

N° 93

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1987-1988

Annexe au procès-verbal de la séance du 16 novembre 1987.

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 1988, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Par M. Maurice BLIN,

Sénateur.

Rapporteur général.

TOME III

LES MOYENS DES SERVICES ET LES DISPOSITIONS SPECIALES

(Deuxième partie de la loi de finances.)

ANNEXE N° 3

AFFAIRES SOCIALES ET EMPLOI

II. - Affaires sociales

Rapporteur spécial : M. Jacques OUDIN

(1) Cette commission est composée de : MM. Christian Poncelet, *président*; Geoffroy de Montalembert, *vice-président d'honneur*; Michel Durafour, Jean Cluzel, Jacques Descours Desacres, Tony Larue, *vice-présidents*; Emmanuel Hamel, Modeste Legouez, Louis Perrein, Robert Vizet, *secrétaires*; Maurice Blin, *rapporteur général*; MM. René Ballayer, Stéphane Bonduel, Raymond Bourguine, Roger Chinaud, Maurice Couve de Murville, Pierre Croze, Gérard Delfau, Jacques Dejong, Marcel Fortier, André Fosset, Mme Paulette Fost, MM. Jean Francou, Henri Goetschy, Georges Lombard, Roland du Luart, Michel Manet, Jean-Pierre Masseret, Josy Moinet, Jacques Mossion, Lucien Neuwirth, Jacques Oudin, Bernard Pellarin, Jean-François Pintat, Mlle Irma Rapuzzi, MM. Joseph Raybaud, René Regnault, Robert Schwjnt, Henri Torre, André-Georges Voisin.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (8^e législ.) : 941 et annexes, 960 (annexes nos 3 à 5), 961 (tomes I à IV) et T.A.175.

Sénat : 92 (1987-1988).

SOMMAIRE

	Pages
PRINCIPALES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION	3
I. EXAMEN EN COMMISSION	7
AVANT-PROPOS	11
CHAPITRE PREMIER : Présentation générale des crédits	15
- I. EVOLUTION D'ENSEMBLE	16
- II. LES MOYENS DES SERVICES	19
- III. LES INTERVENTIONS PUBLIQUES	21
- IV. LES DEPENSES EN CAPITAL	25
CHAPITRE II : Le vieillissement de la population française et ses conséquences sociales	29
- I. LES PERSPECTIVES DEMOGRAPHIQUES	29
- II. LA POLITIQUE D'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES	32
- III. L'IMPACT SUR LES REGIMES SOCIAUX	38
CHAPITRE III : Politique familiale : favoriser la venue du troisième enfant	43
- I. L'ACTION SOCIALE : UN SOUTIEN DE L'ETAT AUX INITIATIVES LOCALES	45
- II. LA POLITIQUE FISCALE : UN EFFORT SENSIBLE EN FAVEUR DES FAMILLES	47
- III. LA REFORME DES PRESTATIONS FAMILIALES	48
CHAPITRE IV : Maintenir la qualité des soins tout en maîtrisant leur coût	53
- I. LE PROJET DE BUDGET POUR 1988 PREVOIT UN EFFORT SENSIBLE EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE CERTAINS FLEAUX SOCIAUX	54
- II. UNE NECESSAIRE ADAPTATION DE L'HOPITAL	57
- III. L'INDISPENSABLE MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE	61
CHAPITRE V : Quel équilibre pour la Sécurité sociale ?	67
- I. LA SITUATION ACTUELLE	67
- II. UNE PRISE DE CONSCIENCE COLLECTIVE	71
- III. LE RAPPORT DU "COMITE DES SAGES" : DES PROPOSITIONS POUR UN PLAN DE FINANCEMENT A LONG TERME	74
ANNEXES	77

I. PRINCIPALES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION

1) Dans l'ensemble, et grâce à une certaine rationalisation des dépenses, les crédits de la section "Affaires sociales" permettront à l'Etat de poursuivre ses missions traditionnelles et de consentir un effort important dans les domaines les plus sensibles, dans un contexte général où la politique en faveur de l'emploi constitue une priorité absolue.

2) Le programme de lutte contre la pauvreté est une des principales priorités du budget. La mise en œuvre des "compléments locaux de ressources" permettra d'engager, avec l'aide des conseils généraux, une action innovante en direction d'une population particulièrement fragile : les adultes totalement démunis de ressources. Ce nouveau dispositif apparaît comme un élément indispensable pour compléter la vaste gamme des aides à l'emploi et à l'insertion professionnelle.

3) Les moyens consacrés à la lutte contre le SIDA sont renforcés de manière très sensible. Ainsi, l'an prochain, le Ministère disposera de 32 millions de francs pour animer des campagnes d'information ou de dépistage. Toutefois, il est clair que seul un vigoureux effort en matière de recherche médicale permettra d'enrayer ce véritable fléau social.

4) L'augmentation des crédits de lutte contre l'alcoolisme doit également être soulignée. Elle s'inscrit dans le prolongement direct des dispositions récemment adoptées par le Parlement en matière de limitation de la publicité sur l'alcool et de répression de l'alcoolisme au volant. Ces différentes mesures traduisent la volonté du Gouvernement d'intensifier les efforts entrepris pour modérer la consommation des boissons contenant de l'alcool, notamment lorsque celle-ci peut avoir des effets sur la vie des usagers de la route.

5) En revanche, il est regrettable que le projet de budget ne comporte aucune mesure spécifique nouvelle en matière de lutte contre le tabagisme. Alors que plus de 50.000 décès par an sont liés à ce fléau, il semble indispensable d'intensifier les campagnes d'information sur les risques encourus, et particulièrement auprès des populations jeunes. En outre, il apparaît que le prix du tabac en France figure parmi les plus faibles d'Europe, tandis que le coût financier des maladies liées à l'abus de tabac peut être estimé à 40 milliards. Une

telle situation est particulièrement anormale à l'heure où la Sécurité sociale connaît un déficit alarmant. Aussi, votre rapporteur souhaite-t-il que soient étudiées les modalités d'un doublement, à terme, du prix du tabac. Dans une telle hypothèse, des mesures spécifiques devraient être prises pour éviter que l'augmentation des taxes ne pèse sur l'indice des prix et pour que les recettes nouvelles ainsi dégagées soient directement affectées à la caisse nationale d'assurance-maladie.

6) La partition des directions départementales des affaires sanitaires et sociales semble se dérouler dans de bonnes conditions. Les opérations de partage financier devraient en effet être définitivement achevées le 31 décembre 1988. A cette date, les rapports entre l'Etat et les départements seront donc clarifiés.

Parallèlement, le remboursement aux départements des soldes afférents aux dépenses d'aide sociale et médicale antérieures à 1984 se poursuit dans les conditions prévues par la loi du 22 juillet 1983. On doit cependant vivement regretter qu'à l'époque un délai de douze ans ait été jugé nécessaire pour apurer cette dette de l'Etat, ce qui entraîne un préjudice tout à fait considérable pour les collectivités concernées.

7) Le projet de budget consacre également un effort notable en faveur des handicapés et qui se traduit par la création de 1.000 places dans les centres d'aide par le travail, la revalorisation de la subvention accordée aux auxiliaires de vie, et l'ajustement des crédits de l'allocation aux adultes handicapés. Ces mesures financières viennent d'ailleurs compléter les récentes dispositions législatives adoptées par le Parlement en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. Toutefois, il serait souhaitable qu'à terme un double ajustement puisse être effectué : d'une part, que le nombre de places des centres d'aide par le travail soit modulé en fonction de la population potentiellement concernée et d'autre part, que les conditions d'accès à ces mêmes centres soient révisées afin d'éviter une marginalisation de certains jeunes handicapés.

8) Les moyens des services de santé de Mayotte et des Iles Wallis et Futuna augmentent de manière importante et permettront de faire face aux problèmes sanitaires spécifiques que connaissent ces territoires. Parallèlement, la subvention destinée au régime de protection sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon est majorée de 1 million de francs (+ 7,1 %). Ces deux ajustements témoignent de l'attention que le gouvernement porte à nos possessions d'outre-mer.

9) L'évolution des crédits d'investissement destinés aux hôpitaux conduit à poser le vaste problème de la politique hospitalière dans notre pays. En effet, depuis quelques années, et au vu d'un certain sur-équipement en terme de capacité, les pouvoirs publics se sont

efforcés de réduire le nombre de lits et d'accroître un équipement technique toujours plus sophistiqué, mais plus coûteux. Une telle inflexion doit être poursuivie. Elle suppose une refonte de la carte sanitaire, mais aussi une révision des procédures actuellement utilisées, en vue d'obtenir une plus grande responsabilisation des établissements et une meilleure adaptation aux besoins de la population. A cet égard, on rappellera que depuis l'an dernier, il est possible de moduler le taux des subventions accordées pour les investissements de productivité. Cette modification est certes trop récente pour que ses conséquences puissent être mesurées avec précision. Toutefois pour l'avenir, il serait souhaitable qu'un premier bilan soit établi.

Mais il est clair que cet effort d'équipement qualitatif doit également s'accompagner d'un effort de rationalisation dans la gestion courante des hôpitaux. Une telle démarche est un impératif à l'heure où l'hospitalisation absorbe la moitié des dépenses de l'assurance-maladie. Seule, l'apparition d'un véritable "hôpital-entreprise" permettra de prendre en compte la satisfaction des besoins de la population et les aspirations des professionnels, dans un contexte financier qui restera nécessairement rigoureux.

10) L'inéluctable vieillissement de la population et ses conséquences en terme de dépenses sociales constituent des défis auxquels notre société doit répondre.

Il convient tout d'abord d'adapter les structures d'accueil. A cet égard, l'action du Gouvernement s'articule autour de deux idées forces :

- la première vise à permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel. Dans cette optique, de récentes mesures d'exonérations fiscales et sociales favorisent désormais l'emploi direct d'une aide à domicile par les personnes âgées. Parallèlement, l'apparition des associations intermédiaires permettra de répondre plus étroitement aux besoins des personnes les plus dépendantes ;

- la seconde est de disposer, quand le placement devient inévitable, de structures d'hébergement et de soins diversifiés. A cet égard, le renforcement important des crédits consacrés à la transformation et à l'humanisation des hospices témoigne de l'importance que le Gouvernement accorde à cet objectif.

Mais le vieillissement de la population comporte également des conséquences pour nos régimes de protection sociale. Selon les estimations du Comité des Sages, et à législation constante, le volume des prestations vieillesse servies par le régime général devrait s'accroître de 84% d'ici l'an 2005. Le besoin de financement

complémentaire annuel de la caisse vieillesse passerait, en francs courants, de 19,3 milliards en 1988 (0,35 % du P.I.B.) à 67,2 milliards en 1992 (soit 1 % du P.I.B.).

En outre, les phénomènes démographiques pèsent sur l'assurance-maladie. Ainsi, la dépense médicale des personnes âgées de 65 ans ou plus est double de la dépense moyenne de la population totale, et celle des personnes de plus de 80 ans ou plus, deux fois et demi ou plus.

A l'évidence, des réformes de structure s'imposent pour éviter une véritable explosion de nos régimes de protection sociale. Les récentes propositions du Comité des Sages constituent à cet égard une base de réflexion particulièrement intéressante. Toutefois, et quel que soit le mode de financement retenu, il est clair que la survie de notre système de protection sociale passe nécessairement par un ralentissement dans la croissance des dépenses.

II. EXAMEN EN COMMISSION

Mardi 3 novembre 1987, sous la présidence de M. Christian Poncelet, président, la commission a procédé à l'examen des crédits des affaires sociales et de l'emploi, II. affaires sociales pour 1988 sur le rapport de M. Jacques Oudin, rapporteur spécial.

M. Jacques Oudin a tout d'abord rappelé que la progression des crédits de la section "affaires sociales" s'établissait à 34,9 milliards de francs pour 1988, soit une progression de 1,5 % sur 1987. Les moyens des services s'élèvent à 2.446,6 millions de francs soit une légère diminution (1,5 %).

Les interventions publiques qui, avec 31,313 milliards de francs représentent 89,7 % des crédits de la section "affaires sociales", connaissent une progression de 1,35 %.

La progression des interventions sanitaires s'établit à 4,2 % et celle des interventions sociales à 1,4 %, les interventions diverses qui regroupent les crédits de formation et les actions en faveur des travailleurs migrants diminuant très légèrement par rapport à 1987 (- 0,5 %).

Les dépenses en capital enfin, après une croissance très forte en 1987 (+ 12,5 %), tendent à se stabiliser (+ 1,2 % pour les autorisations de programme mais + 11,7 % en crédits de paiement). S'agissant des subventions d'équipement sanitaire, la priorité sera donnée à la modernisation et à l'humanisation des C.H.R. (+ 4,7 % en autorisations de programme et + 8,1 % en crédits de paiement). En matière de subventions d'équipement social, les dotations destinées à la transformation des hospices connaissent à nouveau une importante progression (+ 5,9 % en autorisations de programme et + 32,3 % en crédits de paiement).

Après avoir rappelé au moyen de projections de graphiques les évolutions démographiques dans les principaux pays européens et le coût du chômage pour les régimes d'assurance sociale (100.000 chômeurs représentent ainsi un surcoût pour la sécurité sociale de quelque 4 milliards de francs), le rapporteur spécial a développé plusieurs observations.

Il a ainsi estimé que, dans l'ensemble, et grâce à une certaine rationalisation des dépenses, les crédits de la section "affaires sociales" permettront à l'Etat de poursuivre ses missions traditionnelles et de consentir un effort important dans les domaines les plus sensibles.

Le programme de lutte contre la pauvreté est ainsi une des principales priorités du budget. La mise en oeuvre des "compléments locaux de ressources" permettra d'engager, avec l'aide des conseils généraux, une action innovante en direction d'une population particulièrement fragile: les adultes totalement démunis de ressources.

Les moyens consacrés à la lutte contre le SIDA sont également renforcés de manière très sensible.

M. Jacques Oudin, rapporteur spécial, a également souligné l'augmentation des crédits de lutte contre l'alcoolisme.

En revanche, le rapporteur spécial a jugé regrettable que le projet de budget ne comporte aucune mesure spécifique nouvelle en matière de lutte contre le tabagisme, alors que plus de 50.000 décès par an sont liés à ce fléau. En outre, il apparaît que le prix du tabac en France figure parmi les plus faibles d'Europe, tandis que le coût financier des maladies liées à l'abus de tabac peut être estimé à 40 milliards. Aussi, le rapporteur spécial a-t-il souhaité que soient étudiées les modalités d'un doublement, à terme, du prix du tabac, des mesures spécifiques étant prises pour éviter que l'augmentation des taxes ne pèse sur l'indice des prix et pour que les recettes nouvelles ainsi dégagées soient directement affectées à la caisse nationale d'assurance-maladie.

Le projet de budget consacre également un effort notable en faveur des handicapés et qui se traduit par la création de 1.000 places dans les centres d'aide par le travail, la revalorisation de la subvention accordée aux auxiliaires de vie, et l'ajustement des crédits de l'allocation aux adultes handicapés.

Le rapporteur spécial a, par ailleurs estimé que l'effort d'équipement qualitatif en faveur des hôpitaux doit également s'accompagner d'un effort de rationalisation dans la gestion courante. **M. Jacques Oudin** a ainsi souhaité l'apparition d'un véritable "hôpital-entreprise" qui permette de prendre en compte la satisfaction des besoins de la population et les aspirations des professionnels, dans un contexte financier rigoureux.

