

Zeitschrift: Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
Herausgeber: Union syndicale suisse
Band: 53 (1961)
Heft: 3

Artikel: Réforme de la sécurité sociale en France
Autor: Chavaz, Georges
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-385183>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 02.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Réforme de la sécurité sociale en France

Par Georges Chavaz, conseiller social à l'Ambassade suisse de Paris

I. Introduction

La réforme de la sécurité sociale date du 12 mai 1960. Elle porte essentiellement sur les rapports du corps médical et de la sécurité sociale et le remboursement aux assurés des frais médicaux effectifs, à concurrence selon les cas de 80% ou 100%.

Qu'est-ce qui fait l'intérêt de cette réforme? Certainement pas les polémiques qui l'ont précédée et se poursuivent encore dans la presse quotidienne ou spécialisée. Sous les invectives des uns, qui présentent la sécurité sociale comme un monstre dispendieux et paperassier, et des autres, qui accusent les médecins de défendre des intérêts sordides, il faut discerner le problème réel, qui est d'ordre institutionnel. Il s'agit bien, certes, d'intérêts matériels, car des millions de Français attendent de la réforme des bienfaits immédiats, mais là n'est pas le fond des choses.

Ce qu'il faut voir, c'est que le législateur de 1945 a tenté de « nationaliser » le risque maladie, comme les autres risques sociaux, en écartant aussi bien les techniques étatiques que celles adoptées par les compagnies privées et les mutuelles pour assurer la rentabilité de l'assurance. Son ambition fut de mettre tous les salariés et leurs familles (le recensement de 1957 dénombre 12 500 000 salariés) à l'abri des soucis matériels causés par la maladie, tout en laissant à la médecine son statut libéral traditionnel.

L'expérience est singulièrement intéressante. En Russie et au-delà du rideau de fer, la médecine est fonctionnarisée; en Angleterre, elle est largement nationalisée. La méthode française s'est proposé d'organiser une sécurité de semblable envergure sans modifier profondément les structures existantes. Du moins incombait-il aux salariés, employeurs et médecins, par leur entente au sein du nouvel appareil, de consacrer l'esprit démocratique et, partant, de discipline librement consentie dans lequel il était conçu. Au lendemain de la Libération, c'était organiser démocratiquement la sécurité sociale du secteur national le plus important, effort parallèle aux initiatives d'organiser démocratiquement les relations du travail et de l'économie. Pour le monde libre, l'échec ou le succès de cette recherche est chargé de signification politique.

Aucun pays n'a entrepris dans ce domaine, à cette échelle, de concilier les exigences de la sécurité collective et celles des libertés traditionnelles. Après quinze années, l'expérience conduit à une crise qu'il serait mesquin et erroné de réduire à l'opposition entre des intérêts égoïstes ou des conceptions conservatrices et l'impéria-

lisme anonyme d'un appareil tentaculaire. Le principe même de la sécurité collective n'est nullement mis en cause par le corps médical dans sa majorité. D'autre part, les responsables des organismes de la sécurité sociale et l'Etat souhaitent respecter dans toute la mesure du possible l'autonomie, les prérogatives des médecins, corollaires de leur responsabilité. Il s'agit donc de trouver la solution technique qui permet à tous de collaborer dans l'harmonie en conciliant les intérêts légitimes de la collectivité des assurés et ceux, non moins légitimes, des praticiens. Il apparaît ainsi que la crise actuelle n'est pas seulement due à un accident mécanique ou un vice de construction; le conflit de la sécurité sociale et des médecins met en évidence la nécessaire évolution des idées, des mœurs et des structures. Si, comme il faut l'admettre sans doute, le développement des institutions sociales est un phénomène général et irréversible, toute la question est de savoir si le sens du bien commun et de l'autodiscipline, chez les uns et les autres, permettra à ce développement de s'accomplir dans un esprit démocratique. Il n'y a pas doute qu'à cet égard l'expérience de la France présente un intérêt qui dépasse ses frontières. Viendrait-elle à échouer que le lit serait fait pour une étatisation quasi complète de ce service national.

