

JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ STATISTIQUE DE PARIS

ANDRÉ BERNARD

**Observations sur le projet de loi sur les assurances
sociales (projet Chauveau)**

Journal de la société statistique de Paris, tome 67 (1926), p. 373-391

http://www.numdam.org/item?id=JSFS_1926__67__373_0

© Société de statistique de Paris, 1926, tous droits réservés.

L'accès aux archives de la revue « Journal de la société statistique de Paris » (<http://publications-sfds.math.cnrs.fr/index.php/J-SFdS>) implique l'accord avec les conditions générales d'utilisation (<http://www.numdam.org/conditions>). Toute utilisation commerciale ou impression systématique est constitutive d'une infraction pénale. Toute copie ou impression de ce fichier doit contenir la présente mention de copyright.

NUMDAM

Article numérisé dans le cadre du programme
Numérisation de documents anciens mathématiques
<http://www.numdam.org/>

III

OBSERVATIONS

SUR LE PROJET DE LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES

(PROJET CHAUVEAU)

MES CHERS COLLÈGUES,

Je vous prie, dès l'abord, d'excuser les lacunes que pourra présenter mon exposé et qui sont dues; pour une part que je vous laisse le soin de déterminer, à la brièveté du délai de préparation dont j'ai disposé.

Je me permettrai de rappeler quelques dates, dont le rapprochement n'est pas sans intérêt :

22 mars 1921 : Dépôt du projet de loi à la Chambre des Députés.

31 janvier 1923 : Dépôt du rapport du D^r Grinda, au nom de la Commission d'Assurances et de Prévoyance sociale de la Chambre.

8 avril 1924 : Vote du projet de loi par la Chambre des Députés.

8 juillet 1925 : Dépôt du premier rapport du D^r Chauveau, au nom de la Commission de l'Hygiène du Sénat.

30 mars 1926 : Dépôt de l'avis présenté par M. Duroux, au nom de la Commission du Commerce du Sénat.

8 juin 1926 : Dépôt du rapport supplémentaire du D^r Chauveau, au nom de la Commission de l'Hygiène du Sénat.

La discussion en séance du projet ne pourra venir devant le Sénat que lorsque les autres commissions de l'Assemblée, qui ont été saisies pour avis, auront déposé leurs conclusions. Mais ce moment ne saurait tarder, d'autant qu'une impatience, qu'on ne peut méconnaître, se fait jour dans les milieux intéressés à l'aboutissement de la réforme.

Quoi qu'il en soit, l'espacement des principales dates ci-dessus rappelées suffirait à prouver, s'il en était besoin, la complexité des questions soulevées par l'institution projetée des Assurances sociales dans notre pays. Tous les milieux intéressés ont formulé leur opinion soit devant les Commissions parlementaires, soit dans des articles de presse. Il n'est pas exagéré de dire que les avis les plus divergents ont été exprimés. Je ne pouvais prendre comme objectif, dans une rapide communication, de présenter une synthèse complète de cette documentation formidable. J'ai simplement cherché à exposer, dans ses gran-

des lignes, le projet de loi, tel qu'il se présente après la refonte que lui a fait subir la Commission sénatoriale. En me plaçant plus particulièrement sur le terrain de la technique actuarielle, j'ai fait suivre l'exposé des principales dispositions que le projet comporte, des commentaires qu'elles m'ont paru nécessiter. Certains d'entre nous trouveront que je n'ai pas pénétré suffisamment dans le domaine des chiffres. Je répondrai qu'en tout état de causes le temps m'aurait manqué pour le faire d'une manière convenable et j'estime qu'il y a, parmi nous, nombre de collègues infiniment mieux placés que moi pour traiter de cette question, qui a déjà fait l'objet d'une remarquable communication de la part de M. Ferdinand-Dreyfus en octobre 1923.

J'examinerai successivement les principes directeurs, qui sont à la base du projet de loi, l'étendue de l'assurance tant en ce qui concerne les bénéficiaires que les risques garantis, les dépenses et les ressources de l'assurance, les organes d'administration et de gestion dont la création est proposée, enfin le fonctionnement général de l'assurance et l'aménagement financier du projet sénatorial.

!A. — Les principes directeurs.

Le texte sénatorial, qui diffère très sensiblement de celui présenté par le Gouvernement et de celui voté par la Chambre des Députés, a néanmoins pour base quelques principes fondamentaux, dont il était déjà fait état dans les textes qui l'ont précédé. Ce sont :

- l'obligation de l'assurance pour tout salarié, présentant les conditions requises;
- l'unité de l'assurance, consistant à demander un sacrifice unique aux intéressés pour les garantir contre l'ensemble des risques sociaux;
- l'égalité des participations patronales et ouvrières;
- la perception de la cotisation ouvrière par précompte;
- l'intervention limitée de l'État.

La faveur qu'ont rencontrée, auprès des Pouvoirs publics, les principes ci-dessus rappelés, mérite qu'on s'y arrête, même au cours d'une brève étude.

L'*obligation* dans l'assurance sociale a soulevé bien des objections de la part des économistes de l'école libérale. On doit admettre cependant, en se plaçant sur le terrain technique, que l'*obligation* présente cet avantage indéniable d'amener à l'assurance aussi bien les bons risques que les mauvais, d'éviter la manifestation des phénomènes de *sélection*, bien connue des actuaires et qui les oblige à charger les tarifs tout spécialement pour combattre ses effets pernicieux. C'est peut-être dans l'application de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes du 5 avril 1910, après l'arrêt de la Cour de cassation qui a supprimé, en fait, l'obligation inscrite dans la loi, que l'on trouve la manifestation la plus brutale de la sélection : bien que la loi n'ait prévu qu'une contribution modérée de l'État, il s'est trouvé que les seuls assurés, ou presque, qui aient continué à verser leurs cotisations, ont été ceux appartenant au régime transitoire et pour lesquels le versement de l'État jouait un rôle prépondérant. La cotisation des assurés ne dépasse pas actuellement 22 millions par an, alors que la contribution de l'État atteint annuellement 140 millions.

Le principe de l'obligation nous paraît donc mériter le respect en matière d'assurances sociales. Mais pour cette raison même, ce n'est pas sans quelque appréhension que l'on voit s'introduire, parmi les bénéficiaires de l'assurance projetée, une catégorie importante d'assurés facultatifs qui s'étend à toutes les classes de travailleurs, n'ayant pas la qualité de salariés. Les ravages, que pourrait causer la sélection parmi les assurés facultatifs dans l'économie générale du projet, n'ont pas échappé aux différents rapporteurs.

Nous verrons plus loin dans quelle mesure la réglementation de l'assurance facultative, à laquelle on s'est arrêté, obvie aux inconvénients signalés.

L'*unité de l'assurance* est le second principe sur lequel sont tombés d'accord Gouvernement et Parlement. Les arguments que l'on trouve dans les rapports législatifs en faveur de l'unité sont certainement très puissants : du point de vue social, il serait difficile d'admettre une assurance-maladie, qui ne soit complétée par une assurance-invalidité, non plus qu'une assurance-invalidité sans assurance-vieillesse. Du point de vue financier, on veut bien dire que les risques se compensent d'autant mieux qu'ils sont plus nombreux.