Il a ensuite évoqué les conséquences du vieillissement de la population pour les régimes de protection sociale. Selon les estimations du comité des sages, et à législation constante, le volume des prestations vieillesse servies par le régime général devrait s'accroître

de 84 % d'ici l'an 2005. Le besoin de financement complémentaire annuel de la caisse vieillesse passerait, en francs courants, de 19,3 milliards en 1988 (0,35 % du P.I.B.) à 67,2 milliards en 1992 (soit 1 % du P.I.B.).

En outre, les phénomènes démographiques pèsent sur l'assurance-maladie. Le rapporteur spécial a en conséquence rappelé l'urgence de réformes de structure pour éviter une véritable explosion de nos régimes de protection sociale, ainsi qu'un ralentissement significatif des dépenses.

M. Henri Goetschy a regretté que les relations financières entre l'Etat et les conseils régionaux aient été insuffisamment clarifiées, notamment en matière de C.O.T.O.R.E.P., la concertation insuffisante entre l'Etat et les conseils généraux en matière de lutte contre la pauvreté et l'insuffisance des subventions d'équipement destinées à la transformation des hospices et à la construction d'établissements d'hébergement pour personnes âgées.

M. René Régnault a évoqué les problèmes relatifs à l'accueil et à l'hébergement des handicapés et regretté la surcompensation dont la charge pèse essentiellement sur la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

M. René Ballayer a souhaité une adaptation de l'âge légal de la retraite aux difficultés financières des régimes de sécurité sociale.

M. Emmanuel Hamel a souhaité une diminution des crédits consacrés au remboursement de l'interruption volontaire de grossesse et s'est inquiété de la notion "d'hôpital-entreprise" qui priverait les malades du bénéfice des techniques médicales les plus modernes.

M. Robert Schwint a rappelé l'intérêt de la notion de minimum social garanti et a jugé inopportun de rapprocher la gestion d'un hôpital de celle d'une entreprise. Il a ainsi estimé qu'il serait impossible d'inverser la tendance à l'augmentation des dépenses de santé.

Après les réponses du rapporteur spécial aux divers intervenants, la commission a décidé, à la majorité, de proposer au Sénat d'adopter le budget des affaires sociales et de l'emploi, II. affaires sociales pour 1988.

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

La France se trouve confrontée actuellement à trois grands défis dont les échéances sont à plus ou moins long terme :

- l'équilibre de ses comptes,
- la compétitivité de son économie,
- le retour à un équilibre démographique.

1) **L'équilibre des comptes publics** demeure l'objectif essentiel que poursuit le Gouvernement. Le budget de 1988 fait apparaître pour la première fois une croissance de la dépense publique inférieure à celle de la richesse nationale. Le déficit se réduit d'autant. Dans un cadre législatif et réglementaire différent, le Gouvernement a entrepris avec les partenaires sociaux une réflexion et un effort de même nature pour réduire le déficit des comptes sociaux.

2) **La compétitivité de notre économie** est à l'évidence essentielle pour résoudre le problème de l'emploi et celui de l'équilibre de notre commerce extérieur. L'amélioration de cette compétitivité est, en partie, liée à l'allègement des charges fiscales et sociales qui pèsent sur nos entreprises. A cet égard, leur situation s'est notablement améliorée et le budget de 1988 devrait encore accélérer ce mouvement.

3) **Le retour à l'équilibre démographique** est un objectif à long terme qui ne pourra être atteint que par une prise de conscience de la Nation tout entière et par la mise en oeuvre de multiples mesures convergentes pour favoriser la venue du troisième enfant. Tel est le diagnostic établi par le rapport du "Comité des Sages".

*

* *

Les crédits du budget des "Affaires sociales" augmentent de façon modérée car la priorité a été mise sur les actions en faveur de l'emploi. Un tel choix n'a pas été contesté par la Commission des finances qui a donné un avis favorable à ce budget. Elle propose donc à la Haute Assemblée de bien vouloir l'adopter.

La commission a particulièrement souligné quatre des priorités qui apparaissent dans ce budget et elle s'est penchée sur un des problèmes les plus importants que notre pays devra résoudre au cours des prochaines années, à savoir l'équilibre de ses comptes sociaux.

Les quatre priorités concernent :

- la lutte contre les grands fléaux sociaux (SIDA, alcoolisme, etc.),
- l'aide aux handicapés,
- la lutte contre la pauvreté.
- l'hébergement des personnes âgées.

L'année 1987 a marqué le début d'une vaste réflexion nationale sur la situation et l'évolution des comptes sociaux. Ceci ne peut qu'être mis au crédit du Gouvernement.

Enfin, les Etats généraux de la sécurité sociale ont amorcé une vaste et profonde prise de conscience de l'ensemble du corps social.

Les Françaises et les Français sont attachés à leur sécurité sociale.

La rationalisation et une meilleure gestion de notre système de protection sociale seront les plus sûrs garants du maintien de l'efficacité de notre système de protection sociale.

Le retour à un équilibre réel des comptes sociaux nécessitera une politique rigoureuse, cohérente et durable.

Pour essayer d'apporter un certain éclairage sur l'évolution de ces comptes, la commission des finances du Sénat en liaison avec les services de la Haute Assemblée et l'Observatoire français de conjonctures économiques a fait effectuer une étude à moyen terme dont les conclusions sont annexées au présent rapport. Elles doivent être comprises avec prudence car il s'agit d'une projection modélisée. Toutefois, il est possible d'en retirer

une conclusion : ne rien faire aboutirait à une situation financière intenable et inacceptable.

Le Gouvernement a amorcé une réflexion nationale et a déjà pris une série de mesures qui ne pourront qu'être poursuivies et approfondies.

CHAPITRE PREMIER

PRESENTATION GENERALE DES CREDITS

Dans le domaine social, la lutte contre le chômage constitue à l'évidence la principale priorité. En effet, seule une action énergique en matière de formation et d'aide à l'embauche permettra d'éviter que toute une partie de la population active se trouve exclue du marché du travail. Aussi, pour répondre à cet impératif, le Gouvernement a mis en oeuvre des programmes particulièrement importants en faveur de l'emploi des jeunes et des chômeurs de longue durée.

Le projet de budget des Affaires sociales et de l'emploi retrace de façon très nette l'effort financier consenti à cette occasion.

Budget des Affaires sociales et de l'Emploi

(En millions de francs.)

	1987	1988	Variation %
I- SECTION COMMUNE	2.692,7	2.774,2	+ 3,0
II- SECTION AFFAIRES SOCIALES	34.409,9	34.911,6	+ 1,5
III- SECTION EMPLOI	66.867,6	74.602,3	+ 11,6
TOTAL BUDGET	103.970,2	112.288,1	+ 8,0

Toutefois, dans un contexte marqué par un souci de maîtrise des finances publiques, la priorité accordée à l'emploi impose des choix dans les autres domaines. En conséquence, et alors que l'ensemble des crédits destinés au ministère se trouvent majorés de 8 %, les dotations demandées au titre de la section "Affaires sociales" ne progressent que de 1,5 % pour s'établir à

34,9 milliards de francs. Une telle évolution s'accompagne cependant d'un effort de rationalisation des dépenses en vue d'assurer le maintien des moyens nécessaires à la poursuite des actions traditionnelles de l'Etat et de dégager des crédits supplémentaires pour répondre aux priorités essentielles et aux nouvelles urgences.

I. EVOLUTION D'ENSEMBLE

Dans un premier temps, il peut paraître utile de resituer l'évolution des crédits de la section Affaires sociales dans une perspective pluriannuelle. Les deux tableaux des pages suivantes permettent donc de comparer les dotations des principaux chapitres budgétaires, telles qu'elles résultent des lois de finances pour 1986 et 1987 et les crédits demandés au titre de 1988.

Deux enseignements se dégagent de cette comparaison :

- d'une part, la structure des crédits de la section Affaires sociales tend à se stabiliser, après avoir subi de très fortes modifications entre 1986 et 1987. On rappellera, pour mémoire, que celles-ci s'expliquaient essentiellement par des transferts liés soit aux premières opérations de la partition des Directions départementales des services sanitaires et sociaux (D.D.A.S.S.), soit aux modifications dans les attributions et compétences du Ministère;

- d'autre part, il apparaît qu'en 1988 le principal effort de maîtrise des dépenses publiques porte sur les dotations destinées aux moyens des services. Parallèlement, les interventions publiques sont majorées globalement de 1,35 % tandis que pour la deuxième année consécutive, les dépenses d'investissement enregistrent une progression particulièrement sensible en ce qui concerne les crédits de paiement.

Au bénéfice de ces deux observations, votre rapporteur se propose donc de présenter les principales mesures nouvelles prévues au titre de l'année 1988.

Tableau n° 1

Evolution des principaux postes de la section "Affaires sociales"
entre 1986 et 1988

(en millions de francs)

	1986	1987	1988
TITRE III : Moyens des services	1.896,50	2.484,12	2.446,56
dont :			
• Rémunérations d'activités et charges sociales	1.685,00	1.620,70	1.630,62
• Matériel (chapitre 34-11)	12,57	17,94	13,33
• Service central de protection contre les rayons ionisants	37,81	38,91	38,91
• Subvention à l'Office National pour les Rapatriés	47,07	-	-
• DDASS - Remboursement des dépenses de personnel (chapitre 37-12)	-	172,39	170,54
• DDASS - Dépenses diverses (chapitre 37-13)	-	519,84	483,10
• Subventions diverses	113,96	114,30	110,03
TITRE IV : Interventions publiques	32.790,90	30.894,60	31.313,05
A. Interventions sanitaires	905,83	650,94	678,06
dont :			
• Programmes de protection et de prévention sanitaires	133,37	113,25	117,55
• Actions services obligatoires de santé	509,36	254,85	277,67
• Lutte contre la toxicomanie	263,10	294,25	294,25
B. Interventions sociales	29.701,92	29.138,10	29.534,69
• Actions en faveur des femmes	-	72,00	72,00
• Remboursement I.V.G.	200,00	175,00	172,00
• Action sociale obligatoire	5.748,25	5.557,38	5.588,70
• Personnes dépourvues de domicile de secours	1.291,17	1.438,70	1.441,20
• F.N.S.	243,98	265,48	283,00
• Remboursements aux départements et communes	798,70	859,34	800,60
• Contribution de l'Etat au financement de l'A.A.H	12.850,00	12.500,00	13.224,00
• Programmes d'action sociale	754,93	500,07	609,80
• Subvention à divers régime de protection sociale	7.734,62	7.684,22	7.245,43
• Sociétés mutualistes	66,00	74,50	86,50
C. Interventions diverses			
• Formation des professions sanitaires et sociales	995,59	968,06	963,00
• Participation de l'Etat au fonctionnement des DDASS et des C.O.H.	788,29	-	-
• Interventions en faveur des travailleurs migrants	346,18	107,23	106,83
TITRES V et VI : Dépenses en capital			
<u>Autorisations de programme</u>	<u>966,49</u>	<u>1.087,00</u>	<u>1.100,58</u>
<u>Crédits de paiement</u>	<u>1.033,80</u>	<u>1.031,18</u>	<u>1.151,98</u>
dont :			
<u>Subvention d'équipement sanitaire</u>			
• Autorisations de programme	588,00	617,75	600,00
• Crédits de paiement	528,00	623,00	650,00
<u>Subvention d'équipement social</u>			
• Autorisations de programme	333,43	430,70	450,00
• Crédits de paiement	461,00	370,00	452,50

Tableau n° 2

Variation des principaux postes de la section "Affaires sociales"
(1987/1988)

(en millions de francs)

	1987	1988	variation	
			en MF	en %
TITRE III : Moyens des services	2.484,12	2.446,56	- 37,56	- 1,5
dont :				
• Rémunérations d'activités et charges sociales	1.620,70	1.630,62	+ 9,9	+ 0,6
• Matériel (chapitre 34-11)	17,94	13,33	- 4,6	- 25,6
• Service central de protection contre les rayons ionisants	38,91	38,91	-	-
• DDASS - Remboursement des dépenses de personnel (chapitre 37-12)	172,39	170,54	- 1,85	- 1,0
• DDASS - Dépenses diverses (chapitre 37-13)	519,84	483,10	- 36,74	- 7,0
• Subventions diverses	114,30	110,03	- 4,27	- 3,7
TITRE IV : Interventions publiques	30.894,60	31.313,05	+ 418,45	+ 1,35
<u>A. Interventions sanitaires</u>	<u>650,94</u>	<u>678,06</u>	<u>+ 27,12</u>	<u>+ 4,2</u>
dont :				
• Programmes de protection et de prévention sanitaires	113,25	117,55	+ 4,39	+ 3,8
• Actions services obligatoires de santé	254,85	277,67	+ 22,82	+ 8,9
• Lutte contre la toxicomanie	294,25	294,25	-	-
<u>B. Interventions sociales</u>	<u>29.138,10</u>	<u>29.534,69</u>	<u>+ 396,59</u>	<u>+ 1,4</u>
• Actions en faveur des femmes	72,00	72,00	-	-
• Remboursement I.V.G.	175,00	172,00	- 3,0	- 1,7
• Action sociale obligatoire	5.557,38	5.588,70	+ 31,32	+ 0,5
• Personnes dépourvues de domicile de secours	1.438,70	1.441,20	+ 2,5	+ 0,2
• F.N.S.	265,48	283,00	+ 17,52	+ 6,6
• Remboursements aux départements et communes	859,34	800,60	- 58,74	- 6,8
• Contribution de l'Etat au financement de l'A.A.H	12.500,00	13.224,00	+ 724	+ 5,8
• Programmes d'action sociale	500,07	609,80	+ 109,73	+ 21,9
• Subvention à divers régime de protection sociale	7.684,22	7.245,43	- 438,79	- 5,7
• Sociétés mutualistes	74,50	86,50	+ 12	+ 16,1
<u>C. Interventions diverses</u>	<u>1.105,55</u>	<u>1.100,28</u>	<u>- 5,27</u>	<u>- 0,5</u>
• Formation des professions sanitaires et sociales	968,06	963,00	- 5,06	- 0,5
• Interventions en faveur des travailleurs migrants	107,23	106,83	- 0,4	- 0,3
• Recherche et interventions dans le domaine de la pharmacie	20,3	20,3	-	-
TITRES V et VI : Dépenses en capital				
<u>Autorisations de programme</u>	<u>1.087,00</u>	<u>1.100,58</u>	<u>+ 13,58</u>	<u>+ 1,2</u>
<u>Crédits de paiement</u>	<u>1.031,18</u>	<u>1.151,98</u>	<u>+ 120,8</u>	<u>+ 11,7</u>
dont :				
<u>Subvention d'équipement sanitaire</u>				
• Autorisations de programme	617,75	600,00	- 17,75	- 2,8
• Crédits de paiement	623,00	650,00	+ 27,0	+ 4,3
<u>Subvention d'équipement social</u>				
• Autorisations de programme	430,70	450,00	+ 19,3	+ 4,5
• Crédits de paiement	370,00	452,50	+ 82,5	+ 22,3

II. LES MOYENS DES SERVICES

Ils s'élèvent à 2.446,6 millions de francs et enregistrent une nette diminution (- 1,5 %) par rapport aux dotations de l'exercice précédent. Pour la seconde année consécutive, ces moyens sont largement affectés par de nombreuses opérations de transfert liées à la partition des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S.).

1. La partition des D.D.A.S.S.

Depuis le 1er août 1987, la partition fonctionnelle des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales est achevée. Aussi, est-il désormais nécessaire de compléter cette opération par un partage définitif des dépenses de personnel et de fonctionnement.

S'agissant du personnel, le nombre d'emplois de l'Etat actuellement mis à la disposition des départements s'élève à 2.700, alors que le nombre d'emplois départementaux mis à la disposition de l'Etat atteint 7.900.

