

N° 58

SENAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1981-1982

Annexe au procès-verbal de la séance du 23 novembre 1981

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la Commission des Finances, du Contrôle budgétaire et des Comptes économiques de la Nation (1), sur le projet de loi de finances pour 1982, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Par M. Maurice BLIN,

Sénateur.

Rapporteur général

TOME III

**LES MOYENS DES SERVICES ET LES DISPOSITIONS SPÉCIALES
(Deuxième partie de la loi de finances)**

ANNEXE N° 29

**SOLIDARITÉ NATIONALE, SANTÉ, TRAVAIL
II. Solidarité Nationale et Santé**

Rapporteur spécial : M. Marcel FORTIER

(1) Cette commission est composée de : MM. Edouard Bonnefous, président ; Henri Duffaut, Jacques Descours Desacres, Geoffroy de Montalembert, Jean Cluzel, vice-présidents ; Modeste Legouez, Paul Jargot, Yves Durand, Louis Perrein, secrétaires ; Maurice Blin, rapporteur général ; René Ballayer, Charles Beaupetit, Stéphane Bonduel, Henri Caillavet, Jean Chamant, René Chazelle, Marcel Debarge, Gérard Delfau, Marcel Fortier, André Fosset, Jean-Pierre Fourcade, Jean Francou, Pierre Gamboa, Henri Goetschy, Robert Guillaume, Marc Jacquet, Tony Larue, Georges Lombard, Michel Manet, Josy Moinet, René Monory, Jean-François Pintat, Christian Poncelet, Mlle Irma Rapuzzi, MM. Joseph Raybaud, Robert Schmitt, René Tomasini, Henri Torre, Camille Vallin.

Voix les numéros :

Assemblée Nationale (7^e légis.) : 450 et annexes, 470 (annexe 34), 471 (tome XVI à XX), et In-8° 57.

Sénat : 57 (1981-1982).

Loi de finances. — Aide sociale - Hôpitaux - Recherche - Santé publique - Sécurité Sociale.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	4
I. – Les caractéristiques du projet de budget de la Santé et de la Solidarité nationale pour 1982	5
II. – Les principales observations	7
III. – L'examen en Commission des Finances	9
Ière PARTIE – LA PRESENTATION GENERALE DES CREDITS DEMANDES POUR 1982	10
A. Les crédits du budget de la Santé et de la Solidarité nationale	10
1. Les moyens des services	11
2. Les dépenses d'interventions publiques	13
a. le secteur santé	14
b. le secteur solidarité nationale	19
3. Les dépenses en capital	23
B. Les aides de l'Etat aux différents régimes de protection sociale	25
1. Les dotations figurant au budget de la santé et de la solidarité nationale	25
2. Les dotations figurant dans les autres régimes	28
IIème PARTIE – LES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE	32
A. Panorama des régimes de sécurité sociale	32
B. La situation du régime général et les mesures de redressement financier annoncées	34
1. L'année 1980 : une situation excédentaire	35
2. Les années 1981-1982 : le plan de financement du Gouvernement. Observations	38

C. Un aspect particulier ; la réforme de l'assiette des cotisations sociales . . .	49
IIIème PARTIE – LA POLITIQUE DE LA SANTE. VERS QUEL AVENIR ? . . .	58
A. L'hospitalisation	58
1. la tarification hospitalière	58
2. la gestion des personnels	61
3. la suppression du secteur privé	63
4. les équipements : la carte sanitaire	66
B. La pharmacie	71
C. La profession médicale	74
CONCLUSION	79
DISPOSITION SPECIALE	81
ANNEXE – RELEVÉ DES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE	84

AVANT-PROPOS

MESDAMES. MESSIEURS.

La nouvelle répartition des compétences des ministères sociaux intervenue en juin 1981 n'a eu que peu d'incidence sur les documents budgétaires.

Le fascicule budgétaire se divise toujours en trois sections :

I- Section commune,

II- Santé et Solidarité,

III- Travail.

Le présent rapport, présenté au nom de la Commission des Finances intéresse les crédits de la « **section Santé et Solidarité nationale** » qui regroupe les moyens propres à chacun des deux départements ministériels concernés.

On notera le transfert des dotations intéressant l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'Institut Pasteur au budget du ministère de la Recherche ainsi que celui des crédits afférents aux travailleurs migrants du budget du Travail à celui de la Solidarité nationale.

Avant de procéder à l'analyse critique du projet de budget qui nous est proposé pour 1982, le présent rapport se doit de présenter ses principales caractéristiques ainsi que les observations formulées sur son contenu par votre Commission des Finances.

I.- LES CARACTERISTIQUES DU PROJET DE BUDGET DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE POUR 1982.

Troisième budget civil de notre pays (il se situait au second rang en 1981), son montant s'élève pour 1982 à **36,9 milliards de francs soit une progression** – à structure budgétaire constante – **de 18%** par rapport à la loi de finances pour 1981, et de 14% si l'on tient compte des crédits inscrits en collectif 1981, sensiblement supérieure à celle enregistrée l'année dernière (+ 10,6%).

Il se caractérise par :

- la très forte augmentation des crédits affectés aux *moyens des services* (+23,5%) imputable principalement aux 1 034 créations nettes d'emplois qui figurent dans le projet de budget pour 1982.

- la place prépondérante occupée par *les crédits d'intervention* du Titre IV : progressant de 17,8%, ils s'élèvent à 33,75 milliards de francs, soit 91,5% du total des dotations.

Les mesures nouvelles concernent principalement quatre secteurs :

- la formation des personnels des professions médicales et sociales (+ 132 millions),
- programmes de prévention sanitaire (+ 127 millions),
- les programmes d'action sociale (+ 160 millions),
- les subventions aux régimes de protection sociale (+ 1 217 millions).
- la très forte progression des *crédits d'équipement* :
 - *en matière sanitaire*, les autorisations de programme augmentent de 37% et les crédits de paiement de 21%. Sont privilégiés, la transformation des hospices, la modernisation des établissements hospitaliers et les établissements nationaux.

- *en matière sociale*, les autorisations de programme augmentent de 38,7% ; en revanche les crédits de paiement diminuent de 15%, ce qui ne manquera pas de poser un grave problème de « couverture » des autorisations de programme ouvertes. Sont privilégiés les structures d'accueil pour la petite enfance ainsi que les établissements pour personnes âgées.

En ce qui concerne les aides de l'Etat aux différents régimes de protection sociale, leur montant s'élèvera à 67 milliards de francs en 1982, soit une augmentation de 33% très supérieure à celle enregistrée l'année dernière (+15%).

Quant aux dépenses de Sécurité sociale, elles atteindront, tous régimes confondus, 850 milliards de francs, soit 27% du PIB marchand.

Le régime général, qui représente à lui seul près de 60% de cet ensemble, laisse apparaître à nouveau une situation très gravement obérée, caractérisée par un solde déficitaire prévisionnel de 23 milliards de francs en 1982.

II.- LES PRINCIPALES OBSERVATIONS.

A. DEUX REMARQUES PRELIMINAIRES.

1°- votre rapporteur tient à souligner *la très grande complexité des structures ministérielles* mises en place qui se traduit par un éclatement des compétences entre deux Départements, Santé et Solidarité Nationale, ce dernier étant par ailleurs doté de trois Secrétariats d'Etat : famille, personnes âgées, immigrés.

2°- il a par ailleurs fait connaître son mécontentement devant la façon dont les pouvoirs publics entendent assurer *l'information du Parlement* :

- une nouvelle fois, les documents annexes à la loi de finances n'étaient pas disponibles au début du mois de novembre, alors que les travaux budgétaires de notre Commission des Finances étaient largement entamés.

- par ailleurs, le ministre de la Solidarité Nationale, en dépit de la demande qui en a été faite auprès de ses services, a mis deux mois pour adresser à votre rapporteur spécial le rapport intitulé « Eléments de réflexion sur la réforme de l'assiette des cotisations sociales » remis au patronat, aux syndicats et à la presse dès le 28 septembre 1981.

B. LE PROJET DE BUDGET POUR 1982 DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE.

Ne soulevant pas de critique majeure, il appelle cependant plusieurs remarques :

1°- l'effort important fait en faveur de la *santé scolaire* - qu'il convient de souligner - ne s'accompagne pas de la nécessaire réforme de ce service ;

2°- le taux de progression des *interventions publiques* apparaît très modéré si l'on prend en considération les abondements du collectif (+14%). Deux dotations appellent une réserve critique : celle des centres sociaux dont les crédits sont ajustés au taux de 10% alors que les charges de personnel représentent 95% du total ; ainsi que celle de la formation continue des médecins qui ne progresse que de 6,4%.

3° – on se félicitera de la priorité accordée au secteur de la *prévention*, domaine essentiel pour l'avenir de la santé dans notre pays.

4° – on s'interrogera sur la diminution sensible des *crédits de paiement* demandés au titre de *l'équipement social*.

C. LA POLITIQUE DE SANTE ET LE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE.

La politique de santé soulève de très vives inquiétudes compte tenu des orientations qui se dessinent en matière d'hospitalisation, d'études médicales et de pharmacie, tandis que le problème de la revalorisation de la médecine générale en est toujours au stade de la réflexion approfondie.

Quant à *la situation financière de la sécurité sociale*, son redressement passe – comme il a déjà été dit maintes fois – par une diversification de l'assiette des cotisations et une harmonisation de l'effort contributif sans que cela emporte – comme on l'observe présentement – un abandon des tentatives courageuses qui ont été faites pour maîtriser les dépenses de santé.

III.- L'EXAMEN EN COMMISSION DES FINANCES.

Au cours d'une séance tenue le 28 octobre 1981, sous la présidence de M. Edouard BONNEFOUS, Président, la Commission a examiné, sur le rapport de M. Marcel FORTIER, rapporteur spécial, le projet de budget pour 1982 des ministères de la Santé et de la Solidarité Nationale.

Le rapporteur spécial a d'abord présenté les chiffres essentiels du projet de budget puis il a fait part aux membres de la Commission de ses observations rappelées ci-dessus.

Au cours du débat qui s'est instauré, M. Stéphane BONDUËL a souligné l'importance de l'augmentation des crédits affectés à la prévention et s'est inquiété de la mauvaise répartition des médecins généralistes.

M. René BALLAYER a interrogé le rapporteur spécial sur l'application d'une circulaire concernant les relations du travail et l'exercice des droits syndicaux qui ne semble pas tenir compte de l'importance des hôpitaux.

M. Pierre GAMBOA, après avoir souligné les aspects positifs du budget, a souhaité un débat parlementaire sur le financement de la sécurité sociale.

Après avoir entendu les réponses du rapporteur spécial, la commission, a décidé dans sa majorité de soumettre à l'appréciation du SENAT les crédits de la Santé et de la Solidarité Nationale et a adopté l'article 90 de la loi de finances concernant les modalités d'attribution de l'allocation d'éducation spéciale et de ses compléments.

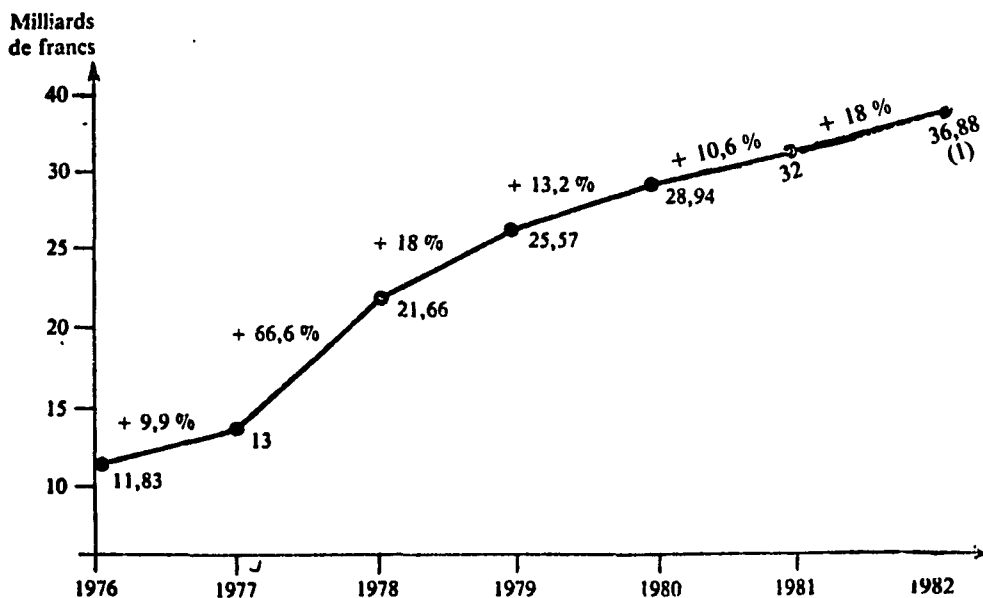
PREMIERE PARTIE

LA PRESENTATION GENERALE DES CREDITS DEMANDES POUR 1982.

Après avoir examiné les crédits figurant dans le projet de budget de la Santé et de la Solidarité Nationale, il sera dressé un bilan des aides de l'Etat aux différents régimes de protection sociale.

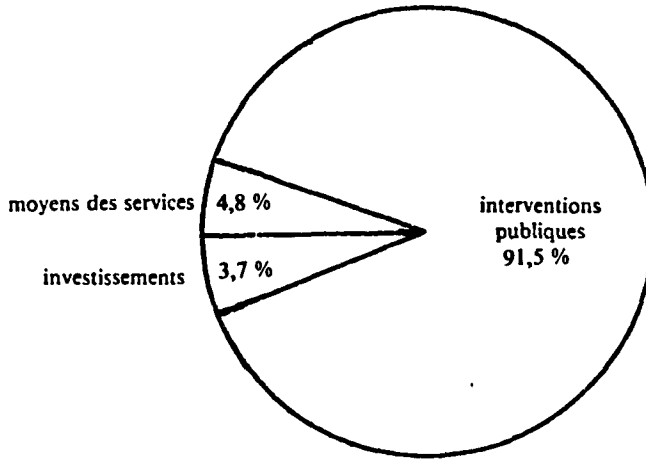
A. LES CREDITS DU BUDGET DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE.

Troisième budget civil de notre pays, son montant s'élève pour 1982 à **36,89 milliards de francs** (1) contre 31,27 milliards en 1981 (à structure budgétaire constante) soit **une progression** relativement modérée de **17,9%** (et de 14% si l'on tient compte des crédits inscrits en collectif 1981), encore nettement inférieure à celle que connaîtra l'ensemble des budget civils hors dette (+29,2%).



(1) Ce chiffre prend en compte les transferts intervenus. Le pourcentage de progression (+18%) a été calculé à structure budgétaire constante, soit sur la base de 31,27 milliards en 1981.

Cette évolution est due principalement à l'augmentation des dépenses d'intervention dont la part dans l'ensemble du budget passe de 89,1% à 91,5%.



1. Les moyens des services.

(en MF)

Dépenses ordinaires Titre III - Moyens des services	Dotations 1981	Crédits prévus pour 1982			% 1982 1981
		Services votés	Mesures nouvelles	TOTAL	
--Rémunérations d'activité	1.180,42	1.309,40	+124,76	1.434,16	+21,5
--Charges sociales (personnel en activité et en retraite	72,50	97,73	+ 10,60	108,33	+49,4
--Matériel et frais de fonctionnement des services	66,51	66,51	+ 24,83	91,34	+37,3
--Subventions de fonctionnement (ENSP, SCPRI, jeunes sourds et aveugles ...)	97,29	97,29	+ 19,71	117,00	+20,2
--Etudes générales	10,76	11,07	+ 1,97	13,04	+21,2
- TOTAL	1.427,48	1.582,00	+181,87	1.763,8	+23,5

D'un montant égal à 1 763,8 millions de francs contre 1 427,5 millions en 1981, les crédits du titre III connaissent une forte progression de 23,5% due principalement :

- à la création nette de 1 034 emplois budgétaires, à laquelle il convient d'ajouter la consolidation des 475 emplois créés en collectif 1981. Les effectifs auront ainsi progressé de 10% en un an.

- la répartition de ces emplois est la suivante :

EMPLOIS	1981 : effectifs budgétaires et effectifs réels				1982 : effectifs budgétaires	
	Au 1er janv. 1981	Créés au collectif budgétaire	Effectifs après le collectif budgétaire (1)	Effectifs réels	Créations (2)	TOTAL (1) + (2)
Emplois techniques						
Médecins inspecteurs de la santé	296		296	249	+ 65	361
Médecins de santé publique	313		313	296	- 26	287
Pharmaciens inspecteurs de la santé	106		106	103		106
Assistants sociaux	1 435	1	1 436	1 386	+145	1 581
Infirmières	934		934	933	+ 79	1 013
Adjointes de santé scolaire	317		317	289		317
Conducteurs d'automobile	47		47	40		47
Personnel d'exécution du contrôle sanitaire aux frontières	73		73	59		73
Médecins contractuels	644	112	756	624	+146	902
Agents contractuels de 1ère catégorie (inspect. sanitaires)	27		27	26	+ 11	38
Autres agents contractuels	52		52	29	+ 19	71
	4 244	113	4 357	4 034	+439	4 796
Emplois administratifs						
Personnel supérieur des DRASS et DDASS	2 200	112	2 312	2 024	+ '75	2 387
Attachés de statistiques	24		24	14	+ 10	34
Personnel de catégorie B	2 512		2 512	2 269	+200	2 712
Personnel de catégories C et D	5 705	250	5 955	5 095	+290	6 245
Agents contractuels	30		30	27		30
	10 471	362	10 833	9 429	+575	11 408
Laboratoire national de la santé	180		180	161	+ 20	200
	14 895	475	15 370	13 624	+ 1 034	16 404

On notera l'écart important entre les effectifs réels et les effectifs budgétaires autorisés au 1er janvier 1981 : 1 271 postes ne sont pas pourvus soit près de 8,5% des emplois budgétaires.

- leur coût s'établit à 79 millions de francs soit 43% du montant des mesures nouvelles ;

- à l'explosion des dépenses de fonctionnement : la dotation afférente aux frais de déplacement progresse de 36%, celle intéressant le matériel et le fonctionnement courant des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales de 28%. Quant aux études, leurs crédits progressent de 20%, les seules études sur les problèmes de santé augmentant de 124%.

Sur ce point on regrettera que l'effort de rigueur entrepris l'année dernière pour réduire le « train de vie » de l'Etat soit renvoyé à l'oubli.

