

DIMANCHE 1 AVRIL 1965

La séance est ouverte à 22 heures, sous la présidence de LAPPARENT, président de la MNEF.

PRESIDENCE DE LAPPARENT

LE PRESIDENT.- Le quorum est atteint et le Congrès peut valablement délibérer.

Sont inscrits à l'ordre du jour de la présente séance les rapports des commissions santé, financière, juridique, secrétariat général, information ou social et demain matin, probablement, orientation, universitaire, internationale, etc.

RAPPORT DE LA COMMISSION SANTE

DAUMESNIL (Paris-Pharma) rapporteur - Le rapport est volontairement succinct en raison du nombre restreint de participants à la commission.

La commission santé a repris les travaux effectués au congrès de la MNEF et a adopté l'ordre du jour suivant :

1°) problèmes généraux de la S.S. ; 2°) problèmes du régime étudiant face à l'A.E. ; 3°) rapports entre l'U.N.E.F. et la M.N.E.F. ; 4°) problèmes de l'hygiène mentale ; 5°) problèmes de recherche ; 6°) fondation santé.

Problèmes généraux de la sécurité sociale

DAUMESNIL (Paris-Pharma) rapporteur.

Dans le cadre du Ve Plan, le Parlement va devoir débattre en novembre des problèmes généraux de la S.S., et de la manière de combler son déficit par d'autres sources de financement que celles envisagées. L'U.N.E.F. doit être capable de prendre des initiatives et définir une position élaborée par une recherche suffisante afin de respecter son autonomie et celle de la M.N.E.F. dans le cadre de la gestion par les usagers.

L'U.N.E.F. ne peut intervenir directement sur le milieu sous peine de devenir un syndicat sanitaire, mais elle doit travailler en relation avec les corpos en fournissant un certain nombre d'éléments techniques pour que les structures syndicales soient en mesure d'effectuer cette sensibilisation et la revendication d'un certain nombre d'objectifs sanitaires avec la plate-forme du mouvement.

La situation actuelle de la S.S. par rapport aux mesures gouvernementales : si l'on retient les hypothèses qui postulent le maintien intégral des législations existantes et une parité d'évolution des pensions, du revenu familial et des salaires, on aboutit à un indice de l'ordre de 145 ; voulant donner au Ve Plan une orientation sociale très marquée mais <sans> tenir compte des impératifs de l'équilibre, le Gouvernement met à l'étude un accroissement de 38,40 %. Le freinage ainsi apporté à l'évolution implique une réduction des prestations sociales.

La S.S. assure de manière officieuse le développement de l'infrastructure sanitaire en France, ce qui est une des causes de son déficit actuel, le Gouvernement ne lui accorde pas les moyens nécessaires à son application.

Il s'offre 2 possibilités : soit réaliser véritablement et officiellement le fonctionnement des équipements sanitaires et en lui fournissant les moyens financiers en dehors du cadre actuel ; soit renoncer à cet état de fait et le Gouvernement se charge de l'infrastructure sanitaire.

Le conventionnement établi entre les caisses et les médecins peut dans certains cas conduire à la planification des établissements santé, mais cette politique n'est pas satisfaisante, ne serait-ce que par son instabilité preuve de son état transitoire. De toute façon, elle reste entachée d'imperfections permettant la survie de structures commerciales et de certaines pratiques syndicales traditionnelles.

Solutions pour pallier le déficit actuel de la S.S. :

- Les prestations de l'assurance-maladie augmentent donc bien plus vite que le produit national et le revenu des ménages, progression devant se maintenir par suite de l'extension des systèmes d'assurance-maladie à des professions qui n'en bénéficient pas encore.

- La limitation de cette progression ne peut se situer sur la consommation médicale et pharmaceutique considérée comme courant irréversible, une meilleure conciliation peut être trouvée entre le régime de couverture obligatoire des risques de maladie et l'exercice libéral de la médecine par un système de convention entre organismes de S.S. et corps médical. Il y aurait lieu également de revoir les marges bénéficiaires de l'industrie pharmaceutique. Les solutions d'économie auraient un effet très grand à court terme mais ne résoudraient pas le problème posé.