Nous ne discuterons pas ici le premier argument cité, dont nous ne méconnaissons pas la valeur sociale. Pour ce qui est du second, nous l'examinerons plus en détail, car il paraît avoir été produit, en s'appuyant sur des considérations techniques. Il serait la traduction du principe de la *division des risques*. On me permettra de rester incrédule sur l'application d'un tel principe au cas présent. La division d'un risque global bien déterminé sur un plus grand nombre de têtes a, certes, pour effet de diminuer l'écart à craindre entre la fréquence observée des sinistres et leur fréquence théorique. Mais ici, ce n'est pas le cas, il s'agit, avec toujours le même nombre de têtes, d'un risque global-maladie qui s'ajoute à un risque global-invalidité et à un risque global-vieillesse. On peut bien dire que l'écart *relatif* à craindre diminue, mais l'*écart absolu* à craindre augmente bel et bien.

Or, quel est l'argument de ceux, qui, se basant sur les expériences étrangères, préconisent une mise en application progressive des Assurances sociales? Il consiste à prétendre que l'absence de statistiques, puisant leur origine dans la population à laquelle s'adressent les Assurances sociales, laisse à penser que des écarts importants pourront être constatés entre les évaluations et les résultats observés. Dire que la généralité de la réforme permettra aux différents écarts de se compenser, c'est s'abuser étrangement. Faire front en même temps à tous les risques sociaux, c'est augmenter le risque de voir l'œuvre éclater de son cadre. Encore notre objection perdrait-elle beaucoup de sa force, si nous trouvions dans les évaluations d'amples marges de sécurité. Nous verrons ce qu'il faut en penser.

Le troisième principe est celui de l'*égalité des participations patronale et ouvrière*. Sur le principe même de la participation du salarié qui est l'évident bénéficiaire du nouveau régime, il y a peu à dire et les résistances initiales de la part des syndicats ouvriers ont laissé place à une acceptation pure et simple. Encore doit-on se demander si la réduction du salaire immédiatement consommable n'aura pas de répercussion sur le prix général de la main-d'œuvre. Cette question doit être étudiée conjointement avec celle de la participation patronale à la constitution de l'assurance, car elles sont toutes deux liées à celle de l'aug-

mentation des prix de revient, dont on ne peut contester l'extrême importance au point de vue des répercussions économiques. Si l'on s'en tient à un article récemment publié et émanant de l'honorable rapporteur de la Commission sénatoriale de l'Hygiène, il semble bien qu'il ne faille pas mettre en doute que les 10 % du salaire, auxquels s'élèvent globalement les contributions patronale et ouvrière dans les textes soumis au Parlement, seront, en dernière analyse, entièrement à la charge des chefs d'entreprise. Le Dr Chauveau, en appliquant une majoration de 10 % à la part de main-d'œuvre que comportent les divers produits fabriqués, aboutit en effet à la conclusion que les prix de revient seront augmentés dans une proportion variant entre 2,5 et 7,5 %.

La distinction entre les versements de l'ouvrier et ceux du patron apparaît, dès lors, bien subtile et l'on peut se demander s'il convenait bien de proclamer, ainsi que le font les rapports parlementaires, les hautes vertus que posséderait, pour le maintien de la paix sociale, l'égalité des versements des assurés et des employeurs.

Au point de vue strictement économique, la question est la suivante : l'augmentation du prix de la main-d'œuvre, compte tenu des prestations actuellement et librement consenties par certaines collectivités patronales, sera-t-elle compensée, pour les entreprises, par l'amélioration du rendement, qui résultera d'une meilleure hygiène sociale ? On nous permettra d'en douter, bien qu'il faille garder l'espoir d'une diminution de la morbidité et d'un recrutement plus aisé de la main-d'œuvre nécessaire.

Sur la question de la *perception de la cotisation ouvrière par précompte*, qui constitue le quatrième des principes généraux énumérés plus haut, il y a peu à dire, si ce n'est que cette méthode, qui est d'ailleurs la seule qui soit susceptible de permettre une stricte application du principe de l'*obligation*, donnera à la classe ouvrière, par la réduction immédiatement visible du salaire consommable, qui en résultera, la meilleure position pour défendre l'intangibilité de ce salaire considéré comme « Standard of life ».

Le cinquième et dernier principe sur lequel repose le système est la *limitation de l'intervention pécuniaire de l'État*. Les rapporteurs parlementaires expriment l'avis que le rôle prépondérant donné à la contribution de l'État aurait pour conséquence un étatisme dissolvant et qu'au reste la situation des finances françaises ne laisse place à aucune possibilité de ce genre. Le texte voté par la Chambre n'en laissait pas moins à la charge de la collectivité les frais de gestion des organismes à créer pour le fonctionnement des assurances sociales, les allocations pour charges de familles, une participation dans la constitution des pensions invalidité et vieillesse en ce qui concerne les assurés à bas salaire, enfin la charge du régime transitoire des assurances-invalidité et vieillesse. C'était une contribution totale, qui, même compte tenu des économies pouvant résulter pour l'État de l'incorporation dans les Assurances sociales de certaines prestations allouées antérieurement par application de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes ou des lois d'assistance, se chiffrait annuellement par une somme de plusieurs centaines de millions.

La Commission sénatoriale s'est attachée à réduire la contribution de l'État à un montant inférieur à celui des économies visées plus haut. Il n'en résulterait donc pour l'État aucune charge budgétaire nouvelle. Elle y est parvenue,

tout au moins sur le papier. Nous ne saurions affirmer que la réalité sera conforme aux prévisions sur ce point. Ainsi que nous le verrons plus loin, le régime transitoire pèsera lourdement après quelques années de fonctionnement, sur la Caisse générale de garantie et nous ne voyons pas comment cette dernière parviendra à équilibrer ses ressources et ses charges, si elle ne fait appel, au moins temporairement, à des avances du Trésor public. D'ailleurs, des avances sont nommément prévues dans le projet (article 36 du projet sénatorial, article 179 du texte voté par la Chambre), limitées, il est vrai, à la couverture des frais de premier établissement des Caisses et des Offices. En admettant que le remboursement desdites avances ait effectivement lieu au cours des quinze premières années, il n'en subsiste pas moins une charge de trésorerie pour l'État, qui est loin d'être négligeable. Ce fait paraît être perdu de vue par ceux qui réclament dans la Presse la mise en application immédiate de la réforme. Nous en reparlerons.

B. — Étendue de l'assurance.

Après avoir rappelé et examiné les principes directeurs sur lesquels s'appuie le projet sénatorial, de même que d'ailleurs les projets qui l'ont précédé, il convient d'étudier le nouveau texte, en ce qui concerne le champ de l'assurance, d'abord en largeur : détermination des bénéficiaires, puis en profondeur : énumération des risques couverts.