Or, la loi du 11 octobre 1985 a posé le principe d'une prise en charge progressive, par l'Etat et les départements, des dépenses de personnel correspondant aux emplois mis à leur disposition. Ce transfert s'effectue dès lors qu'une vacance est constatée ou lorsque l'agent présente une demande d'option.

Le projet de budget pour 1988 comporte donc la traduction financière des transferts de prise en charge à opérer pour 1987 et 1988. Globalement, l'Etat créera 597 emplois dans les services et en supprimera 548 dans les services mis à la disposition des départements. L'essentiel de ces mouvements sont donc retracés dans la section "Affaires sociales" qui prévoit, à ce titre, 533 suppressions d'emplois et 586 créations. Le solde de cette opération - soit 11 créations et 15 suppressions - apparaît à la section commune.

En terme de crédits de rémunération, cette opération est relativement neutre (- 1 million de francs) pour la section Affaires sociales. En revanche, elle autorise une économie de 11 millions de francs sur le chapitre 37-12 "D.D.A.S.S. - Frais de personnel" et qui s'explique par le fait que 98 emplois repris par l'Etat faisaient jusqu'à présent l'objet d'un remboursement aux départements.

En ce qui concerne les **dépenses de fonctionnement**, une première répartition avait déjà été arrêtée dans le cadre de la loi de finances pour 1987 sur la base du compte administratif de 1984. Les crédits alors attribués aux D.D.A.S.S. - Etat ont été globalisés sur un chapitre 37-13 du budget des Affaires sociales. Or, en principe, la ventilation des moyens doit être effectuée à partir des résultats définitifs de 1986. Compte tenu des derniers éléments connus, il est aujourd'hui proposé de restituer 50 millions de francs aux départements. Cette opération fait donc l'objet d'un transfert en direction de la dotation générale de décentralisation inscrite au budget de l'Intérieur.

2. Le fonctionnement des services

En dehors des mouvements dus à la partition des D.D.A.S.S., on relève trois principales mesures :

- le regroupement, sur le chapitre 37-13 "D.D.A.S.S. - Dépenses diverses", des crédits de différentes dotations précédemment dispersées dans le budget des Affaires sociales: contrôle sanitaire aux frontières (soit 7,4 millions de francs), vacation des médecins membres des comités médicaux départementaux (4,1 millions de francs),

- une réduction de 2 millions de francs (- 11 %) - hors transfert - des **crédits de matériel des services de la protection et de la prévention sanitaires**. Une telle évolution s'explique exclusivement par la suppression des dotations de protection sanitaire et de sécurité routière (3 millions de francs), le Ministère ne pouvant faire face à l'augmentation du tarif horaire de certaines prestations hélicoptées (+ 52 % en 1987). Les autres dotations sont actualisées au taux de 1 %,

- la suppression de 187 emplois dans les services extérieurs des Affaires sanitaires et sociales et qui autorise une économie de 14 millions de francs.

En revanche, les subventions de fonctionnement versées à divers organismes sont pratiquement reconduites en francs courants. Ainsi :

- les établissements nationaux pour jeunes sourds et aveugles bénéficient de 48,8 millions de francs, soit 0,1 million de moins que l'an dernier (- 0,2 %);

- la dotation destinée à l'Institut de l'enfance et de la famille se stabilise à 5,5 millions de francs;

- l'Ecole nationale de la Santé publique se voit dotée de 52,4 millions, soit un chiffre pratiquement identique à celui de 1987. Toutefois, cette absence d'évolution recouvre en fait deux mouvements : un ajustement aux bescins à hauteur de 0,93 million de francs et une mesure d'économie de 0,98 million qui s'explique pour une large fraction par la suppression de quatre emplois;

- enfin, les subventions de fonctionnement versées à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (3,1 millions) et au Service central de protection contre les rayons ionisants (38,9 millions) sont strictement maintenues à leur niveau de 1987.

III. LES INTERVENTIONS PUBLIQUES

Avec 31,313 millions de francs, elles représentent 89,7 % des crédits de la section "Affaires sociales". Par rapport à 1987, ces moyens connaissent une progression de 1,35 %, soit 418,4 millions de francs. D'une manière générale, les interventions conduites à ce titre peuvent s'organiser autour de trois grandes masses.

1. Les interventions sanitaires

Elles s'élèvent à 678 millions de francs, en augmentation de 4,2 % par rapport à 1987.

Les programmes de protection sanitaire mobilisent 117,5 millions de francs (+ 3,8 %). En particulier, on relève un crédit supplémentaire de 15 millions destiné à financer des campagnes d'information sur le **SIDA**, ainsi que des interventions en direction des groupes à risques. En revanche, les crédits des **secours d'urgence** sont réduits de 10 millions de francs (- 25 %). En effet, il n'appartient plus à l'Etat de contribuer aux dépenses de fonctionnement des SAMU. Les 31 millions restant inscrits à ce titre seront donc essentiellement consacrés au développement des "centres 15" (40 en 1988 contre 27 actuellement).

Les actions et services obligatoires de santé représentent 277,6 millions de francs et progressent de 8,9 % par rapport à 1987. En particulier, 7,6 millions de francs sont inscrits au titre de la lutte contre le **SIDA** et représentent la participation de l'Etat aux actions de dépistage de cette maladie. La lutte contre l'alcoolisme bénéficie de 5,5 millions de francs supplémentaires (+ 4,4 %) en vue d'équiper en centres d'hygiène alimentaire les départements qui en sont actuellement dépourvus. De même, les moyens des **services de santé de Mayotte et des Iles Wallis et Futuna** sont considérablement renforcés (+ 10 millions de francs, soit + 27,8 %). Les autres crédits et en particulier ceux destinés au contrôle des règles d'hygiène ou à la lutte contre les épidémies sont pratiquement reconduits en francs courants.

Les crédits destinés à l'**hébergement et au traitement des toxicomanes** restent stables à 282,8 millions. On rappelle cependant que ce type d'intervention bénéficie en cours d'année, d'une partie des moyens affectés à la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie et qui se trouvent inscrits au ministère de la Justice.

2. Les interventions sociales

Le projet de budget prévoit 29,53 milliards de francs à ce titre, soit 1,4 % de plus qu'en 1987. Ainsi, grâce à une certaine rationalisation des dépenses, l'Etat pourra poursuivre son action dans ces différents domaines.

Les crédits destinés à la **Délégation à la condition féminine** sont reconduits en francs courants, soit 72 millions de francs, ce qui permettra de poursuivre notamment les actions de promotion de la femme au travail et de la femme mère de famille.

Parallèlement, et compte tenu de la consommation effective des crédits durant le premier semestre 1987 - soit 82 millions de francs - il est proposé d'ajuster la dotation relative au **remboursement de l'interruption volontaire de grossesse**. Les moyens prévus à ce titre reviennent donc à 172 millions de francs en 1988, soit une diminution de 1,7 % par rapport à leur niveau de l'an dernier.

L'**action sociale obligatoire** mobilise 5.588,7 millions (+ 0,5 %). Toutefois, cette évolution d'ensemble doit s'interpréter en tenant compte du transfert - sur un autre chapitre - des crédits afférents à la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle, soit 53,2 millions de francs. La principale mesure nouvelle est l'inscription d'un crédit de 55 millions de francs afin de financer 1.000 places supplémentaires dans les centres d'aide par le Travail. En revanche, la simple actualisation des moyens prévus au titre des **centres d'hébergement** (1,79 milliard) ne permet pas d'envisager l'ouverture de nouveaux centres. Enfin, les frais de tutelle de l'Etat sont ajustés (+ 16,8 millions, soit + 26 %) pour tenir compte des prévisions de dépenses effectives pour 1987.

- Pour la même raison, les **dépenses du fonds national de solidarité en faveur des ressortissants de l'aide sociale** sont majorées de 17,5 millions et atteignent 283 millions de francs.

Les **dépenses afférentes aux personnes dépourvues de domicile de secours** sont apparemment stables (1,441 milliard). Toutefois, si l'on diminue l'impact du transfert de 53,2 millions précédemment évoqué, elles diminuent de 50,7 millions de francs, soit - 3,5 %. Cette évolution négative

s'explique par le fait que la dotation de 1987 comportait un «et de rattrapage important. Celui-ci étant achevé, il est donc possible de réduire légèrement les crédits correspondants, étant précisé que ceux-ci sont traditionnellement complétés en cours d'année par rattachement de fonds de concours.

L'Etat ayant apuré sa dette à l'égard des communes, il est possible de réduire de 59 millions de francs les **crédits destinés aux remboursements des dépenses sociales antérieures à 1984**. Les 800,6 millions qui demeurent inscrits à ce titre permettront d'assurer les engagements pris à l'égard des départements.

La contribution de l'Etat au financement de l'allocation aux adultes handicapés est majorée de 724 millions et atteint 13.224 millions de francs. Une telle évolution résulte d'un ajustement aux besoins de 625 millions auquel s'ajoute un transfert de 99 millions en provenance de la section Emploi et qui correspond à l'incidence sur 1988 de la réforme de la garantie de ressources.

Les programmes de protection sociale mobilisent 609,8 millions de francs, en progression de 21,9 % par rapport à 1987. Cette majoration est essentiellement due à un renforcement de 100 millions (+ 33 %) des moyens de lutte contre la pauvreté et destinée, en particulier, au financement des compléments locaux de ressources. Parallèlement, la subvention attribuée pour les postes d'auxiliaires de vie est réévaluée de 2 % - soit 3 millions de francs - alors que 2 millions supplémentaires (+ 25 %) sont dégagés en faveur de l'opération "prévention été". L'action sociale générale bénéficie de 5 millions complémentaires (+ 13,3 %) afin d'honorer les engagements de l'Etat dans le cadre des contrats de plan en faveur des familles nombreuses. Parallèlement, un complément de 2,7 millions est destiné à permettre aux fédérations de poursuivre leurs actions en direction des familles. En revanche, on relève une réduction de 3,1 millions sur les crédits destinés aux actions sociales en faveur des personnes âgées qui reviennent ainsi à 19,4 millions de francs. Malgré cette économie, il sera possible de consacrer 8 millions à l'aide à l'amélioration de l'habitat.

Les subventions à divers régimes de sécurité sociale régressent de 438 millions de francs pour revenir à 7,24 milliards (- 5,7 %), du fait de l'impact des mécanismes de compensation démographique.

Enfin, les dotations destinées à la **majoration des rentes mutualistes des anciens combattants** bénéficient d'un ajustement aux besoins de 12 millions de francs, soit + 16,2 %.

3. Les interventions diverses

Elles représentent 1.100,58 millions de francs, soit un montant pratiquement identique à celui de 1987 (- 0,5 %).

Les **crédits de formation** sont reconduits en francs courants. Toutefois, cette stabilité d'ensemble recouvre des situations très diverses :

- les moyens destinés aux actions de formation dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme sont majorés de 0,1 million de francs (soit + 10,7 %),

- la subvention versée aux centres de formation des travailleurs sociaux est portée à 374,7 millions de francs (+ 1,2 %),

- les crédits consacrés aux écoles de sage-femme et d'infirmière sont reconduits en francs courants (367 millions). De ce fait, il sera nécessaire de poursuivre l'effort de rationalisation des structures entrepris depuis quelques années,

- les dotations destinées aux bourses sont réduites de 9,7 millions (- 6,2 %).

Les **actions en faveur des travailleurs migrants** mobilisent 106,8 millions de francs (- 0,6 %). Toutefois, les dotations destinées aux contrats d'agglomération sont maintenues à leur niveau de 1987, soit 19,8 millions, et l'essentiel de l'économie proposée porte sur les subventions versées à diverses associations.

IV. LES DEPENSES EN CAPITAL

Après avoir enregistré une très forte augmentation en 1987 (+ 12,5 %), les autorisations de programme tendent à se stabiliser. Elles représentent 1.100,58 millions en 1988, soit une

majoration de + 1,2 % par rapport à l'exercice précédent. Parallèlement, les crédits de paiement sont renforcés à hauteur de 121 millions de francs et atteignent 1.151,9 millions, marquant ainsi une progression de 11,7 %. Il convient cependant de préciser que ces moyens ont été à nouveau majorés de 19,5 millions de francs, en autorisations de programme et crédits de paiement, lors de l'examen du Budget par l'Assemblée nationale.

1. Les investissements exécutés par l'Etat

Le projet de budget prévoit à ce titre 41,7 millions de francs en autorisations de programme et 40,3 millions de francs en crédits de paiement. Par rapport à 1987, ces moyens progressent donc globalement de 40 %.

En particulier, on notera l'apparition d'un crédit nouveau de 6 millions en autorisations de programme et 2 millions en crédits de paiement, destiné à permettre le lancement d'un vaste programme de rénovation dans les thermes nationaux d'Aix-les-Bains.

Parallèlement, les autorisations de programme affectées au laboratoire national de la santé sont considérablement renforcées et atteignent 6 millions de francs (+ 69,9 %).

Enfin, les importants travaux à réaliser dans l'Institut national des jeunes sourds et aveugles de Paris justifient un accroissement sensible des crédits d'investissement inscrits en faveur des établissements à caractère social.

2. Les subventions d'équipement

L'année 1988 est caractérisée par une forte progression des crédits de paiement qui passent de 1.002 millions de francs à 1.111 millions (+ 10,9 %). En revanche, les autorisations de programme connaissent une évolution plus lente et atteignent 1.059,1 millions de francs, soit 1,5 % de plus qu'en 1987. Toutefois, cette évolution d'ensemble recouvre des situations très diverses.

S'agissant des **subventions d'équipement sanitaire**, la priorité sera donnée à la modernisation et à l'humanisation des C.H.R. A cet effet, 240 millions de francs en autorisations de programme (+ 4,7 %) et 260 millions de francs en crédits de paiement (+ 8,1 %) sont prévus. Par ailleurs, 370 millions en crédits de paiement (+ 2,6 %) et 340 millions de francs en autorisations de programme (- 8 %) permettront de poursuivre les contrats de plan "thermalisme" et les opérations d'investissement ou d'équipement dans les établissements autres que les C.H.R.

En ce qui concerne les **subventions d'équipement social**, les dotations destinées à la transformation des hospices connaissent une nouvelle et forte progression. Les autorisations de programme sont majorées de 20 millions (+ 5,9 %) tandis que les crédits de paiement passent de 271 millions en 1987 à 359,2 millions en 1988 (+ 32,5 %). De même, les établissements pour enfants et adultes handicapés bénéficient également de dotations complémentaires tant en autorisations de programme (+ 5,2 %) qu'en crédits de paiement (+ 2,5 %).

On peut cependant regretter que l'Etat réduise son effort budgétaire en faveur des structures d'accueil pour enfants en bas âge. En effet, les crédits de paiement prévus à ce titre régressent de 26,8 % pour revenir à 6 millions de francs. Toutefois, il convient de souligner que ces moyens sont largement relayés par le Fonds national d'action sociale, dont le budget prévoit de consacrer 170 millions aux contrats crèches en 1988.

*

* *

Lors de l'examen du budget par l'Assemblée nationale, le Gouvernement a d'ailleurs souhaité compléter les dotations de la section affaires sociales sur trois points :

- d'une part, il est prévu 9 millions de francs supplémentaires afin de permettre la création de 170 nouvelles places d'accueil dans les centres d'aide par le travail. En définitive, ce sont donc 1.170 places supplémentaires qui pourront être ouvertes en 1988 ;

- parallèlement, une dotation complémentaire de 5 millions de francs est destinée à financer un relèvement du plafond des

rentes mutualistes que les anciens combattants peuvent se constituer avec l'aide de l'Etat ;

- enfin, il a été décidé de majorer de 19,5 millions de francs les subventions d'équipement sanitaire, en autorisations de programme et crédits de paiement, afin notamment :

- . de réaliser des travaux de rénovation dans les hôpitaux situés sur le site des Jeux olympiques d'Albertville (10 millions de francs),
- . de dégager 4,5 millions de francs pour les travaux à conduire dans les centres anticancéreux,
- . d'accorder une subvention de 1 million de francs au groupement d'intérêt économique "Institut du médicament".