- Combler le déficit de l'assurance-maladie par l'excédent des prestations sociales en excès sur le niveau du coût de la vie ou répartir différemment les cotisations, ces deux mesures n'étant qu'une opération budgétaire car le prélèvement global est effectué sur la masse salariales

- Modifier le mode de financement soit par le développement de la cotisation de type parafiscal qu'est celle de la S.S., mais le taux de la pression fiscale sur les ménages - rapport de leurs impôts directs à leur consommation - passerait à 9 % ce qui représente un surcroît d'efforts considérables.

- Fiscalisation pure et simple du financement, mais cette mesure verrait dans l'état actuel la liquidation de la gestion par les intéressés pour devenir une gestion étatisée contraire aux mesures du législateur de 1945.

Face à l'état des recherches ni la M.N.E.F. ni l'U.N.E.F. ne peuvent prendre position sur l'une de ces mesures. Il s'agit donc pour l'U.N.E.F. de défendre l'autonomie de gestion des prestations sociales par rapport au budget de l'état.

Devant cette nécessité, la commission a adopté la résolution d'orientation générale votée à l'unanimité à la Mutuelle.

LE PRESIDENT - Je vous lis la résolution d'orientation générale sur les problèmes généraux de la sécurité sociale.

" 1°) ANALYSE DE LA SITUATION GENERALE

" A - AU NIVEAU DES STRUCTURES -SANITAIRES

A) Situation médicale

" - 50 000 médecins dont 80 % sous la forme libérale. Répartition non en fonction des besoins mais pour d'autres facteurs intrinsèquement nés à cette forme d'exercice de la médecine, question de climats, de rentabilité, de position urbaine plus que rurale, de groupe social parties par parties.

" - Cette médecine libérale se heurte elle-même à des difficultés du fait de son insuffisance globale, de l'augmentation des besoins, comme de la progression des techniques et des connaissances qui induisent la nécessité d'une spécialisation plus poussée et d'un matériel plus coûteux.

" - A côté de cette médecine libérale, la médecine hospitalière voit ses possibilités de développement fortement hypothéquées:

" . quantitativement par le restriction financière de la politique gouvernementale.

" . qualitativement par l'absence de plan rationnellement établi en fonction des besoins.

" Quant à la médecine préventive représentée essentiellement par la Médecine du travail, elle est pratiquement abandonnée à l'initiative du patronat dont elle dépend financièrement et moralement.

" B) Situation pharmaceutique

" Celle-ci est entre les mains de quelques groupes financiers dont le seul but est le profit maximum. Ce qui entraîne un cloisonnement concurrentiel au niveau de la recherche, et une politique anti-éducative de conditionnement publicitaire des usages et pour corollaire la fixation de tarifs maxima.

" B - SECURITE SOCIALE

" A) Conventionnements

" La politique de conventionnement entre les Caisses et les médecins a permis à l'ensemble de la population de bénéficier plus largement des services sanitaires. Mettant la médecine à la portée du plus grand nombre, elle peut dans certains cas conduire à la planification des établissements des travailleurs de la santé, en même temps qu'elle constitue une stabilisation des tarifs.

" Par ailleurs, les avantages qu'elle accorde aux médecins (augmentation de la consommation médicale, avantages sociaux) ne sont pas négligeables. En aucun cas, elle ne saurait donc être mise en question si ce n'est dans l'optique d'une réorganisation plus générale reconnaissant le devoir intégral du droit à la santé et instaurant une médecine gratuite. Mais, de toute manière, cette politique de conventionnement reste entachée d'un certain nombre de limites et d'imperfections :

" Elle permet la survie des structures commerciales, de la pratique médicale, tant au niveau du groupe médical à financement privé qu'au niveau du trust pharmaceutique.

" Elle est sans cesse remise en cause par une bonne partie du corps médical qui y voit, un premier pas vers la fonctionnarisation.