I. — Bénéficiaires de l'assurance.

Le texte soumis au Sénat distingue, comme les projets antérieurs, deux catégories d'assurés : les assurés obligatoires et les assurés facultatifs.

L'*assurance obligatoire* comprend les salariés des deux sexes, sous la condition que leur rémunération globale, y compris les accessoires, ne dépasse pas 12.000 francs par an (le texte voté par la Chambre indiquait 10.000 francs). Le maximum est augmenté de 2.000 francs par enfant à charge de plus de six semaines et de moins de 16 ans. Mais la cotisation ainsi que les prestations sont calculées en faisant état du salaire-limite et non du salaire réel, lorsque celui-ci dépasse 12.000 francs.

Les apprentis de moins de 16 ans, même rémunérés, ne rentrent pas dans le cadre des assurés obligatoires.

Le texte voté par la Chambre délimitait les catégories de salariés ruraux auxquelles la loi était applicable. La Commission sénatoriale a pensé que de telles dispositions ne pourraient que nuire à l'universalité de la loi et elle ne les a pas reprises. L'agriculture se trouve ainsi placée sur le même pied que l'industrie.

La loi laisse en dehors de son action directe tous les salariés tels que chemins, inscrits maritimes, mineurs, etc... qui jouissent déjà de régimes légaux ou réglementaires. Ces derniers devront toutefois être révisés, de façon telle qu'ils donnent à leurs bénéficiaires des avantages au moins équivalents à ceux fixés par la loi.

Pour ce qui est des salariés étrangers, le texte voté par la Chambre prévoyait le versement aux caisses des cotisations patronale et ouvrière y afférentes,

mais privait les intéressés du bénéfice des assurances-invalidité et vieillesse, ainsi que des allocations pour charges de famille. Le texte sénatorial est plus libéral, il leur accorde les mêmes prestations qu'aux salariés français, sauf les allocations et majorations versées par le fonds de majoration et de solidarité, dont il sera question plus loin.

Faisant état de la situation déficitaire du pays en main-d'œuvre indigène, la Commission sénatoriale a cru pouvoir leur donner ces avantages substantiels, mais il n'est pas douteux qu'elle a tari, par là, une source de bénéfice tontinier importante, qui aurait donné plus d'élasticité à l'aménagement financier du projet.

L'assurance facultative groupe les travailleurs non salariés, y compris les métayers, qui étaient placés, dans le projet gouvernemental, parmi les assurés obligatoires. Il semble bien que l'impossibilité pratique d'évaluer, en cours d'année, le gain d'un métayer et, par voie de conséquence, sa cotisation, ait été la raison déterminante pour le nouveau classement intervenu. La Commission sénatoriale a d'autre part ouvert aux femmes non salariées des assurés l'assurance facultative.

Le gain-limite pour l'assurance facultative est fixé aux mêmes chiffres que le salaire-limite pour l'assurance obligatoire. Il existe ici une difficulté, savoir, la détermination ou, plus exactement, le contrôle du gain annuel, comparé au gain-limite. Il sera fait état des évaluations pour l'établissement de l'impôt général sur le revenu et, éventuellement, pour les travailleurs agricoles, des chiffres fixés par arrêté préfectoral, pour chaque nature d'hectare cultivé.

A noter que les assurés facultatifs ont la faculté de ne se couvrir que contre tel ou tel risque, laissé à leur libre choix.

Pour éliminer dans une certaine mesure les mauvais risques, qui n'auraient pas tardé à se précipiter en foule par les portes largement ouvertes de l'assurance facultative, le texte de la Chambre avait prévu deux conditions paraissant draconiennes, savoir : trente ans d'âge à l'entrée au maximum, visite médicale obligatoire. Mais les exceptions à la règle détruisaient pour ainsi dire toute son efficacité : n'étaient pas, en effet, assujettis aux conditions indiquées, les assurés placés sous le régime de la loi des retraites ouvrières et paysannes, les personnes ayant régulièrement cotisé, depuis le 1^{er} janvier 1924, à une société de prévoyance quelconque. D'autre part, les mêmes conditions étaient extrêmement adoucies pour les anciens combattants de la guerre 1914-1918.

A cotisations égales, les prestations au profit des assurés facultatifs étaient les mêmes que celles des assurés obligatoires.

On tremble à la pensée de ce que serait devenu, sous les effets de la sélection, l'équilibre déjà boiteux de l'assurance facultative.

J'ai parlé d'équilibre boiteux, parce qu'il était avéré que, malgré les conditions à l'entrée, l'assurance facultative laisserait un déficit qui ne pourrait être comblé que par les excédents supposés de l'assurance obligatoire.

Après avoir exprimé l'avis qu'il y avait là une situation susceptible de compromettre tout l'équilibre du système, la Commission sénatoriale a pris deux décisions fort opportunes; elle propose d'une part, l'établissement de tarifs spéciaux aux assurés facultatifs avec prestations variables suivant l'âge à l'entrée, d'autre part, la tenue, dans les organes de gestion, d'une compa-

bilité spéciale à l'assurance facultative. Il est évident que les résultats ne vaudront que ce que vaudront eux-mêmes les tarifs, mais rien ne permet de croire que ces tarifs ne seront pas raisonnablement établis en tenant compte de la sélection, ainsi que le sont ceux des compagnies privées. En tout état de cause, la comptabilité spéciale permettra, le cas échéant, de connaître l'étendue de la perte, et, par suite, de prendre les mesures appropriées.

Disons pour terminer ce chapitre traitant des bénéficiaires de la loi, que le projet contient diverses dispositions à l'effet de permettre le passage des assurés obligatoires dans la catégorie des assurés facultatifs et vice-versa.

II. — *Risques garantis par l'assurance.*

En vertu du principe de l'unité de l'assurance, dont nous avons déjà parlé, le but que se propose le législateur est de garantir le travailleur contre le **risque social**, pris dans son sens le plus large, c'est-à-dire contre les éventualités susceptibles de porter atteinte à sa capacité de travail. En faisant abstraction de l'accident du travail, garanti par ailleurs, l'assurance sera donc dès l'abord contre la maladie, contre l'invalidité et contre la vieillesse.

Le risque de maladie est garanti pour les six premiers mois. Passé ce délai, la maladie devient de l'invalidité. Elle peut le devenir avant, si le malade, suffisamment guéri pour reprendre son travail, conserve une infirmité chronique.

Dans tous les cas, le risque-invalidité est couvert, sous la condition que le coefficient d'invalidité soit au moins de 66 %. Il cesse de l'être, si ledit coefficient tombe au-dessous de 50 %.

L'invalidité naturelle, la vieillesse, ne se distingue pas essentiellement de l'invalidité accidentelle. Contre elle, l'assuré est garanti à l'âge de 60 ans, ou au plus tard, sur sa demande, à l'âge de 65 ans.