Soulignons donc encore une fois que la réforme de la sécurité sociale, en dépit de son aspect technique et financier, est un problème de structure qui témoigne de l'évolution des mœurs. A ce titre, il mérite de retenir l'attention, car il a une portée analogue, pour l'évolution des rapports sociaux, à celle du régime des conventions collectives par rapport au contrat individuel de travail.

II. Origines du conflit

Comme nous l'avons relevé, le législateur a prescrit que tous les salariés et tous les membres de leur famille seraient remboursés de leurs frais médicaux et pharmaceutiques à raison de 80%, voire 100% en cas de longue maladie ou d'hospitalisation prolongée au-delà d'un mois, ou d'intervention chirurgicale grave. En outre, l'assuré contraint de suspendre son travail a droit à une indemnité journalière variable selon ses charges familiales et selon qu'il est hospitalisé ou non.

Pour faire face aux dépenses, la sécurité sociale perçoit des cotisations, fonction des salaires (18,5%), dont la masse est ventilée chaque année entre les divers risques couverts: vieillesse, maladie, maternité, invalidité, décès. Ces ressources ne sont pas inépuisables et les dépenses, la consommation médicale, croissent à un rythme plus rapide qu'elles. Il n'est pas question de couvrir le déficit éventuel par le budget de l'Etat, pour le régime général du moins, puisque la sécurité sociale est autonome et gérée par les ouvriers et les employeurs.

Pour équilibrer les ressources et les dépenses, le législateur n'a pas recouru à des méthodes éprouvées en matière d'assurance privée et qui lui paraissaient sans doute incompatibles avec l'organisation d'un service national. Il n'a voulu ni d'une médecine dite « de caisse » où seuls un certain nombre de médecins sont liés à une caisse et se prêtent aux formalités et contrôles nécessaires, ni d'une limitation forfaitaire des prestations pour les différents types d'actes médicaux, ce qui l'aurait dispensé de s'occuper de tarifs. La législation laissait aux syndicats de médecins et aux caisses régionales le soin d'élaborer des tarifs par voie de convention, sous réserve de l'agrément de tels accords par une commission nationale et plus tard par les ministères intéressés. A défaut d'entente, il appartient à cette commission d'édicter elle-même le tarif applicable. Des dérogations étaient prévues en raison de la notoriété, de la spécialisation de certains médecins. Ainsi, le système était basé sur une large confiance accordée aux syndicats de médecins et organismes de sécurité sociale pour régler le problème des honoraires de manière raisonnable. En échange, la réglementation demandait aux praticiens et aux auxiliaires médicaux de se conformer à la convention, à peine d'être invités à justifier d'honoraires supérieurs au tarif pour des motifs tels que la situation de fortune de l'assuré, la notoriété du médecin ou d'autres circonstances particulières.

Ce système si souple et respectueux des traditions libérales se révéla impraticable. Le régime des tarifs conventionnels, seul contre-poids au remboursement quasi intégral des honoraires et au libre choix des médecins, comportait des clauses échappatoires trop tentantes. A défaut de convention restait la fixation d'un tarif dit d'autorité, qu'il était cependant impossible de faire respecter par les médecins et qui, en définitive, aurait réduit à peu de chose la garantie des assurés.

Lorsque des conventions furent conclues, elles ne reçurent pas toujours l'agrément de la Commission nationale ou des ministères. De plus, elles présentaient entre elles des divergences extraordinaires. Pour des cotisations identiques, les consultations étaient remboursées sur une base de 700 à 800 fr. dans une région et sur une base de 300 à 350 fr. dans la région voisine. Les dépassements de tarif, faute d'autorité, ne furent pas sanctionnés. En dernière analyse, le déficit de l'assurance-maladie allait croissant, tandis que les malades étaient remboursés dans une proportion de plus en plus faible. Si la situation pouvait être considérée comme normale dans quelques départements, dans l'Est notamment, elle devenait catastrophique dans les villes principales et la région parisienne en particulier.