Si l'on se limite au strict plan budgétaire, la lutte contre les fléaux sociaux et la pauvreté, l'hébergement des personnes âgées et l'action en faveur des handicapés apparaissent comme les principales priorités retenues pour 1988.

Toutefois, à l'évidence, une telle approche demeure trop ponctuelle. En effet, les crédits prévus au titre de la section "Affaires sociales" ne représentent qu'une faible partie de l'effort réel consenti par l'Etat. Ainsi, les mesures législatives et fiscales adoptées en faveur des familles, des personnes âgées et des handicapés constituent également un volet particulièrement important de l'action conduite en ces domaines.

En outre, il convient de rappeler que l'Etat n'est que l'un des intervenants qui, avec les collectivités locales et les régimes de protection sociale, anime la politique sociale de notre pays. Ainsi, les 34,9 milliards prévus à ce titre dans le cadre du budget de l'Etat apparaissent bien ténus lorsqu'on les rapproche des 1.300 milliards du budget social de la Nation.

En fait, les actions conduites à partir des crédits de la section "Affaires sociales" s'analysent comme le prolongement - ou le moteur - d'interventions incomparablement plus vastes, mettant en cause des masses financières particulièrement importantes et débouchent sur de véritables problèmes de société.

CHAPITRE II

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANCAISE ET SES CONSEQUENCES SOCIALES

Le vieillissement de la population est désormais un phénomène commun à l'ensemble des pays industriels. Résultat d'une baisse de la natalité et d'une augmentation de l'espérance de vie, ce mouvement risque de se traduire dans certains pays européens par une réduction de la population totale, et donc du nombre d'actifs, aggravant ainsi les difficultés de financement des retraites, des soins et des services sociaux pour personnes âgées.

Dans ce contexte général, la France occupe certes une position médiane. Toutefois, il convient d'agir dès maintenant pour que notre société puisse résister à cette pression démographique tout en offrant aux personnes âgées des conditions d'existence dignes et décentes.

I. LES PERSPECTIVES DEMOGRAPHIQUES

La situation démographique actuelle de la France, telle qu'elle résulte de la pyramide des âges, conditionne de manière pratiquement irréversible l'évolution et la structure de la population adulte au cours des vingt prochaines années. A cet égard, deux enseignements se dégagent :

1. Une augmentation sensible du nombre de personnes âgées de plus de soixante ans

Poursuivant une tendance amorcée depuis plus de quinze ans, le nombre de personnes âgées de plus de soixante ans va croître régulièrement pour atteindre 12 millions en l'an 2005, soit 2 millions de plus qu'actuellement (+ 20,8 %). Une telle évolution s'explique :

* par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses nées après la première guerre mondiale;

* par l'allongement de la durée de la vie, liée au progrès de la médecine, mais aussi à l'amélioration des conditions d'existence de la population. Ainsi pour un homme, l'espérance de vie après 60 ans est passée de 17 ans en 1977 à près de 18 ans actuellement.

Cette évolution d'ensemble recouvre en outre un phénomène ponctuel : une croissance plus rapide de la population très âgée. En effet, l'effectif des "85 ans et plus" devrait passer de 700.000 actuellement à plus d'un million en l'an 2000 (+ 42,8 %), s'accompagnant ainsi d'une augmentation notable du nombre de personnes âgées dépendantes.

2. Une dégradation du rapport actifs/retraités

Parallèlement, l'évolution du nombre des actifs, c'est-à-dire des adultes âgés de 20 à 59 ans, sera plus modérée. En l'an 2005, cette classe d'âge regroupera 31,9 millions de personnes, soit 9,9 % de plus qu'actuellement.

En conséquence, le rapport population âgée de 20 ans à 60 ans/population âgée de 60 ans ou plus se dégradera de manière importante, comme en témoigne le tableau suivant :

Année	Rapport
1985	2,91
1990	2,79
1995	2,69
2000	2,64
2005	2,65

Source : I.N.E.D.

Si l'on admet que l'âge de la retraite demeure inchangé jusqu'en 2005, le rapport précédent est alors équivalent au ratio actifs potentiels/retraités potentiels.

Sous cette hypothèse, il y a actuellement un retraité potentiel pour trois actifs. Dans l'avenir, cette proportion va s'effriter très rapidement jusqu'en 1995 (1 retraité pour 2,7 actifs). Par la suite, ce mouvement va se ralentir, puis se stabiliser à partir de l'an 2000, époque à laquelle on comptera 1 retraité potentiel pour 2,6 actifs potentiels.

Encore faut-il souligner que cette approche ne fournit qu'une évaluation globale de la charge devant être assurée par les régimes de retraite. En effet, pour ces institutions, l'impact réel du vieillissement de la population se trouve accentué par la montée en puissance, depuis 1950, du travail féminin : aujourd'hui cotisantes, les femmes seront demain de plus en plus nombreuses à devenir ayant droit direct.

A l'évidence, ce vieillissement de la population constitue un défi auquel notre société doit faire face.

En effet, il convient de prévoir dès maintenant des possibilités d'hébergement pour les personnes âgées ayant perdu leur autonomie. En outre, il devient nécessaire d'agir pour que nos régimes de retraite, actuellement fondés sur le principe de la répartition, puissent résister aux pressions qui vont s'exercer sur eux.

II. LA POLITIQUE D'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES

En ce domaine, le Gouvernement entend poursuivre une action articulée autour de deux idées forces :

- la première vise à permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans leur milieu de vie habituel et d'y jouer pleinement le rôle familial et social qui leur revient;

- la deuxième est de disposer, quand le placement devient inévitable, d'une structure d'accueil et de soins diversifiés et gradués, adaptée à la perte progressive de leur autonomie.

1. Le maintien à domicile

En permettant aux personnes âgées de continuer à participer à la vie sociale et culturelle, le maintien à domicile apparaît comme étant la solution la plus favorable. Mise en oeuvre depuis plusieurs années, cette politique prend appui sur quatre éléments principaux : l'aide à l'amélioration de l'habitat, l'aide ménagère, les soins infirmiers à domicile et les services de voisinage.

a) L'aide à l'amélioration de l'habitat

Elle s'intègre dans le cadre de la politique globale en faveur du logement et à ce titre relève essentiellement des départements et du ministère de l'urbanisme et du logement.

Toutefois, il convient de rappeler que les régimes d'assurance vieillesse réalisent également des efforts importants dans ce domaine. Ainsi, la Caisse nationale d'assurance vieillesse a consacré 90,8 millions de francs à l'amélioration de l'habitat en 1986 et réservé 113,6 millions de francs à des opérations de cette nature en 1987.

Enfin, le ministère des Affaires sociales apporte également un soutien ponctuel à certaines régions par l'intermédiaire de contrats spécifiques. C'est ainsi que des opérations programmées d'amélioration de l'habitat ont été menées avec les régions Provence-Côte d'Azur et Bourgogne.

b) Soins à domicile pour personnes âgées

Institués par la loi n° 71-11 du 4 janvier 1978, les services de soins à domicile ont pour objet d'apporter à domicile les prestations de nursage (soins d'hygiène corporelle, prévention des escarres, surveillance,...) et, autant que de besoin, les soins techniques infirmiers nécessaires aux personnes âgées malades ou dépendantes. Ils proposent donc une alternative directe aux soins dispensés dans les services de long séjour et dans les sections de cure médicale des établissements sociaux.

Aussi, les frais afférents à ce type de soins sont-ils pris en charge par les régimes d'assurance maladie.

Répondant à un besoin essentiel, les services de soins à domicile ont connu un développement important au cours des dernières années. Ainsi, et selon les données provisoires de 1986, on recensait à cette date 730 services ayant une capacité globale de 28.228 places, alors qu'il n'existait qu'une centaine de services pour 3.000 places environ en 1981.

On notera cependant que depuis 1983 la nécessaire maîtrise des dépenses d'assurance maladie a conduit les pouvoirs publics à ralentir le rythme d'expansion des services de soins à domicile. Les nouvelles créations s'effectuent désormais par redéploiement de postes et de moyens existants au sein des établissements sanitaires et sociaux. Cette procédure, qui permet d'optimiser l'utilisation des capacités, a permis l'ouverture de 40 nouveaux services entre juin 1986 et juin 1987.

c) L'aide ménagère

Les prestations d'aides ménagères occupent également une place prééminente dans le dispositif du maintien des personnes âgées dans leur cadre de vie habituel. Touchant désormais plus de 500.000 bénéficiaires, elles sont principalement financées par deux organismes :

- les départements qui, au titre de l'aide sociale, peuvent accorder cette aide aux personnes dont les ressources sont

inférieures au plafond d'octroi de l'allocation aux vieux travailleurs salariés ;

- les caisses de retraites qui accordent alors cette prestation sous forme d'aide individuelle à leurs ayants droit dont les ressources excèdent le plafond précédent.

d) Les services de voisinage

Les services et équipements de voisinage complètent utilement l'action des grandes prestations que sont l'aide ménagère et les soins à domicile. Prenant la forme de structures alternatives à l'hospitalisation, tels que appartements thérapeutiques, centres de jour, ou de services de petits dépannages (portage de repas, téléalarme, transport), ils facilitent de manière importante le maintien à domicile des personnes âgées.

Depuis la loi de décentralisation, le soutien à ce genre d'initiative relève désormais de la compétence des départements. Toutefois, l'Etat subventionne -de manière ponctuelle- certaines expériences qui paraissent particulièrement intéressantes ou novatrices.

Dans l'ensemble, il apparaît donc que l'essentiel des actions de maintien à domicile sont maintenant assurées, soit par les départements, soit par les régimes d'assurances sociales.

Toutefois, l'Etat continue de soutenir ses actions les plus innovantes. A cet effet, 19,4 millions de francs sont prévus dans le projet de budget pour 1988, dont 3,25 millions au titre des subventions aux grandes associations, 8 millions destinés à l'amélioration de l'habitat et 2,5 millions sous forme d'aides aux comités départementaux et régionaux de retraités et personnes âgées.

Encore faut-il souligner que l'action de l'Etat ne se limite pas au simple aspect budgétaire.

En effet, par l'intermédiaire de trois récentes mesures, le Gouvernement a souhaité accentuer les efforts faits en faveur du maintien à domicile des personnes âgées.

Ainsi :

- en application de la loi de finances pour 1987, les personnes âgées de plus de 70 ans peuvent désormais déduire de

leur revenu global les sommes qu'elles versent pour l'emploi d'une aide à domicile;

- parallèlement, la loi du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social exonère du paiement des charges sociales, dans la limite de 2.000 francs par mois, les personnes âgées de plus de 70 ans lorsqu'elles emploient directement un intervenant à domicile.

- enfin, la même loi du 27 janvier 1987 a permis d'instituer les associations intermédiaires, dont l'objectif est d'embaucher des personnes dépourvues d'emploi afin d'exercer des activités de courte durée ou de caractère occasionnel (petites réparations, garde, etc...). De ce fait, ces associations devraient trouver dans le secteur de l'aide à domicile, un champ d'activité particulièrement important complémentaire de celui des services existants.

2. L'adaptation des structures d'accueil

Lorsque le maintien à domicile ne peut être réalisé avec des garanties suffisantes quant à la sécurité de la personne âgée, l'hébergement nécessaire doit être conçu pour permettre la sauvegarde des liens avec le milieu habituel. Dans cette optique, l'action des pouvoirs publics s'organise autour de deux priorités :

- poursuivre et améliorer la politique de transformation et d'humanisation des hospices ;

- médicaliser le dispositif d'accueil.

a) La politique de transformation et d'humanisation des hospices

Ce programme a été défini dans le cadre de la loi du 30 juin 1975. Celle-ci prévoyait que les hospices, qui recouvrent soit des hospices publics autonomes, soit des sections d'hospice rattachées à des hôpitaux, devraient être transformés dans un délai de quinze ans soit en unités sanitaires de long séjour, soit en unités sociales ou médico-sociales.

L'objectif recherché est de transformer ces lits d'hospice pour en faire de véritables lieux de vie, étant précisé que la transformation se traduit, certes, par un changement de statut

juridique, mais doit également s'accompagner d'une modification des locaux (rénovation ou modernisation).

Actuellement en cours, ce programme se poursuit désormais à un rythme rapide. Ainsi, au 1er juin 1987, sur 214.000 lits d'hospices originels, plus de 126.000 ont été transformés en lits de maisons de retraite, de moyen ou court séjour, ou en établissement pour handicapés.

Un effort financier particulier a d'ailleurs été consenti dans le cadre du budget de l'Etat en 1987. En effet, les autorisations de programme ont progressé de plus de 39 % par rapport à 1986. Le présent projet de budget prolonge cette tendance et prévoit de consacrer 20 millions de francs supplémentaires à la réalisation de ces opérations. En outre, et selon les informations communiquées à votre rapporteur, les moyens mobilisés à ce titre par la Caisse nationale d'assurance vieillesse devraient également être majorés.

b) Le développement des sections de cure médicale

Mis en oeuvre par la loi du 30 juin 1975, ce programme repose sur une médicalisation des structures d'accueil afin de les adapter aux besoins spécifiques des personnes âgées en perte d'autonomie et éviter ainsi le recours systématique à l'hospitalisation.

Là encore, des progrès importants ont pu être enregistrés au cours des dernières années. Alors que le nombre de places en sections de cure médicale s'élevait à 22.394 à la fin de 1982, il atteignait 65.567 en 1986, soit un triplement en l'espace de cinq ans.

On remarquera cependant que depuis 1983, les créations de nouvelles sections sont subordonnées aux possibilités de redéploiement en moyens et en personnel à l'échelon départemental.

En pratique, les créations sont donc obtenues grâce à une restructuration des établissements suréquipés, surencadrés ou inadaptés aux besoins de la population.

A l'évidence, une telle procédure a un seul objectif : préserver l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Toutefois, pour éviter que ces impératifs financiers ne gênent le nécessaire développement des sections de cure médicale, le secteur des personnes âgées est considéré, depuis 1987, comme prioritaire pour la réaffectation des moyens. En conséquence, il devrait être

possible de dégager 756 postes pour un équivalent de 3.520 places nouvelles cette année.

c) Un impératif : évaluer les besoins

En 1984, dernière année statistique connue, les établissements d'hébergement pour personnes âgées valides ou invalides offraient une capacité d'accueil de plus de 500.000 lits, répartie entre :

- les logements foyers (118.900 lits),
- les maisons de retraite privées (112.300 lits),
- les hospices et maisons de retraite publiques autonomes (96.000 lits),
- les sections d'hospice et maisons de retraite des hôpitaux publics (115.000 lits),
- les services de long séjour des hôpitaux (59.800 lits).

L'ensemble de ces établissements fonctionne désormais à pleine capacité. Ainsi, en 1985, leur taux d'occupation était rarement inférieur à 95 %.

Dans ces conditions, il devient nécessaire de s'interroger sur le niveau des besoins qui restent à satisfaire et l'ampleur des efforts à réaliser pour que, dans l'avenir, les personnes âgées dépendantes puissent trouver les structures d'hébergement adaptées à leur situation.

Or, selon les informations communiquées à votre rapporteur, il n'y a pas, à l'heure actuelle, d'indice permettant d'évaluer les besoins réglementaires dans le domaine des équipements sociaux, contrairement à ce qui existe dans le domaine sanitaire.