Aux trois assurances qui précèdent, le texte sénatorial ajoute l'assurance contre le chômage. A l'encontre de la maladie, de l'invalidité et de la vieillesse qui, sous réserve pour les deux premières qu'il n'y ait aucune collusion entre les assurés et les praticiens chargés de juger de leur état de santé, sont des risques assurables, le chômage semble bien ne pas en être un. La condition essentielle pour qu'un risque soit honnêtement assurable est, en effet, que la volonté de ceux qui courent le risque n'ait absolument aucune influence sur la probabilité de survenance du risque. Or, si le chômage d'un salarié peut provenir d'un licenciement de main d'œuvre par suite d'une crise de la production, il peut également prendre naissance dans la volonté de l'intéressé de ne plus travailler. Ce qui retient un certain nombre d'individus dans la voie laborieuse, c'est la nécessité de vivre. Le jour où le chômage permettrait un « *Standard of Life* » certes réduit, mais suffisant pour certains, quelle formidable prime à la paresse n'aurait-on pas instituée ? L'exemple de l'Angleterre est là, pour montrer que le chômage, lorsqu'il est subsidié, est analogue à une lèpre qui ne veut pas guérir.

On ne saurait objecter que le projet de la Commission sénatoriale n'alloue aux chômeurs que des prestations réduites, en nombre et en valeur. Ainsi que l'a mis en évidence notre éminent collègue, M. Colson, dans une étude publiée au mois d'avril dernier, l'Angleterre, une fois engagée dans la voie de

l'assurance contre le chômage, a dû progressivement augmenter les avantages consentis à l'aide de crédits budgétaires de plus en plus lourds.

En ce qui concerne l'assurance-chômage, nous ferons donc des réserves formelles sur les conséquences extrêmement dangereuses, à notre sens, qu'elle peut entraîner sinon de suite, au moins dans un avenir prochain, au point de vue de l'équilibre financier de la loi.

Indépendamment des quatre risques énumérés ci-dessus, le projet de loi prévoit encore l'assurance contre le risque de maternité et contre le risque de décès prématuré. En outre, des allocations pour charges de famille sont ajoutées aux prestations normales, lorsque l'assuré a à sa charge des enfants de moins de 16 ans.

C. — Prestations garanties.

Après avoir examiné la nature des risques couverts, il convient d'étudier la valeur des avantages accordés en cas de survenance de ces différents risques.

Il est prévu deux sortes de prestations : d'une part, les prestations en nature, comprenant les soins médicaux et pharmaceutiques de toute sorte, uniformes pour tous les assurés, d'autre part, les prestations en argent, variables suivant le salaire.

Les *prestations en nature* sont accordées en cas de maladie, en cas d'invalidité pendant les cinq premières années, enfin en cas de maternité, pendant la grossesse et pendant les six mois suivant l'accouchement.

L'assuré conserve, dans certaines limites, le choix du médecin et du pharmacien. Il prend à sa charge une partie des frais médicaux, qui sera fixée par décret entre 10 et 15 %, ainsi qu'une fraction fixe de 10 % des frais pharmaceutiques. La Commission sénatoriale n'a pas maintenu le ticket modérateur, dont l'institution figurait dans le texte voté par la Chambre, pour la raison, qui paraît bonne, que ce ticket, vendu par les caisses aux assurés à des prix variables suivant le salaire, aurait eu pour les médecins une valeur fixe, correspondant au prix d'une visite et qu'il y aurait eu là une occasion bien tentante pour les uns et pour les autres de se livrer à un véritable trafic des tickets.

Des contrats collectifs seront passés entre les caisses d'assurance et les syndicats professionnels pour déterminer la rémunération des médecins, par voie d'établissement de tarifs locaux.

Le législateur n'a pas imposé le forfait, dont le corps médical ne voulait pas entendre parler. Au point de vue financier, cette liberté d'appréciation laissée aux caisses pour traiter avec les syndicats professionnels n'est pas sans créer quelque inquiétude.

Un contrôle, qui, on doit l'espérer, sera efficace, sera organisé par les caisses pour déjouer les fraudes, qui, quelque précaution qu'on prenne, ne manqueront pas de se produire, ainsi que le prouvent les exemples venus de l'étranger.

En ce qui concerne les *prestations en argent*, nous croyons ne pouvoir mieux faire que de donner, sous forme de tableau comparatif, les avantages accordés aux assurés soit par le texte voté par la Chambre, soit par le texte rapporté par la Commission sénatoriale.

Il importe de noter que le texte voté par la Chambre faisait état de classes de salaires, à l'intérieur desquelles les prestations en argent conservaient une valeur fixe. La Commission sénatoriale a supprimé cette notion de classes de salaires pour la raison que, supprimée par la Chambre en ce qui concerne les cotisations, elle ne pouvait être logiquement maintenue pour les prestations. Afin de rendre la comparaison plus aisée, nous avons transformé les indemnités en valeur absolue déterminées par classe dans le texte de la Chambre en % du salaire moyen de chaque classe.

	TEXTE voté par la Chambre	TEXTE proposé par la Commission sénatoriale	OBSERVATIONS
A. — Assurance-maladie.			
a) Montant de l'allocation (due seulement en cas de cessation de travail)	De 50 à 40 % du salaire moyen suivant la classe.	(1) 50 % du salaire moyen.	(1) Pouvant être majorés jusqu'à concurrence de 10 % du salaire pour les petits salariés.
b) Base de calcul du salaire moyen	6 derniers mois.	12 derniers mois.	(2) Des bons de lait dont la valeur ne peut dépasser les deux tiers de la prime d'allaitement sont versés aux mères pouvant justifier de l'impossibilité d'allaiter par elles-mêmes.
c) Nombre minimum de cotisations journalières antérieures à la maladie pour avoir droit à l'allocation	60 Au cours des 3 derniers mois.	50 Au cours des 3 derniers mois.	(3) Pouvant être majorés jusqu'à concurrence de 10 % du salaire pour les petits salariés.
d) Délai de carence	3 jours.	5 jours.	
B. — Assurance-maternité.			
a) Montant de l'allocation (due seulement en cas de cessation de travail)	Comme a) b) c) de l'assurance-maladie respectivement.		
b) Base de calcul du salaire moyen			
c) Nombre minimum de cotisations journalières antérieures à l'état de grossesse pour avoir droit à l'allocation			
d) Montant de la prime d'allaitement (2) (due seulement pendant la période effective d'allaitement) :			
2 premiers mois	100 francs.	100 francs.	
3 ^e mois	75 —	75 —	
Du 4 ^e au 6 ^e mois	50 —	50 —	
Du 7 ^e au 9 ^e mois	25 —	25 —	
Du 10 ^e au 12 ^e mois	10 —	15 —	
e) Bénéficiaires de la prime d'allaitement	Assurées.	Assurées et femmes d'assurés.	
C. — Assurance-invalidité.			
a) Degré d'invalidité donnant droit à une pension d'invalidité	60 %	66 % .	
b) Montant de la rente normale d'invalidité (pour les assurés d'âge à l'entrée inférieur à 30 ans) . . .	De 50 à 33 % du salaire moyen suivant la classe.	40 % (3) du salaire moyen + 1 % du salaire par année d'assuré au delà de 30.	
c) Base de calcul du salaire moyen	5 dernières années.	10 dernières années.	
d) Nombre minimum de cotisations journalières antérieures à l'invalidité pour avoir droit à la rente	Régularité des versements au cours des deux dernières années.	200 Au cours des 12 mois précédents.	
e) Réduction du montant de la rente pour les assurés d'âge à l'entrée supérieur à 30 ans	1/30 ^e par année comprise entre l'âge à l'entrée et 30 ans.	Mêmes dispositions que ci-contre.	
f) Minimum absolu de la rente	500 francs.	600 francs.	
g) Suppression ou révision de la prime d'invalidité . .	Quand le degré d'invalidité subit une diminution de 10 % ou tombe au-dessous de 60 % dans le délai de 5 ans.	Quand le degré d'invalidité tombe au-dessous de 50 %, dans le délai de 5 ans, ou à l'expiration de la 10 ^e année.	