" B - PROBLEMES FINANCIERS DE LA SECURITE SOCIALE

" 1°) Evolution des dépenses :

"De façon naturelle, la consommation médicale s'est accrue plus rapidement que la masse du revenu national dans la mesure où

elle dépend non seulement de l'élévation du niveau de vie mais également d'un certain nombre d'autres facteurs parmi lesquels il faut citer :

- " - le progrès technique de la médecine,
- " - l'éducation sanitaire,
- " - l'inégalité démographique entre population active et non-active,
- " - l'absence de limite à l'appétit des trusts pharmaceutiques.

" Cette évolution naturelle s'est aggravée au cours des dernières années par la politique du gouvernement, ce qui tend à faire supporter au régime général des charges qui ne lui incombent pas.

- " - déficit du régime agricole
- " - déficit du régime minier
- " - allocations supplémentaires versées à certains ressortissants du régime général et qui incomberait normalement au :
- " - frais de fonctionnement des services de sécurité sociale
- " - participation aux investissements hospitaliers.

## " 2°) L'évolution des recettes

"Pour pallier cet accroissement des dépenses, les ministres du travail ont envisagé et appliqué trois types de mesures :

" a) tentative de compression des dépenses de L'A.M.  
Mais, dans ce cadre, les possibilités sont limitées ; l'essentiel des dépenses étant représenté par des frais d'hospitalisation et de pharmacie, sur lesquels il est impossible d'établir un contrôle par les structures actuelles.

Venant à la réduction des honoraires, des praticiens, elle reste sans cesse l'objet de discussions entre les syndicats médicaux et le gouvernement qui intervient directement :

- " - en imposant une convention type national
- " - en imposant des tarifs d'autorité.

"b) Tentative de compression des prestations familiales, en les faisant évoluer moins rapidement que les salaires, c'est ainsi qu'en dix ans, les gouvernements ont pu imposer le passage d'une branche à l'autre du régime de 350 milliards d'anciens francs.

"En clair, cela signifie que la croissance des dépenses de santé ont été couvertes par une réduction des revenus familiaux.

"c) Augmentation des ressources propres de la branche A.M. par un relèvement du plafond et surtout par un relèvement du taux de cotisation, celui des cotisations prestations familiales étant corrélativement abaissé. Au lieu d'une compensation financière finale, on a pratiqué une répartition différents des ressources.

C'est cette volonté d'équilibre budgétaire réalisé au détriment d'une politique de progrès social, qui a amené finalement le gouvernement par des manipulations financières à faire supporter les plus lourdes charges aux salariés. Cela l'entraîne à rejeter le contrôle de la sécurité sociale par les représentants des travailleurs et explique ses attaques répétées contre l'autonomie des caisses.

### " 3°) Perspectives

#### " a) Notion de "déficit

"Dans la perspective d'une politique de protection sanitaire et sociale, la notion de déficit apparaît en soi comme une aberration et ne peut donner prétexte à un freinage systématique de la consommation médicale. Le budget de la sécurité sociale doit être établi en fonction de besoins réels dont l'évaluation ne serait être faite que par les organismes démocratiques. En tout état de cause, il faut que le gouvernement cesse d'imposer au régime général des charges qui ne lui incombent pas. Dans la même optique, la nationalisation de l'industrie pharmaceutique se traduira par une diminution du budget santé tout en améliorant les conditions de recherches scientifiques dans cette branche.

"b) Mais, à long terme, ces mesures restant insuffisantes à tous les niveaux. C'est pourquoi :

" Dans la mesure où les sommes affectées aux dépenses de santé doivent être sans cesse croissantes et dans la mesure où cet accroissement ne saurait être supporté par les salariés, il faut dès maintenant envisager un financement complémentaire, que ce soit par une contribution plus grande du budget de l'Etat, ou par l'augmentation de la cotisation patronale.

" Cette refonte du système de recettes de la sécurité sociale ne saurait se faire en dehors d'une perspective d'instauration d'un service autonome de santé permettant d'envisager dans leur ensemble problèmes financiers et problèmes structurels et garantissant le principe de l'autonomie des gestions.