On remarquera par ailleurs que les crédits du chapitre 34-41 - « Services extérieurs des affaires sanitaires et sociales - Frais de déplacement » - fait l'objet d'un report à hauteur de 1,4 million de francs de 1980 à 1981 ;

- à la progression très sensible des subventions allouées à divers établissements sous-tutelle :

- Ecole nationale de la santé publique (+ 38,4%),
- Service central de protection contre les rayons ionisants (+ 16,8%).

2. Les dépenses d'interventions publiques.

Le tableau retrace par département ministériel l'évolution des principaux secteurs d'intervention.

en MF

Dépenses ordinaires Titre IV - Interventions publiques	Dotations 1981	Crédits prévus pour 1982			% 1982 1981	% des dépenses ordinaires
		Services votés	Mesures nouvelles	TOTAL		
MINISTERE de la SANTE						
-formation des professions médicales et para-médicales	404,98	404,98	+ 131,67	536,65	+32,5	1,5
-protection et prévention sanitaire (1) ..	2.466,66	3122,24	+ 127,21	3.249,45	+31,7	9,1
-recherche et pharmacie	37,88	37,88	+ 7,5	45,4	+19,8	0,1
MINISTERE de la SOLIDARITE NATIONALE						
-formation des professions sociales	327,36	327,36	+ 57,05	384,41	+17,4	1,1
-aide médicale (2) ..	3.450,91	3505,09	- -	3.505,09	- 1,-	9,7
-aide sociale (3) ..	14.306,25	17011,08	+ 77,07	17.088,15	+19,4	48,1
-rentes mutualistes .	39,5	39,5	+ 2,-	41,5	+ 5,1	0,1
-subventions à divers régimes de protection sociale	7.149,65	7149,65	+1.217,18	8.366,82	+17,-	23,5
-interventions en faveur des travailleurs migrants	104,8	104,8	- 4,1	100,7	- 3,9	0,3
Dotations abondées en collectif 1981 à hauteur de : (1) 243 MF - (2) 95 MF - (3) 396 MF.						

Le budget de la Santé et de la Solidarité Nationale est principalement un budget d'intervention : on constate en effet que les crédits du titre IV s'élèvent à 33 749 millions de francs soit 91,5% du total des dotations.

En progression de 17,8% (13,9% si l'on tient compte des crédits inscrits en collectif) il comporte trois secteurs principaux : les actions de prévoyance (3 671 millions), les subventions à divers régimes de sécurité sociale (8 367 millions) et l'aide sociale (16 649 millions).

Parmi ces dépenses, *la part afférente à des « dépenses obligatoires »* dont l'évolution ne dépend que très partiellement de la volonté des ministères, *demeure très largement prépondérante* (89% des dépenses ordinaires).

Elles comprennent :

- l'action sociale et médicale (20 155 millions) dont les crédits augmentent de 15,3% ;

- les participations financières de l'Etat aux services obligatoires de santé, qui s'élèvent à 3 023 millions, en progression de 27,7% ;

- les subventions à divers régimes de protection sociale dont le montant (8 367 millions) augmente de 17%.

On regrettera à nouveau que *les « actions volontaristes »* dont l'un des éléments essentiels sont les programmes d'action sanitaire et sociale (613 millions) ne représentent qu'une part très faible de l'ensemble du budget (1,66%) tout en constatant la légère amélioration réalisée cette année. En effet, la part de ses mêmes actions n'étaient que de 1,1% en 1980 et 1981.

L'analyse plus détaillée des différents postes d'intervention, qui va suivre ci-après, sera faite en distinguant les deux secteurs de la Santé et de la Solidarité nationale.

a) Le secteur de la Santé.

Les mesures nouvelles dont le montant atteint 276 millions de francs concernent les trois domaines principaux suivants :

- *la formation des personnels des professions médicales et paramédicales* qui bénéficient de moyens nouveaux à hauteur de 132 millions de francs.

Faisant suite à plusieurs années d'efforts soutenus et à deux années de moindre progression, les crédits inscrits à ce titre pour 1982, soit 536,4 millions de francs marquent une reprise des interventions en ce domaine.

(En milliers de francs)

Chapitres concernés	1981	1982	1982/1981
Chapitre 43-31 : « Professions médicales et paramédicales. Actions spécifiques de formation et recyclage »	9 283	9 932	+ 7,- %
Chapitre 43-32 : « Professions médicales et paramédicales »	313 493	410 572	+ 31,- %
Chapitre 43-34, art. 10 : « Professions paramédicales. Bourses »	<u>81 981</u>	<u>115 901</u>	<u>+ 41,4 %</u>
Totaux	404 757	536 405	+ 32,5 %

On notera la forte majoration des crédits afférents à la formation des professions médicales et paramédicales.

Celle-ci prend en compte l'allongement de la formation des infirmières qui passe de 28 à 33 mois ainsi que les conséquences de la mise en oeuvre de la réforme des études du 3ème cycle en médecine et pharmacie.

Elle permet en outre d'assurer la gratuité des études dans l'ensemble des écoles paramédicales publiques.

Les effectifs des professions paramédicales en métropole étaient les suivants au 1er janvier 1979 ; aucun renseignement plus récent n'ayant été fourni dans la réponse au questionnaire adressé à Monsieur le ministre de la Santé :

Professions	Effectifs au 1/1/77	Effectifs au 1/1/78	Effectifs au 1/1/79
Infirmiers.....	212 264	219 082	232 859
dont : — diplômés d'Etat.....	146 454	152 575	164 337
— autorisés, auxiliaires.....	19 841	17 364	16 010
— psychiatriques.....	46 329	49 143	52 512
Masseurs Kinésithérapeutes.....	31 825	31 676	32 381
Pédicures.....	6 460	6 631	6 521
Orthophonistes.....	5 923	6 391	6 806
Audioprothésistes.....	1 028	1 000	1 025
Orthoptistes.....	853	927	1 040

En revanche, on déplorera la très faible revalorisation des crédits affectés à la formation médicale continue des médecins et des chirurgiens dentistes (+6,3%).

– *la prévention sanitaire.*

On doit se féliciter de la priorité accentuée donnée cette année au domaine de la prévention.

Pour mettre en oeuvre cette orientation, les crédits affectés à ce secteur, non compris les coûts des créations d'emplois, les remboursements aux collectivités locales et le fonctionnement technique des services, sont plus que doublés puisqu'ils passent de 99,6 millions de francs à 226,8 millions (soit +127%).

Cet effort revêt trois aspects principaux :

– *les actions médico-sociales en faveur de la mère et de l'enfant* : il s'agit essentiellement de privilégier la protection des enfants et des adolescents scolarisés.

A cet effet, le **service de santé scolaire** dont les moyens sont restés pratiquement stables depuis une vingtaine d'année fait l'objet d'un important renforcement : aux créations d'emplois (247 médecins contractuels, 65 infirmières et 100 assistantes sociales en une année), il convient d'ajouter 12 millions de crédits de matériel et d'intervention.

Votre rapporteur marque sa satisfaction devant de telles mesures. Il regrette toutefois que cet effort ne s'accompagne pas de la nécessaire réforme de ce service, à l'étude, depuis plusieurs années.

En ce qui concerne la petite enfance, on indiquera que 5 millions de francs sont demandés pour améliorer la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, au-delà de l'actualisation des crédits de protection maternelle et infantile (+161,2 millions de francs).

– *la création de programmes régionaux de prévention sanitaire* (55 millions de francs). De quoi s'agit-il ? Faute d'avoir pu obtenir des renseignements très précis, votre rapporteur se contentera de fournir le texte de la réponse transmise par le ministère de la Santé :

« La mesure nouvelle N° 01.16.01, inscrite dans le projet de loi de finances pour 1982, représente un crédit de 55 000 000 F. destiné au financement des programmes régionaux de prévention sanitaire. Cette somme permet de lancer une politique régionale de prévention et d'éducation sanitaire dont les actions pourront se situer au niveau de chaque région et répondre aux besoins locaux.

Ces crédits affectés aux Directions régionales des affaires sanitaires et sociales permettront de développer notamment des études épidémiologiques pour connaître l'importance de certains facteurs de risques et la situation sanitaire de la région, de prendre les mesures de prévention ou d'éducation sanitaire adaptées à cette situation, y compris les actions de formation médicale continue qui seront nécessaires ».

- la lutte contre les grands fléaux sociaux. .

Le budget pour 1982 sera marqué par l'intensification de ces actions et plus particulièrement de **la lutte contre l'alcoolisme** (création d'un chapitre nouveau 47-14 doté de 35 millions de francs).

On rappellera le coût de ces fléaux sociaux pour la collectivité nationale (évaluations pour 1980 en milliards de francs) :

- tabagisme : dépenses médicales	9
absentéisme et accidents du travail	1,1
- alcoolisme : dépenses médicales et prestations en espèces	11,7
conséquences non médicales	9,6

C'est au total près de 21 milliards de francs de dépenses qui se trouvent ainsi mis à la charge de la sécurité sociale.

Les aspects que revêtiront ces actions nouvelles n'apparaissent pas clairement. Alors que certaines des conclusions du groupe de travail sur l'alcoolisme présidé par le professeur Jean BERNARD ont été suivies d'effets (contrôle d'alcoolémie, fonctionnement des commissions médicales du permis de conduire, conduite des poids lourds, introduction de l'alcoologie dans les programmes des études médicales), il ne semble pas que les pouvoirs publics entendent à présent poursuivre leur mise en oeuvre plus avant.

« Il apparaît au Gouvernement que les travaux du groupe qui avait été présidé par le Professeur Jean BERNARD constituent un document de travail digne d'intérêt, mais qui doit être désormais replacé dans le cadre d'une nouvelle politique de prévention sanitaire, ayant un caractère plus global et intégrant les aspects médicaux et sociaux des problèmes que rencontre la population exposée ».

A ces actions prioritaires s'ajoutent :

- le développement des secours d'urgence (+3,9 millions de francs),
- la protection sanitaire du milieu de vie (+9,1 millions de francs),
- les actions tendant à améliorer la qualité des soins (+8,7 millions de francs).

A côté de ces actions nouvelles on rappellera qu'un crédit de 613,9 millions de francs est demandé au titre des dépenses de protection générale de la santé publique. Cette somme est consacrée au remboursement des collectivités locales pour les dépenses qu'elles engagent en vertu des textes en vigueur en la matière.

– *les organismes de recherche et les interventions dans le domaine de la pharmacie et du médicament.*

En matière de **recherche**, le ministère de la Santé conserve :

– le financement de *l'Institut CURIE* (section biologie) dont la subvention de fonctionnement progresse de 15% passant de 10,7 millions de francs à 12,3 millions.

90 chercheurs permanents, 133 agents administratifs et techniques ainsi qu'une vingtaine de boursiers et stagiaires poursuivent dans deux laboratoires à ORSAY (7 000 m²) et à PARIS (3 000 m²) des travaux de recherche ordonnés autour de six grands thèmes : la radiobiologie et biochimie des acides nucléiques, la cancérogénèse chimique et biologie des cellules tumorales, la cancérogénèse virale, l'immunologie et l'interféron, la biophysique moléculaire et la pharmacochimie.

– le financement de la fraction « hors recherche » de la subvention versée aux **Instituts PASTEUR** : la participation de l'Etat aux centres de référence et d'expertise de l'Institut PASTEUR de PARIS passe de 6,7 millions de francs à 10 millions.

Par ailleurs, un crédit de 750 000 francs est ouvert pour le développement de la collection nationale de souches de l'Institut PASTEUR de PARIS ainsi qu'une somme de 250 000 francs pour la création d'un deuxième centre de référence à CAYENNE.

On rappellera que la majorité des dotations afférentes à l'INSERM (sauf 5,6 millions de crédits hors recherche demeurés au Titre III) et aux Instituts PASTEUR est transférée au ministère de la Recherche et de la Technologie.

Ce découpage des crédits entre deux départements ministériels n'emporte pas l'approbation de votre rapporteur, dans la mesure où il introduit un élément de complexité supplémentaire pour appréhender le secteur de la recherche médicale dans son ensemble.

En ce qui concerne le domaine de la **pharmacie et du médicament**, les crédits font l'objet d'un ajustement très faible, à savoir +7,2%.

La dotation de 14 millions de francs prévue sur les articles 20, 30 et 40 du chapitre 47-51 semble ne pas devoir être satisfaisante pour mener à bien les trois actions suivantes :

– la reconduction de la mission de l'ADRAPHARM, à savoir la circulation de l'information scientifique et économique,

- la participation à l'action entreprise pour développer la pharmacologie clinique, source d'information indispensable au prescripteur pour le choix de la meilleure thérapeutique,

- la vérification et le traitement des informations recueillies sur les effets adverses ou imprévus des médicaments, grâce à l'organisation de la pharmacovigilance.

b) le secteur de la solidarité nationale.

Les crédits du Titre IV s'élèvent à 29,9 milliards de francs contre 25,7 milliards en 1981, soit une progression limitée de 16,3%.

On distinguera les dépenses proprement nouvelles des **dépenses obligatoires**.

- Ces dernières regroupent, en dehors des subventions à divers régimes de protection sociale qui feront l'objet d'une analyse dans la seconde partie de ce chapitre, l'aide médicale et l'aide sociale.

- *l'aide médicale* confirme le ralentissement déjà constaté les années précédentes (-1%) : les diminutions de crédits affectent l'aide médicale générale (-159 millions), l'aide médicale aux tuberculeux (-9,9 millions) et l'aide médicale aux malades mentaux (-64,8 millions).

Cet ajustement s'explique principalement par l'indidence des mesures prises dans le cadre de la généralisation de la Sécurité sociale.

- *l'aide sociale* connaît une progression plus rapide, soit +19,4% et ce, notamment dans trois secteurs : l'aide sociale en faveur des personnes handicapées (+24%), les aides d'hébergement (+22%), le service social (+28%).

On rappellera que la dotation du chapitre 46-21 a fait l'objet d'un abondement en collectif de 396 millions de francs. Si l'on en tient compte, l'augmentation de la dotation demandée pour 1982 ne s'établit plus qu'à 16%.

Malgré les actions engagées pour mieux maîtriser ces dépenses – notamment par la priorité donnée au maintien en milieu ordinaire – on peut douter que cette dernière dotation dont 70% couvrent des dépenses de personnel soit suffisante.

Ces crédits ainsi que ceux afférents au fonctionnement des services départementaux d'aide sociale et des commissions d'orientation des handicapés servent à rembourser aux collectivités locales les dépenses qu'elles ont engagées en vertu des textes en vigueur.

- **les actions nouvelles** intéressent principalement :

- *la formation des travailleurs sociaux* pour laquelle les mesures nouvelles s'élèvent à 57 millions de francs.

Ces dernières se répartissent entre :

– *les centres de formation des travailleurs sociaux* : 29,2 millions au titre de l'actualisation et 12,5 millions au titre du conventionnement des centres en application de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

On soulignera l'insuffisance des moyens supplémentaires dont bénéficieront lesdits centres en 1982 ; en effet ils correspondent à un taux d'actualisation de 10% alors que les dépenses en cause sont constituées à 95% de charges de personnel.

– *la formation permanente des personnels dirigeants des associations et les stages destinés aux personnels apportant leur concours à des personnes âgées* (+5,2 millions de francs soit +169%).

On notera également la revalorisation des crédits affectés aux *bourses* (+24%) tout en remarquant qu'elle est nettement inférieure à celle opérée en matière de professions paramédicales (+41,4%). On s'étonnera de cette disparité qui ne permettra pas de relever le plafond dans le secteur social à l'instar de ce qui sera fait dans le secteur sanitaire.

Au 1er janvier 1981, les effectifs des travailleurs sociaux en exercice se répartissaient de la façon suivante :

	1980	1981
– Assistants de service social	29 210	30 800
– Travailleuses familiales	8 850	9 160
– Techniciens en économie sociale et rurale	5 450	6 100
– Educateurs spécialisés et moniteurs éducateurs	42 050	43 330
– Educateurs techniques spécialisés	4 520	4 920
– Educateurs de jeunes enfants	7 630	8 140
– animateurs	3 070	3 270
– Conseillers conjugaux	1 750	2 000
– Délégués à la tutelle	1 480	1 680
TOTAL	104 010	109 400

- les programmes d'action sociale .

En cinq ans, en francs courants, la dotation du chapitre a plus que triplé, cet accroissement étant pour une grande part dû à l'intensification des moyens affectés à l'action sociale en faveur des personnes âgées (article 40) qui ont sextuplé passant de 16 936 000 francs à près de 102 000 000 francs.

Pour 1982, la dotation du chapitre 47-21 passerait de 261 559 000 francs à 421 255 000 francs, soit une progression de 61%.

A concurrence de 14% (23 196 300 francs), cette augmentation correspond à l'actualisation des crédits attribués en 1981 et doit permettre, d'une manière générale, de poursuivre les actions engagées précédemment.

Pour plus des deux tiers, elle rend compte de l'effort prévu en matière de créations d'emplois : la dépense entraînée par la consolidation des 1 250 emplois qui doivent être créés grâce aux moyens apportés par la loi de finances rectificative pour 1981 se monte à 64 000 000 de francs, et 46 000 000 de francs seraient utilisés pour créer en 1982, 1 050 emplois nouveaux.

Ces emplois nouveaux se répartissent entre la plupart des catégories visées par ce collectif : 300 postes d'animateurs rémunérés par le canal du FONJEP pour les maisons familiales de vacances, les foyers de jeunes travailleurs et diverses associations (art. 10, 51 et 60), 250 postes supplémentaires d'utilité collective pour les services collectifs de voisinage participant aux actions de prévention (art. 53), 500 emplois d'auxiliaires de vie afin d'accroître le nombre et les possibilités d'intervention des services qui se proposent de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées (art. 40).

Un peu plus du sixième des crédits figurant au projet de budget au titre des mesures nouvelles serait consacré à l'intensification de certaines actions auxquelles un caractère prioritaire a été reconnu : réalisation de nouveaux centres de services pour associations (art. 10 § 10 - 2 millions), accueil d'un nombre plus important de réfugiés en provenance de la péninsule indochinoise (art. 10 § 20 - 6 millions), accroissement de la participation de l'Etat au fonctionnement des centres sociaux (art. 53 - 15,5 millions), développement des actions de guidance parentale et des campagnes d'information et de sensibilisation de l'opinion en exécution de l'article 56 de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (art. 30 - 2 millions), augmentation des moyens affectés à la réinsertion sociale des toxicomanes (art. 80 - 1 million).

Un point particulier sera abordé, celui de l'**aide ménagère** .

Dans l'ensemble des régimes sociaux près de 380 000 personnes bénéficient de cette prestation dont 80 500 au titre de l'aide sociale pour un coût de 533 millions de francs.