	TEXTE voté par la Chambre	TEXTE proposé par la Commission sénatoriale	OBSERVATIONS
D. — Assurance-vieillesse.			
a) Fraction de la cotisation capitalisée pour la constitution d'une rente-vieillesse.	De 20 à 50 % suivant la classe.	De 35 à 40 % suivant fixation par décret.	(1) Pouvant être majorés jusqu'à concurrence de 10% du salaire pour les petits salariés.
b) Montant de la pension normale garantie à 60 ans. .	De 50 à 33 % du salaire moyen suivant la classe.	40 % (1) du salaire moyen.	(2) Enfant de plus de 6 semaines et de moins de 16 ans, légitime, naturel, reconnu ou recueilli.
c) Base de calcul du salaire moyen	Toutes les années passées dans l'as- surance.	10 dernières années	
d) Nombre minimum de cotisations journalières pour avoir droit à pension	9.000	200 pour chacune des an- nées passées dans l'assurance en nom- bre au moins égal à 30.	
e) Réduction du montant de la pension garantie pour les assurés du régime transitoire.	1/30 ^e par année d'assu- rance en moins de 30.	Mêmes dispositions que ci-contre.	
f) Minimum absolu de la rente.	500 francs.	600 francs.	
E. — Assurance-décès.			
a) Montant de l'allocation	De 17 à 13 % du salaire moyen suivant la classe.	20 % du salaire moyen avec minimum de 1.000 francs.	
b) Base de calcul du salaire moyen	12 derniers mois.	10 dernières années.	
c) Minimum de temps de versements pour avoir droit à l'allocation.	1 an.	1 an.	
F. — Assurance-chômage.			
a) Montant de l'allocation	Néant.	40 % du salaire moyen.	
b) Base de calcul du salaire moyen			
c) Nombre minimum de cotisations journalières anté- rieures à l'état de chômage pour avoir droit à l'allocation	Néant.	Comme b) et c) de l'assurance-maladie respectivement.	
d) Nombre de jours pendant lesquels est versée l'allo- cation.	Néant.	60 jours ouvrables par période de 12 mois.	
G. — Majorations pour charges de famille.			
a) Majoration, par enfant à charge (2), de l'indemnité journalière de maladie	0 ^e 50	0 ^e 50	
b) Majoration, par enfant à charge (2), de la pension annuelle d'invalidité	100 francs.	100 francs.	
c) Majoration, par enfant à charge (2), du capital au décès	100 francs.	100 francs.	
d) Majoration, par enfant à charge (2), de l'indemnité journalière de chômage.	»	0 ^e 50	

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les prestations accordées aux assurés obligatoires. En ce qui concerne les assurés facultatifs, les prestations qui leur seront versées résulteront, avons-nous déjà dit, de tarifs établis d'après l'âge à l'entrée.

Notons, dès maintenant, que le texte sénatorial est d'une façon générale plus favorable aux assurés obligatoires que le texte voté par la Chambre, notamment pour ce qui est de l'assurance-chômage, qui est créée de toutes pièces, des conditions exigées pour avoir droit aux prestations, et des minima absolus

de pension d'invalidité et de vieillesse, qui joueront surtout pendant le régime transitoire.

Le texte sénatorial ne leur est moins favorable que sur les deux seuls points, suivants : délai de carence en cas de maladie, porté de 3 jours à 5 jours, degré d'invalidité pour avoir droit à pension, porté de 60 à 66 %, encore cette dernière restriction n'est-elle pas d'une bien grande portée.

Ajoutons que le texte sénatorial, en supprimant les classes de salaires et en définissant des prestations en fonction directe du salaire, a sensiblement amélioré la situation des assurés à salaire élevé.

D. — Ressources.

Les ressources de l'assurance obligatoire sont constituées principalement par le versement de 10 % du salaire des assurés, moitié à la charge de ces derniers, moitié à la charge des employeurs.

Ceux-ci doivent, en outre, verser 5 % du salaire de leur personnel non assuré, pensionné ou âgé de plus de 60 ans.

Par salaire, il faut entendre la rémunération totale, qu'elle qu'en soit la nature. Le salaire en nature, tel que logement, nourriture, etc. entre donc en ligne de compte. Bien que la voie des évaluations forfaitaires reste ouverte, la prise en considération du salaire en nature ne sera pas sans soulever de grosses difficultés d'application.

En ce qui concerne l'assurance facultative, les ressources sont constituées essentiellement par les seuls versements des assurés. Ces versements peuvent varier entre 5 et 10 % du montant de leur gain, sans toutefois pouvoir être inférieurs à 300 francs par an.

Enfin, les ressources de l'assurance se complètent par une contribution de l'État. Mais, ainsi que nous l'avons vu, alors que le texte voté par la Chambre demandait à l'État plus que ce qui est actuellement inscrit à son budget pour l'application des lois d'assistance et de prévoyance, dont le champ d'action se trouvera englobé dans celui de la loi sur les assurances sociales, la Commission sénatoriale a tenu à ne demander à l'État aucun effort budgétaire nouveau et même, si l'on en croit les rapports, à lui faire réaliser certaines économies.

En effet, la contribution de la collectivité serait à peu près limitée annuellement aux sommes suivantes :

1^o Montant du crédit inscrit au budget de 1926 pour faire face aux dépenses de retraites ouvrières;

2^o Moitié des économies réalisées par l'État, les départements et les communes sur les crédits affectés aux lois d'assistance, c'est-à-dire concernant l'assistance médicale gratuite, l'assistance aux femmes en couches, l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, et aussi la participation aux frais d'hospitalisation.

Il convient de discuter la valeur de ces ressources apportées aux assurances sociales. La première n'apparaît guère que comme une recette pour ordre, au moins dans les premières années, puisque les droits acquis par les assurés

aux **retraites ouvrières** ne se confondent pas avec les **droits aux prestations** garanties par les assurances sociales. Il y a donc une dépense de contre-partie qui, partant d'un montant à peu près égal à la ressource correspondante dans les premières années, diminuera progressivement dans l'avenir, au fur et à mesure de l'extinction des ayants droits.