Certes, il convient de rappeler que depuis l'adoption des lois de décentralisation, l'accueil et l'hébergement de personnes âgées relèvent essentiellement des départements, l'Etat restant compétant pour ce qui est de la médicalisation par l'intermédiaire de la Sécurité sociale dont il assure la tutelle. Toutefois, dans la mesure où la création de nouvelles structures nécessite souvent l'apparition de sections de cure médicale, une meilleure coordination entre les deux intervenants est donc nécessaire.

Dans ces conditions, votre rapporteur souhaite que soient rapidement établis des indices afin d'évaluer, à terme, les besoins

à satisfaire en ce domaine. Seule, une telle démarche permettra de définir un cadre commun à partir duquel l'Etat et les collectivités locales pourront conjuguer leurs efforts pour faire face aux situations les plus urgentes.

III. L'IMPACT SUR LES REGIMES SOCIAUX

A l'évidence, les perspectives démographiques sont essentielles pour évaluer la charge future de nos régimes de retraites. A cet égard, la réduction rapide et significative du rapport actifs potentiels/retraités potentiels apparaît comme un élément particulièrement préoccupant dans un régime d'assurance vieillesse fondé sur le principe de la répartition. Toutefois, cette tendance à la dégradation se trouve accentuée par d'autres facteurs résultant, d'une part, de l'arrivée à maturité de notre régime de protection sociale et d'autre part, de l'environnement économique dans lequel intervient cette évolution.

1. Le contexte

La plupart des règles qui régissent actuellement notre régime d'assurance vieillesse ont été édictées dans une période particulièrement favorable.

En effet, organisé au lendemain de la Libération, notre système de protection sociale a connu durant de nombreuses années une phase de montée en puissance, durant laquelle si tous les actifs cotisent, tous les retraités ne sont pas pensionnés à taux plein. Intervenant en outre dans une phase de forte croissance économique, ce développement s'est accompagné d'une augmentation rapide de l'emploi, c'est-à-dire du nombre de cotisants.

Dans cette conjoncture exceptionnellement favorable, les règles de calcul des droits à pension et l'âge de leur liquidation ont pu être sensiblement assouplies. Parallèlement, le pouvoir d'achat des retraités n'a cessé de s'améliorer. Ainsi, sur la période

1963 - 1984, la pension de retraite moyenne servie par la Caisse vieillesse du régime général a vu son montant multiplier par 13 alors que les prix quintuplaient et que le salaire moyen était multiplié par 10.

Or, depuis maintenant plus de dix ans, ce contexte a profondément évolué :

- les actifs nombreux d'hier deviennent progressivement des retraités. Ayant cotisé durant toute leur vie professionnelle, ils bénéficient de droits à pension beaucoup plus importants que leurs prédécesseurs.

- Parallèlement, le ralentissement sensible de l'expansion économique a entraîné l'apparition d'un fort taux de chômage, limitant ainsi la croissance des effectifs cotisants.

- Enfin, la nécessaire réduction de l'inflation s'est traduite par la mise en oeuvre de politiques salariales rigoureuses, atténuant ainsi l'évolution spontanée des ressources de la caisse d'assurance vieillesse.

Tous ces éléments se combinent aujourd'hui avec les facteurs démographiques et font planer de lourdes menaces sur l'avenir de notre régime de retraite.

2. Les conséquences financières

L'évolution du solde de la Caisse nationale d'assurance vieillesse résume de manière brutale le défi démographique et financier auquel notre société doit aujourd'hui faire face.

Solde de la branche vieillesse (en milliards de francs)

1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
+ 1,07	- 0,6	- 1,06	- 8,84	- 1,65	- 7,89	- 15,6	-11,25	- 19,8

Ainsi, depuis le début de la décennie, la branche vieillesse du régime général présente un déséquilibre désormais structurel.

Le relèvement d'un point des taux de cotisation, effectué en 1984, a été absorbé en moins de trois ans et le déficit prévu pour 1987 devrait atteindre 11,2 milliards de francs en dépit :

- d'un relèvement de 0,7 point du taux de cotisation à partir du 1er août 1986 (rendement 1987 : 8,1 milliards) ;

- du rétablissement, au taux de 0,4 %, d'une contribution sociale assise sur l'ensemble des revenus (4,7 milliards en 1987) ;

- d'un nouveau relèvement -temporaire- de 0,2 point du taux de la cotisation vieillesse à compter du 1er juillet 1987 (0,9 milliard) ;

- d'un prélèvement social exceptionnel sur les revenus du capital (1,3 milliard).

En fait, à législation constante, le déficit se creuse au rythme de 10 à 12 milliards de francs par an. En l'absence de mesures nouvelles, il atteindrait donc 19,8 milliards de francs en 1988, et cette inéluctable tendance à la dégradation devrait se confirmer dans l'avenir. En effet, selon les estimations du comité des Sages, et toujours à législation constante, le volume des prestations vieillesse servies par le régime général devrait s'accroître de 84 % d'ici l'an 2005. Le besoin de financement complémentaire annuel de la caisse vieillesse passerait, en francs constants, de 19,8 milliards en 1988 (0,35 % du P.I.B.) à 67,2 milliards en 1992, soit 1 % du P.I.B.

3. Une réforme est devenue nécessaire

De telles perspectives financières s'avèrent particulièrement inquiétantes. Elles font planer un véritable risque d'éclatement de la société.

Des ajustements sont donc devenus nécessaires, sinon indispensables. Mais, en fait, seul un ralentissement dans le rythme de croissance des dépenses permettra d'assurer la sauvegarde de notre principal régime de retraite. Or, en ce domaine, les pistes sont rares, l'évolution du montant total des prestations étant essentiellement conditionnée par deux éléments : l'âge de départ à la retraite et le mode de calcul des pensions.

a) Encourager le maintien en activité

La dégradation du rapport actifs/retraités est l'un des problèmes majeurs que doit affronter la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Or, seule une modification de l'âge théorique de la retraite peut enrayer cette évolution comme l'indique le tableau suivant.

Age théorique de la retraite nécessaire pour maintenir un rapport actif/retraité proche de son niveau actuel, soit 3

Année	Age de la retraite
1980	59,7
1986	60,4
1990	60,9
2000	61,9
2010	62,6

Source : INED

L'incitation au maintien en activité au-delà de l'âge de soixante ans paraît donc être la réponse la plus appropriée aux problèmes que pose cette évolution. Elle doit cependant s'accompagner de modifications techniques permettant de tenir compte de ces prolongations d'activité, pour évaluer les droits à la retraite.

b) Adapter le mode de calcul des pensions

La cohésion de notre société nécessite que les efforts entrepris pour maintenir l'équilibre du régime d'assurance vieillesse soient partagés aussi équitablement que possible entre actifs et retraités.

Dans cette optique, un réexamen du mode de calcul des pensions paraît donc nécessaire.

Ainsi, actuellement, le décompte de la pension d'un retraité s'effectue en fonction du salaire moyen de ses dix meilleures années. On pourrait donc concevoir que cette période de référence soit progressivement élargie aux 20 ou 25 meilleures années.

De même, il semble désormais inévitable d'indexer la revalorisation des pensions de retraite sur l'évolution des salaires nets, c'est-à-dire après déduction des cotisations sociales et non plus sur celles des salaires bruts, afin d'associer pleinement les retraites tant aux fruits qu'aux aléas de la conjoncture économique.

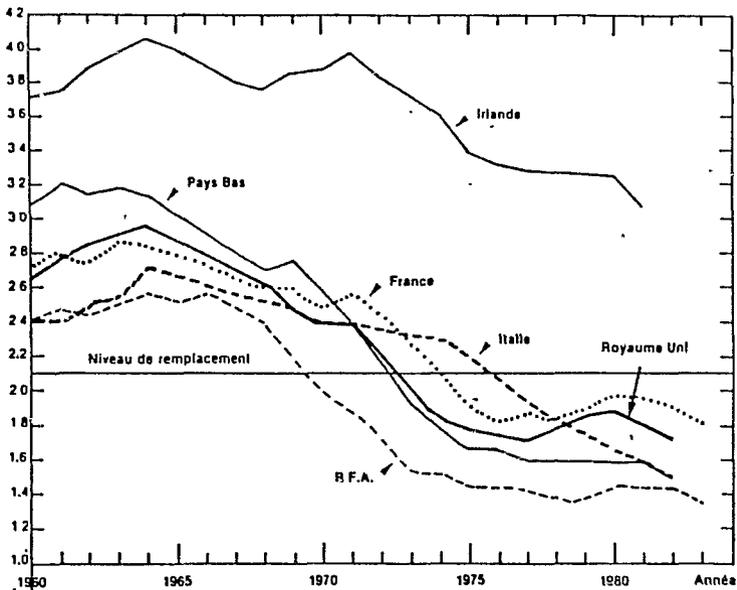
Quelles que soient les réformes retenues, leur mise en oeuvre et donc leur traduction en terme de dépenses ne pourra être que très progressive compte tenu de l'inertie propre au domaine démographique. En conséquence, des mesures de financement complémentaires sont donc inévitables dans un proche avenir.

CHAPITRE III

POLITIQUE FAMILIALE : FAVORISER LA VENUE DU TROISIEME ENFANT

La chute de la natalité est un phénomène commun à l'ensemble de l'Europe. Ainsi, le nombre annuel de naissances dans l'ensemble des dix pays de la C.E.E. a baissé de 30 %, passant de 4,7 millions en 1964 à 3,2 millions en 1978. Depuis cette date, il tend à se stabiliser à un niveau largement inférieur au seuil nécessaire pour assurer le renouvellement des générations. Dans ce contexte, la position de notre pays paraît privilégiée sinon paradoxale. Avec un taux de fécondité égal à 1,8 enfant par femme, la France figure désormais parmi les pays les plus natalistes de l'Europe, juste derrière l'Irlande.

Indicateur conjoncturel de fécondité 1960-1982.
(Nombre moyen d'enfant par femme.)



Source : C.E.E.

L'analyse des statistiques démographiques démontre, en outre, que la fréquence du premier et du second enfant a en fait peu varié. En réalité, la baisse de la natalité s'explique pour l'essentiel par la raréfaction du troisième enfant et, a fortiori, de ceux des rangs supérieurs.

Un tel constat est particulièrement inquiétant. En effet, et en dépit de sa situation privilégiée, la France est comme ses partenaires européens, incapable d'assurer le renouvellement des générations. Combiné avec un allongement sensible de l'espérance de vie, ce facteur entraîne un vieillissement sensible de la population totale, avec les conséquences que cela implique tant au plan social qu'en matière de répartition des charges entre actifs et inactifs. Compte tenu de notre situation démographique actuelle, une dégradation sensible du rapport actifs/retraités est d'ores et déjà acquise pour les vingt prochaines années. Mais la politique familiale conduite aujourd'hui conditionnera les perspectives des années suivantes.

Certes, depuis 1945, la France a toujours su poursuivre une politique familiale ambitieuse, essentiellement centrée sur trois grands objectifs : natalité, redistribution sociale et libération de la femme. Toutefois, force est de constater que l'effort financier fait en ce domaine, s'il reste important, tend cependant à se stabiliser. Ainsi, en 1985, l'effort national en faveur des familles représentait 4 % du P.I.B., soit un niveau identique à celui de 1960.

Enrayer la chute de la natalité suppose donc que soit intensifiée la politique conduite en faveur des familles. Certes, il ne s'agit pas de peser sur la liberté de choix des parents, mais de promouvoir un environnement favorable à l'enfant, en tenant compte des évolutions sensibles qui ont marqué notre société.

Dans cette optique, il apparaît clairement que l'essentiel de l'effort doit porter sur le troisième enfant, qui sera l'élément décisif tant en terme de renouveau démographique.

Les récentes mesures adoptées par le Gouvernement s'inscrivent dans cette logique. Complétant les initiatives prises par les départements en matière d'action sociale, elles se trouvent en effet centrées sur un objectif essentiel : favoriser la venue du troisième enfant.

I. L'ACTION SOCIALE : UN SOUTIEN DE L'ETAT AUX INITIATIVES LOCALES

Pour l'essentiel, l'action sociale en faveur des familles relève des départements, qui lui ont consacré de manière directe 14,4 milliards de francs en 1985. Cependant, cette intervention des collectivités locales se trouve largement appuyée par les régimes de protection sociale qui affectent environ six milliards de francs par an à ce type d'intervention.

Dans ce contexte, et depuis l'adoption des lois de décentralisation, l'action sociale de l'Etat en faveur de la famille reste très marginale. En effet, les crédits prévus à ce titre au chapitre 47-21 du budget des affaires sociales ne représentent que 97 millions de francs. En fait, ces moyens permettent d'appuyer les interventions des collectivités locales. Aussi, les actions de l'Etat prennent-elles très souvent une forme contractuelle avec les départements ou les communes. Elles peuvent également être la préfiguration d'actions qui devront ultérieurement être reprises en compte par les collectivités locales.

Dans le domaine du logement, il s'agit des contrats familles dont la forme primitive a permis de mener dans une cinquantaine de sites des actions exemplaires de prise en compte du fait familial.

Parvenant aux dernières années de leur exécution, ces contrats ont permis d'élaborer une nouvelle politique en faveur du logement des familles nombreuses qui sera mise en oeuvre dans les communes ou groupements de communes désirant contracter avec l'Etat.

Désormais, les crédits nécessaires sont inscrits au budget du comité interministériel pour les villes, 5 millions permettront de financer les études correspondant à 50 contrats.

Sur le budget du ministère des affaires sociales subsistent les crédits destinés aux contrats de la "1ère génération" en fin d'exécution, soit 6,7 millions.

L'action de l'Etat ne se traduit pas forcément en termes budgétaires ainsi, le ministre délégué chargé de la famille envisage-t-elle de conclure avec l'Union nationale des organismes d'H.L.M. une convention concrétisant les efforts conjoints de l'Etat et des organismes en faveur des familles.

Dans le domaine de l'accueil de la petite enfance, l'Etat intervient par l'intermédiaire du fonds de soutien aux crèches à responsabilité parentale.

Ce mode d'accueil des jeunes enfants se développe actuellement et reçoit un bon accueil tout à la fois des parents qui peuvent participer effectivement à la prise en charge de leur enfant sur un mode collectif tout en supportant une moindre charge financière et des responsables locaux qui cherchent à diversifier les modes d'accueil tout en s'assurant de la qualité et d'un prix de revient compatible avec l'évolution des finances locales.

A cet égard, le fonds de soutien aux crèches parentales qui a permis à ce jour d'aider au démarrage de 268 structures regroupant 3.700 places continuera à apporter un concours aux associations de parents qui mettent en place ces structures à hauteur de 2,4 millions.

Dans le même but, l'Etat encourage vivement les caisses d'allocations familiales à élargir leur action en faveur de l'accueil du jeune enfant par le biais des contrats enfance qui seront proposés aux collectivités locales.

Mais, l'action de l'Etat doit également se situer au niveau de la **protection de l'enfance** lorsque la collaboration des services locaux et des services de l'Etat s'impose.

Un domaine tout particulièrement exige cette collaboration. Il s'agit de la prévention des mauvais traitements à l'égard des enfants pour laquelle l'Etat consacrera 1 million.

En ce qui concerne les jeunes en difficultés, l'Etat poursuivra son effort en faveur du logement des jeunes : l'apport financier destiné aux foyers de jeunes travailleurs qui accueillent de plus en plus de jeunes dépourvus d'emploi qu'il faut aider à soutenir socialement sera reconduit.

Les actions de **prévention organisées** pendant l'été connaissent un réel succès chaque année et permettent d'offrir aux jeunes des milieux défavorisés des activités soit sur place soit par départ en camps divers, atténuant fortement les tensions nées du désœuvrement de ces populations. Les moyens consacrés

à ces actions seront augmentés en 1988 de 2 millions et portés ainsi à plus de 10 millions.