Le malaise général prit à certaines périodes un aspect politique. Sous le gouvernement Guy Mollet, un projet de réforme dû au

ministre Gazier, soutenu par les organismes de sécurité sociale et les syndicats de travailleurs, rencontra l'hostilité du corps médical et fut également critiqué dans les milieux politiques à raison des dépenses accrues qu'il engageait. Les fameux décrets proposés par M. Baumgartner dès l'avènement de l'actuel gouvernement assainirent la situation par des économies au détriment des assurés et sans améliorer pour autant les rapports entre médecins et caisses.

Le ministre Bacon fut alors chargé de proposer une réforme qu'élaborèrent quelques spécialistes et de hauts fonctionnaires.

III. La solution du 12 mai

Quelle est donc l'idée maîtresse dont on attend maintenant la solution d'un épineux conflit? Celui-ci résultait de la tentative de concilier un système d'assurance général et obligatoire avec la liberté de fait des praticiens en matière d'honoraires.

Des conventions ne purent être établies entre syndicats et caisses que dans 58 départements sur 91, intéressant 4 millions d'assurés sur 13 millions, et encore présentaient-elles des divergences anormales. Ce résultat décevant montre que le législateur avait placé une confiance exagérée dans les syndicats. Nous ne nous risquons pas à porter un jugement de valeur sur cet échec. Il est possible qu'il soit dû à un manque de maturité des organismes syndicaux, et de discipline ou de compréhension de la part de leurs membres; mais peut-être était-ce aussi trop demander aux intéressés – syndicats médicaux et caisses – que de leur laisser le soin d'harmoniser librement les ressources de la sécurité sociale avec ses dépenses. Les faits étant ce qu'ils sont, la solution adoptée le 12 mai consiste à fixer un cadre aux futures conventions, de manière à assurer leur homogénéité et à permettre aux médecins d'adhérer individuellement à un tarif officiel et raisonnablement établi lorsque leurs syndicats refusent la voie conventionnelle ou ne parviennent pas à s'entendre avec les caisses. C'est là, malheureusement, un appel à l'indiscipline syndicale, renforcé par des avantages sociaux en faveur des médecins signataires à titre individuel. Les protestations du corps médical ont été naturellement très vives. A Paris, Lyon et Marseille, il déclencha une grève administrative fort gênante. Mais si le gouvernement et notamment le ministre Bacon, syndicaliste notoire, a pris ce moyen pour renverser le rapport des forces, c'est qu'il n'ignore pas que maints praticiens n'approuvent pas dans le privé l'intransigeance de leurs dirigeants. Les pouvoirs publics ne souhaitent pas la division du corps médical et ne l'accepteraient que comme un moindre mal. Ils espèrent que la contrainte qu'exerceront les « dissidents officiels » amènera le corps dans son ensemble à la raison.

IV. Le nouveau dispositif

1. Commission interministérielle des tarifs

Une Commission interministérielle des tarifs remplace l'ancienne Commission nationale. Elle ne comprend plus de représentants du corps médical, des organismes de sécurité sociale et des pouvoirs publics, mais uniquement les représentants des ministères intéressés: travail, santé publique et population, finances et affaires économiques, sous la présidence d'un conseiller à la Cour des comptes ou du Conseil d'Etat. Elle peut entendre des représentants des caisses ou des médecins.

La commission fixe des tarifs plafonds, que ne doivent pas dépasser les tarifs conventionnels et qui sont applicables, en l'absence de convention, aux médecins qui adhèrent à la convention type. Elle fixe en outre un tarif plancher, applicable en l'absence de convention collective et d'adhésion individuelle à la convention type. La commission approuve les conventions entre caisses et syndicats médicaux.

2. Convention type

Une convention type est annexée au décret du 12 mai. Celle-ci, qui garantit le libre choix du médecin, détermine les normes maxima d'activité que les praticiens s'engagent à respecter, leurs obligations administratives, fixe les principes d'une révision des tarifs conventionnels, prévoit que les dépassements de tarif seront indiqués sur la feuille de maladie. Enfin, la convention type rend le syndicat garant de l'exécution de la convention et fixe également les responsabilités de la caisse.

