmenter les traitements ».

Dans ces conditions, soyons modestes, madame le ministre, comme vous nous l'avez dit tout à l'heure ; sachons reconnaître la valeur et la qualité du système qui a été mis en place dans notre pays ; sachons que ce système est perfectible, mais que

son amélioration ne pourra intervenir qu'avec la participation de tous les partenaires.

Je veux maintenant évoquer quelques problèmes particuliers à l'assurance maladie, dans le cadre de laquelle vous avez pris un certain nombre de mesures tendant à maîtriser la croissance des dépenses de santé.

Le médicament d'abord, dont vous avez parlé longuement.

Porteur de tous les vices et de toutes les tares, le médicament a été, ces dernières années, l'objet d'attaques incessantes et variées. J'allais dire, si je ne vous avais entendue tout à l'heure, que personne n'a affirmé solennellement le rôle primordial qu'il a joué ces vingt dernières années dans les progrès accomplis non seulement par la médecine, mais aussi par la chirurgie puisque, même dans ce domaine, il a été un élément déterminant.

Or vous savez qu'il représente moins de 5 p. 100 des dépenses de la sécurité sociale et moins de 14 p. 100 de celles de l'assurance maladie ; vous savez aussi que, depuis 1970, sa part dans les dépenses de santé a régulièrement décliné.

Il est donc abusif de toujours invoquer l'armoire à pharmacie et la longueur des ordonnances chaque fois que le thème de la sécurité sociale est abordé. Il est vrai que dans l'assurance maladie, alors que les dépenses hospitalières et les remboursements d'honoraires paraissent au premier abord incompressibles, les dépenses de médicaments peuvent être réduites par un simple arrêté... mais au prix de l'emploi, de l'équilibre de la balance commerciale et surtout au prix de la capacité de recherche et donc au détriment direct de l'intérêt du malade.

Sans recherche et sans exportations, la balance commerciale pharmaceutique ne peut que se dégrader. L'effort mondial en la matière est tel que, tout le monde le sait, la pharmacopée va se renouveler considérablement au cours des dix prochaines années.

Or par sa destination, le médicament a un marché international. Malades et médecins français ont besoin des découvertes étrangères. L'équilibre économique veut et impose qu'il y ait aussi des découvertes françaises sur le marché international. Il y en aura si les laboratoires installés en France ont les moyens de financer leurs recherches, puis de faire valoir leurs produits.

A cet égard, comme toutes les industries aujourd'hui, l'industrie pharmaceutique a besoin de la liberté des prix, cette liberté étant contrôlée mieux que dans de nombreux autres secteurs par la concurrence. Les instructions ministérielles du 31 août 1977 n'ont pas atteint, je le crois, le but recherché car l'institution de la comparaison thérapeutique en fonction d'une autre classe thérapeutique est toujours très difficile à établir et peut toujours être contestée. La concurrence artificiellement créée qu'elles ont tenté, à bon droit, de mettre en place et qui peut se traduire par : « une nouvelle spécialité pharmaceutique ne sera remboursée par la sécurité sociale que si elle est meilleure ou moins chère » aboutit en fait à l'inverse du but recherché, en protégeant la situation de monopole acquise par la ou les spécialités déjà commercialisées.

Je citerai un exemple qui a trait à l'industrie ophtalmologique.

Ce secteur est très modeste et possède des unités de fabrication totalement différentes du reste de l'industrie pharmaceutique. Eh bien, dans le système actuel, un certain nombre de molécules indispensables pour certains malades ne sont pas mises sur le marché, et cela me paraît très regrettable. C'est notamment le cas d'une molécule bien connue des ophtalmologistes : l'acétylcystéine.

D'une manière générale, nous ne sommes pas certains que l'énorme travail de vérifications et de contrôles accomplis scrupuleusement par la commission compétente soit bénéfique pour le maintien d'une industrie pharmaceutique nationale.

Après le médicament, c'est l'hospitalisation privée qui a été la cible de choix. Les nombreuses critiques qui lui ont été et qui lui sont encore adressées méconnaissent totalement le vrai problème, à savoir que l'hospitalisation privée existe, qu'elle est une réalité, qu'elle s'est considérablement transformée, qu'elle s'est modernisée, que dans une très grande proportion elle donne satisfaction à ses usagers, que son existence est inscrite dans la loi, mais que la loi n'est pas respectée. La vérité est que l'hospitalisation privée traverse une crise grave, une crise très grave.