Pour ce qui est de la seconde catégorie de ressources, là encore, ce n'est qu'après de nombreuses années de fonctionnement du nouveau régime que les bénéficiaires des lois d'assistance se confondront, pour une part importante, avec ceux de la loi sur les Assurances sociales. On peut donc rester assez sceptique sur les ressources immédiates, qui seront ainsi procurées à la nouvelle institution. Nous aurons à revenir plus loin sur ce sujet à l'occasion de l'aménagement financier du projet.

E. — Organes d'administration et de gestion.

Les attributions dévolues aux institutions chargées de l'application de la loi peuvent être divisées en deux groupes distincts :

— *attributions d'administration*, comprenant l'immatriculation des assurés, la constatation par compte individuel du recouvrement des contributions ouvrière et patronale, la liquidation des prestations au profit des assurés;

— *attribution de gestion*, comprenant l'encaissement des fonds, leur emploi, le versement des prestations aux ayants droit, la passation des contrats avec les syndicats professionnels de praticiens en ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance-maladie et l'exécution de ces contrats.

La Commission sénatoriale, de même que l'avait fait la Chambre, a entendu confier à des organes essentiellement distincts les deux catégories d'attributions, qui viennent d'être énumérées.

Bien que cette solution soit susceptible de grever l'assurance de frais généraux supplémentaires, il semble bien, à la réflexion, qu'elle possède des avantages qui l'emportent sur les inconvénients.

Les organismes d'administration sont :

1^o Un *Office national*, ayant à sa tête un conseil d'administration présidé par le ministre du Travail et constitué par la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, dont il sera question plus loin, et une direction générale assurée par l'actuelle direction des Retraites et des Assurances sociales du ministère du Travail.

2^o Des *offices départementaux*, administrés par des conseils d'administration, dans lesquels seront appelés à siéger des représentants des assurés, des employeurs et des praticiens.

Un corps d'inspecteurs divisionnaires est prévu pour effectuer la liaison entre le directeur général de l'Office national et les directeurs des offices départementaux.

En ce qui concerne l'assurance-chômage, les attributions administratives sont confiées spécialement aux offices départementaux de placement, bien placés pour déterminer la qualité de chômeur.

Les organismes de gestion sont :

1^o Une *caisse générale de garantie*, administrée par un conseil d'administration comprenant pour les deux premiers tiers des représentants des assurés, des employeurs et des praticiens, pour le dernier tiers des personnes désignées par les ministères des Finances et du Travail.

La Caisse générale de garantie gère deux fonds absolument distincts : le fonds de majoration et de solidarité et le fonds de garantie et de compensation, dont on verra l'utilisation plus loin ;

2^o des *caisses départementales*, et des *caisses primaires*, dont les attributions se conjuguent.

La Caisse départementale a l'obligation d'assurer l'ensemble des risques garantis. La Caisse primaire qui se constitue soit spontanément, soit par voie de transformation d'une société de secours mutuels existante, n'assure, au contraire, que tout ou partie des risques de maladie, de maternité, de vieillesse et de décès. L'assurance-invalidité est l'apanage de la Caisse départementale, qui assure par ailleurs tous les salariés qui ne se sont pas rattachés à une caisse primaire.

La constitution intérieure des caisses départementales et primaires est celle prévue pour les sociétés de secours mutuels par la loi du 1^{er} avril 1898.

Le projet de loi, en renforçant ainsi la place occupée par la mutualité dans le pays, a trouvé dans les rangs de celle-ci ses plus ardents défenseurs. Les *actuaire*s, qui sont souvent appelés à faire des bilans actuariels de sociétés de secours mutuels, resteront peut-être un peu sceptiques sur la qualité de la gestion, qu'on est en droit d'attendre de la part de personnes, certes fort bien intentionnées, mais le plus souvent ignorantes des principes fondamentaux de l'assurance. C'est surtout sur l'assurance-vieillesse, laissée aux soins des caisses primaires, que portera leur appréhension.

Le texte voté par la Chambre avait au moins le mérite de ne laisser la couverture de ce risque qu'aux caisses primaires groupant au moins 10.000 têtes.

Pour en terminer avec les organismes destinés à assurer l'exécution de la loi, signalons l'institution d'un Conseil supérieur des Assurances sociales, comportant une section permanente qui s'identifie avec le Conseil d'administration de l'Office national. Le Conseil supérieur, où siégera une large représentation des usagers, constituera un organe consultatif, analogue aux nombreux conseils supérieurs qu'une législation récente a institués auprès des ministères ayant des attributions techniques.

Enfin le projet de la Chambre avait prévu une juridiction spéciale pour connaître des contestations relatives aux Assurances sociales. La Commission sénatoriale a critiqué l'institution de conseils de contentieux spécialisés et a émis l'avis que le principe de l'unité de juridiction ne devait souffrir aucune exception. Elle a admis la création de commissions cantonales de conciliation, sans préjudicier aux recours de droit commun.

F. — Fonctionnement et aménagement financier.

Nous avons vu quelles étaient les ressources et quelles étaient les dépenses de l'assurance; nous avons indiqué, d'autre part, quels étaient les organismes chargés d'assurer le fonctionnement de l'assurance. Il reste à examiner quel sera le fonctionnement lui-même.

Supposons les opérations d'immatriculation par caisse effectuées par les soins des offices départementaux et plaçons-nous en régime normal. Ces offices reçoivent des employeurs, après chaque paiement de solde, un bordereau indiquant le nom des ouvriers et le montant des salaires payés, et accompagné d'une pièce valant argent, timbres, chèques, etc... en règlement des cotisations dues. Ils ventilent entre les différentes caisses départementales ou primaires, les portions de cotisations qui leur reviennent. Pour effectuer cette ventilation, les Offices feront état des bases de répartition, fixées par voie réglementaire, donnant pour chaque risque garanti la fraction de cotisations qui lui correspond. La Caisse départementale, en particulier, recevra l'ensemble des cotisations afférentes aux assurés qui ne sont rattachés à aucune caisse primaire; elle recevra, en outre, les fractions de cotisations qui correspondent, pour les autres assurés, aux risques non couverts par la Caisse primaire, à laquelle ils sont rattachés.

Voilà le principe, il est simple. Mais, dans l'application, la situation se complique singulièrement, par suite de la nécessité de faire une compensation des risques, qui seront fort inégaux d'une caisse primaire à une autre. Il est donc prévu que les caisses primaires ne recevront que 90 % des cotisations applicables aux services de répartition, dont elles se chargent. Ces services peuvent s'étendre, rappelons-le, aux prestations en cas de maladie, de maternité et de décès et aux prestations en nature en cas d'invalidité.

Les 10 % restants sont acquis à la Caisse départementale, qui, par ailleurs, doit verser 5 % des cotisations applicables aux mêmes services de répartition, pour l'ensemble du département, au Fonds de garantie et de compensation de la Caisse générale de garantie, lequel reçoit d'autre part, une fraction égale à 2 ‰ de l'ensemble des cotisations perçues dans toute la France et, en outre, un pourcentage sur les excédents annuels d'actif des caisses.