3. Convention collective

Les syndicats médicaux les plus représentatifs de chaque catégorie professionnelle intéressée ou les syndicats de spécialistes pour certaines spécialités établissent pour chaque département ou circonscription de caisse primaire, par convention avec la caisse régionale agissant d'après les propositions des caisses primaires, le tarif des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux pour les soins de toute nature, y compris les soins de maternité. Pour un même département ou circonscription, ces conventions peuvent fixer des valeurs différentes pour les actes professionnels que désigne la même lettre clé de la nomenclature générale.

En outre, ces conventions doivent être conformes aux dispositions législatives et réglementaires ainsi qu'à la convention type, dont toutes les clauses sont obligatoires¹. Elles ne sont applicables

¹ Les tarifs conventionnels ne doivent pas dépasser le tarif plafond fixé par la Commission interministérielle.

qu'après approbation de la Commission interministérielle des tarifs. Ainsi, la convention a-t-elle à la fois des caractères du contrat et du règlement puisque son contenu n'est qu'en partie négocié (convention type) et dans des limites impératives (tarif plafond). La modification consiste à donner aux pouvoirs publics un droit d'intervention *a priori*, qui se substitue à un contrôle *a posteriori*. Il y a plus qu'une nuance. On remarquera qu'intervient dans ce domaine la notion de « syndicat représentatif » déjà en vigueur en matière de conventions collectives de travail. Quelle sera la situation en cas de pluralité syndicale? La convention sera-t-elle appliquée à tous ou les membres du syndicat non signataire auront-ils la faculté d'adhérer individuellement à la convention type?

4. Adhésions individuelles

En l'absence de convention, les praticiens et auxiliaires médicaux ont la faculté d'adhérer individuellement aux clauses obligatoires de la convention type ainsi qu'au tarif plafond fixé par la Commission interministérielle. Les caisses ont la faculté de diffuser par tous les moyens appropriés la liste des adhésions individuelles, qui est communiquée sur demande aux assurés.

5. Tarif d'autorité

En l'absence de convention, les honoraires dus aux praticiens ou aux auxiliaires médicaux qui n'adhèrent pas individuellement à la convention type sont fixés conformément au tarif plancher élaboré par la Commission interministérielle. Ce tarif est très bas.

6. Dérogations

Les tarifs sont établis d'après une nomenclature des actes professionnels fixée par arrêté, qui peut comporter des majorations pour les actes accomplis dans des circonstances spéciales ou par certaines catégories de praticiens notoires ou spécialistes, qui figureront sur une liste. En outre, des dépassements de tarif peuvent être admis en raison de la situation de fortune de l'assuré ou d'exigences particulières du malade.

7. Commission paritaire

Dans chaque département est instituée une commission paritaire composée de représentants des organisations professionnelles de praticiens et des caisses intéressées. Elle connaît obligatoirement des réclamations des assurés sociaux ou des caisses lorsque le tarif applicable a été dépassé. Cette règle paraît s'appliquer également aux dépassements du tarif d'autorité; celui-ci serait donc obligatoire.

Si les justifications ne sont pas suffisantes, la commission peut inviter le praticien ou auxiliaire à rembourser le trop-perçu à l'assuré ou provoquer l'intervention d'une « section des assurances

sociales » du Conseil de discipline de l'Ordre régional des médecins ou dentistes et, en appel, d'une section disciplinaire distincte du Conseil national de l'Ordre. En première instance, la section disciplinaire qui comprend deux praticiens et deux représentants de la sécurité sociale est présidée par le président du Tribunal administratif départemental. En appel, elle est présidée par un conseiller d'Etat.

Ces sections disciplinaires, outre le remboursement à l'assuré du trop-perçu, peuvent prononcer un avertissement; un blâme avec ou sans publication; l'interdiction temporaire ou permanente de donner des soins aux assurés sociaux. La Commission paritaire intervient sans préjudice pour l'assuré du recours à la juridiction de droit commun. En plus des litiges ayant trait aux honoraires, elle a pour mission de concilier les litiges concernant les soins; d'étudier avec le Haut Comité médical les améliorations de la sécurité sociale; d'établir la liste des praticiens jouissant de la notoriété après consultation du Conseil départemental de l'Ordre.