Je sais, madame le ministre, les efforts personnels que vous avez entrepris pour améliorer la situation, mais je me permets de vous rappeler que le régime conventionnel concerne aujourd'hui environ 90 p. 100 des établissements d'hospitalisation privée. Ce régime vient de recevoir une dynamique nouvelle par la mise en application de l'arrêté interministériel du 15 décembre 1977 sur le classement des établissements et par l'institution d'une convention nationale type.

Deux autres arrêtés doivent encore être mis au point : celui qui concerne les forfaits de salle d'opération et de travail ; celui qui est relatif aux médicaments coûteux. Il est urgent que

l'accord se fasse avec la profession sur ces deux textes de manière que l'ensemble des dispositions à prendre pour la mise en place du nouveau régime conventionnel soit définitivement adopté.

À la convention nationale type dont j'ai parlé doit être annexé un protocole résultant d'un accord entre la sécurité sociale et la profession et qui comporte notamment la possibilité d'une méthode de tarification. On se demande en effet à quoi servirait de classer les établissements si une tarification correspondante ne devait pas suivre. Ce protocole nous ayant paru très timide quant à l'utilisation d'une méthode de tarification, nous avons pensé qu'il était nécessaire d'en inscrire le principe dans la loi et, à cette fin, nous avons déposé une proposition de loi modifiant l'article 56 de la loi du 31 décembre 1970.

Un autre sujet préoccupe les établissements d'hospitalisation privés : les dossiers de regroupement des cliniques. C'est un fait que les petits établissements ont de plus en plus de difficultés pour fonctionner normalement, et le regroupement de plusieurs petits établissements pour transférer leurs lits sur une clinique neuve est un moyen de saine gestion et de progrès technique.

La loi oblige les promoteurs de ces opérations de regroupement à présenter leurs dossiers aux commissions régionales de l'hospitalisation. Mais ces commissions émettent la plupart du temps, pour ne pas dire toujours, un avis défavorable, lequel est suivi par le préfet de région, qui décide. Le rejet du dossier est fondé sur le fait que les besoins sont excédentaires, et l'on profite de l'occasion, si j'ose dire, pour supprimer des lits dans le secteur de l'hospitalisation privée. Nous souhaitons que des instructions soient données pour qu'en toute circonstance les regroupements d'établissements qui ne créent aucun lit supplémentaire soient autorisés.

Mais nous pensons qu'il faut aller plus loin dans le domaine de l'hospitalisation : nous pensons qu'il faut organiser une véritable concurrence négociée entre le secteur public et le secteur privé. Les commissions régionales de l'hospitalisation ne sont, en réalité, consultées que sur les projets du secteur privé alors que les projets des deux secteurs devraient leur être soumis. Rien ne justifie que l'hospitalisation privée ait des systèmes de gestion très différents et que, dans un cas, l'on exige la signature de conventions strictes entre les cliniques et la sécurité sociale et, dans l'autre, on prévoie un prix de journée qui est quelquefois un prix de journée un peu « fourre-tout ».

Depuis trois ans, madame le ministre, vous vous êtes attachée à la maîtrise de la dépense hospitalière et vous avez eu raison, mais votre réussite dépendra, j'en suis convaincu, du maintien des deux secteurs concurrentiels et complémentaires.

Par l'ordonnance du 4 octobre 1945, le général de Gaulle a doté les Français d'une institution de solidarité garantissant à la fois leur santé, leur famille et leur retraite.

Nous estimons que le maintien du caractère libéral de notre système de soins, celui du libre choix du médecin par le malade, de la libre prescription et du paiement à l'acte sont indispensables : mais, comme vous l'avez indiqué, madame le ministre, cela suppose que chaque citoyen ait conscience de sa responsabilité.

Pour l'assuré, qui doit prendre conscience du fait qu'il est un participant et non un simple assujéti, quatre mesures s'imposent : une éducation dès l'école primaire, suivie de campagnes d'information pour développer le civisme social ; une connaissance exacte, par l'assuré, de la véritable part de son salaire brut versé sous forme de cotisations à la sécurité sociale, par une individualisation, sur son bulletin de paie, des cotisations « patronales » et « salariales » ; une information donnée à l'assuré sur le coût de certaines prestations dont il bénéficie sans en connaître le prix, qui est réglé directement par la sécurité sociale, et c'est notamment le cas du tiers payant en matière hospitalière ; enfin, un relais de prévoyance individuelle, en particulier pour les accidents dus aux activités de loisirs et qui entraînent la responsabilité de ceux qui les pratiquent : automobile, moto, montagne, ski, voile et un certain nombre d'autres sports qui peuvent être cause d'accidents ; les risques devraient être entièrement couverts par une assurance obligatoire personnelle, et la règle ne pourrait être transgressée que pour des cas exceptionnels.