Les demandes d'aide ménagère ont crû de façon sensible ainsi que les dépenses y afférentes : pour la seule aide sociale, elles sont passées de 156 millions en 1976 à 533 millions en 1980.

La répartition des aides ménagères est variable d'une région à l'autre ; on estime à environ 10 000 le nombre des communes non couvertes.

Les conditions d'emploi des aides ménagères sont différentes selon qu'elles sont employées par un bureau d'aide sociale ou par une association privée ;

- dans le premier cas, leur statut est fixé par le statut du personnel communal (arrêté du 23 juillet 1974),

- dans le second cas, les conditions de rémunération et de travail sont fixées par accord entre partenaires sociaux, sous réserve de l'agrément ministériel prévu par la loi sur les institutions sociales et médico-sociales.

Les associations privées emploient environ 50 000 aides ménagères travaillant très généralement à temps partiel :

- 16 500 sont employées par des associations à vocation exclusivement rurale, groupées au sein de la Fédération nationale des associations familiales rurales (FNAFR) et de l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR).

- environ 35 000 sont employées par des associations à vocation à la fois urbaine et rurale groupées au sein de l'Union nationale des associations de services et soins à domicile (UNASSAD), de la Fédération nationale des associations d'aide aux retraités (FNADAR) et de la Fédération nationale des associations d'aide familiale populaire (FNAAFP).

Un accord salarial est en cours de conclusion. A titre indicatif, on peut préciser que les salaires constatés dans l'attente de ce nouvel accord salarial s'établissent au 1er juillet 1981 autour de 110% du SMIC, soit 18,40 francs.

Par ailleurs, le Gouvernement a annoncé la création de 5 000 emplois d'aide ménagère et décidé un relèvement significatif du taux de remboursement à compter du 1er juillet 1981 (+15%).

- **Restent les dotations relatives aux travailleurs migrants** dont les crédits (105 millions de francs) ont été transférés du budget du ministère du Travail.

La politique d'aide au retour est abandonnée au profit de nouvelles actions menées sous la forme de contrats d'agglomération passés entre l'Etat et les municipalités (40 millions de francs sont inscrits à ce titre, alors que les crédits de l'aide au retour, soit 50 millions, ne sont pas reconduits).

Par ailleurs, les subventions aux associations intéressant les travailleurs immigrés sont dotées de 5,8 millions de francs de moyens supplémentaires.

3. Les dépenses en capital.

Dépenses en capital	Autorisations de programme		Crédits de paiement			
	Votées pour 1981	Demandées pour 1982	Votées pour 1981	1982		
				Services votés	Mesures nouvelles	TOTAL
Titre V-Investissements exécutés par l'Etat dont :	39 300 000	87 400 000	42 200 000	- -	37 100 000	37 000 000
-équipement sanitaire	4 800 000	52 000 000	6 000 000	- -	15 000 000	15 000 000
-équipement social	7 900 000	14 000 000	10 000 000	- -	1 000 000	1 000 000
-études et contrôle des opérations d'équipement	27 500 000	21 400 000	26 200 000	- -	21 100 000	21 000 000
Titre VI-Subventions d'investissements accordées par l'Etat dont :	1 221 000 000 (1)	1 630 000 000	1 159 900 000 (1)	935 000 000	393 700 000	1 328 700 000
-équipement sanitaire	1 014 940 000	1 348 000 000	940 800 000	800 000 000	329 000 000	1 129 000 000
-équipement social	196 960 000	269 000 000	210 000 000	135 000 000	52 000 000	187 000 000
-équipement de la recherche médicale	9 100 000	13 000 000	9 100 000	- -	12 700 000	12 700 000
TOTAUX pour les dépenses en capital	1 260 300 000	1 717 400 000	1 202 100 000	935 000 000	430 800 000	1 365 000 000

(1) Compte tenu du transfert des articles 10 « INSERM » et 30 « Instituts PASTEUR » du chapitre 66-50 au budget de la Recherche et de la Technologie.

Les crédits de paiement représentent 3,7% du budget du ministère, soit une part égale à celle qu'ils occupaient dans le budget pour 1981.

Quant aux autorisations de programme, elles enregistrent une augmentation de 457 millions de francs (+36%) pour 1982.

a) Les crédits demandés en autorisation de programme au titre de l'équipement social (chap. 56-20 et 66-20) présentent par rapport à 1981 une majoration de près de 40%, un effort important étant prévu pour la réalisation de crèches et de structures d'accueil pour la petite enfance à l'article 30 du chapitre 66-20 dont la dotation passe de 50 à 110 millions de francs soit un accroissement de 120%.

Les autres augmentations proposées concernent *les établissements pour enfants handicapés* ou inadaptés (+20%) pour lesquels il s'agit moins de créer de nouvelles places que de moderniser ou aménager des installations existantes, et *les établissements sociaux pour personnes âgées* (+30%) ; secteur dans lequel il convient de réaliser des équipements de voisinage (centres collectifs de services – mini-maisons de retraite dans les quartiers) et de rénover des établissements vétustes.

Il faut mentionner encore le quasi doublement du crédit figurant à l'art. 70 du chap. 66-11 (subventions d'équipement sanitaire) : ce crédit, affecté à *la transformation des hospices*, opération dont la responsabilité incombe à la Direction de l'action sociale, passe en effet de 155 millions de francs en 1981 à 300 millions de francs en 1982.

b) En ce qui concerne les équipements sanitaires, deux actions – en dehors de la transformation des hospices évoquée ci-dessus – font l'objet d'un effort particulier :

– *la rénovation et la reconstruction des établissements hospitaliers.*

L'ensemble du secteur hospitalier bénéficiera ainsi en 1982 d'une enveloppe globale de 1 038 millions de francs en augmentation de 21% par rapport à 1981, notamment les établissements d'intérêt départemental et local.

– *les actions en faveur des établissements nationaux.*

Les opérations nouvelles envisagées à ce titre consistent principalement en des travaux portant sur divers établissements d'intérêt national (Ecole nationale de la santé à RENNES, Thermes d'AIX-les-BAINS, établissements des convalescents du VESINET et de SAINT-MAURICE) ainsi que la construction à MONTPELLIER d'une annexe du Laboratoire national de la santé. L'augmentation de crédits en autorisations de programme est de 24% par rapport à 1981.

B. LES AIDES DE L'ETAT AUX DIFFERENTS REGIMES DE PROTECTION SOCIALE.

Le tableau ci-dessous récapitule les différentes aides que l'Etat accorde aux principaux régimes de protection sociale.

AIDES DE L'ETAT AUX PRINCIPAUX REGIMES DE PROTECTION SOCIALE

(en millions de francs)

Régimes	1981 (1)	1982	Budgets	Chapitres
-Régime des exploitants agricoles	8 748,4	10 035,5	Agriculture	Chap. 46-32
-Caisse autonome nationale de .. sécurité sociale dans les mines (CANSSEM)	6 497	7 590	Santé - Solidarité nationale	Chap. 47-23 art. 10
-Caisse autonome mutuelle de retraite des agents des chemins de fer secondaires (CAMR)	561,6	638	Santé - Solidarité Nationale	Chap. 47-23 art. 20
-Caisse de prévoyance sociale de ST-PIERRE et MIQUELON	7,9	7,9	Santé - Solidarité nationale	Chap. 47-23 art. 50
-Protection sociale des terri- toires d'Outre-Mer	55	55	Santé - Solidarité nationale	Chap. 47-23 art. 60
-Régime de sécurité sociale des étudiants	209,2	240,7	Education nationale	Chap. 47-72 de chaque section
-Caisse militaire de sécurité sociale	63	100	Défense	Chap. 37-95
-Régime de retraite des agents de la SNCF	8 495	10 108	Transports - III Transports terrestres	Chap. 47-41
-Etablissement national des invalides de la marine	1 977,5	2 307,5	Mer	Chap. 47-37
-Aide personnalisée au logement	2 400	3 255	Urbanisme et logement	Chap. 46-40 art. 10
-Fonds national d'aide au loge- ment	3 410	5 555	Urbanisme et logement	Chap. 46-40 art. 30
-Compensation généralisée entre les principaux régimes	3 802	4 554	Economie et budget	Chap. 33-91 art. 40
-Régimes de retraite des indus- triels, commerçants et arti- sans	mémoire	mémoire	»	Chap. 46-90 art. 10
-Divers régimes obligatoires	640	799	»	Chap. 46-90 art. 20
-Fonds spécial	220	250	»	Chap. 46-95
-Fonds national de solidarité	13 150	21 875	»	Chap. 46-96
-CNAM (frais de formation des médecins)	421	455	»	
TOTAL des aides	50 657,5	67 825,6		

(1) Loi de finances initiale.

C'est donc au total 67,8 milliards de francs que le budget de l'Etat consacra en 1982 aux aides aux principaux régimes de protection sociale, soit une progression de 33,9% en une année, très nettement supérieure à celle enregistrée l'année dernière (+ 14,9%).

1. Les dotations figurant au budget de la santé et de la sécurité sociale

a) La subvention d'équilibre au Fonds spécial de retraite de la caisse nationale de sécurité sociale dans les mines : 7 590 millions de francs, en progression de 16,8% contre 6,5% en 1981.

L'importance de cette subvention est la conséquence à la fois :

– du déséquilibre croissant dans le régime minier entre retraités (+0,8%) et cotisants (-5,6%) :

Années	Actifs	Retraités
- 1975	127 850	404 123
- 1976	124 684	410 418
- 1977	118 035	417 257
- 1978	111 794	423 772
- 1979	104 932	427 265
- 1980	99 019	430 838

– de l'augmentation des pensions entraînée par la hausse des salaires des mineurs sur lesquels elles sont indexées.

Le montant moyen des retraites (droits directs et droits dérivés) servies par ce régime est égal à 16 000 francs en 1980, soit une revalorisation de 10,8%.

Le tableau ci-après fournit des données sur la structure de son financement.

(en %)

Assurance vieillesse- invalidité-décès	1976	1977	1978	1979	1980
Cotisations des travailleurs	5,0	4,9	4,4	4,2	4,1
Cotisations des employeurs	6,4	6,3	5,7	5,4	5,3
Transfert de compensation	10,1	8,3	8,3	8,7	9,8
Contribution normale de l'Etat	18,2	17,9	16,1	15,2	15,1
Contribution complémentaire de l'Etat	59,2	61,3	64,3	65,0	64,4
Ressources diverses	1,1	1,3	1,2	1,5	1,3
TOTAL	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

On soulignera l'importance de l'apport de l'aide extérieure qui provient à hauteur de 80% des recettes, de la participation de l'Etat.

Cette dernière se décompose en une contribution égale à 22% des salaires plafonnés et dans la mesure des besoins en une contribution complémentaire.

b) La subvention à la Caisse autonome mutuelle de retraite des agents des chemins de fer secondaires et tramways.

Cette dernière se trouve dans une situation comparable à la Caisse des Mines, avec 2 207 actifs (-9,9%) pour 37 724 retraités (-2,8%).

Dans ce régime en voie d'extinction, où les cotisations n'atteignent que 3,8% des recettes, le montant moyen des retraites est nettement plus élevé que celui du régime général : 21 000 F en 1980, soit une revalorisation de 13%.

c) La subvention à la Caisse de prévoyance sociale de ST-PIERRE et MIQUELON.

Organisée, dans le cadre des articles 6 et 7 de l'ordonnance N° 17-1102 du 26 décembre 1977, par le décret N° 80-241 du 3 avril 1980, les recettes et les dépenses de ladite caisse se présentent de la façon suivante pour 1981 (prévision) :

	Assurance maladie	Accidents du travail	Vieillesse	Allocations familiales	TOTAL
RECETTES					
- cotisations	5 800 000	1 230 000	5 270 000	5 485 000	17 785 000
- subvention					7 900 000
DEPENSES					
- prestations	7 000 000	950 000	8 000 000	7 100 000	23 050 000
- gestion administrative					1 300 000

d) La contribution de l'Etat à la protection sociale des territoires d'Outre-Mer.

En application des décisions gouvernementales arrêtées le 28 décembre 1979 au profit des départements et territoires d'Outre-Mer, un crédit de 55 millions de francs est inscrit, au titre de la prise en charge à partir de 1981 d'un régime de prestations familiales et d'une aide en faveur des handicapés, au bénéfice des travailleurs non salariés de Polynésie et de Nouvelle-Calédonie.

2. Les dotations figurant dans les autres budgets.

a) On notera :

1. *l'accroissement de la participation de l'Etat au régime des exploitants agricoles* (+1 287 millions de francs) qui atteindra 10 milliards de francs, soit une progression de 14,7%, identique à celle de l'année dernière (+15%). Il trouve son explication dans le rapport cotisants-personnes protégées qui, pour l'assurance maladie, s'établit à 1,15 million de cotisants pour 4,1 millions de personnes protégées, ainsi que dans la dégradation du rapport démographique cotisants-retraités (1,4 en 1975 ; 1,2 en 1980 ; régime général : 3 en 1980).

2. La dégradation confirmée du rapport cotisants- bénéficiaires dans *le régime de retraite des agents de la SNCF* qui conduit l'Etat à accroître sa participation, de 1 613 millions de francs (+19%).

A cette occasion, on rappellera les observations faites par la Commission du VIIIème Plan « protection sociale et famille » à ce sujet :

« Les régimes spéciaux qui autorisent une cessation précoce d'activité (50 ans à la SNCF) étant de surcroît fortement subventionnés, il convient d'examiner si les privilèges actuels demeurent justifiés ».

3. *La très forte progression des aides au logement* : la subvention au fonds national augmente de 63% et celle afférente à l'aide personnalisée de 35%.

A cet égard, il est rappelé que, le 1er juillet 1981, le barème de calcul de *l'aide personnalisée au logement* a été révisé. Cette révision s'est traduite par l'actualisation des différents paramètres en fonction de l'évolution des grandeurs économiques intéressant le logement.

Au 31 mars 1981, le nombre des bénéficiaires de l'aide personnalisée au logement servie par les caisses d'allocations familiales était de 308 589 (contre 95 000 au 31 décembre 1979), dont 80% au titre de l'accèsion à la propriété de logements neufs et 20% au titre de la location, essentiellement en logement HLM.

La mensualité moyenne d'aide personnalisée au logement versée était de 767,4 francs pour un ménage ayant deux enfants à charge et un revenu égal à 1,5 le SMIC moyen.

Quant à l'allocation-logement, instituée par la loi N° 71-582 du 16 juillet 1971, le nombre de ses bénéficiaires ne cesse d'augmenter. Il atteignait au 30 juin 1980 830 000 foyers au titre du régime général auxquels il convient d'ajouter les bénéficiaires au titre du régime agricole, soit 108 500 (contre respectivement 784 000 et 101 500 au 30 juin 1979).

La mensualité moyenne d'allocation-logement versée est de 470 francs pour un ménage ayant deux enfants à charge et un revenu égal à 1,5 le SMIC moyen.

4. la compensation généralisée entre les principaux régimes.

L'essentiel des transferts de compensation est la charge du régime général pour les branches maladie et vieillesse, le régime n'étant créancier que pour sa branche familiale.

En matière de vieillesse, les autres régimes débiteurs sont notamment les fonctionnaires, les collectivités locales ; en matière de maladie, il s'agit des professions libérales, des clercs de notaires et à un moindre degré des indépendants non agricoles.

Ainsi qu'en témoignent les deux tableaux ci-après, les bénéficiaires des transferts sont essentiellement le régime des exploitants agricoles, les régimes spéciaux et le régime des cultes.

**SOLDE DE COMPENSATION DES DIFFERENTS REGIMES
EN 1979, 1980, 1981 et 1982
(Compensation entre régimes de salariés et régimes de non salariés)**

Les calculs de compensation de l'année 1979 ainsi que les statistiques nécessaires à leur élaboration sont examinés par la commission présidée par M. LAVIGNE dont les travaux doivent se poursuivre jusqu'en octobre 1981. Le rapport de cette commission pour l'année 1980 ne sera ainsi disponible qu'à la fin de l'année. Les soldes de compensation pour 1980 ne sont donc que provisoires ; ceux des années 1981 et 1982 sont des montants provisionnels.

	1979 définitifs	1980 provisoires	1981 estimation	1982 estimation
Régime général et salariés agricoles .	+ 6 676	+ 7 713	+ 8 133	+ 9 290
CNRACL	+ 1 429	+ 1 800	+ 2 168	+ 2 733
Professions libérales	+ 278	+ 343	+ 421	+ 524
Clercs de notaires	+ 198	+ 206	+ 242	+ 238
EGF	+ 149	+ 184	+ 204	+ 290
BAPSA	- 7 309	- 8 825	- 9 303	- 11 546
ORGANIC	- 1 944	- 2 295	- 2 686	- 3 049
CANCAVA	- 582	- 684	- 748	- 836
Mines	- 604	- 688	- 843	- 873
SNCF	- 404	- 344	- 547	- 369
Caisse militaire	- 90	+ 34	- 279	- 238
CAMR	- 132	- 144	- 172	- 171
CANAM	+ 34	- 3	+ 124	+ 15
RATP	+ 10	+ 17	+ 21	+ 41
Marins	- 63	- 74	- 84	- 98
Etat employeur	+ 2 623	+ 3 103	+ 3 716	+ 4 564
Régime des cultes	- 269	- 343	- 367	- 515
TOTAL	0	0	0	0

Les chiffres sont exprimés en millions de francs, un signe + indique que le régime verse à la compensation, un signe - indique que le régime reçoit la compensation.

**CHARGE SUPPORTEE PAR LE REGIME GENERAL EN 1980, 1981 ET 1982
AU TITRE DE LA COMPENSATION DEMOGRAPHIQUE**

	1980	1981	1982
a) Surcompensation du régime minier (Loi de finances pour 1964)			
– Maladie	1 301	1 633	2 178
– Accidents du travail.....	2 030	2 284	2 587
.....			
TOTAL	3 331	3 917	4 765
b) Compensation avec les salariés agricoles (loi de finances pour 1963)			
– Maladie	1 736	2 582	3 103
– Vieillesse	4 164	4 639	5 529
– Prestations familiales	1 045	1 043	1 163
– Accidents du travail.....	111	224	259
.....			
TOTAL	7 056	8 488	10 054
c) Compensation maladie avec la SNCF, les marins et la RATP (Loi de finances pour 1971 et 1972)			
– SNCF	1 447	1 865	2 451
– Marins	168	191	330
– RATP.....	0	41	86
.....			
TOTAL	1 615	2 097	2 867
d) Compensation généralisée (Loi N° 74-1094 du 24 décembre 1974)			
– Versement du régime général	7 713	8 133	9 290
– Remboursement de l'Etat	--	--	--
.....			
TOTAL (1)	7 713	8 133	9 290

(1) Evaluations provisoires.