V. Quelques remarques

1. La réforme accentue ainsi très nettement l'intervention des pouvoirs publics: la Commission nationale n'est composée que de représentants des ministères, mais surtout elle fixe *a priori* des limites à la liberté contractuelle en édictant des tarifs plafond et des clauses conventionnelles obligatoires.

2. En revanche, elle maintient le principe du libre choix du praticien. L'assuré peut faire appel à n'importe quel praticien inscrit à l'Ordre.

Le corps médical peut, dans les limites indiquées, adhérer au système soit collectivement par convention, soit individuellement en souscrivant à la convention type, soit rester à l'écart en l'absence de convention. Son autonomie et sa structure sont ainsi respectées, en principe. Cependant, le plan de 1945 imposant le principe de convention collective conférait au corps médical une unité et une puissance contractuelle, désormais entamée par la faculté qu'ont ses membres d'adhérer individuellement à la convention type.

3. La liberté de principe des médecins est atténuée par un autre biais. En l'absence de convention, le tarif plancher inférieur de 60% au tarif de la convention type est opposable au praticien dissident. Autrefois, le tarif d'autorité lui était opposable. Mais indépendamment du fait qu'il était dérisoirement bas, son application se trouvait pratiquement dépourvue de sanction. La réforme n'a pas été jusqu'à exclure les dissidents (maintien du libre choix) pour instituer un secteur libre, étranger à la sécurité sociale; mais elle les soumet aux règles de contrôle et de contentieux applicables aux « conventionnels ». On doit se demander cependant si un tel

dispositif serait effectivement applicable dans un département où les dissidents seraient fortement majoritaires.

La situation est ainsi très claire lorsqu'il n'existe pas de convention. Le dissident, qui refuse d'adhérer à la convention type, est hors convention mais reste dans le système. Lorsque le syndicat a passé une convention, celle-ci doit contenir la clause de la convention type stipulant « que l'engagement individuel de respecter les clauses prévues par la présente convention résulte pour le praticien de l'apposition de sa signature sur les imprimés dont la production est exigée par la caisse pour l'attribution des prestations ». Ce texte est ambigu. Il laisse entendre que, en refusant de signer ces pièces, le praticien pourrait se placer en dehors de la convention et même en dehors du système. Cela équivaudrait à reconnaître l'existence d'un secteur entièrement libre. Très vraisemblablement, cette disposition est appelée à recevoir une interprétation diamétralement opposée. En premier lieu, la convention garantit à l'assuré le libre choix entre tous les médecins de l'Ordre, syndiqués ou non. Cette garantie serait illusoire si un grand nombre de praticiens, voire leur majorité, avaient la faculté de refuser une signature nécessaire pour l'octroi des prestations. D'autre part, l'arrêté du 12 mai habilite à contracter « les syndicats les plus représentatifs de chaque catégorie professionnelle intéressée ». Ce caractère représentatif n'aurait pas de sens s'il ne s'étendait pas à toute la profession. En rapprochant la notion du libre choix et celle du caractère représentatif, on ne peut autrement conclure que le praticien ne peut refuser de signer la feuille de maladie et de souscrire par là à la convention. Celle-ci doit donc s'appliquer à tous les praticiens du département ou de la circonscription de la caisse. Il eût été sans doute plus simple et plus clair de déclarer que les conventions ratifiées par la Commission interministérielle auraient force obligatoire, ou alors de reconnaître franchement un secteur libre. Quoi qu'il en soit, cette question fondamentale risque bien de provoquer dans la pratique de grandes difficultés. On peut aussi se demander, dans les départements où aucune convention ne sera conclue, si l'application rigoureuse de la réforme aux dissidents, qui seraient tenus d'observer le tarif d'autorité, très faible, ne leur amènerait pas une forte clientèle d'assurés au détriment des « praticiens adhérents ».