Enfin, l'Etat maintiendra sa contribution aux services de voisinage qui sont les centres sociaux par l'intermédiaire de l'aide aux fédérations et aux emplois d'utilité publique. A cet effet, 12,2 millions de francs sont prévus dans le cadre du budget pour 1988.

De même, l'aide aux divers mouvements et associations nationaux familiaux sera reconduite.

II. LA POLITIQUE FISCALE : UN EFFORT SENSIBLE EN FAVEUR DES FAMILLES

La politique fiscale représente l'un des principaux leviers de l'action de l'Etat en faveur des familles.

Outil particulièrement souple, elle autorise une modulation des avantages accordés en fonction du nombre d'enfants à charge ou du mode de vie des parents. Ainsi, les récentes mesures adoptées en ce domaine ont permis d'une part de corriger certaines anomalies fiscales, et d'autre part d'accentuer l'aide de l'Etat en faveur des familles nombreuses ou à revenu modeste.

a) La correction d'iniquités fiscales.

Dans ce domaine, principales mesures ont été adoptées :

- Ainsi, la décote qui, jusqu'à présent, ne bénéficiait qu'aux personnes seules dont l'impôt n'excédait pas 4.000 F a été étendue aux couples mariés. De ce fait, le nombre de familles totalement exonérées de l'impôt sur le revenu s'est trouvé augmenté de 2 millions, tandis que l'impôt de 1,8 million d'autres foyers se trouvait allégé de 30 % en moyenne.

- Une seconde disposition a permis de limiter aux revenus les plus modestes l'avantage de la demi-part supplémentaire du quotient familial dont bénéficient les personnes isolées pour leur premier enfant à charge. Désormais, la réduction d'impôt obtenue du fait de ce mécanisme ne peut excéder 3.000 francs.

Les contribuables de condition moyenne ou supérieure ayant un enfant à charge, qu'ils soient mariés ou non, sont donc maintenant traités de la même façon au plan fiscal.

b) L'adaptation de certains dispositifs.

Parallèlement à cet effort de justice fiscale, plusieurs mesures ont permis d'accroître de manière très sensible les avantages accordés aux familles, et particulièrement aux familles nombreuses :

- une demi-part de quotient familial supplémentaire est désormais attribuée pour chaque enfant à charge à compter du quatrième. En effet, jusqu'alors, seul le troisième enfant bénéficiait de cet avantage .

- le plafond de la déduction pour frais de garde a été porté de 5.000 F à 10.000 F par enfant de moins de cinq ans, dès lors que les deux parents travaillent à temps plein ou à temps partiel, pour l'un deux. Le présent projet de loi de finances propose d'ailleurs de compléter à nouveau ce dispositif, en ouvrant le bénéfice de cette déduction pour frais de garde aux enfants de moins de sept ans.

III. LA REFORME DES PRESTATIONS FAMILIALES

Les prestations sociales versées par la Caisse nationale d'allocations familiales représentent toutefois l'essentiel de l'effort financier réalisé par la collectivité en faveur des familles. Or, par l'intermédiaire de la loi du 29 décembre 1986, le gouvernement a souhaité introduire une réforme ayant un triple objet :

- favoriser la venue du troisième enfant en procédant à une extension radicale de l'allocation parentale d'éducation ;

- aider les mères qui choisissent de poursuivre une activité professionnelle en instituant une nouvelle allocation : l'allocation de garde d'enfant à domicile ;

- rendre le système des prestations familiales plus simple et plus cohérent.

a) Favoriser la venue du troisième enfant

Dans cette optique, l'allocation parentale d'éducation (A.P.E.) a été rénovée de façon importante :

En premier lieu, son montant a été porté de 1.518 F à 2.424 F par mois, soit plus de 50 % du SMIC. En outre, elle est désormais servie jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant de rang trois ou plus.

Ensuite ses conditions d'attribution se trouve élargies du fait d'un assouplissement important de la condition d'activité antérieure nécessaire à l'attribution de la prestation. Elle est en effet versée sous condition d'avoir travaillé un total de deux ans pendant les dix années (et non comme antérieurement pendant les deux ans et demi) précédant la naissance ouvrant droit à la prestation.

Les modalités nouvelles de l'allocation parentale d'éducation donnent le moyen d'arbitrer en faveur de la constitution de familles nombreuses en rendant plus aisée la succession de périodes d'activité professionnelle et de périodes d'activité parentale, c'est-à-dire consacrées à l'éducation des jeunes enfants.

Parallèlement, le congé parental d'éducation a été allongé. La durée de versement de l'allocation parentale d'éducation et celle du congé parental d'éducation coïncident désormais avec l'âge d'entrée à l'école maternelle.

b) Aider les parents qui travaillent à faire garder leurs enfants

A cet effet, une nouvelle prestation a été créée, l'allocation de garde d'enfant à domicile, qui tend à assurer une aide financière aux parents exerçant tous deux une activité professionnelle (ou à la personne seule qui travaille) et qui emploient à leur domicile une personne pour garder leurs enfants de moins de trois ans. Dans cette optique, le montant de l'allocation est déterminé par référence aux cotisations patronales et salariales liées à l'emploi de cette personne, dans la limite d'un plafond de 2.000 F par mois.

c) Simplifier le système des prestations familiales

Résultat d'une stratification de textes le système des prestations familiales se révélait particulièrement complexe. Dans un souci de clarification et de simplification, le gouvernement a donc décidé de supprimer cinq prestations et de rénover les règles relatives à l'allocation au jeune enfant.

Ainsi, ont été supprimés :

- le complément familial dit "maintenu" qui, jusqu'à présent, était versé une année supplémentaire pour le troisième enfant,
- le remboursement aux entreprises du congé d'une durée de trois jours lors de l'accouchement,
- les primes de déménagement,
- les prêts aux jeunes ménages.

Parallèlement, l'ancienne allocation au jeune enfant (AJE), a été aménagée et dénommée allocation pour jeune enfant (APJE). Désormais elle revêt maintenant deux formes :

- l'allocation pour jeune enfant sans condition de ressources qui est versée du quatrième mois de grossesse au troisième mois de vie de l'enfant,
- l'allocation pour jeune enfant sous condition de ressources qui peut être versée à compter du quatrième mois de vie. Destinée à remplacer le complément familial, elle est servie une fois par famille, quel que soit le nombre d'enfants de moins de trois ans. Toutefois, en cas de naissance successive, elle sera versée jusqu'à ce que le dernier enfant atteigne son troisième anniversaire.

Dans l'ensemble, les récentes réformes ainsi mises en oeuvre traduisent un effort sensible et significatif en faveur de la famille. Largement centrées sur la venue du troisième enfant, elles témoignent d'une large prise de conscience du phénomène démographique auquel nous devons faire face. Toutefois, il convient de rappeler que, dans une société où la "norme" est celle du couple dans lequel les deux conjoints exercent une activité professionnelle, l'enfant acquiert un "coût" considérable dès lors que sa naissance oblige -même temporairement- l'un des parents à renoncer à sa profession. Or, toutes les études démontrent que

c'est la venue du troisième enfant qui impose à la mère de cesser son activité.

Une véritable relance de notre natalité suppose donc que le problème du salaire familial soit enfin résolu. L'élargissement de l'allocation parentale d'éducation constitue un premier pas dans cette direction. Mais, pour l'avenir, il est certain que des mesures encore plus significatives devront être mises en oeuvre.

CHAPITRE IV

MAINTENIR LA QUALITE DES SOINS TOUT EN MAITRISANT LEUR COUT

Conséquence directe des considérables progrès de la médecine, l'état sanitaire de la population française s'est profondément modifié au cours des dernières décennies. Les grandes maladies du début du siècle (tuberculose, tétanos, etc...) ont progressivement disparu, entraînant ainsi une augmentation spectaculaire de l'espérance de vie.

Toutefois aujourd'hui, l'impact de ces facteurs tend à se stabiliser et désormais les maladies les plus graves sont, pour l'essentiel, liées à la veillesse, mais aussi au mode de vie : tabagisme, alcool, toxicomanie, accidents de la route.

Parallèlement, les dépenses de santé ont connu une croissance exceptionnelle, passant de 4 % du P.I.B. en 1960 à 8,1 % en 1985 et cette tendance devrait se poursuivre dans l'avenir. Ainsi, l'I.N.S.E.E. prévoit qu'en l'an 2000 les soins absorberont 20 % du budget des Français contre 13 % actuellement, devenant ainsi le premier poste de dépenses devant le logement et l'alimentation.

Cette double évolution pèse, à l'évidence, sur l'organisation de notre système de protection sanitaire. Il convient, d'une part, de l'adapter aux nouvelles contraintes, en modulant ses capacités, en renforçant ses moyens techniques, mais également en développant la prévention et la recherche médicale. D'autre part, il devient nécessaire d'agir afin d'éviter que la croissance des dépenses de santé ne conduise à une véritable explosion de nos régimes d'assurance maladie.

Pour atteindre ces objectifs, de nombreuses solutions peuvent, certes, être avancées. Toutefois, pour votre rapporteur, seule une véritable maîtrise des coûts et une meilleure efficacité des dépenses permettront de concilier, à terme, les contraintes financières qui s'imposent à la collectivité et les aspirations légitimes des Français en matière de santé.

C'est dans ce contexte, certes, très général, mais dont le rappel paraît indispensable, qu'il convient de resituer l'action de l'Etat dans le domaine de la santé.

I. LE PROJET DE BUDGET POUR 1988 PREVOIT UN EFFORT SENSIBLE EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE CERTAINS FLEAUX SOCIAUX

Le projet de budget pour 1988 prévoit de consacrer 678 millions de francs aux interventions publiques (titre IV) dans le domaine sanitaire.

En progression de 4,2 % par rapport à 1987, ces moyens permettront d'intensifier les actions conduites en matière de lutte contre le SIDA et l'alcoolisme. Parallèlement, les crédits destinés à la lutte contre la toxicomanie sont reconduits en francs courants. Toutefois, il faut rappeler que ce type d'interventions bénéficie en cours d'années d'une partie des moyens affectés à la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie et qui se trouvent inscrits au budget de la justice.

1. La lutte contre le SIDA

Elle constitue une des grandes priorités de l'année 1988. Les actions conduites à ce titre bénéficient en effet de 22,6 millions de francs supplémentaires, ce qui porte à 32 millions l'ensemble des crédits qui leur sont destinés. En particulier :

- 9,2 millions seront consacrés au développement et à la relance des campagnes d'information et de prévention grand public, sous l'égide du Comité français d'éducation pour la santé ;

- 15 millions de francs permettront de mener des actions de prévention, de réaliser des études, et de verser des subventions aux associations de malades ;

- 7,6 millions représentent la participation de l'Etat aux actions de dépistage anonyme et gratuit, conformément aux

dispositions de la loi du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social.

Parallèlement, on notera qu'un important programme national de recherche sur le SIDA a été engagé dès 1987. Doté d'un budget de 100 millions de francs, il se trouve placé sous l'égide du ministère chargé de la recherche et de l'enseignement.

2. La lutte contre l'alcoolisme

Le projet de budget prévoit également un effort notable en ce domaine. En effet, 6,6 millions de francs supplémentaires permettront :

- d'une part, de renforcer à hauteur de 0,1 million (+ 10,7 %) les crédits affectés aux actions de formations dispensées aux personnels sanitaires, en matière de lutte contre l'alcoolisme ;

- d'autre part, de compléter les moyens destinés aux actions de prévention (+ 1 million) ;

- enfin, d'équiper en centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie les départements qui en sont actuellement dépourvus (+ 5,5 millions de francs).

Mais l'action des pouvoirs publics ne se limite pas au simple aspect budgétaire. En effet, les récentes mesures adoptées par le Parlement en matière de limitation de la publicité sur l'alcool et de répression de l'alcoolisme au volant témoignent également de la volonté du Gouvernement d'intensifier la lutte contre un fléau dont le coût global pour la collectivité a pu être évalué à 18,5 milliards de francs en 1979.

3. La lutte contre la toxicomanie

En ce domaine, l'action du Gouvernement ne peut se mesurer à la simple analyse des crédits prévus au titre du budget des affaires sociales. En effet, les grandes orientations de la lutte contre la toxicomanie sont arrêtées par un comité interministériel, dont le budget se trouve désormais rattaché au ministère de la justice.

Disposant de 250 millions de francs en 1987, le comité avait prévu de consacrer :

- 20 millions à l'information, la formation et la prévention,
- 4 millions à la recherche médicale,
- 45 millions à la répression des trafics de stupéfiants,
- 161 millions au dépistage, à l'accueil et aux soins des toxicomanes,
- 20 millions au financement des soins apportés aux toxicomanes dans les hôpitaux.

Compte tenu du montant des sommes effectivement réparties -soit 169 millions- le ministère des affaires sociales a pu bénéficier de 59 millions complémentaires, qui sont venus s'ajouter aux moyens spécifiques dont il disposait au titre de l'hébergement et du traitement des toxicomanes, soit 282,8 millions en 1987.

Pour 1988, le projet de budget propose de reconduire ces différents moyens. En effet :

- la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie se voit dotée de 200 millions de francs qui complètent 50 millions de francs de crédits 1987 non utilisés et reportés. Ces moyens doivent donc être comparés aux 169 millions effectivement dépensés en 1987 ;

- les moyens prévus à la section affaires sociales en faveur de l'hébergement et du traitement des toxicomanes d'une part (282,8 millions) et de l'action sociale à l'égard des toxicomanes et de leur famille d'autre part (11,4 millions) sont reconduits en francs courants.

En conséquence, il sera donc possible d'intensifier et de renforcer les différentes actions conduites en ce domaine.

Dans l'ensemble, votre commission des finances approuve pleinement ces priorités. Elle regrette cependant qu'aucune mesure nouvelle significative ne soit prise en faveur de la **lutte contre le tabagisme**. Alors que plus de 50.000 décès par an sont liés à ce fléau, il semble indispensable d'intensifier les campagnes d'information sur les risques encourus, et particulièrement auprès des populations jeunes. En outre, il apparaît que le prix du tabac en France figure parmi les plus faibles d'Europe tandis que le coût financier des maladies liées à l'abus de tabac peut être estimé à 40 milliards de francs. Une telle situation est particulièrement anormale à l'heure où le

régime d'assurance maladie connaît un déficit inquiétant. Aussi, votre rapporteur souhaite-t-il que soient étudiées les modalités d'un doublement, à terme, du prix du tabac. Dans une telle hypothèse, il est cependant évident que des mesures spécifiques devraient être prises pour éviter que l'augmentation de taxes ne pèse sur l'indice des prix, mais aussi pour que les recettes nouvelles ainsi dégagées soient directement affectées à la Caisse nationale d'assurance maladie.

II. UNE NECESSAIRE ADAPTATION DE L'HOPITAL

Les crédits d'équipements sanitaires représentent près de 700 millions de francs, soit environ un tiers de l'ensemble des moyens budgétaires du ministère des affaires sociales et de l'emploi destinés au secteur de la santé. Dans le projet initial, ils progressaient de 4,16 % en crédits de paiement par rapport à leur niveau de 1987. Toutefois, et pour répondre aux souhaits de l'Assemblée nationale, le Gouvernement a décidé de les compléter à hauteur de 19,5 millions de francs, en autorisations de programme et crédits de paiement, afin notamment de réaliser des travaux de rénovation dans les hôpitaux de la région d'Albertville, en perspective des Jeux olympiques de 1992.