" Dans les conditions actuelles c'est vers cette définition globale d'un service autonome de santé que la M.N.E.F. doit orienter son travail en collaboration avec les organisations démocratiques, tout en poursuivant la lutte pour la défense et l'amélioration du régime de sécurité sociale".

LE PRESIDENT - La motion a été adoptée à l'unanimité par la commission.

5 AGE demandent-elles un débat ? ...

La motion est donc adoptée.

#### Problème du régime étudiant face à l'A.E.

DAUMESNIL (Paris-Pharma) rapporteur - Jamais la modification de régime de la sécurité sociale par suite de l'attribution d'une allocation d'études n'avait fait l'objet d'une étude sérieuse. Nous avons essayé de combler cette lacune par des recherches en rapport avec celles effectuées à la mutuelle.

Cette attribution instaure un troisième régime et nous pouvons définir la situation actuelle comme suit :

- \* étudiants allocataires,
- \* étudiants en suspension d'allocation,
- \* étudiants salariés.

Les deux derniers cas étant inscrits dans les régimes actuels, seul l'étudiant allocataire bénéficiera d'un régime spécial. L'allocation d'étude étant versée sous forme de salaire par l'Etat il est normal que le régime défini soit un cas particulier du régime général et analogue à celui des fonctionnaires, les critères d'application étant ceux prévus pour l'attribution de l'A.E.

Des dispositions particulières sont actuellement formulées :

- \* taux de la cotisation inférieure à celui des fonctionnaires (5 à 6 %) ;
- \* financement assuré en vue d'une affectation d'un pourcentage donné à l'action sanitaire et sociale ;
- \* la qualité d'allocataire supprime aux égards de la sécurité sociale celle d'ayants-droits : . d'un affilié du régime général pour un étudiant de moins de vingt ans ; • des affiliés des régimes spéciaux (S.N.C.F. Mines).

\* La commission s'est penchée sur le problème des arrêts du travail et de l'empêchement aux examens en rapport avec les critères universitaires prévus pour l'allocation d'étude affirmant que celle-ci serait versée intégralement dans le cas d'un arrêt de travail momentané. Le subside étant la charge de l'administration, les prestations en espèces ne se posent plus au niveau de la sécurité sociale.

\* Les accidents de travail seront prévus dans le régime supprimant de ce fait le recouvrement de l'assurance dans l'état actuel.

\* La commission a prononcé un avis favorable sur la nécessité de l'adoption d'un taux différencié d'allocation d'étude pour les handicapés et l'abattement prévisible de son montant dans le cas d'une hospitalisation.

Ces quelques données succinctes qui n'ont pas un but exhaustif se veulent des preuves reflétant l'état actuel des recherches et des concrétisations dans la création d'un nouveau régime spécifique aux allocataires.

Malgré la présence de trois régimes simultanés, l'UNEF réaffirme sa volonté de voir reconnaître à travers différentes situations que c'est la condition d'étudiant qui est déterminante et réaffirme, de ce fait, que le principe de la gestion directe par des usagers, quel que soit le type de régime, ne saurait être remis en cause.

Les problèmes posés par la sécurité sociale dans le cas de l'attribution d'études impliquent la nécessité pour la commission universitaire de se pencher sur les critères d'agrément des écoles actuellement très arbitraires.

Relations UNEF-MNEF

DAUMESNIL (Paris-Pharma) rapporteur. - Les sections de la Mutuelle, du fait de leurs divergences politiques avec les A.G.E. entraînant des difficultés pour les prises de position du syndicat sur les problèmes santé, en sont restés en général au même état qu'il y a trois ans.

Les délégués à la Mutuelle doivent être des responsables syndicaux et constituer la structure de base des sections (Paris, Rennes, Lyon). Etant gérée par le syndicat, transposant au niveau de la Mutuelle l'ensemble de ses préoccupations générales (dépense de la S.S., type d'idéologie auxquelles elles se réfèrent...), les sections ne seront plus le domaine d'une gestion bureaucratique mais deviendront le secteur d'innovation et d'expérimentation tendant à déterminer une alternative dans un certain nombre de problèmes.