4. De l'ensemble paraît se dégager que le gouvernement a choisi une solution de compromis qui veut maintenir des principes libéraux: libre choix du médecin, liberté contractuelle, adhésion personnelle d'une part, mais limite en même temps l'exercice de ces libertés et renforce le rôle des pouvoirs publics. Des conceptions doctrinales et plus encore probablement des considérations d'ordre pratique et politique l'ont déterminé. L'effort de conciliation est très méritoire. Du point de vue technique, les résultats sont soumis

à beaucoup d'aléas. Indépendamment des résistances de principe qu'elle rencontre, la réforme suscitera bientôt des difficultés matérielles. Les dépenses médicales augmenteront nécessairement, mais dans quelle mesure? Il convient d'ailleurs d'ajouter que les honoraires médicaux ne sont pas la principale charge de l'assurance-maladie. Ils représentent 390 milliards en 1958, 420 milliards en 1959. De 1947 à 1958, leur part dans l'ensemble des dépenses du régime général diminuait de 14% à 9,2% et celle des frais pharmaceutiques passaient de 14,8% à 22,3%, les frais d'hospitalisation de 22,7% à 34,6%. Mais cette situation résulte du mauvais fonctionnement du système. Pour plusieurs millions d'assurés, les frais médicaux n'étaient remboursés que sur la base de tarifs de caisse dérisoires. Ils supportaient eux-mêmes la différence entre ce tarif et les honoraires effectifs. Dès le moment où par l'effet de la réforme, les frais effectifs seront remboursés à 80%, les charges de la sécurité sociale devraient augmenter très sensiblement.

VI. La mise en œuvre de la réforme

Malgré la réaction vigoureuse de la plupart des syndicats, une collaboration s'est établie entre leur confédération et la fédération des organes de la sécurité sociale. Il en est résulté un complément à la convention type. L'accord prévoit que la sécurité sociale surseoit à l'organisation d'un service médical qui lui soit propre, notamment d'institutions où serait pratiquée une médecine de groupe avec des médecins et auxiliaires liés aux caisses par des conventions particulières.

Les conventions peuvent prévoir, en faveur des praticiens et auxiliaires, des avantages sociaux, qui seront également garantis de plein droit à ceux qui adhéreront individuellement à la convention type:

Maladie. Les caisses primaires, à partir du quatrième mois et jusqu'à la fin de la troisième année d'incapacité de travail, rembourseront aux praticiens malades les frais d'hospitalisation et de cure comme s'il s'agissait d'un assuré obligatoire. La cotisation est réduite à 36 NF par an.

Vieillesse. Les caisses verseront au profit des médecins et auxiliaires une cotisation annuelle à leur caisse de vieillesse (médecins 500 NF, dentistes 330 NF, sages-femmes 342 NF, etc., pour la Seine). Ces cotisations doivent permettre, en principe, de doubler le taux de la retraite.

Après quelques mois d'agitation et de négociations, le directeur général de la sécurité sociale vient de faire le point. A mi-octobre, le régime conventionnel fonctionnait dans 58 départements, ce qui représente 7 230 000 assurés sur 13 millions environ et 23 000 médecins sur 43 000 inscrits au tableau de l'Ordre (dont 31 000 médecins exerçant la médecine libérale). Les négociations se poursuivent dans

les autres départements où les tarifs d'autorité sont « virtuellement » applicables. Paris, avec 3,5 millions d'assurés, et Lyon connaissent la situation la plus difficile. Il ne serait pas absolument exclu que le gouvernement soit amené à revoir le cas spécial de la métropole. Par référendum, la majorité des médecins se seraient prononcée contre la conclusion d'une convention. On dit qu'un millier de médecins sont prêts à s'engager individuellement. Les rejetants, dans le département du Rhône, formeraient le 93% des médecins, et dans la Loire le 84%. Plus du tiers des salariés ne seraient donc pas encore assurés d'être indemnisés à raison de 80%.