DEUXIEME PARTIE

LES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE

A. PANORAMA GENERAL DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE

Tous régimes confondus (régimes de base et régimes complémentaires), les dépenses de protection sociale qui s'élèveront à 720 milliards de francs en 1981, devraient s'établir à 850 milliards en 1982. A titre de comparaison, il convient de rappeler que le budget de l'Etat représentera pour la même année 788 milliards de francs.

DEPENSES - TABLEAU DE SYNTHESE
RESULTATS 1980, PREVISIONS 1981, 1982

(unité : millions de F)

Régime général	Années	Prestations	Gestion	Action sanitaire et sociale	Transferts versés	Dépenses diverses	TOTAL des dépenses
Régime général	1980	295 604	19 287	7 359	25 192	1 447	349 437
	1981	346 041	22 257	8 928	36 900	2 521	412 647
	1982	412 873	27 196	9 515	37 042	3 209	486 235
Régimes de base principaux (EAPSA, ORGANIC, CANCAVA, CNAVPL, CANAM, etc.)	1980	73 534	5 397	789	1 857	516	80 094
	1981	85 524	3 876	899	2 090	661	93 050
	1982	101 856	4 413	1 020	2 223	909	110 415
Autres régimes de base (Caisse militaire, SNCF, RATP, EGF, Mines, Marins, etc)	1980	123 536	1 134	2 015	7 311	182	134 178
	1981	142 575	1 296	2 386	8 320	267	154 844
	1982	163 934	1 474	2 824	10 647	271	179 150
TOTAL des régimes de base	1980	492 674	23 818	10 163	34 360	2 693	563 708
	1981	576 140	27 429	12 213	41 310	3 449	660 541
	1982	678 657	31 483	13 359	49 912	4 389	777 800
Régimes complémentaires (ARRCO, AGIRC, IRCANTEC)	1980	46 496	3 242	1 529	148	466	51 882
	1981	55 172	3 739	1 628	150	501	61 189
	1982	64 475	4 033	1 893	170	842	71 113
TOTAUX (résultats bruts)	1980	539 170	27 060	11 692	34 508	3 159	615 590
	1981	631 312	31 168	13 841	41 460	3 950	721 730
	1982	743 132	35 516	15 252	50 082	4 931	848 913

Cet ensemble de résultats permet de mesurer le poids des dépenses de la Sécurité sociale au regard de la richesse nationale.

Les dépenses nettes de la Sécurité sociale qui représentaient 24,2% du **PIB marchand** en 1980, devraient atteindre 25,3% de ce dernier en 1981.

Elles entrent pour **34,1% dans la consommation finale des ménages** en 1981 contre 33,7% en 1980.

B. LA SITUATION DU REGIME GENERAL.

Dans l'ensemble des régimes de Sécurité sociale, le régime général prend une importance toute particulière :

– par l'importance numérique des personnes qu'il couvre contre les risques sociaux : 75% du total des personnes protégées,

– par son caractère de régime de référence et d'accueil,

– par l'importance de son financement d'origine professionnelle : plus de 95% des dépenses sont couvertes par des cotisations des entreprises ou des salariés.

Le tableau ci-après où figurent les soldes du régime général pour les années 1978 à 1982 montre la situation financière très critique dans laquelle ledit régime se trouvait à nouveau, dès 1981 et plus encore en 1982, avant l'intervention des mesures décidées par le Gouvernement le 10 novembre 1981.

(en milliards de francs)

Branches	1978	1979	1980	1981		1982	
				Avant le 10-11-81	Après le 10-11-81	Avant le 10-11-81	Après le 10-11-81
– Assurance-maladie	– 4,7	– 0,5	+ 7,8	– 6,3	– 4,5	– 15,1	+ 12,8
– Assurance – Accidents du travail	– 0,8	+ 0,2	+ 0,8	+ 0,8	+ 0,8	+ 0,2	+ 0,9
– TOTAL de la branche assurance-maladie	– 5,5	– 0,3	+ 8,6	– 5,5	– 3,7	– 14,9	+ 13,7
– Allocations familiales	+ 2,7	+ 1,2	+ 1	– 3,9	– 3,9	– 6,8	– 5
– Assurance vieillesse	– 8	– 0,9	+ 1	– 0,7	– 0,7	– 1,3	– 0,3
– TOTAL GENERAL	– 10,8	0	+ 10,6	– 10,1	– 8,3	– 23	+ 8,4

1. L'année 1980 : une situation excédentaire.

Le régime général a connu une année favorable, enregistrant un excédent de 10,6 milliards de francs.

a) en ce qui concerne les recettes.

Il convient de souligner l'effet financier des mesures suivantes :

- la majoration exceptionnelle des cotisations de 1% à la charge des assurés : son produit s'est élevé à 9,3 milliards de francs pour l'année 1980 ;

- la contribution exceptionnelle des pharmaciens d'officine et des entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques a rapporté 120 millions de francs ;

- la cotisation-maladie sur les retraites dont le rendement a atteint 1,35 milliard de francs ;

- le déplafonnement total des cotisations ouvrières d'assurance-maladie qui représente 4,4 milliards de francs ;

- la participation de l'Etat au financement de la sécurité sociale.

Deux versements à l'ACOSS ont été effectués le 28 décembre 1979 (2 milliards de francs) et le 2 janvier 1981 (1,659 milliard de francs), représentant la prise en charge par l'Etat :

- des frais de formation des étudiants en médecine et du personnel para-médical ; cette charge, jusqu'alors répercutée sur les prix de journée des hôpitaux, et donc supportée par l'assurance-maladie, avait été estimée à 1,5 milliard de francs pour les années 1975 à 1980,

- de l'insuffisance, depuis 1975, des cotisations des malades hospitalisés depuis plus de 3 ans ; la somme due par l'Etat à ce titre, ainsi qu'au titre de l'apurement du contentieux relatif aux années 1972 et 1973, avait été estimée à 2,2 milliards de francs.

Par ailleurs, l'année 1980 a été marquée par :

- une progression importante des salaires (masse salariale totale : +14,64%) qui s'est répercutée au niveau des recettes.

Ainsi le taux d'augmentation de ces dernières aura été de 21,21% pour la branche maladie, de 16,27% pour les allocations familiales et de 18,42% pour la branche vieillesse ;

- par une quasi stagnation des effectifs de salariés.

b) au regard des dépenses.

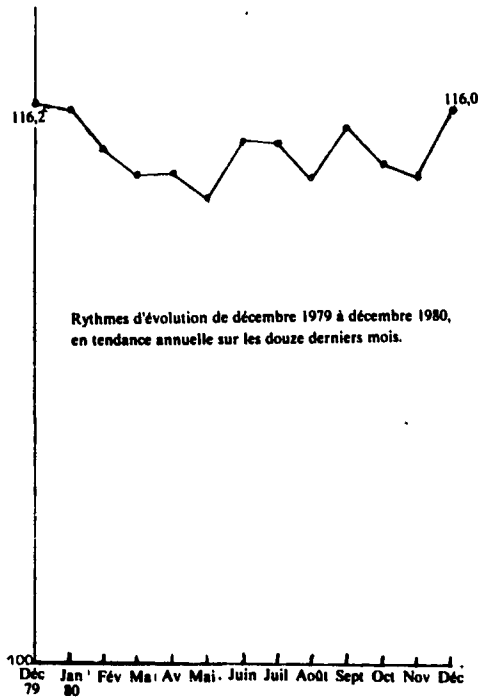
– la branche maladie.

Après la décélération observée au cours du 2ème semestre de 1979, les rythmes d'évolution des dépenses de santé sont restés stables pendant tout le courant de l'année 1980, ainsi que le montrent le tableau et le graphique ci-après :

**Dépenses de la Caisse nationale d'assurance-maladie
(rythme annuel d'évolution en %)**

	Fin décembre 1979	Fin décembre 1980
I - Médecine ambulatoire		
– honoraires médicaux	+ 15	+ 12,1
– prescriptions	+ 14,5	+ 15,5
dont :		
– auxiliaires médicaux	+ 17,1	+ 15,6
– pharmacie	+ 11,7	+ 16,8
– analyses	+ 7,2	+ 9,7
II - Soins dentaires	+ 22,7	+ 10,1
III - Hospitalisation	+ 19,5	+ 18
dont :		
– secteur public	+ 22,2	+ 19,5
– secteur privé	<u>+ 13,7</u>	<u>+ 14,3</u>
TOTAL des soins de santé	+ 17,8	+ 16,7
IV - Indemnités journalières	+ 3,3	+ 8,7
TOTAL maladie	+ 16,2	+ 16

Graphique de l'évolution des dépenses d'assurance-maladie – Régime général



L'année 1980 aura confirmé les **tendances structurelles** des années précédentes, à savoir :

- **l'accroissement des dépenses remboursées intégralement** qui représentent 72% du total (contre 52% en 1970),

- **l'accroissement de la part des dépenses d'hospitalisation** qui dépasse désormais 55% du total des prestations de maladie.

- *la branche prestations familiales.*

La progression plus rapide que prévue des dépenses de la Caisse nationale est constatée principalement sur trois postes : les allocations familiales, l'allocation de logement et le complément familial.

Parmi les causes de ce phénomène, on retiendra :

- la montée en charge des nouvelles prestations qui se produit toujours avec un certain retard,

- le développement de certaines prestations (montant des allocations porté à 10 000 francs pour le troisième enfant ...).

– Quant à *la branche vieillesse*, les charges du régime général n'ont pas subi d'augmentation marquante dans la mesure où ce sont les classes creuses nées pendant la première guerre mondiale qui atteignent l'âge du départ à la retraite.

En outre, ceux des salariés qui souhaitent prendre leur retraite à 60 ans préfèrent avoir recours au dispositif de la garantie de ressources qui leur procure des moyens d'existence plus favorables.

c) Quant à *la trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale*, elle n'a pas connu de difficultés particulières en 1980.

Elle s'est maintenue toute l'année à un niveau très élevé permettant au régime général de bénéficier de 645 millions d'intérêts servis par la Caisse des dépôts et consignations.

Au terme de ce rapide exposé, on constatera que la situation favorable qu'a connue le régime général en 1980 est largement imputable à l'existence de la majoration exceptionnelle des cotisations des assurés de 1%.

Toutefois, dans la mesure où – même en l'absence de cette dernière – le régime général aurait connu un solde positif de 1,3 milliard, on ne peut négliger l'effet positif des mesures de freinage de dépenses de santé mises en oeuvre en 1979, dont votre rapporteur a développé les principaux aspects dans son rapport de l'année dernière.

2. Les années 1981 et 1982 : le plan de financement du Gouvernement.

Dès 1981, le déficit réapparaît à hauteur de 10,1 milliards de francs : 6,3 milliards sont imputables à la branche assurance-maladie, 3,9 milliards à la branche prestations familiales, 700 millions à la branche assurance-vieillesse. Seule la branche accidents du travail présentera un excédent de 800 millions de francs.

Quant aux prévisions pour l'année 1982, telles qu'elles apparaissaient dans le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, elles faisaient ressortir un grave déficit de 23 milliards de francs.

Par ailleurs, la trésorerie du régime général présentait une situation très obérée : les écarts prévisibles entre « les pointes » et « les creux » de la trésorerie, supérieurs à 10 milliards de francs, rendaient insuffisantes les possibilités offertes par les avances de la Caisse des dépôts et consignations.

Devant cette situation, on est en droit de se poser deux questions : pourquoi ? et comment y remédier ?

a) *Trois causes principales expliquent cette situation.*

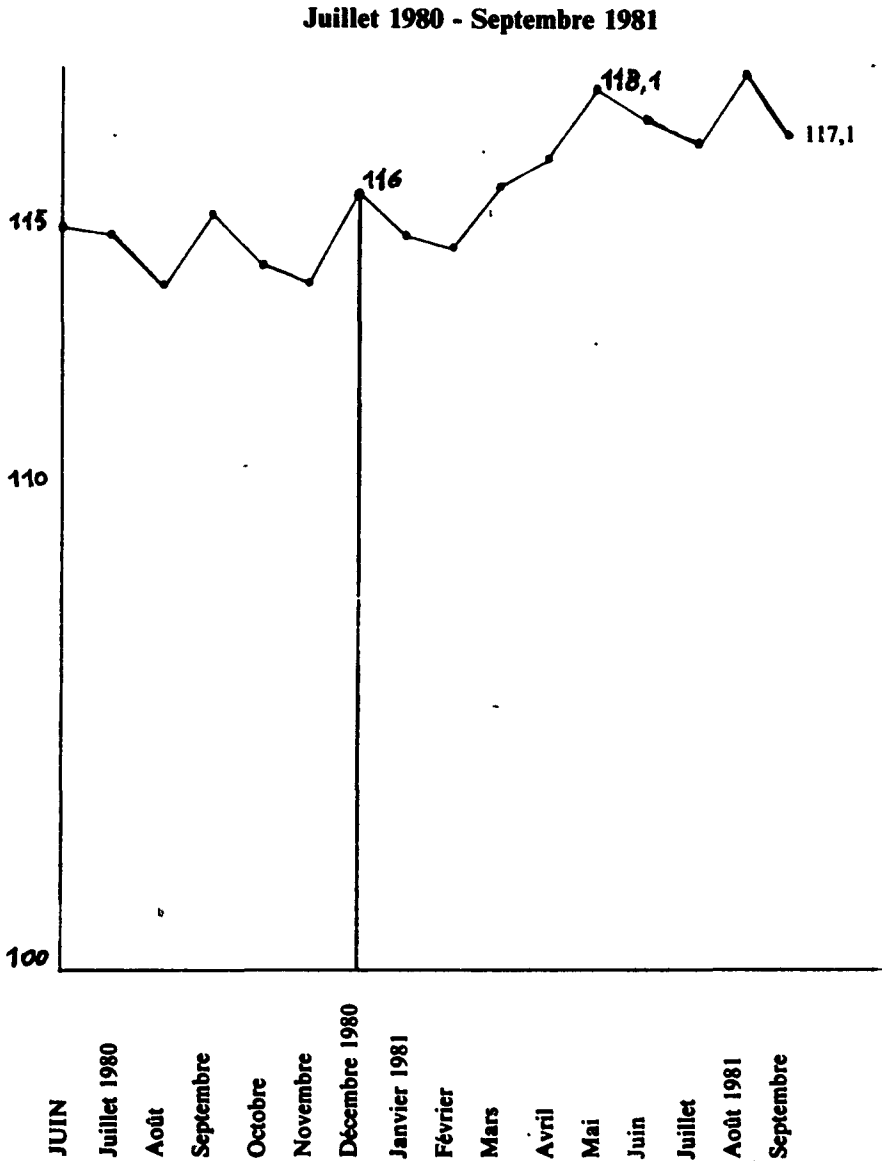
- la reprise de la progression des dépenses d'assurance- maladie,
- la dégradation sensible des soldes de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance- vieillesse par suite de l'augmentation très importante des dépenses mises à leur charge.
- la suppression de la cotisation exceptionnelle de 1%.

L'évolution des dépenses d'assurance-maladie est résumée dans le tableau ci-après :

Dépenses de la CNAM (rythme annuel d'évolution) en %	Fin décembre 1980	Fin septembre 1981
I. Médecine ambulatoire		
1. Honoraires médicaux	+ 12,1	+ 20,2
2. Prescriptions - total	+ 15,5	+ 21,6
dont		
-auxiliaires médicaux	+ 15,6	+ 17,2
-pharmacie	+ 16,8	+ 23,2
-analyses	+ 9,7	+ 19,2
-optique-orthopédie	+ 13,2	+ 20,5
II. -Hospitalisation	+ 18	+ 16
TOTAL SOINS DE SANTE	+ 16,7	+ 17,5
Indemnités journalières	+ 8,7	+ 13,1
TOTAL MALADIE	+ 16	+ 17,1

La ligne générale d'évolution de ces dépenses est marquée à nouveau par un accroissement du rythme annuel de progression.

EVOLUTION D'ENSEMBLE DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE REGIME GENERAL



Est particulièrement marquée la croissance des *honoraires médicaux* (+20,2%) et des *prescriptions* (+22,1%).

On notera également l'augmentation des *indemnités journalières* dont le pourcentage était resté très faible jusqu'en 1979.

Au sujet de l'évolution des *frais de séjour hospitalier* qui enregistre une diminution, votre rapporteur reprendra les termes du rapport de la Commission des comptes précité.

« Cette évolution doit, dans une large mesure, être considérée comme artificielle. Elle résulte en effet du haut niveau des dépenses de l'année 1979 et du début de 1980, période marquée par une accélération des opérations de facturation des hôpitaux publics, accélération provoquée par l'automatisation des travaux administratifs d'une part et d'autre part par le souci de pallier les inconvénients de la récupération des avances de trésorerie des caisses décidée en 1979 ».

L'évolution en volume confirme celle que l'on vient de constater en valeur : +6% pour les consultations, +9,7% pour les visites.

La dégradation du solde de la branche des prestations familiales ; pour la première fois en 1981, ce solde est négatif (-3,9 milliards) ; pour 1982, ce dernier atteint -6,8 milliards de francs (prévision).

Cette situation est imputable à la fois à *la montée en charge de prestations* créées récemment :

- allocation de parent isolé (+38% entre 1980 et 1979),
- allocation aux handicapés (+35% entre 1980 et 1979),
- revenu minimum familial (270 millions de francs sur les six premiers mois de l'année 1981),
- allocations postnatales (majoration à partir du 3ème enfant, allongement du congé maternité à la naissance du 3ème enfant, +45,5% entre 1980 et 1979).

et au *surcoût des mesures nouvelles intervenues en 1981* (2,28 milliards de francs en 1981 pour 5 mois et 7,86 milliards en 1982 pour l'ensemble des régimes), à savoir : revalorisation de 14% de la base de calcul des allocations familiales, modification des taux servant au calcul de ces mêmes prestations ; revalorisation de l'allocation-logement (relèvement des tranches de ressources, relèvement des plafonds de loyer et du forfait « chauffage », amélioration du coefficient de prise en charge).

Votre rapporteur se doit – tout en reconnaissant la nécessité de la mise en oeuvre d'une politique familiale active – d'appeler l'attention sur les conséquences financières de telles mesures qui vont rendre durablement déficitaire la branche des prestations familiales.

La dégradation du solde de la branche-vieillesse se marque par l'apparition en 1982 d'un déficit prévisionnel significatif : -1,3 milliard.