Les conséquences financières des maladies liées à un comportement personnel engageant la responsabilité des assurés doivent être examinées avec attention. C'est en particulier le cas des maladies et des accidents dus à un usage abusif de l'alcool et

du tabac. Aussi proposons-nous à cet égard que des prélèvements spéciaux sur la vente de ces produits alimentent directement la sécurité sociale.

Pour l'offre de soins, l'effort prioritaire devrait porter sur la gestion des hôpitaux.

Les dépenses hospitalières constituant la moitié de l'assurance maladie et croissant plus rapidement que les autres postes de ce risque, la responsabilité des gestionnaires devrait être effective ; les règles de gestion hospitalière devraient se calquer progressivement sur celle du budget de l'État. L'hospitalisation, bien sûr, doit être évitée le plus souvent possible grâce à une meilleure collaboration entre le système hospitalier et les praticiens.

Tous les membres des professions de santé, après avoir reçu une formation économique indispensable à une véritable prise de conscience du rôle effectif qu'ils auront à jouer dans le système, devraient être régulièrement informés du coût et des conséquences de chacune de leurs décisions.

Les médicaments bon marché reconnus de qualité seront maintenus. La vignette devrait être supprimée afin de limiter la tentation du remboursement sans ordonnance.

Enfin, ce qu'on appelle la « sauvegarde » de la sécurité sociale ne peut être un prétexte ni à une augmentation ou à un déplafonnement des cotisations ni à un accroissement de la fiscalité.

Tout à l'heure, madame le ministre, j'ai beaucoup apprécié vos propos relatifs aux problèmes financiers de la sécurité sociale. Que le Gouvernement se garde d'aller trop vite dans telle ou telle voie indiquée par certains orateurs appartenant à différents groupes de cette assemblée. Nous aboutirions, certes, à une réforme, mes chers collègues, mais une réforme qui risquerait de donner des résultats du genre de ceux que nous avons obtenus pour la taxe professionnelle.

J'ai lu dans un quotidien du soir que la sécurité sociale apparaissait comme une cathédrale inachevée.

**M. Emmanuel Hamel.** Elles sont toutes inachevées !

**M. Bernard Pons.** Si l'auteur de l'article se réjouissait de l'inscription de ce débat à notre ordre du jour, il craignait — pensant sans doute détenir seul la vérité — que nous n'apportions pas notre contribution à l'achèvement de cet édifice mis en place en un demi-siècle.

Pour notre part, nous tenons, au cours de ce débat, à réaffirmer notre attachement profond à l'institution et à dire qu'il nous paraît capital, plutôt que d'envisager des bouleversements de structure, de ressusciter le sens des responsabilités et de pratiquer une politique de vérité.

Il faut faire apparaître sur la feuille de paie, comme je l'indiquais tout à l'heure, le montant réel des cotisations sociales, qui constituent un véritable « salaire indirect » de plus de 50 p. 100 des sommes perçues et faire connaître le montant réel de l'effort social national.

Il convient également de revaloriser les allocations familiales dans le cadre d'une nouvelle et indispensable politique en faveur de la famille.

Ces réformes et une politique d'économie bien conduite, arrêtée après une large concertation avec les partenaires concernés, en matière de soins, d'hospitalisation, de pharmacie, doivent favoriser une meilleure compréhension par les Français de leur système de protection sociale qui, malgré des imperfections, reste l'un des meilleurs dans le monde d'aujourd'hui. (Applaudissements sur les bancs du rassemblement pour la République et de l'union pour la démocratie française.)

**M. le président.** La suite du débat est renvoyée à la prochaine séance.

— 4 —

#### ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Ce soir, à vingt et une heures trente, deuxième séance publique :

Fixation de l'ordre du jour ;

Suite du débat sur la déclaration du Gouvernement sur les problèmes actuels de la sécurité sociale.

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-neuf heures cinq.)

Le Directeur du service du compte rendu sténographique de l'Assemblée nationale,  
JACQUES RAYMOND TEMIN.

(Le compte rendu intégral de la 2<sup>e</sup> séance de ce jour sera distribué ultérieurement.)