Les tarifs plafond et plancher

La différence entre le plafond, imposé aux conventions et aux adhérents individuels, et le plancher, imposé aux dissidents, est illustrée par le tableau suivant :

Départements ou villes	Consul-tation	Visite	Visite dimanche	Visite nuit	Valeur lettre clé		Accouchement	
					Acte courant et petite chirurgie	Acte de chirurgie et spécialités	Simple	Gémel-laire
					P. C.	K.		
Paris Seine <i>plafond</i> ...	10	13	28	37	3.60	3.60	225	290
Seine-et-Oise Zone I <i>plancher</i> ..	4	5.20	8.80	12	2.40	2	96	104
Lyon <i>plafond</i> ...	9	12	26	34	3.60	3.60	210	260
Marseille <i>plancher</i> ..	3.50	4.40	7.50	10.50	2.05	2	80	94
Villes de plus de 100 000 hab. <i>plafond</i>	8	10	21	28	3.60	3.60	180	220
Seine-et-Oise Zone II <i>plancher</i> ..	3.20	4	7	9	1.95	2	70	82
Ensemble <i>plafond</i> des dé- partements <i>plancher</i>	7 2.80	8 av. IK 9 sans IK 3.60	17 5.60	23 8	3.60 1.85	3.60 2	150 64	190 76

IK = indém km Plafond : plaine 0.50 montagne 0.60 haute mont. 0.70
Plancher : plaine 0.30 montagne 0.35 haute mont. 0.40

Les opérations, actes médicaux et spécialités sont tarifés par la nomenclature détaillée en multiples des lettres P. C. et K.

On notera que les médecins de quartier à Paris demandent généralement 15 fr. pour une consultation et 20 fr. pour une visite, et fréquemment plus.

Des tarifs analogues ont été édictés par la Commission interministérielle pour les chirurgiens dentistes, les sages-femmes, les

infirmières et autres auxiliaires médicaux. Tous présentent des différences aussi sensibles entre plafond conventionnel et plancher hors convention.

VII. Autres réformes

En plus de la réglementation des tarifs d'honoraires, la réforme porte sur l'organisation et le fonctionnement de la sécurité sociale, l'institution d'un Haut Comité médical, le contrôle médical du régime général. Ces dispositions, qui intéressent plutôt les juristes, administrateurs et spécialistes que l'opinion publique, feront peut-être l'objet d'une analyse ultérieure.

De la Conférence au Conseil d'Administration du BIT

Par Jean Möri

L'accroissement des Etats membres de l'Organisation internationale du travail a sans doute l'avantage de renforcer le principe essentiel d'universalité sur laquelle elle est basée, écrit notre rédacteur dans le numéro de février de *Monde du Travail libre*, publication mensuelle de la CISL.

Mais l'accession à l'indépendance nationale et à la souveraineté internationale d'un très grand nombre d'Etats africains qui ont brisé définitivement le joug du colonialisme a pour conséquence inéluctable de rendre plus complexe la solution du problème de la représentation des différentes régions du monde au Conseil d'administration de la grande institution de Genève. Pour satisfaire aux désirs légitimes des différentes régions du monde, cet aréopage a été agrandi à quelques reprises. Il est composé actuellement de 40 titulaires et 30 suppléants. De nouvelles exigences se manifestent. Mais il est évident que l'on ne saurait aller trop au-delà de ce nombre de 70 déjà respectable sans mettre en péril l'efficacité de l'organisme. Sa qualité ne dépend pas forcément du nombre de ses membres. Sans doute trouvera-t-on une solution équitable à cette nouvelle revendication. Une meilleure répartition des mandats entre les différentes régions du monde peut constituer une meilleure solution qu'une multiplication des sièges à repourvoir.¹

Les gouvernements ne sont pas seuls dans l'embarras. Car l'OIT repose encore sur un autre principe vital, celui du tripartisme, qui

¹ Au cours de sa session du début de ce mois, le Conseil d'administration du BIT, sous la pression du Groupe ouvrier, a décidé de proposer à la Conférence internationale du travail de 1962 un amendement à la constitution de l'OIT portant de 40 à 48 le nombre de ses membres. *Red.*