Sa cause principale paraît être les mesures sociales de l'été qui ont conduit à une progression de 17% des dépenses d'assurance-vieillesse.

Mais au-delà, il convient de souligner la très vive inquiétude qui est celle de votre rapporteur devant l'évolution prévisible de cette branche en liaison avec les projets législatifs en cours de préparation relatifs à l'abaissement de l'âge de la retraite.

L'adoption d'une telle réforme – qui remet en cause l'évaluation du déficit 1982 et, par voie de conséquence, le volume des moyens financiers supplémentaires décidés – ne manquera pas en effet d'avoir des répercussions dont l'ampleur doit être mesurée à la lumière des éléments indiqués ci-après.

D'ici à l'an 2050, le nombre des plus de soixante cinq ans passe de 7 200 000 aujourd'hui à près de 9 000 000, soit une augmentation de 25%, et ce à durée de vie égale.

Dans le même intervalle, le nombre des jeunes de moins de vingt ans devrait passer de 16,3 millions à moins de 12 millions.

Or, il faut avoir présent à l'esprit que **dans notre système – basé sur la répartition – le sort des retraités dépend du nombre de cotisants par rapport aux retraités.**

Sur ce point, un déséquilibre croissant s'installe entre les sommes versées par les premiers et les pensions allouées aux seconds.

Le premier facteur de déséquilibre est constitué par la crise économique ; chômage et diminution d'activité veulent dire appauvrissement financier dans le cas d'un système de répartition.

Le second facteur est l'évolution de la structure démographique évoquée ci-dessus.

On rappellera que dans le régime général, le rapport cotisants-retraités qui était voisin de 4 en 1967 est aujourd'hui de 3.

Dans ces conditions, comment évoluera le poids des dépenses de vieillesse ? Une projection faite dans le cadre du VIIIème Plan aux horizons 2000 et 2020 montre que dans l'hypothèse la plus défavorable, la charge de la vieillesse augmenterait de 7,4 points du PIB d'ici à 2020.

On rappellera par ailleurs les propos figurant dans le rapport du groupe du VIIIème Plan « prospective personnes âgées » intitulé « Vieillir demain ».

« Un déficit est donc à prévoir pour les prochaines années, sauf à relever les cotisations » ;

« – la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) serait en déficit sur l'ensemble de la période. En 1985, ce déficit

serait égal à 14% du total des dépenses de vieillesse du régime général, à 25% du déficit total du régime général de Sécurité sociale. Pour le couvrir, il faudrait augmenter de 1,8 point les cotisations sous plafond ».

« – l'ensemble des régimes complémentaires serait déficitaire dès 1980. En 1985, le déficit s'élèverait à 6,8% du total de leurs dépenses, et cela bien que la projection suppose que, de 1980 à 1985, la revalorisation des pensions prend du retard sur l'évolution des salaires ».

« – les autres régimes (régimes spéciaux, exploitants agricoles, régimes autonomes des non salariés non agricoles) ne font pas apparaître de déficit grâce aux subventions d'équilibre de l'Etat mais celles-ci croissent considérablement ».

**Reste la suppression de la cotisation exceptionnelle de 1%
dont on rappellera le rendement :**

Régimes	1979	1980	1981
Régime général	2 239	9 352	1 485
Fonctionnaires.....	463	1 596	305
Salariés agricoles	43	292	108
Mines	14	58	15
Marins.....	7	31	8
SNCF	15	65	18
RATP	4	26	7
Clercs de notaire	-	8	5
Militaires	48	163	31

On ne peut nier l'importance de cette cotisation sur l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale et tout particulièrement du régime général.

Face à ce constat très inquiétant, le temps des interrogations est dépassé : on ne peut envisager de poursuivre l'amélioration de notre protection sociale, d'abaisser l'âge de la retraite sans mettre en oeuvre la réforme structurelle du financement qui s'impose.

b) Les solutions qui peuvent être envisagées pour y remédier.

– le plan du gouvernement.

Le Conseil des Ministres du 10 novembre 1981 a adopté conjointement un programme d'actions et un plan de financement provisoire qui se présentent de la façon suivante :

PLAN DE FINANCEMENT 1981-1982

(en milliards de F)

DEPENSES NOUVELLES		PRELEVEMENTS SUPPLEMENTAIRES	
▶ Au 31 décembre 1981 (mesures déjà arrêtées) :		▶ Contributions des employeurs :	
● Revalorisation des allocations familiales au 1-7-81		● Déplafonnement de 3,5 points d'assurance-maladie dès novembre 1981	9,10
● Revalorisation du minimum vieillesse et de l'allocation aux adultes handicapés au 1-7-81	} 10,15	● Relèvement du plafond au 1er juillet 1982	2,60
● Revalorisation de 50 % de l'allocation-logement en deux temps : 1-7-81 et 1-12-81			● Intégration dans l'assiette de partie des cotisations aux régimes complémentaires
▶ Au 31 décembre 1982 (avec mesures nouvelles) :		● Début harmonisation des cotisations « prestations familiales » des employeurs agricoles	0,40
● A prestations constantes (avec revalorisations normales) et à structure de ressources constante : besoin de financement	21,95	● Recouvrement de dettes patronales	3,00
▶ Mesures nouvelles :			15,60
● Revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés au 1-1-82	0,70	▶ Contributions des assurés sociaux :	
(la revalorisation du minimum vieillesse à cette date est prise en charge par le FNS)		● Un point supplémentaire déplafonné d'assurance-maladie dès novembre 1981	14,00
● Revalorisation en 1982 des allocations familiales et amélioration du système des prestations familiales . . .	4,05	● Déplafonnement cotisation assurance-veuvage	0,25
● Amélioration des pensions « avant-loi Boulin » et des pensions de reversion	1,30	● Relèvement du plafond au 1er juillet 1982	0,90
● Amélioration de certaines prestations d'assurance-maladie : chômeurs non indemnisés; soins en dispensaires; « 26e maladie »; lunetterie, prothèses dentaires et auditives	1,60	● Un point (1 %) d'assurance-maladie sur les allocations de chômage supérieures au SMIC, au 1er janvier 1982	0,60
	7,65	● Début d'alignement des cotisations personnelles « prestations familiales » des E.T.I.	1,10
▶ A déduire :			16,85
● Meilleure maîtrise des dépenses hospitalières pharmaceutiques et des honoraires	- 3,80	▶ Autres ressources :	
		● Doublement de la taxe sur les primes d'assurance-automobile	1,00
		● Dotation loi de finances pour 1982	2,50
			3,50
Total	35,95	Total	35,95

Les quelques 36 milliards de francs de recettes à dégager seront donc obtenus pour l'essentiel (32,4 milliards) par des contributions des employeurs et des salariés :

– les contributions des employeurs :

– les cotisations d'assurance-maladie dues par les employeurs pour les salaires payés dès le mois de novembre 1981, feront l'objet d'un déplafonnement de 3,5 points,

– le relèvement du plafond au 1er juillet 1982,

– l'intégration dans l'assiette d'une partie des cotisations aux régimes complémentaires.

A défaut de précisions, on doit pouvoir déduire que sera ainsi réintégrée dans l'assiette, la partie des cotisations « employeur » aux régimes complémentaires de retraite et de prévoyance dépassant le taux minimum obligatoire.

En outre, il est attendu 3 milliards de francs au titre de l'accélération du recouvrement des cotisations impayées.

– *les contributions des assurés sociaux :*

– un point supplémentaire d'assurance-maladie non plafonné sur les rémunérations payées au titre du mois de novembre 1981,

– une cotisation d'assurance-maladie de 1% sur les allocations de chômage supérieures au SMIC ; cette mesure vise également la « garantie de ressource-licenciement »,

– un déplafonnement, à compter du 1er janvier 1982, de la cotisation salariale due pour l'assurance veuvage qui sera donc calculée sur la totalité des rémunérations toujours au taux de 0,10%,

– un relèvement du plafond au 1er juillet 1982,

Par ailleurs, a été décidé un doublement de la taxe sur les primes d'assurance automobile.

Enfin, 3,8 milliards d'économies sont escomptés au titre des dépenses de santé.

Ces prélèvements supplémentaires sont destinés à couvrir le déficit prévisionnel pour 1981-82, mais également à financer des dépenses nouvelles dont les principales sont :

– le rétablissement de la couverture par l'assurance-maladie pour les chômeurs ayant épuisé leurs droits à indemnisation depuis plus d'un an et les primo-demandeurs d'emploi non indemnisés,

– l'amélioration des remboursements de divers « biens médicaux » (lunettes, prothèses dentaires et auditives),

– la suppression de la franchise de 80 francs par mois pour la « 26ème maladie »,

– le relèvement du minimum-vieillesse au 1er janvier 1982 de 1 700 à 2 000 francs pour une personne seule, de l'allocation aux handicapés adultes,

– l'amélioration des pensions des retraités dont les droits ont été liquidés avant la loi BOULIN de 1975,

– le taux des pensions de reversion est porté de 50 à 52%,

– la revalorisation sous des formes variées de nombreuses prestations familiales.

Le Conseil des Ministres a, par ailleurs, « pris la décision d'engager une réforme fondamentale des structures de la Sécurité sociale, de son rôle dans le système de santé et de l'assiette de son financement ».

Les mesures présentement arrêtées par le Gouvernement appellent de la part de votre rapporteur des critiques sévères.

– *les observations de votre rapporteur.*

Elles porteront en premier lieu sur trois points particuliers :

- les hypothèses économiques retenues pour évaluer les dépenses et les recettes des différents régimes sociaux paraissent soit optimistes (effectifs salariés en progression de 0,7% en 1982 alors qu'ils auront diminué de 0,7% en 1981) soit peu cohérentes avec les recommandations faites par ailleurs (salaire moyen par tête : +15%). Dans ces conditions, l'importance du déficit prévisionnel avancé peut sembler sous-évaluée.

- l'abandon des mesures tendant à limiter les dépenses de santé, mises en place précédemment.

Il paraît ainsi surprenant de voir apparaître en « économies » la maîtrise des dépenses hospitalières alors que les établissements sont à nouveau autorisés à présenter des budgets supplémentaires, à recruter de nouveaux personnels en nombre très important (12 000) et ce, malgré les observations critiques formulées notamment par le Centre d'études des revenus et des coûts au regard de la gestion des hôpitaux en matière de personnel.

On notera également l'abandon de la réglementation de la « 26ème maladie » qui laissait à la charge de l'assuré un ticket modérateur de 80 francs par mois ; sans parler des effets que peut avoir le développement des systèmes de tiers-payant sur l'évolution des dépenses de maladie.

Quant à la gestion des caisses, on remarquera que l'augmentation prévue de leurs dépenses devrait atteindre 15,2% en 1981 et 14,9% en 1982 contre 12,4% en 1980.

- le recouvrement des dettes patronales dont les pouvoirs publics attendent 3 milliards de francs.

Il paraît intéressant d'examiner cette question à la lumière des données suivantes :

Le montant des cotisations restant à recouvrer sur le secteur privé au 31 décembre 1980 s'élève à un peu moins de 14,5 milliards de francs. L'aggravation serait de 2,5 milliards au 31 décembre 1981, faisant passer le taux des restes à recouvrer à 1,90%.

Cet arriéré concerne tous les exercices. Il est dû par l'ensemble des entreprises du régime général, non comprises les administrations au sens suivant : Etat, collectivités locales, établissements publics, fonds gérés par la Caisse des dépôts et consignations et les régimes spéciaux de sécurité sociale.

La répartition par exercice d'origine des cotisations non acquittées figure dans le tableau ci-après :

Exercices d'origine	Montant des cotisations non recouvrées au 31 décembre 1980 (en millions de francs)	% par rapport aux cotisations effectivement liquidées au 31 décembre 1980 au titre de l'exercice considéré	% par rapport au total des cotisations non recouvrées au 31 décembre 1980
- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -
1980	4.494	1,371	31,10
1979	2.359	0,865	16,33
1978	2.106	0,934	14,57
1977	1.654	0,831	11,45
1976	1.045	0,621	7,23
1975	871	0,628	6,03
Antérieurs	1.921	-	13,29
TOTAL	14.450	-	100,00

Les chances de recouvrement des cotisations arriérées sont évaluées à la fin de 1980 à 33% de l'ensemble de la dette.

Le tableau qui suit indique, par exercice d'origine, le montant probable des cotisations irrécouvrables (admisses en non valeur) et le montant probable des cotisations qui seront acquittées.

Exercices d'origine	Montant global dû au 31-12-80	Montant probable admis en non valeur		Montant net ou montant probable acquitté	
		Montant	% par rapport au total dû	Montant	% par rapport au total dû
- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -
Antérieurs à 1975	1.921	1.729	90 %	192	10 %
Exercices 1975	871	745	85 %	126	15 %
" 1976	1.045	600	57 %	445	43 %
" 1977	1.654	1.246	75 %	403	25 %
" 1978	2.106	1.692	80 %	414	20 %
" 1979	2.359	1.228	52 %	1.131	48 %
" 1980	4.494	2.467	55 %	2.027	45 %
TOTAL	14.450	9.707	67 %	4.743	33 %

On constate par ailleurs que 57% des créances sont constituées par des créances dites « créances passives » qui relèvent de procédures collectives de recouvrement : règlements judiciaires, liquidations de biens, suspensions provisoires des poursuites, plans de recouvrement échelonnés pris notamment dans le cadre des attributions des CODEFI et du CIASI.

L'évolution de la répartition des créances entre créances actives et créances passives est résumée ci-dessous, depuis 1971.

Années	Créances actives	Créances passives
1971	45,53 %	54,47 %
1972	43,83 %	56,17 %
1973	43,97 %	56,03 %
1974	46,85 %	53,15 %
1975	42,94 %	57,06 %
1976	44,64 %	55,36 %
1977	42,92 %	57,08 %
1978	40,68 %	59,32 %
1979	41,23 %	58,77 %
1980	42,87 %	57,13 %

Il faut en effet avoir présent à l'esprit que dans la conjoncture économique actuelle, nombre d'entreprises seraient en faillite et feraient l'objet de procédures collectives de recouvrement si elles ne bénéficiaient pas de délais de paiement plus ou moins longs et même de « remises » au regard des cotisations sociales qu'elles doivent acquitter.

Plus globalement, il convient de regretter vivement qu'une nouvelle fois il soit procédé à un accroissement des dépenses et à la mise en place d'un dispositif conduisant à un alourdissement des prélèvements obligatoires pesant sur les acteurs de la vie économique alors que l'examen du problème structurel du financement de notre régime de protection sociale est remis à plus tard.

Qu'en est-il de la question des charges indues pesant sur les régimes sociaux, du problème de l'indexation des retraites, de celui posé par l'assiette des cotisations ?

C'est ce dernier point que votre rapporteur souhaiterait analyser plus en détail.

C. UN ASPECT PARTICULIER : LA REFORME DE L'ASSIETTE DES COTISATIONS SOCIALES.

a) Il convient tout d'abord de rappeler que tout en restant très loin des pays scandinaves (50%), notre pays enregistre un **taux de prélèvements obligatoires** (43,3% en 1982) plus élevé que celui de nos principaux partenaires européens et très supérieur à celui des ETATS-UNIS et du JAPON.

En dix ans, les prélèvements obligatoires ont enregistré une augmentation de 7 points de PIB ainsi que le montre le tableau ci-après :

% du P.I.B.

Prélèvements obligatoires	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Impôts.....	22,7	21,9	22,1	22,3	22,3	22,1	23,5	22,8	22,8	23,5	24,2
Cotisations sociales effectives.....	12,9	13,1	13,2	13,4	14	15,3	15,9	16,6	16,7	17,5	18,3
TOTAL.....	35,6	35	35,3	35,7	36,3	37,4	39,4	39,4	39,5	41	42,5

Source : Rapports sur les comptes de la Nation.

On constatera, dès à présent, que cet alourdissement est presque totalement induit par l'évolution des cotisations sociales.

Toutefois, la France se distingue par :

- la faiblesse de sa fiscalité directe,
- le poids de ses cotisations sociales.

Part des principales recettes fiscales dans le PIB (1978).

	Impôt sur le revenu	Impôt sur les bénéfices des sociétés	Sécurité sociale	Impôt sur le patrimoine	Impôt sur les biens et services	Autres	Total
FRANCE.....	5,2	1,8	16,7	1,3	11,5	0,9	39,8
BELGIQUE	15,4	2,6	13,3	1,2	12,4	-	44,2
ROYAUME-UNI.....	11,4	2,5	6,2	4,1	9,1	1	34,4
ITALIE	6,7	2,9	13,3	1,2	8,5	-	32,6
PAYS-BAS	12,4	2,9	17,4	1,9	12	-	46,8
R.F.A.....	11,3	2,2	12,8	1,1	9,8	0,3	37,8
ETATS-UNIS	10,4	3,4	7,5	3,6	5,1	-	34,4
JAPON.....	5,3	4,4	7,1	2,1	4,1	-	24
ENSEMBLE C.E.E.....	11,9	3,2	11	1,8	10,2	0,4	35,8
ENSEMBLE O.C.D.E.	11,7	2,7	8,5	2	11,5	0,3	40,2

SOURCE : O.C.D.E.

- le fait que la structure de nos prélèvements obligatoires repose plus sur les entreprises que sur les ménages.

Sur ce point, le prélèvement social réalisé dans notre pays présente deux caractéristiques spécifiques par rapport aux autres pays de la CEE : son financement, assis principalement sur les salaires est assuré pour une large partie par les entreprises.

Les deux tableaux ci-après illustrent ce propos.

Structure des recettes de la protection sociale dans la CEE. 1975-1980.

	Moyenne	Belg.	Dan.	R.F.A.	Fr.	Irl.	Ita.	Lux.	P. Bas	R. U.
1975										
Cotisations	66,0	62,5	12,7	78,8	78,2	36,2	72,6	62,3	74,7	54,0
Taxes	28,2	31,2	84,3	29,9	18,8	61,8	19,8	30,5	16,5	39,0
Revenus de capitaux et autres recettes	5,9	3,6	3,0	6,7	2,4	2,0	7,8	7,2	8,8	6,7
1980										
Cotisations	68,9	77,2	13,2	69,9	81,5	37,2	71,3	59,4	72,8	52,8
Taxes	26,2	20,8	82,4	25,2	16,2	62,3	21,8	33,2	17,6	41,7
Revenus de capitaux et autres recettes	4,9	2,0	4,4	4,9	2,3	0,5	6,9	7,4	9,6	5,5

Source : travaux du Commissariat général au Plan.