La Mutuelle ne peut détenir les clés de l'action du syndicat, mais c'est aux sections de rassembler un certain nombre d'éléments pour devenir un organisme stimulateur auprès des A.G.E. et corpos, s'ouvrir sur les militants syndicaux.

La syndicalisation au niveau des sections revêt trois aspects : - élections ; - orientation ; - responsabilité.

La création d'un bloc santé (minos) au niveau de la structuration et de la liaison avec le syndicat apporterait des éléments de réflexion suffisants pour l'élaboration d'une orientation générale commune. Les membres de ce groupe devront de ce fait, être largement représentés au sein des sections.

### Hygiène mentale

DAUMESNIL (Paris-Pharma) rapporteur.- La politique d'hygiène mentale du mouvement étudiant qui s'effectue au travers de la structure mise en place (B.A.P.U.) successivement précisée dans les motions des Congrès de Dijon et de Toulouse semble s'être heurtée à des difficultés d'application, difficultés résultant, semble-t-il, d'une certaine imprécision de ces motions.

En effet, nous considérons que les B.A.P.U. ont tendance à se refermer sur un certain nombre de malades et sur leurs soignants du fait de la pression de la demande thérapeutique en milieu étudiant et deviennent purement et simplement une structure de soin, dont souvent le fonctionnement ne se distingue pas de celui des dispensaires traditionnels.

La commission considère par ailleurs que le BAPU n'a pas vocation de répondre à tous les besoins ce qui l'assimilerait aux dispensaires, mais qu'il est un organisme à caractère de contestation en matière de santé. Ainsi elle considère que l'intervention thérapeutique telle qu'elle se pratique dans les BAPU est insuffisante et réclame d'être prolongée par des structures de type " clubs thérapeutiques ", foyers d'usagers, etc, gérés par les intéressés eux-mêmes dans lesquels seraient intégrés les étudiants des commissions hygiène mentale des C.E.R.S. locaux sous le contrôle analytique du collectif thérapeutique, ce qui aurait pour effet, non seulement d'augmenter le potentiel thérapeutique du BAPU, mais de mettre en place des structures originales en France et dont le développement serait susceptible de dépasser rapidement ce premier état. Ces structures nécessitent une analyse permanente : - de la pratique des conseillers et des courants doctrinaux auxquels ils se rattachent ; - de la pratique des responsables syndicaux

La commission considère également que "médecine salariée", "gratuite" et "d'équipe" sont des termes équivoques qui ne suffisent pas à caractériser un type de pratique médicale, type de pratique médicale qui, dans une institution de soins publiques ou semi-publiques, peut toujours se réclamer du salariat, de la gratuité et du travail d'équipe sans que cela puisse avoir de signification politique précise.

Il est nécessaire de créer des commissions dans le cadre du C.E.R.S. où figureraient des responsables de sections et d'A.G.E., des militants intéressés et certains praticiens sollicités par le mouvement, qui analyseraient régulièrement l'institution existante et étudieraient les modalités de la mise en place des structures nouvelles.

SCHMIDT (Rouen) -. Les problèmes posés par l'application du Ve Plan ont-ils été évoqués en commission ?

LE PRESIDENT -. Nous avons repris au début la comparaison des directives gouvernementales générales par rapport aux besoins pour 1970 mais globalement parce que les informations ne sont pas encore sûres.

DAUMESNIL (Pharma) rapporteur-. De 45 p. 100, les mesures ont été comprimées à 38 ou 40 p. 100 pour l'ensemble du Ve Plan.

LE PRESIDENT -. Personne ne demande plus la parole ? ...

Je mets aux voix le rapport de la commission santé.

(Le rapport est adopté à l'unanimité, moins l'ACES qui vote contre).

LE PRESIDENT -. Je remercie le rapporteur.

(Appl.)