Ces réserves, constituées soit dans le plan départemental, soit dans le plan national, suffiront, on l'espère, pour donner aux caisses les moins favorisées l'aide convenable pour rétablir leur équilibre.

Pour ce qui est du risque-vieillesse, qui peut être pris en charge par les caisses locales, une situation spéciale se présente au sujet de la fraction de cotisation qui sera appliquée à sa couverture. Le projet de loi fixe obligatoirement cette fraction à un montant compris entre 35 et 40 % pour les assurés âgés de plus de 30 ans, entre 20 et 25 % seulement pour les assurés âgés de moins de 30 ans. C'est cette fraction, laquelle sera plus amplement précisée par décret, qui fera l'objet de la capitalisation suivant un tarif uniforme pour tous les assurés. La garantie ne jouera que si la rente acquise n'atteint pas les minima indiqués.

La fraction rendue disponible, soit environ 15 %, de la cotisation des assurés âgés de moins de 30 ans, est destinée au Fonds de majoration et de solidarité, dont le rôle est extrêmement important et dont nous allons maintenant nous occuper.

Nous avons dit plus haut, pour faciliter l'exposé, que les caisses départementales recevraient toute la partie des cotisations non ventilées, sur les caisses primaires pour la couverture des risques directement assumés pour ces dernières. Ce n'est pas entièrement exact, car toutes les prestations ne sont pas à la seule charge des caisses départementales et des caisses locales, qui en sont les satellites. Le projet de loi prévoit que certaines d'entre elles seront assumées par le Fonds de majoration et de solidarité de la Caisse générale de garantie.

Ce Fonds prend à sa charge :

- 1° Les frais médicaux et pharmaceutiques relatifs aux enfants d'assurés âgés de moins de 16 ans;
- 2° Les insuffisances résultant du minimum garanti de l'assurance-décès;
- 3° Les insuffisances résultant du minimum garanti de l'assurance-veillesse des femmes non salariées des assurés;
- 4° La charge de l'assurance-chômage;
- 5° Les majorations pour charges de famille;
- 6° Les majorations de prestations accordées aux assurés à petit salaire;
- 7° Les frais d'administration et de gestion;
- 8° Les charges du régime transitoire de l'assurance-invalidité-vieillesse;
- 9° Les charges des retraites ouvrières et paysannes.

Pour faire face à ces charges qui sont fort lourdes, puisqu'elles sont estimées à près d'un milliard par an, le Fonds de majoration et de solidarité reçoit d'une part, une fraction des cotisations encaissées et d'autre part, la contribution de l'État, des départements et des communes, dont il a été question plus haut, et à laquelle il y a lieu d'ajouter, pour ordre, certaines affectations spéciales, telles que la redevance supplémentaire sur les bénéfices de la Banque de France, le produit des jeux, les fonds du Pari mutuel, etc.

Nous nous sommes abstenus jusqu'à présent de faire la moindre évaluation. Le moment est venu de voir comment joue le fonctionnement qui vient d'être tracé, au point de vue financier. Cela nous amènera tout naturellement à parler de l'équilibre général du projet, tel qu'il a été conçu par la Commission sénatoriale.

Ici se placent quelques observations :

L'assurance facultative jouit, avons-nous dit, de tarifs spéciaux de prestations dressés, par hypothèse, dans le but de la faire se suffire à elle-même. Elle n'intervient donc pour ainsi dire pas dans le mécanisme du Fonds de majoration et de solidarité, non plus que dans l'examen de l'équilibre général du projet. Le Fonds de majoration prend bien théoriquement à sa charge certaines majorations au profit des assurés facultatifs, mais ces majorations ne sont pas chiffrées et seront fixées chaque année par décret, d'après les res-

sources effectives du Fonds. Nous ferons donc abstraction, dans ce qui va suivre, de l'assurance facultative.

La Commission sénatoriale a exprimé, d'une façon générale, les évaluations financières en pour cent du salaire. Elle a critiqué la méthode suivie par la Commission de la Chambre, qui consistait à supputer, pour chaque exercice, à partir de la mise en application de la loi, le montant en valeur absolue des ressources et des charges de l'assurance. Elle a exposé qu'en période de variation des salaires, les valeurs relatives étaient plus instructives que les valeurs absolues.

Nous sommes bien d'accord sur le principe, mais nous devons faire remarquer que, malgré le changement de méthode, les évaluations de la Commission sénatoriale sont entachées du même aléa que celles fournies par la Commission de la Chambre. Ceci ne doit pas surprendre, car cet aléa, qui concerne particulièrement les risques de capitalisation, est dans la nature des choses et ce n'est pas la méthode d'évaluation qui pourra le faire disparaître. Tout au plus, la méthode employée est-elle susceptible de le rendre plus ou moins apparent. A cet égard, celle de la Chambre, habituelle aux Actuaire, avait peut-être l'avantage de mieux montrer la véritable situation.

Notons, dès maintenant, le danger qui réside dans la transformation, comme le fait la Commission sénatoriale pour certaines ressources et certaines charges du fonds de majoration, d'une annuité variable et limitée dans le temps en une annuité perpétuelle constante. Cela peut conduire, au point de vue trésorerie, à des résultats déconcertants, ainsi que nous l'indiquerons dans un instant.

Négligeant les échanges entre les caisses départementales et primaires d'une part et le Fonds de garantie et de compensation d'autre part, qui constituent des opérations de réassurance et doivent, en principe, se balancer, on peut dresser le schéma reproduit ci-contre, indiquant à la fois le mécanisme du fonctionnement des caisses et du Fonds de majoration et de solidarité vis-à-vis des différentes assurances et l'importance de la fraction de salaire consacrée à chacune d'elles d'après les évaluations sénatoriales.

Pour la clarté du schéma, nous avons même évalué en pour cent des salaires les ressources et les dépenses du Fonds de majoration et de solidarité, alors que le rapport évalue ces mêmes ressources en valeur absolue.

Nous avons effectué la transformation en pour cent des salaires, en prenant pour base le montant global des salaires annuels des assurés obligatoires de 48 milliards, qui est celui avancé par la Commission sénatoriale.

Suivons maintenant le schéma pas à pas. En comprenant la contribution patronale pour les salariés non assurés, évaluée à 0,10 %, il entre dans les caisses départementales et primaires une masse de 10,10 % des salaires des assurés obligatoires, qui sert, à raison de 8,51 %, à assurer les prestations en cas de maladie, de maternité, de décès, d'invalidité et de vieillesse, et, à raison du solde, soit 1,59 %, à alimenter le Fonds de majoration et de solidarité. Ce dernier reçoit, indépendamment de ces 1,59 %, la contribution de l'État, évaluée à 0,50 %, soit un total de 2,09 %, ventilés en dépense, aux prestations maladie (frais médicaux et pharmaceutiques des enfants d'assurés), aux prestations décès (garantie) aux prestations chômage, aux prestations femmes d'as-

surés, aux majorations pour charges de famille et pour petits salariés, aux frais de gestion, au régime transitoire — invalidité, vieillesse, enfin aux retraites ouvrières et paysannes.