Provenance des recettes servant à financer les dépenses sociales dans la CEE

	Moyenne	Bel.	Dan.	Irl.	Lux.	R. U.	R.F.A.	Fr.	Ital.	P. Bas
1975										
Entreprises	35,8	37,2	5,9	14,5	27,8	26,6	33,2	46,5	47,6	29,8
Ménages	20,8	21,4	2,7	13,3	24,1	6,7	23,8	19,8	14,2	34,3
Administrations	40,0	37,8	88,4	70,2	40,7	56,7	40,7	33,7	33,2	27,1
Autres	3,4	3,6	3,0	2,0	7,4	0	2,3	0	5,0	8,8
1980										
Entreprises	38,5	43,4	6,1	16,1	26,0	26,5	34,6	48,7	55	28,6
Ménages	21,6	26,9	2,4	11,9	23,2	16,0	26,3	20,8	11,7	33,3
Administrations	36,7	27,7	87,1	71,5	43,4	57,5	37,7	30,5	26,6	28,5
Autres	3,2	2,0	4,4	0,5	7,4	-	1,4	-	4,4	9,6

Source : travaux du Commissariat général au Plan.

La récession économique actuelle et le chômage qui en découle ont rendu ainsi fragile à l'extrême la situation financière des régimes sociaux dont l'assiette repose en quasi-totalité sur les salaires.

Par ailleurs, pesant davantage sur les entreprises dont la proportion des salaires est importante dans la valeur ajoutée, ce type d'assiette pénaliserait les entreprises de main d'oeuvre et serait un encouragement aux investissements accroissant la part du capital. Le mode de financement actuel serait pervers.

b) Dans ces conditions, pourquoi ne pas modifier l'assiette des prélèvements sociaux ?

Le débat n'est pas nouveau. Les prises de position et les études officielles se sont multipliées ces dernières années.

En 1974, le Conseil économique et social a émis un avis sur « les problèmes posés par le mode de calcul des cotisations sociales notamment au regard des industries de main d'oeuvre ».

Au cours de la même année, les parlementaires s'étaient saisis de la question à l'occasion du débat sur la loi du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoires.

Ce texte prévoit en effet, dans son article 3, qu'« un aménagement de l'assiette des charges sociales assumées par les entreprises sera recherché pour tenir compte de l'ensemble des éléments d'exploitation et présenté au Parlement avant le 1er juin 1975 ».

En juin 1975, un groupe de travail présidé par M. GRANGER, conseiller maître à la Cour des Comptes, et consacré à l'examen des modalités du débiaisonnement des cotisations et de l'extension de leur assiette à certains éléments de la valeur ajoutée, a remis ses conclusions au Gouvernement :

- une telle réforme devrait favoriser l'emploi,
- son incidence sur les industries de main d'oeuvre est difficile à mesurer,
- cela pourrait avoir des conséquences défavorables sur les prix et le commerce extérieur,
- son application soulève de difficiles problèmes ; il faudrait en tout état de cause, ne réaliser cette réforme que très progressivement.

En 1977, à la demande du Premier Ministre, le commissariat général au Plan s'est penché sur cette question dans le but de préciser la notion d'industrie de main d'oeuvre et d'étudier les conséquences macro-économiques d'une éventuelle modification de l'assiette des charges sociales.

Le rapport, qu'il avait élaboré, a été examiné par le Conseil économique et social qui a rendu le 5 décembre 1978 un avis réservé quant aux résultats escomptés de la réforme.

Réalisé par la direction de la sécurité sociale, un rapport intitulé « Eléments de réflexion sur la réforme de l'assiette des cotisations sociales », a été remis par le Ministre de la solidarité nationale aux représentants des partenai-

res sociaux et à la presse le 28 septembre 1981. Il constitue une invitation à la réflexion sur les orientations à court terme et sur les axes de recherche des solutions à adopter à long terme pour assurer l'équilibre du financement de la sécurité sociale.

Tenant de répondre aux questions : comment réduire les inégalités ? et le prélèvement opéré sur les entreprises est-il excessif ?, il explore quatre voies possibles de réforme à savoir :

- la taxation sur la valeur ajoutée,
- l'harmonisation des régimes de cotisation,
- la fiscalisation ;
- l'augmentation des taux de cotisations.

Il ne concerne pas l'équilibre financier des régimes de retraite complémentaire et n'envisage pas les incidences financières de l'avancement de l'âge de la retraite.

Ces différents travaux n'ont pas abouti à l'élaboration d'une réforme de l'assiette des cotisations, alors que pourtant tous les éléments sont disponibles.

Ce sont ces derniers que votre rapporteur se propose d'examiner.

Une telle réforme dont les objectifs sont :

- en tout premier lieu, **la défense de l'emploi** : il s'agit d'agir au coeur même du système économique en modifiant les coûts relatifs du travail et du capital. L'actuel système pénalise à l'excès l'un des facteurs de production, le travail, par rapport à un autre facteur de production, le capital, conduisant à favoriser les entreprises qui investissent au détriment de celles qui utilisent beaucoup de main d'oeuvre et donc à limiter les créations d'emplois nouveaux ;

- **l'amélioration de la compétitivité des entreprises** qui, dans une situation internationale difficile, est freinée par un excès de charges ;

- **la réduction des inégalités** : la répartition actuelle des cotisations est injuste et pénalise les bas salaires (sous plafond),

peut être mise en oeuvre principalement selon trois mécanismes différents :

- le déplafonnement des cotisations,
- la fiscalisation d'une partie des charges sociales,
- l'élargissement de l'assiette à la valeur ajoutée.

– le déplafonnement.

En raison de l'existence d'un salaire plafond, les charges sociales sont moins élevées en % pour les hauts salaires favorisant ainsi les entreprises – situées dans les secteurs capitalistiques le plus souvent – qui pratiquent des salaires élevés.

Ainsi, non seulement le niveau des charges sociales d'une entreprise dépend de la part de ses frais de personnel dans la valeur ajoutée, mais plus encore de **l'importance de la masse des salaires sous plafond dans l'ensemble des rémunérations.**

On ajoutera que cet état de choses encourage la pratique des heures supplémentaires qui portent bien souvent le salaire au-delà du plafond, et cela au détriment de l'embauche.

Rendant le prélèvement dégressif en fonction du revenu, l'existence d'un salaire plafond présente un obstacle à la réduction de l'éventail des salaires.

La suppression du plafond compensée par une baisse du taux des cotisations (coût financier nul pour la S.S), outre des effets économiques incertains, pose un redoutable problème.

En effet, clé de voûte de l'édifice, on ne peut le déplacer, voir le supprimer sans remettre en cause l'équilibre d'ensemble : le cas est très net en matière d'assurance-vieillesse où les recettes des régimes complémentaires de cadres dépendent étroitement du niveau du plafond.

Par ailleurs, ses conséquences sur l'emploi sont difficiles à cerner : l'abaissement des charges peut concerner des secteurs en difficulté où les créations d'emploi sont impossibles, tandis que certaines entreprises de pointe peuvent être freinées dans leur essor par le relèvement des charges.

En outre, seule une partie des industries de main d'oeuvre serait avantagée, car dans certaines, l'importance des frais de personnel tient à l'emploi d'une main d'oeuvre qualifiée et bien rémunérée.

– la fiscalisation d'une partie des charges sociales

Cette modification revient à transférer au budget de l'Etat le poids d'une partie de ces charges.

En transférant la charge de certaines dépenses sociales des entreprises aux ménages, on est susceptible d'obtenir deux résultats : une amélioration de la compétitivité des entreprises et un effet bénéfique sur l'emploi, l'allègement des cotisations étant d'autant plus important que les entreprises ont des frais de personnel élevés.

A cet égard, il est intéressant de considérer les résultats de la simulation effectuée en 1977 par le commissariat général au Plan.

Elle consistait à effectuer un transfert de 4 points de cotisations sociales (soit 22 milliards de francs 1977) au budget de l'Etat qui était abondé par un accroissement de 18% de l'impôt sur le revenu (13 milliards de francs) et des taxes uniques et spécifiques sur les produits pétroliers, tabacs et alcools (9 milliards de francs).

Avec prudence, on peut dire qu'une telle réforme avait des effets bénéfiques sur l'emploi (180 000 créations d'emplois supplémentaires de 1977 à 1982 et diminution corrélative du chômage de 100 000 personnes) mais au prix d'une aggravation sensible de la pression fiscale directe et d'une diminution temporaire de la consommation des ménages. En outre, l'effet sur le niveau des salaires (tendance à un relèvement) n'a pas été mesuré.

Par ailleurs une telle mesure permettait d'améliorer la compétitivité des entreprises et d'obtenir un rapprochement de notre structure fiscale et de notre structure de financement de la sécurité sociale avec celles des autres pays de la CEE.

On peut ajouter – ainsi que cela figurait dans le rapport budgétaire 1981 sur la sécurité sociale – que certaines dépenses sociales financées actuellement par les cotisations versées aux caisses relèvent beaucoup plus sûrement de la solidarité nationale comme participant à la réalisation d'objectifs de politique sociale (aide aux handicapés, minimum vieillesse, allocations familiales).

Cette modification de l'assiette (allègement des cotisations, relèvement de la pression fiscale) se heurte à une difficulté majeure : l'augmentation importante de la pression fiscale directe. Le rapport de la commission du VIIIème Plan « Protection familiale et famille » précise que 5% de transferts, soit 30 milliards de francs, correspondent à 25% de l'impôt sur le revenu.

A cet égard, l'incorporation des prestations familiales dans l'assiette dudit impôt doit être envisagée.

L'imperfection de notre système fiscal et le nombre encore important des bas salaires imposeraient une application progressive de ce choix s'il devait être retenu.

Peut-on concevoir un tel transfert sans réforme fiscale ?

– *l'élargissement de l'assiette des cotisations à la totalité de la valeur ajoutée.*

Arguments pour et contre s'affrontent avec vigueur. Pour les uns,

– la référence exclusive à la rémunération du travail favorise les entreprises capitalistiques,

– la croissance des charges sociales constatée depuis vingt ans contribue au processus de substitution du capital au travail,

– l'assiette actuelle fausse le jeu de la concurrence entre les entreprises, au détriment de celles qui emploient de la main d'oeuvre.

Pour les autres, il est erroné d'envisager une pénalisation des investissements à un moment où ils font le plus défaut pour relancer la machine économique et créer les emplois de demain.

A niveau de prélèvement constant (coût financier nul pour la sécurité sociale), l'extension de l'assiette à la valeur ajoutée conduit à une nouvelle répartition des charges entre les entreprises. Mais que recouvre le terme « industries de main d'oeuvre » ?

Sur ce point, les travaux du Plan concluent que les industries de main d'oeuvre (définies par le niveau des frais de personnel dans la valeur ajoutée) sont très diverses et comptent aussi bien des entreprises à bas salaires dans des secteurs soumis durement à la concurrence étrangère (textile, cuir, habillement) que des entreprises compétitives où le niveau de qualification est élevé (aéronautique, mécanique, verre).

Il convient par ailleurs de considérer l'exercice de simulation réalisé par le Plan en 1977 : suppression de 10 points de cotisations sociales (55 milliards de francs) compensée par une cotisation assise sur la valeur ajoutée au taux de 3,5%, réalisée à l'aide du modèle DMS.

En soulignant le caractère macro-économique de ce modèle et la relativité des hypothèses retenues, cette opération a un effet stimulant sur l'économie (augmentation de l'investissement de la consommation, des exportations) et permet une amélioration de la situation de l'emploi (180 000 emplois en cinq ans).

Or, malgré ces résultats théoriques satisfaisants, aucun projet ne paraît mûr ; pourquoi ?

Une telle réforme comporte de très importantes difficultés d'application pratique.

Le rapport GRANGER avait analysé les problèmes d'ordre administratif que pose une telle extension :

- la notion de valeur ajoutée ne concerne pas l'ensemble des secteurs employeurs de main-d'oeuvre salariée relevant du régime général : il en est ainsi de l'Etat, des collectivités locales, des associations ...

- certaines entreprises sont exonérées de la TVA (faiblesse de leur chiffre d'affaires),

- les entreprises industrielles et commerciales ne sont pas toutes soumises au même régime fiscal. Certaines relèvent du forfait (par opposition au bénéfice réel) où la valeur ajoutée ne peut être appréhendée qu'à partir des éléments déclarés.

● le recouvrement des nouvelles cotisations par les URSSAF paraît semer d'embûches : le contrôle effectué par les organismes de sécurité sociale est actuellement limité aux différents éléments constitutifs des rémunérations ; les vérifications comptables qu'impliquerait une assiette élargie seraient beaucoup plus complexes et rendraient nécessaire une étroite coordination avec les services fiscaux.

Par ailleurs, les conséquences d'une telle réforme seraient très différentes d'une entreprise à l'autre. Les études menées sur cette question montrent que la dispersion des effets d'une extension de l'assiette des cotisations à la valeur ajoutée est plus grande à l'intérieur d'un même secteur qu'entre secteurs et que les entreprises très défavorisées sont concentrées dans quelques secteurs, tandis que les entreprises très favorisées sont dispersées entre un grand nombre de secteurs.

Afin de ne pas aboutir à des situations aberrantes, il paraît absolument nécessaire de procéder à une simulation approfondie.

Pas de progrès social sans facture. Cette évidence que certains tentent d'éluder constitue, à n'en pas douter, le problème majeur auquel se trouve confronté le devenir de notre régime de protection sociale.

Qui est prêt à en payer le prix ? Tout le monde ..., pour quel montant ? Quelqu'en soit le coût ..., s'il fallait établir une priorité entre les différents secteurs que sont la maladie, la famille, la vieillesse, lequel doit-on privilégier ?

Autant de questions pour lesquelles les réponses ne sont pas évidentes.

TROISIEME PARTIE

LA POLITIQUE DE LA SANTE VERS QUEL AVENIR ?

Alors que le projet de budget que nous venons d'examiner ci-dessus n'appelle pas de critique majeure, il n'en va pas de même des orientations prises par le Gouvernement en matière de politique de santé qui soulèvent les plus vives inquiétudes de votre rapporteur.

Trois domaines retiendront notre attention : l'hospitalisation, la pharmacie et la profession médicale.

A. L'HOSPITALISATION.

Sans reprendre les éléments chiffrés figurant dans le rapport de l'année dernière, votre rapporteur souhaite faire le point des quatre problèmes essentiels du secteur hospitalier.

1. La tarification hospitalière : un problème qui demeure.

On rappellera que la loi N° 78-11 du 4 janvier 1978 a autorisé le Gouvernement à expérimenter deux formules de tarification hospitalière – le budget global et le prix de journée éclaté – dont les modalités techniques ont été précisées par le Décret N° 78-450 du 24 mars 1978. Cette expérimentation a été prolongée par une nouvelle loi, N° 70-1129 du 28 décembre 1979.

A cette occasion a été mise en place, sur la proposition de la Fédération hospitalière de France, une seconde variante du prix de journée éclaté dont les modalités techniques ont été définies par le décret N° 81-236 du 10 mars 1981.

En quoi consiste ces différentes formules ?

a) *Le budget global* consiste à assurer à un établissement une dotation globale de financement répartie entre les différents régimes de protection

sociale au prorata du nombre des journées-ressortissants et versée chaque mois par douzièmes. La détermination de cette dotation globale ainsi que le suivi de l'exécution du budget s'appuient sur un certain nombre d'indicateurs regroupés en trois grands ensembles :

- l'évolution économique générale (prix, salaires ...),
- l'activité (nombre de journées, d'entrées, d'actes ...),
- la densité de soins (nombre d'agents par lit, consommations médicales et pharmaceutiques par malade ...).

Parallèlement, ont été élaborés des comptes et tableaux de bord par service en vue de favoriser, chez les médecins, la connaissance de la gestion et leur association à celle-ci.

Le budget global a été expérimenté dans les établissements ci-après, à compter des dates suivantes :

- Centre hospitalier de SAINT-GERMAIN-en-LAYE : 1er juin 1978 ;
- Hôtel-Dieu (A.P de PARIS) : 1er janvier 1978 ;
- Institut Gustave-Roussy à VILLEJUIF (centre anticancéreux) : 1er janvier 1978 ;
- Fondation Bergonié BORDEAUX (Centre anticancéreux) : 1er janvier 1980 ;
- Centre hospitalier régional de SAINT-ETIENNE : 1er janvier 1980 ;
- Centre hospitalier régional d'AMIENS : 1er janvier 1981,
- Centre hospitalier spécialisé de CHARLEVILLE-MEZIERES : 1er janvier 1981 ;
- Centre hospitalier de SARREBOURG : 1er janvier 1981.

b) Le prix de journée éclaté-première variante, repose sur le double principe d'un éclatement du prix de journée en trois éléments déterminés selon la nature des coûts (frais d'admission, hébergement, soins) et d'une facturation de prestations individualisées (produits sanguins, prothèse, etc ...).

Proche du prix de journée traditionnel, il s'en distingue néanmoins par le souci d'opérer une meilleure adéquation des coûts et des prix.

Comme pour le budget global, le prix de journée éclaté s'est accompagné de la mise en place de nouveaux modes de gestion quant au suivi de l'exécution du budget et de l'activité qui ont donné lieu à des tableaux de bord.

Cette formule est actuellement expérimentée dans les établissements ci-après :

- Centre hospitalier de CHARTRES : 1er janvier 1978 ;
- Hôpital Antoine-Beclere (A.P de PARIS) : 1er janvier 1978 ;
- Centre d'orthopédie et de traumatologie de NANCY (dépendant de la CRAM de Lorraine) : 1er janvier 1978.

c) Le prix de journée éclaté – seconde variante proposée par la Fédération hospitalière de France – expérimenté depuis le 1er janvier 1981 dans cinq établissements, reprend les principes de la première variante, à l'exception de la facturation des frais d'admission inclus dans le prix de l'hébergement.

Cette seconde variante introduit néanmoins deux novations essentielles :

- La première consiste d'abord en l'introduction de règles d'élaboration et de révision des budgets qui, s'appuyant sur la distinction entre dépenses fixes et dépenses variables, sont fondées sur la prise en compte de l'évolution des prix et salaires, de l'activité et de la durée moyenne de séjour.

- La seconde consiste, lors de l'arrêté des comptes d'un exercice, dans l'intégration immédiate des résultats (excédents et déficits) selon des modalités qui permettent aux établissements bien gérés de constituer une réserve de financement susceptible d'améliorer la trésorerie tout en écrétant les évolutions trop brutales des prix de journée.