Principalement destinées à la modernisation et à l'humanisation des hôpitaux, ces dotations, et surtout leur évolution, conduisent votre rapporteur à évoquer le vaste problème de la politique hospitalière dans notre pays. Une telle démarche apparaît d'ailleurs comme une nécessité à l'heure où les frais d'hospitalisation représentent 56,5 % des prestations de santé prises en charge par l'assurance maladie. Alors que le régime de protection sociale connaît un déficit inquiétant du fait de la progression rapide de ses dépenses, il convient de s'interroger sur la façon dont est géré le secteur qui constitue l'élément principal dans ce qu'il est convenu d'appeler "l'offre" de soins. Or, à cet égard, deux récents rapports (1) remis au ministre

(1) "Planification hospitalière" par Monsieur J.-P. ETIENNE

"Propositions pour la modernisation de la gestion des hôpitaux" par Monsieur J.-X. TRAZZINI

des affaires sociales indiquent que de nombreux progrès restent à accomplir, malgré une amélioration sensible au cours des dernières années.

1. Des investissements qualitatifs et non plus quantitatifs

Dans l'ensemble, la politique d'équipement hospitalier s'inscrit dans le cadre de la **carte sanitaire**. Créée par une loi du 30 décembre 1970, celle-ci définit la nature et l'importance des installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population. En conséquence, cette carte :

- partage les régions en secteurs sanitaires ;
- fixe un indice de besoins en lits par millier d'habitants pour chaque groupe de disciplines dans chaque secteur ;
- fixe des indices de besoins par million ou par millier d'habitants pour certains équipements matériels lourds.

Ce système a eu l'intérêt de mettre un terme au développement incontrôlé des équipements de santé. Il a permis de répartir les nouveaux équipements d'une façon plus harmonieuse sur le territoire. Cependant, il présente un certain nombre de défauts ou d'insuffisances :

- la carte sanitaire n'a pas évité des suréquipements en lits dans certains secteurs, car elle n'a commencé à produire ses effets que lorsque la période de construction intensive du début des années 1970 s'achevait ; de plus, l'absence de compensations possibles entre les secteurs sur-équipés et les secteurs sous-équipés a eu des effets inflationnistes .

- la procédure très lourde prévue par la loi du 31 décembre 1970 avec quatre niveaux de consultation a considérablement retardé l'élaboration et la révision des cartes sanitaires. D'où un décalage important entre les données sur lesquelles elles étaient fondées et la réalité des besoins ;

- la faiblesse du système d'information n'a permis d'appréhender ces besoins qu'à travers les lits et l'activité des établissements hospitaliers mesurée à partir des indicateurs traditionnels, entrées, journées réalisées, durée moyenne de séjour et taux moyen d'occupation des lits. Les alternatives à

l'hospitalisation, hôpital de jour, de semaine, à domicile ne sont pas prises en compte.

Or, la diminution régulière des durées moyennes d'hospitalisation de court séjour -l'essentiel des soins étant donné au malade dès les premières heures de son traitement- ainsi que la mise en place progressive de structures permettant d'assurer les soins sans hospitalisation complète, ont rendu pléthorique le nombre total de lits de **soins aigus** constaté au moment de la préparation du IXème Plan. Ainsi, a-t-il été décidé de réduire les capacités, entre 1984 et 1988, à raison de 16.000 lits de court séjour et de 12.000 lits de psychiatrie en accentuant la concentration de l'hôpital sur son rôle technique.

En fait, dans la pratique, cet objectif a été dépassé. Il n'en reste pas moins que les nouvelles statistiques de la carte sanitaire font encore apparaître que le nombre de lits autorisés, tant en secteur public que privé, reste nettement supérieur aux besoins (17.000 lits excédentaires).

Dans ce contexte, il apparaît donc que des investissements quantitatifs ne se justifient plus. En fait, l'essentiel des moyens doit désormais être concentré sur la rénovation du parc existant, mais surtout sur le développement et l'adaptation du matériel technique.

Amorcé depuis quelques années, ce mouvement doit être poursuivi. Toutefois, il doit s'accompagner d'un effort de maîtrise des coûts de fonctionnement et de la recherche d'une meilleure allocation des moyens afin d'éviter que la sophistication croissante des plateaux techniques entraîne une véritable inflation du coût de l'hospitalisation.

Dans cette optique, le rapport de M. ETIENNE sur la planification hospitalière contient une série de propositions dont l'intérêt mérite d'être souligné. En effet, il propose notamment :

- l'organisation de véritables filières de soins au plan régional, ce qui conduit à reconnaître de manière explicite que tous les établissements ne peuvent pas assurer la prise en charge de toutes les catégories de patients ;

- la réalisation de véritables études permettant d'évaluer l'impact d'un investissement sur le fonctionnement de l'hôpital, la procédure actuelle dite "des surcoûts" s'analysant plus comme un instrument de logique budgétaire que comme une aide à la décision ;

- la définition d'outils de gestion permettant d'arbitrer entre les renouvellements et les innovations.

2. Une modernisation de la gestion

L'effort de rationalisation en matière d'investissement ne représente qu'un des volets de l'action à conduire dans le domaine hospitalier.

Parallèlement, il convient de rechercher une meilleure organisation interne permettant de réaliser des gains de productivité dans la gestion courante des établissements.

Dans un contexte économique nécessairement rigoureux, compte tenu des difficultés actuelles du régime d'assurance maladie, une telle démarche est un impératif. Elle constitue la seule voie permettant de concilier la satisfaction des besoins de la population, les aspirations des professionnels et les contraintes financières.

Ceci suppose -dans un premier temps- que l'activité des hôpitaux soit cernée avec précision. En effet, à l'heure actuelle, les indicateurs retenus en ce domaine reposent -faute de mieux- sur le nombre de journées d'hospitalisation, les entrées et certains actes médicaux. Or, compte tenu des progrès réalisés par la médecine, il devient nécessaire d'analyser cette activité -et donc son coût- en fonction des pathologies traitées. Tel est donc l'objet du projet de médicalisation du système d'information (P.M.S.I.) qui, à terme, devrait permettre d'évaluer le coût de traitement d'une maladie dans chaque hôpital.

Parallèlement, il conviendrait de rechercher une amélioration des prix de revient dans les services logistiques hospitaliers, tels le blanchissage, la restauration, le nettoyage, etc... Dans cet esprit, il ne faut pas écarter le principe d'un recours à la sous-traitance, s'il s'avère que ces activités peuvent être effectuées, à qualité égale et pour un moindre coût, par des entreprises spécialisées.

Enfin, et surtout, il importe de mettre en oeuvre une véritable politique de gestion des ressources humaines. L'enjeu paraît en effet essentiel dans la mesure où les dépenses de personnel représentent entre 70 et 75 % des dépenses des hôpitaux. Ainsi, l'aménagement du temps de travail permettrait

d'ajuster les effectifs présents aux besoins du moment, tout en laissant un plus grand choix à l'agent. Le développement de la mobilité et de la polyvalence pourrait se traduire par une gestion plus solidaire et plus souple des unités et des services, tout en offrant des opportunités de qualification et de promotion en personnel. Toutefois, à l'évidence, pour être véritablement efficace, une telle politique doit s'appuyer sur une large concertation.

Dans l'ensemble, ces quelques éléments de réflexion ont un objectif unique : cerner et tenter de réduire les coûts de traitement d'un malade sans nuire à la qualité des soins. Ils s'inscrivent dans une logique de gestionnaire et supposent une plus grande responsabilisation des directeurs d'hôpitaux, dont les initiatives sont aujourd'hui entravées par une série de réglementations bureaucratiques. Pour lever ce handicap, un sensible allègement de tutelle pesant sur les établissements hospitaliers est donc également indispensable.

III. LA NECESSAIRE MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE

L'exemple de l'hôpital illustre de manière ponctuelle -mais significative- les efforts à accomplir dans le vaste domaine des dépenses de santé.

1. L'explosion des dépenses de santé

En l'espace de 25 ans, la part de la consommation médicale dans le produit intérieur brut (P.I.B.) a plus que doublé, passant de 4 % en 1960 à 8,1 % en 1985. Certes, dans l'ensemble, les comparaisons internationales montrent que la France n'est pas dans une situation exceptionnelle. Toutefois, pour la période récente, cette analyse globale doit être nuancée, notre pays occupant désormais une position quelque peu atypique depuis le premier choc pétrolier. En effet, et contrairement aux tendances enregistrées dans les principaux pays de l'O.C.D.E., le

ralentissement de la croissance économique est resté pratiquement sans conséquence sur le rythme d'augmentation de nos dépenses de santé.

Ce mouvement d'ensemble s'est en outre accompagné d'un accroissement sensible de la part des dépenses de santé prises en charge de manière collective, c'est-à-dire, pour l'essentiel, supportées par la sécurité sociale.

FINANCEMENT DES DEPENSES DE SA/TE

	1970	1975	1980	1985
Sécurité Sociale	70,4 %	73,8 %	77,1 %	76,4 %
Etats et Collectivités locales	5,3 %	3,9 %	2,3 %	1,5 %
Mutuelles	3,8 %	3,6 %	3,9 %	4,3 %
Ménages (1)	20,5 %	18,7 %	16,7 %	17,8 %

(1) Y compris assurances privées.
Source : Comptes nationaux de la santé.

La combinaison de ces deux facteurs résume de manière brutale les difficultés auxquelles se trouve désormais confronté notre régime d'assurance maladie. En effet, si l'accroissement de la consommation médicale pose un problème collectif, c'est qu'à la différence de la plupart des autres consommations, son financement est dans une très large mesure collectif, c'est-à-dire assuré au moyen de prélèvements obligatoires. On ne peut dès lors, sans inconvénients graves pour l'économie et sans sacrifices inacceptables pour d'autres secteurs, laisser progresser de façon incontrôlée ces dépenses.

2. Mieux responsabiliser consommateurs et prescripteurs.

En 1986, la Caisse nationale d'assurance maladie a versé 285 milliards de francs sous forme de prestations, soit un chiffre supérieur de 9,1 % à son niveau de l'année précédente. Certes, une évolution globale doit être interprétée avec prudence, compte

tenu des opérations comptables et des transferts de charge ayant marqué l'exercice 1985. Il n'en demeure pas moins que la progression de certains postes reste spectaculaire :

- le montant des honoraires s'est accru de 9,6 % en valeur pour atteindre 51 milliards de francs ;

- les remboursements de pharmacie ont augmenté de 10,3 % en valeur. Encore faut-il souligner que le déclassement de certains médicaments, décidé en juin 1985, a fait sentir son plein effet. Ainsi, en volume, les remboursements de pharmacie se sont accrus de 12 % ;

- les remboursements d'analyses ont progressé de 12,1 % en valeur. Mais là encore, la majoration du ticket modérateur, décidée en juillet 1985, a permis d'atténuer l'évolution réelle de la consommation. En volume, la progression s'établit en effet à 12 %, le tarif des analyses n'ayant pas été modifié en 1986.

Prolongeant les tendances passées, cette dérive des dépenses de santé répond sans aucun doute et pour une large fraction, à un besoin de la part des Français. Toutefois, on peut craindre qu'elle recouvre également une certaine « inflation » d'actes médicaux dans un système qui allie une totale liberté d'installation des médecins et une large prise en charge collective des dépenses. Dans ce contexte, il est certain que l'explosion de la démographie médicale au cours des dernières décennies n'est pas étrangère à la forte croissance des dépenses de santé. Or, dans l'avenir, ce mouvement devrait se poursuivre.

S'il ne paraît pas souhaitable de bouleverser les principes de notre régime de protection sociale, il est en revanche indispensable d'agir rapidement en vue d'assurer une meilleure responsabilisation des différents acteurs et une gestion plus efficace de notre système de santé. La mise en oeuvre de larges campagnes d'information, le développement des actions de prévention, une amélioration des moyens de contrôle des caisses pourraient permettre d'atteindre des deux objectifs.

3. Favoriser la recherche pharmaceutique.

L'innovation pharmaceutique constitue également un des principaux instruments de la maîtrise des dépenses de santé.

En effet, comme le souligne le Comité des Sages, « le coût global d'une maladie n'est élevée qu'aussi longtemps que manque le médicament capable de la guérir ou le vaccin de la prévenir ».

Or, malgré 3 milliards de francs par an consacrés à la recherche et au développement, l'industrie pharmaceutique française n'est plus un partenaire majeur dans l'innovation. A cet égard, les conclusions de travaux récents réalisés par M. Etienne Barral (1) sont particulièrement révélatrices. Cette étude a porté sur 610 nouveaux médicaments, à savoir les nouvelles substances ayant un effet thérapeutique actif et mises sur le marché pendant les années 1975-1984.

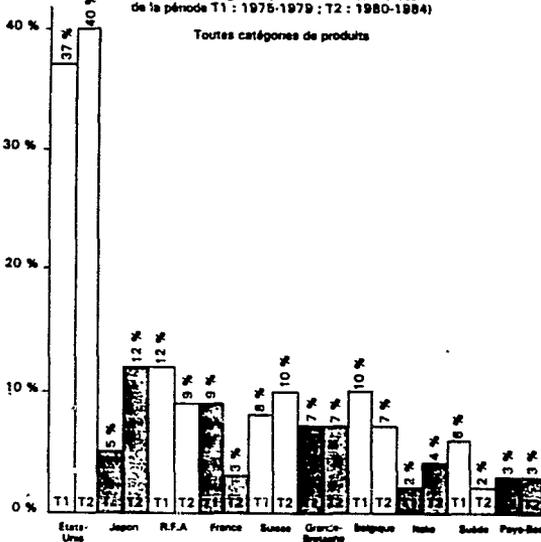
Graphique n° 1

Graphique n° 2

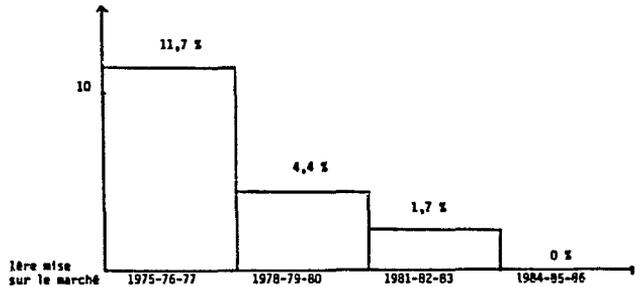
LES PRINCIPAUX DÉCOUVREURS DE MÉDICAMENTS INTERNATIONALISÉS

(en pourcentage des produits internationalisés de la période T1 : 1975-1979 ; T2 : 1980-1984)

Toutes catégories de produits



Champ de l'étude : les nouvelles molécules pharmaceutiques mises pour la première fois sur le marché dans 4 au moins des 7 grands marchés pharmaceutiques mondiaux (États-Unis, Japon, R.F.A., Grande-Bretagne, Suisse, France, Italie)



Source : Etienne Barral

Le premier graphique fait apparaître la diminution considérable de la place de la France parmi les principaux découvreurs de nouveaux médicaments mis sur le marché

(1) Dix ans de résultat de la recherche pharmaceutique dans le monde - Perspectives et santé publique - juillet 1985

international. Alors que la part de notre pays atteignait 9 % durant la période 1975-1979, elle ne représentait plus que 3 % au cours des années 1979-1984.

Parallèlement, et dans le domaine de l'innovation, notre présence sur les principaux marchés internationaux a enregistré une dégradation spectaculaire. Le graphique n° 2 qui représente le rapport entre le nombre de molécules nouvelles d'origine française et le nombre de molécules nouvelles internationales, illustre d'ailleurs ce phénomène. Pour 1984-1986, la France est pratiquement absente des marchés des principaux pays industrialisés.

L'absence de liberté du prix des médicaments dans notre pays explique pour une large part cette situation. En limitant la capacité de financement des industries pharmaceutiques, ce facteur pèse considérablement sur le volume des dépenses susceptibles d'être affectées à la recherche.