On constate que les dépenses équilibrent à peu près exactement les ressources sur le papier. Il n'y a pour ainsi dire pas de marge globale de sécurité, mais, comme chaque prévision de dépenses semble avoir été systématiquement majorée, on peut admettre de prime abord une sécurité assez grande dans les évaluations.

Néanmoins, et sans vouloir mettre en doute les calculs présentés par la Commission sénatoriale, n'a-t-on pas le droit de trouver suspecte cette amélioration des prestations consenties, sur laquelle insiste le rapport sénatorial et que nous avons nous-mêmes mise en évidence précédemment — et en contre-partie de quoi, que trouve-t-on ? une diminution des ressources de l'assurance, sous forme d'un rabais important de la contribution de l'État. Je ne cacherai pas que le temps m'a manqué pour apprécier dans quelle mesure l'indépendance relative octroyée à l'assurance facultative, ainsi qu'une nouvelle estimation de groupement des assurés par salaire et par âge ont pu transformer ce paradoxe en vérité.

J'ai dit au début de cette communication que l'étude critique du projet sur ce point paraissait devoir être faite par nos collègues ayant été appelés à suivre de près l'élaboration des évaluations sénatoriales. Les marges de sécurité admises par la Commission et correspondant aux différentes assurances partielles pourraient alors être utilement discutées.

Pour ma part, j'ai dû me contenter d'examiner la silhouette, si j'ose dire, de l'équilibre, sans en détailler la consistance intérieure. J'ai à présenter à cet égard deux observations que je juge importantes : l'une d'elles porte sur les dangers, en période d'instabilité des salaires, de la liquidation des rentes de vieillesse garanties en fonction du salaire en fin de carrière, l'autre sur les insuffisances de trésorerie, qui découlent des évaluations sénatoriales, au cours du régime transitoire.

Reprenons successivement ces deux observations.

On a vu que les pensions de vieillesse résultaient de la capitalisation d'une fraction de la cotisation, mais que leur montant était garanti en fonction du salaire moyen des dix dernières années. En période de hausse des salaires, par suite des variations monétaires, il peut y avoir là une situation inquiétante. La garantie est, en effet, calculée, comme il est facile de s'en rendre compte, de façon à ne jouer qu'accidentellement en régime normal, soit au profit des tard venus à l'assurance obligatoire, soit au profit de ceux dont les salaires ont nettement augmenté en fin de carrière. Ce dernier cas, qui est loin d'être la règle, pour l'ouvrier, en période normale, deviendrait, au contraire, le cas général, dans l'hypothèse de la continuation du dérèglement monétaire. Quelque persuadé que l'on soit d'une prochaine stabilité des prix et des salaires, on peut se demander si le moment est venu de mettre en œuvre des dispositions qui, le cas échéant, seraient de nature à aggraver un mal déjà redoutable par lui-même.

L'autre cas, où la garantie est normalement appelée à jouer, est celui des tard venus à l'assurance obligatoire. C'est, en particulier, celui de tous les assurés du régime transitoire et j'en arrive ainsi à ma deuxième observation.

Le projet prévoit, nous l'avons vu, une charge de régime transitoire invalidité-vieillesse supportée par le fonds de majoration et de solidarité. Mais par quelle méthode cette charge a-t-elle été évaluée? On a recherché la valeur actuelle des compléments de rente garantis à servir; on a trouvé environ 8 milliards de francs et c'est la rente perpétuelle à 5 % soit environ 400 millions qu'on a inscrite en dépenses dans le compte annuel de prévision du Fonds de majoration et de solidarité. La même objection que plus haut, afférente à la variation des salaires, conserve toute sa valeur. Mais il y a plus ici : en admettant même la vérification expérimentale des bases de calcul, on s'aperçoit que l'application du régime transitoire paraît devoir nécessiter une opération de crédit, qui, pour être répartie sur une vingtaine d'exercices, n'en portera pas moins sur un montant très élevé. En effet, comme tout régime transitoire, celui qui nous occupe comporte des charges qui partent de 0 au début du régime, passent à un moment donné par un maximum, pour revenir à 0 en fin de régime transitoire. La courbe représentative est une sorte de courbe en cloche. Or à cette courbe, on substitue une horizontale moyenne, correspondant à une annuité perpétuelle. C'est dire qu'à partir d'une année, qui sera peut-être la dixième, peut-être la vingtième, le fonds de majoration et de solidarité devra mobiliser petit à petit l'annuité perpétuelle qu'il reçoit, en vue de contracter des emprunts lui permettant de régler les arrérages des pensionnaires. Il fera une opération analogue à celle que le Gouvernement français paraît chercher à réaliser avec les annuités du plan Dawes.

Je viens d'insister sur le découvert de trésorerie qui résulterait de la mise en application du régime transitoire de l'assurance-invalidité vieillesse. Mais les mêmes observations valent également pour ce qui est des ressources versées par l'État aux assurances sociales, ressources qui ont été transformées en annuités perpétuelles, alors que ce n'est que progressivement qu'elles prendront une valeur appréciable, d'après ce que nous avons vu.

Le fonds de majoration se trouvera donc probablement dès les premières années devant une certaine insuffisance de caisse, qui ne pourra être comblée qu'en faisant appel au crédit.

Ces mobilisations de fonds ne paraissent pas avoir été prévues dans le projet. Elles sont d'autant plus importantes à mettre en évidence que le taux du tarif est de 5% alors que le taux du marché de l'argent est actuellement de plus du double.

Pour terminer, je m'en voudrais de ne point revenir sur la question de l'assurance-chômage. Pour les raisons que nous avons déjà indiquées, nous nous refusons à voir dans le chômage un risque assurable, autrement dit nous n'acceptons pas les évaluations données, qui s'appuient sur la situation de fait actuelle caractérisée par un chômage exceptionnellement réduit. En période normale, et plus encore en période de crise de production, par le fait même de l'existence d'une assurance-chômage, la somme de 46 millions prévue annuellement pour cette assurance ne saurait suffire aux demandes des intéressés, dont l'exigence croîtrait d'ailleurs progressivement comme il a été constaté en Angleterre.

Nous verrions bien mieux ladite somme servir de marge générale de sécurité à l'ensemble du système. Son montant ne serait pas exagéré, puisque l'assurance-maladie, à elle seule, peut donner, pour une variation infime du nombre

moyen de journées de maladie par assuré, des résultats différant du même ordre de grandeur.

J'en ai fini. Quelle que soit votre opinion sur l'important problème des Assurances sociales, soyez persuadés, mes chers Collègues, que le faisceau de critiques dont j'ai, en toute indépendance, entouré le projet ne peut avoir pour objet, dans mon esprit, de démontrer l'impossibilité d'une loi sur les Assurances sociales dans notre pays, mais, au seuil de la discussion publique devant le Sénat, il m'a paru nécessaire de signaler les points délicats que contient le projet sénatorial et d'attirer, d'autre part, l'attention sur l'inopportunité de la mise en application de la loi dans les circonstances présentes.

André BERNARD.