Le prix de journée éclaté – seconde variante – est actuellement expérimenté dans les établissements suivants :

- Centre hospitalier régional de TOURS ;
- Centre hospitalier de GONESSE ;
- Centre hospitalier spécialisé Charles-Perreus à BORDEAUX ;
- Hôpital de MARMANDE.

Dans les trois formules, la facturation et la comptabilisation à part des honoraires ont été abandonnées et la rémunération des médecins a été incluse dans le prix de journée.

D'ores et déjà, il est possible de faire un certain nombre de constatations :

- Les procédures de facturation ont été sensiblement allégées du fait, d'une part, de la suppression de la facturation des honoraires et, d'autre part, pour le budget global, de l'absence de facturation individualisée à l'égard des régimes de sécurité sociale et du régime de protection sociale des anciens combattants.

– L'expérimentation de nouvelles formules de financement des hôpitaux a fait apparaître qu'une meilleure maîtrise de l'équipement hospitalier et qu'une limitation de la croissance de ses coûts passent moins par une réforme du mode de tarification que par la mise en place de nouvelles méthodes de gestion quant à la détermination et à l'emploi des moyens, en fonction des missions de l'hôpital.

– La multiplicité des régimes de sécurité sociale apparaît comme une limite au financement global de l'hôpital. A cet égard, elle a suscité des difficultés mal résolues quant à la répartition des charges entre les régimes et l'ajustement de celles-ci à la clôture des exercices comptables.

– Enfin, il est apparu que le contrôle médical tel qu'il est exercé aujourd'hui semble inadapté à une gestion plus moderne de l'hôpital.

Nous arrivons à la fin de l'année 1981 ; l'ancienneté des expériences, qui remontent à 3 ans pour six établissements et non des moindres, et la masse des observations recueillies permettent de disposer d'une évaluation aussi exhaustive que possible.

Il apparaît urgent de prendre enfin une décision dans ce domaine particulièrement sensible au regard des dépenses de l'assurance- maladie.

2. La gestion des personnels.

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses hospitalières, une attention particulière doit être en effet portée aux dépenses de personnel qui représentent 60 à 70% des charges d'exploitation des établissements. Depuis plusieurs années, l'effort a porté sur la limitation de la progression des effectifs des personnels ainsi qu'en témoigne le tableau ci-après.

	Unités	1978 constatée	1979 constatés	1980 constatés	1981 estimés	1982 prévus
1.3.1. Tutelle et réglementation des professions médicales						
Disciplines médicales soumises à des commissions de qualification en application de la loi de 1972 sur l'équivalence des diplômes.....	Nombre	32	34	35	36	-
Nouveaux cas d'exercice illégal de la médecine examinés.....	Nombre	47	63	123	130	-
Nombre de plaintes contre les médecins examinés.....	Nombre	80	66	78	80	-
Sanctions ordinaires prononcées en 1 ^{re} instance et en appel (section disciplinaire et section assurances sociales).....	Nombre	370	420	453	500	-
Effectifs au 1 ^{er} janvier :						
— médecins à temps plein C.H.U.*.....	Nombre	9.335	9.612	10.385	10.679	-
— attachés C.H.U.*.....	Nombre	12.109	14.098	15.115	15.728	-
— médecins à temps partiel C.H.U.*.....	Nombre	619	588	653	652	-
— médecins à temps plein non C.H.U.....	Nombre	3.659	4.283	4.886	5.189	-
— attachés non C.H.U.....	Nombre	3.674	4.329	5.019	5.502	-
— médecins à temps partiel non C.H.U.....	Nombre	5.095	5.055	5.174	4.848	-
1.3.2. Réglementation et gestion des personnels hospitaliers non médicaux (effectifs au 1^{er} janvier)						
Personnels hospitaliers non médicaux.....	Nombre	442.364	472.683	487.161	495.964	-
dont :						
Personnel de direction.....	Nombre	2.326	2.423	2.828	2.978	-
Personnel administratif.....	Nombre	42.088	45.651	47.123	47.785	-
1.3.3. Réglementation et suivi des professions para-médicales (effectifs au 1^{er} janvier)						
Infirmiers D.E.....	Nombre	152.575	164.337	176.889	-	-
Infirmiers autorisés.....	Nombre	17.364	16.010	15.655	-	-
Infirmiers psychiatriques.....	Nombre	49.143	52.512	53.450	-	-
Masseurs-kinésithérapeutes.....	Nombre	31.676	32.381	34.572	-	-
Pédicures.....	Nombre	6.631	6.521	6.822	-	-
Orthophonistes.....	Nombre	6.391	6.806	7.492	-	-
Audioprothésistes.....	Nombre	1.000	1.025	1.050	-	-
Orthoptistes.....	Nombre	927	1.040	1.133	-	-
1.3.4. Accroissement de la disponibilité du système de soins hospitaliers						
Établissements expérimentant de nouvelles formules de tarification (au 1 ^{er} janvier de l'année).....	Nombre	6	6	7	16	-
dont :						
Budget global.....	Nombre	3	3	4	8	-
Prise de journée écarté.....	Nombre	3	3	3	8	-

* Centre hospitalier universitaire.

Le personnel hospitalier médical a vu ses effectifs augmenter de 9,5% en 1979, 8,6% en 1980 ; ceux-ci n'auraient dû progresser que de 3,3% en 1981.

Quant au personnel de direction et administratif, sa progression aurait dû passer de 6,8% en 1979 à 1,8% en 1981.

Enfin les effectifs des personnels para-médicaux n'avaient progressé que de 5,8% en 1980 contre 9,3% en 1979.

Cet effort paraît très largement compromis au vu du nombre très important de créations d'emplois réalisées ou annoncées : 2 000 dans le cadre de la loi de finances rectificative ; 10 000 en 1982 sans compter le secteur psychiatrique.

Votre rapporteur déplore vivement cette évolution qui conduit à accroître les effectifs des établissements hospitaliers alors que la maîtrise de leur gestion nécessite encore de nombreux aménagements.

A cet égard, on se doit de rappeler les termes du rapport du CERC précité (tome 3 : les moyens du système hospitalier public).

« Etant donné la très grande importance des frais de personnel dans les dépenses de fonctionnement des établissements, **il est paradoxal et regrettable de constater d'abord que les effectifs du personnel des hôpitaux ne sont pas toujours bien suivis** ; avant 1964 n'existent que des chiffres trop globaux ; et depuis, et même pour les années les plus récentes, il n'existe que des données fragmentaires sur les effectifs des hôpitaux spécialisés et des hospices. »

« Il n'en reste pas moins qu'en considérant les établissements eux-mêmes, et non les moyennes valables pour les catégories d'établissements auxquelles ils appartiennent, **il y a des dispersions très fortes entre établissements de même catégorie et pour un service de même nature**. Comme cela est évoqué à plusieurs reprises, ces phénomènes de dispersion mériteraient des études plus attentives, en particulier sur le point essentiel que constitue le personnel, afin d'éclairer les facteurs du coût de l'hospitalisation ; **il faudrait examiner, notamment sur les situations extrêmes, les liens entre les conditions d'emploi du personnel et les caractéristiques spécifiques des établissements ou bien la pertinence de leurs modalités de gestion** »

3. la suppression du secteur privé.

Cette mesure qui devrait être effective dès le 1er janvier 1982 doit être replacée dans un contexte chiffré.

Que représente le secteur privé des hôpitaux ?

Le secteur privé des praticiens exerçant à plein temps dans les établissements d'hospitalisation publics concerne approximativement 3 000 praticiens sur 9 600 dans les centres hospitaliers régionaux (soit 31%) et 1 200 sur 2 400 dans les autres centres hospitaliers (soit 50%).

La pratique du secteur privé de clientèle est donc proportionnellement plus limitée dans les centres hospitaliers régionaux que dans les établissements de moindre importance, comme l'indiquent les pourcentage de participation suivants, énoncés par grandes spécialités résultant d'une enquête effectuée en 1980 par l'administration centrale de la santé et portant sur l'année 1979 :

	CHR	Autres CHR (1)
Médecins	27%	58%
Chirurgiens	35%	65%
Gynécologues-obstétriciens	49%	79%
Biologistes	10%	48%
Anesthésistes	4,5%	24%
Electro-radiologistes	31%	56%

(1) Centre hospitalier régional.

Pour ce qui concerne les cliniciens (médecins, chirurgiens et spécialistes) l'étendue du secteur privé est variable suivant les disciplines ; ce sont les gynécologues-obstétriciens qui y ont le plus fréquemment recours (1 praticien sur 2 dans les CHR et 4 sur 5 dans les centres hospitaliers), alors que les chirurgiens se situent en seconde position et que les médecins sont moins souvent intéressés par ce mode d'exercice.

Les biologistes, anesthésistes et électro-radiologistes sont moins tentés de leur côté, par une activité privée mais, de la même façon que chez les cliniciens, elle est plus développée dans les centres hospitaliers que dans les CHR.

L'analyse des documents concernant le mouvement annuel de la population dans les hôpitaux publics permet, pour sa part, de faire apparaître un certain nombre de paramètres particulièrement intéressants : nombre de lits,

nombre de journées-lits, nombre de journées d'hospitalisation, coefficient d'occupation des lits qui sont globalisés dans le tableau ci-dessous, par spécialités :

Année 1978	Nombre lits	Dont lits privés	Nombre journées-lits	Dont lits privés	Nombre journées hospitalisation	Dont journées secteur privé	Coefficient occupation	Dont secteur privé
Médecins	96.733	752	35.049.115	71.961	28.165.911	87.718	80,36	32,25
Spécialités médicales	32.636	388	11.588.310	151.632	9.684.905	25.137	83,57	16,57
Chirurgie	60.825	1.755	21.843.051	669.372	15.888.470	384.190	72,73	57,39
Spécialités chirurgicales	10.503	317	3.691.993	112.056	2.908.947	51.147	78,79	45,64
Gynécologie-obstétrique	18.720	654	6.795.830	230.023	4.334.813	131.426	63,78	57,13

Les lits privés (3 866 sur 219 417) ne représentent ainsi que 1,76% du potentiel total des lits hospitaliers : ce pourcentage recouvre cependant des différences importantes suivant les disciplines :

- Médecine : 0,77%,
- Chirurgie : 2,90%,
- Gynécologie-obstétrique : 3,50%.

La proportion des journées d'hospitalisation pour ces mêmes disciplines est la suivante :

- Médecine : 0,31%,
- Chirurgie : 2,40%,
- Gynécologie-obstétrique : 3,30%.

Le coefficient d'occupation des lits privés est particulièrement faible en médecine mais se trouve, de toute façon, inférieur dans toutes les spécialités à celui des lits publics (41,7% en moyenne contre 75,84% dans le public).

L'ensemble de ces éléments dénote en définitive, malgré l'existence d'un certain nombre d'abus ponctuels, une utilisation modérée des lits privés pouvant notamment s'expliquer par la multiplication des activités auxquelles ont à faire face les praticiens hospitaliers.

Depuis la réforme du secteur privé introduite par le décret N° 80-184 du 5 décembre 1980, le principe du paiement direct par le malade a été abandonné, les honoraires sont désormais perçus pour le compte des praticiens par les établissements hospitaliers et reversés aux intéressés après prélèvement d'une redevance pour service rendu.

Dans ces conditions, on comprend mal qu'une telle suppression – qui porte notamment atteinte à la couverture sociale des médecins – puisse avoir été décidée sans concertation avec toutes les parties intéressées et sans que l'on ait tenté d'en améliorer le fonctionnement ou d'en assurer un meilleur contrôle.

4. Les équipements hospitaliers.

Le projet de budget pour 1982 est caractérisé par la très forte augmentation de 32,4% des crédits affectés au secteur des équipements sanitaires : 1 369 millions de francs d'autorisations de programme contre 1 034 millions en 1980.

Ces moyens sont répartis de la manière suivante :

(U : milliers de F)

Chapitres	Articles	Actions	Intitulés	Autorisations de programme		Crédits de paiement			
				Dotations 1981	Demandées pour 1982	Dotations 1981	Demandées pour 1982		
							Services votés	Mesures nouvelles	TOTAL
56-10	10	01	Equipement sanitaire						
			Etablissements à caractère sanitaire	1 000	10 000	500	- -	+ 5 000	5 000
56-90	10	01	Etudes et contrôle des opérations d'équipement	27 500	21 400	16 200	- -	+ 21 100	21 100
			TOTAUX (1)	28 500	31 400	26 700	- -	+ 26 100	26 100
66-11			Subventions d'équipement sanitaire						
	10	01	CHR et établissements d'intérêt national	440 000	522 000	406 000	328 000	+130 000	458 000
	20	01	Etablissements de soins et de cure	410 300	516 000	464 000	384 000	+123 000	507 000
	70	01	Transformation des hospices	155 000	300 000	17 000	56 000	+ 72 000	128 000
			TOTAUX (2)	1 005 900	1 338 000	887 000	768 000	+325 000	1 093 000
			TOTAUX (1+2)	1 034 400	1 369 400	913 700	768 000	+351 100	1 119 100

Ils permettront de réaliser :

- un effort très important (+92% par rapport à 1981) pour la transformation des hospices ;

- la poursuite de l'amélioration « en équipements techniques mobiliers et immobiliers » du patrimoine sanitaire.

Ces deux objectifs, compte tenu de l'importance des réévaluations et des équipements mobiliers de constructions en cours, conduisent à un maintien au niveau 1981 des opérations nouvelles de constructions hospitalières au sens stricte ;

- la mise en oeuvre d'une politique de soutien du secteur industriel des équipements hospitaliers, et plus spécialement des équipements biomédicaux.

On rappellera que les équipements hospitaliers font l'objet d'un financement mixte entre l'Etat (40% en règle générale avec possibilité de modulation de 20 à 40% pour les opérations d'humanisation), les organismes de sécurité sociale, les établissements eux-mêmes par le jeu de leurs ressources propres ou d'emprunts dont les charges sont reprises dans le prix de journée.

Le tableau ci-après fournit une vue d'ensemble des résultats obtenus depuis 1977 qui marquent l'importance de l'effort réalisé par les pouvoirs publics pour rattraper le retard qu'a connu notre pays dans le passé.

	Unités	1977 constatés	1978 constatés	1979 constatés	1980 constatés	1981 estimés	1982 prévus
Nombre de lits (1er janvier):							
Secteur hôpital	milliers	251 079	258 505	266 560	281 952	287 464	288 000
dont:							
Court séjour	- -	217 801	218 113	218 965	217 097	214 085	210 000
Moyen et long séjour (autre que psychiatrie)	- -	33 278	40 392	47 392	64 855	73 379	78 000
Hôpitaux et services psy- chiatriques	- -	120 466	118 028	117 116	116 347	115 447	114 000
dont:							
Services psychiatriques des hôpitaux spéciaux		16 552	16 963	17 016	17 347	17 447	18 000
Hospices, sections d'hospice et maisons de retraite des hôpitaux généraux		251 721	250 427	243 491	221 904	216 073	210 000
Lits installés en chambre de 4 lits ou moins (1er jan- vier) :							
Secteur hôpital	%	82	85	87	91	91	93
Hôpitaux et services psy- chiatriques	%	52	54	62	66	71	76
Hospices, sections d'hospice et maisons de retraite	%	65	69	73	77	81	83

L'évolution ainsi constatée ne représente d'ailleurs que le solde entre les créations et extensions d'établissements, d'une part, et les suppressions de lits vétustes d'autre part ; elle reflète incomplètement l'effort d'équipement réalisé à travers la spécialisation des services et la modernisation.

On abordera plus en détail le seul problème de *la carte sanitaire*.

La situation de l'équipement hospitalier par rapport aux besoins définis par la carte sanitaire se présente globalement de la façon suivante dans les disciplines de court séjour :

- Médecine +33%,
- Chirurgie +16%,
- Gynécologie-Obstétrique +20%.

Il n'existe aucun déficit général par région ; les quelques déficits sectoriels qui subsistent étant surtout le fait d'une sur-évaluation des indices de besoins, ainsi que le démontre l'analyse du fonctionnement des établissements hospitaliers dans les secteurs concernés. Il convient de noter qu'entre le 1er juillet 1980 et le 1er juillet 1981, l'excédent en lits a été ramené de 41% à 33% en médecine et de 25% à 20% en gynécologie-obstétrique, la situation en chirurgie restant inchangée. En médecine la réduction de cet excédent résulte de la reconversion d'une partie des lits de médecine ayant en réalité des activités de moyen séjour. En gynécologie-obstétrique, cette diminution est essentiellement le résultat de la fermeture de petites maternités qui en l'absence de plateau technique ne présentaient pas de garantie médicale suffisante.

- En ce qui concerne la carte sanitaire du *moyen séjour*, une approche globale montre que les besoins quantitatifs en lits sont largement satisfaits pour toutes les régions. Il n'est pas possible à l'heure actuelle de dresser un bilan régional et sectoriel exact de la carte sanitaire moyen séjour ; celle-ci étant en cours d'élaboration.

- En ce qui concerne les lits de *long séjour*, il existe actuellement 57 600 lits dont l'origine est la suivante :

- création 17%
- conversion de lits sociaux 75%
- conversion de lits sanitaires 7%

Pour ce type d'équipement, il n'existe pas d'indice de besoins ; les études réalisées pour appréhender l'importance des besoins amènent à constater que le nombre de lits existants peut être considéré comme suffisant. De ce fait, la transformation des hospices qui devrait s'achever en 1985 et qui, jusqu'à pré-

sent, s'est traduit essentiellement par des créations de lits sanitaires long séjour devra à l'avenir être principalement axée vers la création de section de cure médicale.

– En ce qui concerne les *lits spécialisés*, il existe un indice spécifique et normatif pour les lits de neuro-chirurgie fixé à 0,06 lits pour 1 000 habitants. Une étude portant sur le fonctionnement des services montre que l'équipement installé suffisait à la satisfaction des besoins et que pour des raisons tant médicales, qu'économiques, il n'est pas souhaitable de créer de nouveaux centres.

Ainsi, **les cartes sanitaires** révisées, qui seront pour certaines publiées au cours du 2ème semestre 1981, fixent des objectifs à l'horizon 1986 en matière d'équipements sanitaires et prévoient dans la majorité des cas une réduction des capacités hospitalières. Les révisions se sont également traduites pour un certain nombre de régions par un redécoupage des secteurs sanitaires, ceci pour intégrer l'évolution de l'aire d'attraction des établissements hospitaliers (infrastructure routière en amélioration) ou pour remédier à une sectorisation initiale imparfaite.

Dans ces conditions, votre rapporteur ne perçoit pas quels objectifs l'on poursuit en remettant en cause ces cartes sanitaires (abandon du système des indices et régionalisation).

B. LA PHARMACIE.

– Au moment où les pouvoirs publics entendent mettre en oeuvre une nouvelle politique du médicament, que représente l'industrie pharmaceutique dans notre pays ?

● **en 1980, un chiffre d'affaires égal à 25 milliards de F.**, en progression de 19% par rapport à 1979 dont près de 5 milliards de F. à l'exportation.

● **une balance commerciale très excédentaire.**

	Importations	Exportations	Solde net
Médicaments (vrac ou conditionnés)	384	3 782	+ 3 398
Sérums et vaccins	36	223	+ 187
Substances actives	2 859	1 085	- 1 774
Echanges techniques (produits pharmaceutiques)	345	231	- 114
Solde général	3 624	5 321	1 697
soit un taux de couverture de : 146,8% (1979)			

● des entreprises sous contrôle étranger qui représente 48% du marché global.

● un secteur économique qui emploie près de 65 000 personnes.

– Comment se décompose le chiffre d'affaires de cette industrie ?

● la part du conditionnement est estimée à environ 6%,

● celle de la publicité à 14,9% (total de l'information médicale) dont 8,7% pour la visite médicale,

● celle de la recherche à 8% (dont 55% au titre de la recherche appliquée).

– Comment se décompose le prix d'une spécialité et comment ont évolué les prix des produits pharmaceutiques en 1980 et 1981.

● Décomposition du prix d'une spécialité.

– Prix production H.T (achat 45%, personnel 22%)	55,55	
TVA, 7%	3,89	
		<hr/>

– Prix grossiste	59,44	
------------------------	-------	--

– Marge grossiste	10,70%	
dont marge en valeur	6,66%	+ 7,12
TVA	0,46%	
		<hr/>
		66,56

– Prix pharmacie

Marge pharmacie	33,44%	+ 33,44
dont marge en valeur	31,25%	
TVA	2,19%	
		<hr/>

– Prix public	100	
---------------------	-----	--

Les marges des grossistes des pharmaciens d'officine sont fixées par un arrêté du Ministre de l'Economie.

● Evolution des prix des produits pharmaceutiques en en 1980 et 1981.

Moyennes annuelles Base : 100 en 1970	Produits pharmaceutiques			Prix à la consom- mation	Produits manufact. du secteur privé
	global	remboursables	non remboursables		
1979	137,7	132,4	166,4	221,3	201,3
1980	150,5	143,4	194,6	251,3	229,1
Indice mensuel :					
Janvier 1981	158,3	150,1	211,9	267,1	242,4
Février 1981	158,9	150,4	214,2	269,6	244,0
Mars 1981	163,5	155,2	218,0	272,3	246,3
Avril 1981	164,5	155,8	222,5	276,0	248,8
Mai 1981	165	156,1	226,3	278,5	250,8

L'indice des prix des spécialités remboursables s'est accru de +8,3% en 1980 par rapport à 1979 et de +3,99% entre janvier 1981 et mai 1981.

– au regard des médicaments en circulation, près de 750 sont remboursables à 40%, 5 000 à 70% et une centaine à 100%. Sur la période 1970-79, 283 autorisations de mise sur le marché de médicaments nouveaux ont été délivrées annuellement.

Compte tenu de l'importance économique de ce secteur, de la qualité de ses fabrications et de leur prix souvent relativement bas par rapport à des spécialités étrangères de même type, il convient d'être prudent dans la définition de nouvelles orientations.

Au regard de la volonté des pouvoirs publics d'étendre le domaine d'activité des pharmacies mutualistes au nombre de 66 actuellement (57+9 dont l'ouverture a été autorisée récemment), votre rapporteur souhaite rappeler que les pharmaciens d'officine sont de plus en plus nombreux à pratiquer le tiers-payant et que par ailleurs il leur est demandé de remplir des obligations contraignantes (gardes de nuit ou du dimanche notamment) auxquelles ne sont pas assujetties les pharmacies mutualistes.

C. LA PROFESSION MEDICALE.

En 1979, il y avait 97 224 médecins en exercice.

Leur répartition en fonction de leur statut et de leur forme d'exercice était la suivante :

Statut	Médecins libéraux		Médecins salariés		Total	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Généralistes	41.166	42,34	19.528	20,08	60.694	62,43
Spécialistes	25.780	26,52	10.750	11,06	36.530	37,57
TOTAL	66.946	68,86	30.278	31,14	97.224	100

Les 36 530 médecins spécialistes, dont 25 780 libéraux exerçaient les spécialités suivantes :

	Libéraux	Salariés	Total
Anesthésie-réanimation	1.729	1.302	3.031
Cardiologie - Affections vasculaires	1.713	427	2.140
Chirurgie générale	2.751	1.414	4.165
Dermato-vénérologie	1.150	242	1.392
Gynécologie médicale	714	141	855
Gynécologie obstétrique	1.407	413	1.820
Maladies appareil digestif	871	244	1.115
Médecine interne	483	464	947
Néphrologie	24	56	80
Neuro-chirurgie	31	74	105
Ophthalmologie	2.325	397	2.722
Oto rhino laryngologie	1.627	297	1.924
Pédiatrie	1.958	790	2.758
Pneumophtisiologie	578	587	1.165
Psychiatrie	1.027	935	1.962
Rééducation - Réadaptation fonctionnelle	273	166	439
Rhumatologie	1.008	213	1.221
Stomatologie	1.090	155	1.255
Urologie	107	37	144
Anatomie pathologie	91	104	195
Biologie médicale	460	293	753
Ophthalmo + O.R.L.	54	6	70
Electroradio + radiologie	2.468	921	3.389
Neuro - psychiatrie - neurologie	1.450	952	2.412
Autres spécialités	361	110	471

Quant au tableau ci-après, il fait apparaître les évolutions constatées au niveau de la répartition géographique des médecins.

1 ^{er} janvier 1972			1 ^{er} janvier 1977			1 ^{er} janvier 1979			Effectifs
N°	Régions	Densité	N°	Densité	% Accroissement 1972-1977	N°	Densité	% Accroissement 1977-1979	
1	Franche-Comté	89,5	5	117,7	32	9	140	19	1.505
2	Picardie	90,1	1	106,7	18	1	119	12	2.037
3	Basse-Normandie	90,7	3	113,7	25	3	132	16	1.733
4	Champagne- Ardennes	94,0	11	127,7	36	4	132	16	1.776
5	Poitou- Charentes	95,7	9	122,8	28	5	136	11	2.081
6	Haute-Normandie	95,4	6	120,3	25	6	136	13	2.217
7	Pays de Loire	97,6	2	112,9	16	2	129	14	3.651
8	Nord - Pas-de-Calais	98,4	4	115,7	19	7	137	17	5.375
9	Bourgogne	99,1	8	122,5	24	10	141	15	2.223
10	Bretagne	99,5	10	125,8	26	11	149	18	3.934
11	Centre	101,3	7	122,4	21	8	137	12	3.033
12	Lorraine	102,9	12	132,9	29	12	154	16	3.557
13	Limousin	107,6	13	140,3	30	13	160	14	1.174
14	Auvergne	113,6	14	148,2	31	15	171	15	2.251
15	Rhône-Alpes	117,0	15	152,6	30	14	169	11	8.258
16	Alsace	126,5	17	155,5	23	17	173	11	2.687
17	Corse	127,2	16	153,3	21	16	171	11	392
18	Aquitaine	137,3	18	163,7	19	18	182	14	4.815
19	Midi-Pyrénées	143,0	19	168,1	18	19	197	17	4.477
20	Languedoc- Roussillon	160,1	21	223,3	40	21	258	16	4.705
21	Provence - Alpes- Côte d'Azur	175,1	20	220,2	26	20	242	10	9.291
22	Ile-de-France	211,8	22	241,5	14	22	259	7	25.987
-	France entière	133,6	-	162,9	22	-	182	12	97.168

Après avoir rappelé ces quelques chiffres, votre rapporteur s'interroge sur les perspectives qui s'offrent à la médecine libérale et plus particulièrement aux médecins généralistes, et ce, en liaison avec les intentions manifestées par le Gouvernement.

Ces dernières s'ordonnent autour de six thèmes :

- réaliser une meilleure répartition entre généralistes et spécialistes. Ainsi diverses mesures incitatives ou dispositions législatives et réglementaires devraient être étudiées pour permettre une adaptation du flux de formation des spécialistes en fonction des besoins déterminés au niveau de chaque région.

- réaliser une meilleure répartition géographique des jeunes médecins en les incitant à s'installer dans des zones sous médicalisées. A cet égard, il est envisagé de moduler les effectifs des étudiants au niveau des différentes UER et de développer des actions d'information sur la démographie médicale ;

- développer « à titre expérimental » les centres de soins intégrés ;

- conduire une réflexion approfondie sur le problème des ordres professionnels.

Au stade actuel de l'analyse préliminaire, il lui apparaît en particulier souhaitable que des magistrats professionnels puissent être largement introduits au sein des juridictions disciplinaires en vue d'en garantir l'impartialité et que la présidence leur en soit confiée.

Il entend aussi certainement réexaminer le processus actuel de qualification.

- mise en oeuvre d'une nouvelle convention, après concertation, sur des bases modifiées.

- étudier le problème de la sélection.

Force est de constater que face à ces intentions qui paraissent demeurer encore imprécises, les premières mesures intervenues semblent participer d'un dessein déjà bien affirmé.

On prendra deux exemples :

1. les centres de santé intégrés.

Il existe actuellement 540 dispensaires de soins médicaux et 375 dispensaires de soins dentaires situés principalement dans trois régions : l'Île de France (60%), Rhône-Alpes et Provence-Côte d'azur.

Leurs modes de gestion sont diversifiés :

- 41% ont le statut d'association de la loi de 1901,
- 29% sont gérés par des sociétés mutualistes,
- 18% le sont pas des municipalité et bureaux d'aide sociale,
- 5% le sont par la Croix Rouge,
- 7% sont gérés par des entreprises et comités d'entreprises.

Les pouvoirs publics entendent développer cette forme de médecine salariée dans le cadre d'une large concertation avec toutes les parties concernées.

On peut toutefois douter de cette intention devant la décision prise par le Ministre de la Solidarité nationale de supprimer l'abattement de 7 à 12% qui existait sur les tarifs d'honoraires de ces centres.

2. les études médicales.

Au cours des trois dernières années universitaires, l'effectif des étudiants en médecine a été le suivant ;

	1978 1979	1979 1980	1980 1981
PCEM 1	35.032	30.014	26.782
PCEM 2	9.489	8.946	7.998
DCEM 1	9.928	9.415	8.879
DCEM 2	10.240	9.893	9.423
DCEM 3	10.318	10.294	10.051
DCEM 4	11.550	11.552	11.610
Stagiaires de fin d'études	9.399	10.126	10.357
TOTAL	95.956	90.240	85.100

L'arrêté du 25 août 1980 fixant à 6 409 le nombre d'étudiants susceptibles d'être admis en PCEM 2 au concours de juin 1981, on peut estimer que les étudiants de PCEM 2 au cours de l'année 1981-1982 seront au nombre de 7 000 environ (6 409 + 200 étrangers admis en surnombre et 400 redoublants).

Les chiffres de l'arrêté du 25 août 1980 ont été reconduits pour 1981 ; dans ces conditions, les effectifs de PCEM 2 au cours de l'année 1982-1983 ne seront pas sensiblement modifiés et resteront voisins de 7 000 étudiants.

Cette décision va à l'encontre des conclusions émises en avril 1980 par le groupe de travail sur la démographie médicale présidé par le doyen ETIENNE qui préconisait une réduction à 5 000 du nombre des étudiants admis à s'inscrire en PCEM 2.

Votre rapporteur regrette profondément l'orientation prise qui concourra à accroître les difficultés que connaissent déjà présentement les jeunes médecins qui s'installent pour accéder à un niveau d'activité dégageant un revenu suffisant.

CONCLUSION

Le projet de budget pour 1982 des ministères de la Santé et de la Solidarité nationale n'appelle pas de critiques majeures quant à son contenu.

Il porte cependant l'esquisse des nouvelles orientations que les pouvoirs publics entendent développer en matière sanitaire et sociale sans pour autant dessiner clairement l'avenir de notre système de santé et de protection sociale.

Or, l'équilibre de ce dernier constitue le préalable indispensable à tout assainissement durable d'une situation qui présente une marge de manoeuvre de plus en plus faible.

Il devient impératif avant de poursuivre l'adoption de mesures nouvelles, présentant un caractère irréversible, de s'assurer d'un consensus général sur les priorités à réaliser et les moyens à mettre en oeuvre.

Au cours de sa séance du 28 octobre 1981, la Commission des Finances a procédé, sur le rapport de M. Marcel FORTIER, rapporteur spécial, à l'examen du projet de budget pour 1982 des ministères de la Santé et de la Solidarité nationale (voir Avant-propos).

Elle a examiné le 21 novembre les modifications adoptées par l'Assemblée Nationale qui figure en annexe.

La Commission a approuvé le rapport de M. Marcel FORTIER et, décidé, dans sa majorité de soumettre les crédits de la Santé et de la Solidarité nationale à la sagesse du SENAT.

Elle vous propose par ailleurs d'approuver la disposition spéciale figurant à l'article 90 du projet de loi de finances pour 1982.

DISPOSITION SPECIALE

ARTICLE 90

Modalités d'attribution de l'allocation d'éducation spéciale et de ses compléments

Texte de l'article adopté par l'Assemblée Nationale et proposé par votre Commission.

L'article L.543-1 du code de la sécurité sociale est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Toutes personne qui assume la charge d'un enfant handicapé peut bénéficier d'une allocation d'éducation spéciale, si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à 80%.

Un complément d'allocation est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exige des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessite le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne. Son montant varie suivant l'importance des dépenses supplémentaires engagées ou la permanence de l'aide nécessaire.

La même allocation et, le cas échéant, le même complément peuvent être alloués, si l'incapacité permanente de l'enfant est comprise entre 50 et 80%, dans le cas où l'enfant fréquente un établissement d'éducation spéciale pour handicapés ou dans le cas où l'état de l'enfant exige le recours à un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile dans le cadre des mesures préconisées par la commission départementale d'éducation spéciale.

L'allocation d'éducation spéciale n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'Etat, ou l'aide sociale, sauf pour les périodes de congés ou de suspension de la prise en charge. Les allocations au titre de ces périodes sont versées annuellement et en une seule fois ».

Commentaires : Cet article, qui reprend – dans une formulation plus précise – le texte de l'article 19 du projet de loi portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, tend à assouplir et à élargir les modalités actuelles d'attribution de l'allocation d'éducation spéciale et de son complément.

La loi N° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées comporte dans son chapitre 1er une série de dispositions relatives aux enfants et adolescents handicapés, concernant notamment l'éducation spéciale (paragraphe I) qui associe des actions pédagogiques, psychologiques, sociales, médicales et paramédicales et instituant une allocation spéciale (paragraphe II) codifiée aux articles L.543-1 à L.543-4 (Code de la Sécurité sociale).

Ouvre droit à cette dernière prestation, l'enfant handicapé âgé de moins de vingt ans, quel que soit son rang dans la famille.

Jusqu'à présent l'allocation spéciale est accordée dans deux cas :

– *lorsque l'enfant est atteint d'une incapacité permanente au moins égale à 80% (taux apprécié selon le barème d'invalidité figurant au code des pensions civiles et militaires) et n'a pas été admis dans un établissement d'éducation spéciale ou pris en charge à ce titre. Dans cette hypothèse, il peut également bénéficier d'un complément d'allocation lorsque son handicap, du fait de sa nature ou de sa gravité, exige des dépenses particulièrement coûteuses ;*

– *lorsque l'enfant handicapé est admis dans un établissement ou pris en charge par l'éducation spéciale ou un service de soins à domicile, dans la mesure où son taux d'incapacité permanente est supérieur à 50% et où, placé en internat, ses frais de séjour ne sont pas déjà pris en charge par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale.*

Le texte proposé modifie ce schéma sur trois points ;

– *pour bénéficier du complément d'allocation, sera dorénavant supprimée la référence aux dépenses particulièrement coûteuses lorsque la gravité ou la nature du handicap nécessite le recours très fréquent à l'assistance d'une tierce personne qui peut être aisément établi médicalement.*

Mesure de simplification administrative particulièrement bienvenue, cette disposition – au demeurant logique dans la mesure où le recours fréquent à l'assistance d'une tierce personne témoigne à lui tout seul de la situation très difficile dans laquelle se trouve l'enfant et donc de la gravité de son handicap – rendra plus aisées les démarches de nombreuses familles durement éprouvées ;

– le bénéfice du complément d'allocation pourra être accordé lorsque l'enfant fréquente en externat un établissement d'éducation spéciale, ou est pris en charge par un service d'éducation spéciale, ou justifie des soins à domicile. La seule condition est que son incapacité soit comprise entre 50 et 80%.

– l'allocation d'éducation spéciale serait accordée dans un troisième cas, à savoir celui des périodes de fermeture de l'établissement dans lequel l'enfant handicapé a été placé en internat. Cela permettra aux familles de faire face aux frais de déplacement et d'entretien de l'enfant pendant les périodes de congé et les fins de semaine.

Votre Commission des Finances, favorable à ces trois mesures qui améliorent le sort de familles particulièrement dignes d'intérêt, **vous propose d'adopter cet article.**

ANNEXE**RELEVÉ DES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR
L'ASSEMBLÉE NATIONALE.**

Au cours de la deuxième délibération du projet de loi de finances pour 1982, l'Assemblée Nationale a abondé les crédits des Ministères de la Santé et de la Solidarité nationale à hauteur de 10 millions de francs en autorisations de programme et de 30 millions de francs en crédits de paiement.

Les dotations bénéficiaires sont les suivantes :

1. Le chapitre 43-33 article 10 - « Centres de formation des travailleurs sociaux » - : +5 millions de francs.

Le Gouvernement propose cette inscription supplémentaire en vue d'améliorer la prise en compte des besoins de formation des travailleurs sociaux.

2. Le chapitre 47-21 article 40 - « Action sociale en faveur des personnes âgées » - : +20 millions de francs.

Ces crédits complémentaires permettront de doubler les moyens affectés à la rénovation de l'habitat des personnes âgées ; cette opération devrait contribuer efficacement à leur maintien à domicile.

3. Le chapitre 66-20 article 30 - « Etablissements sociaux d'aide à l'enfance, à l'adolescence et à la famille » - : +10 millions de francs en AP et +5 millions en CP.

Ces crédits sont destinés à accentuer l'effort d'équipement en faveur de ces établissements.