Certes, on pourrait objecter qu'une délibération totale du prix des médicaments aurait à court terme un effet négatif sur les dépenses de la Caisse d'assurance maladie. Toutefois, cet écueil peut être évité grâce au développement d'une véritable concurrence entre les producteurs. En outre, une vision à court terme ne doit pas occulter la contribution essentielle que l'innovation pharmaceutique peut apporter par la suite au rétablissement de nos comptes sociaux.

La politique du prix des médicaments doit, à l'évidence, être réexaminée comme le préconise fort justement le rapport des Sages. A défaut, nous assisterons à une détérioration irrémédiable de la recherche pharmaceutique privée en France, ce qui irait à l'encontre de l'intérêt de notre système de sécurité sociale. Ce problème mérite donc de faire l'objet d'une concertation approfondie entre le Gouvernement, les organismes de sécurité sociale et les représentants des industries pharmaceutiques. Il serait d'ailleurs souhaitable que le résultat de cette concertation puisse être présenté au Parlement lorsque celui-ci sera saisi du prochain plan de financement de la sécurité sociale.

CHAPITRE V

QUEL EQUILIBRE POUR LA SECURITE SOCIALE ?

Le déficit de la Sécurité sociale devient un thème permanent du débat politique. La cause de cette situation est simple. Alors que les charges ne cessent de s'accroître, les recettes évoluent de manière moins rapide, compte tenu du ralentissement de l'activité économique et de la montée du chômage. Un tel décalage, qui perdure depuis 1975, a conduit les gouvernements successifs à prendre une série de mesures de financement ayant permis de rétablir, de manière ponctuelle, l'équilibre du régime général au prix d'un accroissement des taux de cotisation.

Mais le problème de fond demeure entier.

Certes, pour l'avenir, il sera sans doute possible d'obtenir une meilleure maîtrise des dépenses grâce à un effort de rationalisation, mais aussi par l'intermédiaire d'ajustements dans la législation. Les pages précédentes l'ont d'ailleurs amplement démontré. Toutefois, ces adaptations demanderont du temps avant de commencer à faire sentir leurs effets, et rien ne permet d'affirmer qu'elles seront suffisantes pour endiguer la dégradation continue de nos comptes sociaux. Aussi, au côté des efforts à conduire dans le domaine des dépenses, est-il nécessaire de s'interroger sur les perspectives qui existent en matière de recettes.

I. LA SITUATION ACTUELLE

Le régime général de sécurité sociale étant financé à partir de cotisations assises sur les seuls revenus professionnels, le montant de ses ressources -et donc son équilibre- est largement dépendant de l'évolution globale de l'économie. De ce fait, le choc pétrolier de 1975 et ses conséquences sur la croissance de notre

pays se trouvent à l'origine d'une partie des difficultés que connaît notre principal régime de protection sociale.

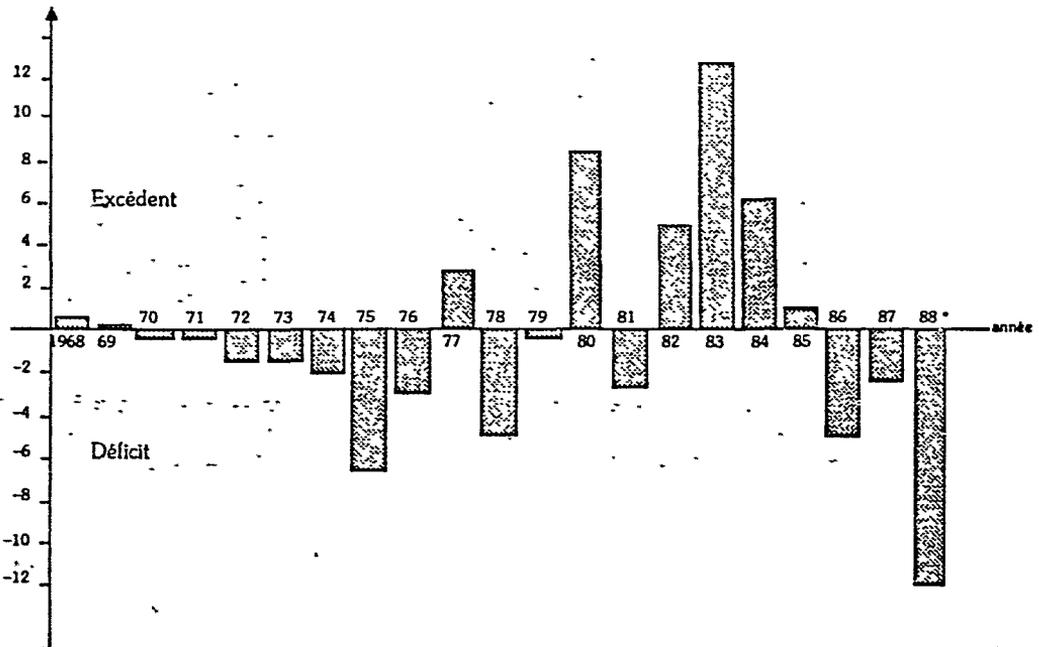
En fait, deux facteurs se sont combinés pour peser sur l'évolution des recettes :

- d'une part, une moindre croissance des salaires nominaux. Ce phénomène, déjà sensible à la fin des années 1970, s'est accentué à partir de 1983, la nécessaire maîtrise de l'inflation ayant conduit les gouvernements successifs à poursuivre des politiques salariales rigoureuses ;

- d'autre part, la montée en puissance du chômage. En effet, 100.000 chômeurs entraînent pour la sécurité sociale un "manque à gagner" estimé à 4,5 milliards de francs par an. Sur cette base, la perte totale de ressources due au chômage peut être évaluée à environ 100 milliards.

En conséquence, et depuis 1975, le régime général est à la recherche d'un introuvable équilibre, comme en témoigne le graphique suivant :

(en milliards de francs)



Encore faut-il souligner que ces résultats d'ensemble n'ont pu être acquis que grâce à une succession de plans de financement :

- plan Durafour de décembre 1975,
- plan Barre de septembre 1976,
- plan Veil d'avril 1977,
- plan Veil de décembre 1978,
- plan Barrot de juillet 1979,
- plan Questiaux de novembre 1981,
- plan Bérégovoy de 1982,
- plan Bérégovoy de 1983,
- plan Dufoix de 1985,
- plan Séguin de 1986,
- plan Séguin de 1987.

Dans l'ensemble, et en dépit de quelques mesures d'économie en matière de dépenses, ces différents ajustements se sont appuyés sur une majoration des taux de cotisation. En conséquence, les prélèvements obligatoires affectés à la sécurité sociale n'ont cessé de s'accroître. Représentant 16,1 % du P.I.B. en 1977, ils atteignent désormais 19,2 %.

Contributions obligatoires rapportées au produit intérieur brut total (1)

	(En pourcentage)										
	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Pression des cotisations sociales en % du PIB	16,1	16,1	17,0	17,8	17,8	18,3	18,9	19,2	19,3	19,0	19,2
Pression fiscale en % du PIB	22,6	22,5	23,2	23,9	24,1	24,5	24,7	25,3	25,2	25,4	25,3
dont :											
État	16,9	16,7	17,3	17,9	17,9	18,1	17,7	17,8	17,8	17,5	17,2
Collectivités locales	4,3	4,3	4,4	4,6	4,7	4,8	5,1	5,6	5,7	5,8	5,9
Divers (2)	1,4	1,5	1,5	1,3	1,5	1,6	1,9	2,1	1,9	2,0	2,2
dont CEE	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0	1,0
Total	38,7	38,6	40,2	41,7	41,8	42,8	43,8	44,6	44,5	44,4	44,4

(1) Chiffres non consolidés.

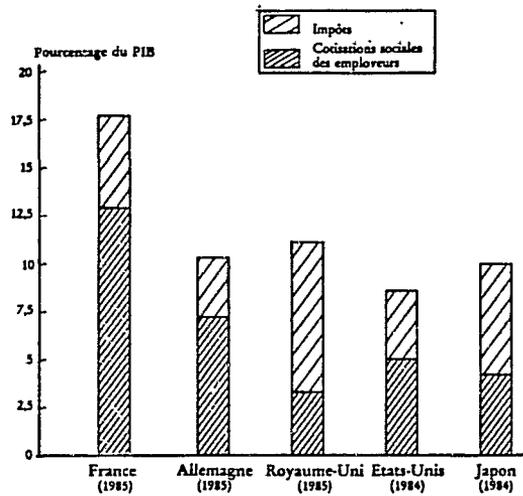
(2) CEE: organismes divers d'administration centrale, administrations de sécurité sociale.

Source : Rapport sur les comptes de la Nation (chiffres conformes à la nouvelle base de calcul : année 1980).

Année 1987 : Rapport économique et financier (LF1 1988).

Encore faut-il souligner que ce poids se trouve inégalement réparti entre salariés et employeurs. En effet, plus de la moitié des ressources du régime général provient des employeurs, contre 25 % pour les salariés. A l'évidence, une telle répartition handicape les entreprises françaises dans la compétition internationale, et pose un problème dans la perspective de l'échéance de 1992.

Taux de prélèvement obligatoires sur les entreprises



Source : O.C.D.E.

De surcroît, force est de constater que l'équilibre du régime général n'est toujours pas maîtrisé, et les récentes prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale font état de perspectives particulièrement inquiétantes.

En dépit de l'impact des mesures prises en juillet 1986 et en juin 1987, le déficit devrait atteindre 33,6 milliards de francs en 1988, après s'être stabilisé à 13,8 milliards cette année. En fait, à législation constante, le solde se dégrade au rythme de 18 à 20 milliards de francs par an.

II. UNE PRISE DE CONSCIENCE COLLECTIVE

La sécurité sociale est une institution à laquelle les Français sont très attachés. Elle constitue en effet un ensemble de dispositions en évolution continue, qui s'efforce de protéger chacun contre les risques de l'existence. En se modifiant et en s'adaptant, elle essaye de répondre aux aspirations de tous, et d'apporter les aides nécessaires lorsque le besoin s'en fait sentir.

Toutefois, à l'évidence, la survie de cette grande réussite passe par son équilibre financier.

Certes, une forte accélération de la croissance, accompagnée d'une décrue massive du chômage, permettrait d'atteindre cet objectif. Toutefois, à court terme, une telle perspective semble peu réaliste. Or, plus le temps passe, plus la situation deviendra difficile à supporter.

Dans ces conditions, des réformes de fond sont devenues nécessaires. Elles doivent cependant obtenir l'accord des Français et passent donc par une véritable prise de conscience collective des difficultés qu'il faut désormais affronter. C'est donc dans cette optique que s'inscrivent les récentes décisions prises par le Gouvernement.

1. Un dispositif d'attente :

Les mesures d'urgence arrêtées en juin 1987

Le 11 juin dernier, le Gouvernement a arrêté un nouveau plan de financement qui présente la caractéristique d'être temporaire. Les mesures proposées s'appuient simultanément sur la solidarité contributive et la solidarité nationale de tous les Français.

L'appel à la solidarité contributive se traduit par deux dispositions :

- un relèvement provisoire de 0,4 point du taux de cotisation maladie à la charge des assurés. Cette mesure s'appliquera entre le 1er juillet 1987 et le 30 juin 1988 ;

- une majoration de 0,2 point également provisoire du taux de cotisation vieillesse acquittée par les assurés. Prélevée durant la même période que la cotisation temporaire d'assurance maladie, elle sera due tant par les salariés que par les non-salariés.

L'appel à la solidarité nationale comporte quatre nouvelles mesures :

- l'institution d'une contribution exceptionnelle de 1 % sur le revenu du capital financier et immobilier dont le produit sera affecté à la Caisse nationale vieillesse des vieux travailleurs salariés,

- une majoration de 2 % du prix du tabac à compter du 1er août 1987,

- une baisse du taux de la T.V.A. applicable aux médicaments,

- une reprise progressive par le budget de l'Etat des dépenses de sectorisation psychiatrique.

Au total, l'ensemble de ces dispositions représente 16,7 milliards de francs supplémentaires pour le régime général dont 10,4 milliards issus de la solidarité contributive et 6,3 milliards provenant de la solidarité nationale.

Les recettes nouvelles escomptées par ces mesures sont résumées par le tableau ci-dessous.

Rendement des mesures d'urgence

(en millions de francs)

LES DIFFERENTES MESURES	1987	1988
Maintien du prélèvement de 0,4 % sur le revenu imposable		5 000
Augmentation de 0,4 % de la cotisation maladie entre le 01.07.87 et le 30.06.88	3.560	5.470
Augmentation de 0,2 % de la cotisation vieillesse entre le 01.07.87 et le 30.06.88	930	1.430
Prélèvement social exceptionnel sur les revenus du capital pendant 12 mois	1.300	400
Baisse de 7 % à 5,5 % du taux de la T.V.A. sur la pharmacie à compter du premier août 1987	200	300
Reversement par l'Etat des recettes imputables au relèvement de 2 % du prix du tabac à compter du premier août 1987	200	300
Prise en charge par l'Etat des dépenses de sectorisation psychiatrique	3 200	
ENSEMBLE DES MESURES D'URGENCE	9 390	12 900

Il s'agit donc d'un véritable dispositif d'urgence n'ayant, en aucune manière, l'intention d'apparaître comme un plan de financement à moyen terme. L'effet de ce nouveau plan se trouve étalé sur deux exercices comptables. En conséquence, le régime général bénéficiera de 9 milliards au titre de l'exercice 1987 et de 7,8 milliards l'année prochaine.

Il apparaît, cependant, en tout état de cause, que le régime général présentera un déficit d'environ 14 milliards de francs à la fin de l'exercice 1987 et que le problème du financement de l'année 1988 reste pratiquement entier.

2. L'organisation des Etats généraux de la sécurité sociale

Les mesures d'urgence arrêtées en juin apparaissent en fait comme le complément indispensable d'une opération plus vaste et plus ambitieuse.

En effet, dès la fin de 1986, le Gouvernement avait décidé d'organiser de vastes Etats généraux de la sécurité sociale, afin de consulter tous les Français sur les options à retenir pour assurer l'avenir de notre régime de protection sociale.

Cette vaste consultation s'est donc déroulée en trois étapes :

- la désignation d'un Comité des Sages, chargé de conduire l'ensemble de l'opération et d'assurer la synthèse des propositions formulées ;

- les réunions locales, qui ont eu lieu dans l'ensemble des départements entre la fin du mois de juin et le début du mois de juillet. Etayée par un dossier d'information élaboré par le Comité des Sages, cette phase départementale a permis aux Français qui le désiraient d'exprimer leurs vœux et leurs propositions dans quatre grands domaines : la politique familiale, l'assurance maladie, l'assurance vieillesse et le financement de la sécurité sociale. Le Comité des Sages a alors été conduit à élaborer une synthèse des observations recueillies et à rédiger un rapport regroupant les grandes idées qui se sont dégagées ;

- la phase nationale, actuellement en cours, et qui permet d'organiser un débat autour des propositions du Gouvernement.

De par son ampleur, la réunion des États généraux de la sécurité sociale apparaît d'ores et déjà comme un événement exceptionnel. Ils ont, en outre, permis de mobiliser les Français autour de problèmes majeurs, ouvrant ainsi une ère nouvelle dans les rapports entre les citoyens et leur régime de protection sociale. De ce fait, ils constituent donc un succès.

III. LE RAPPORT DU "COMITE DES SAGES" : DES PROPOSITIONS POUR UN PLAN DE FINANCEMENT A LONG TERME

Le rapport du Comité des Sages, qui vient d'être publié, constitue une base de réflexion pour un plan de financement à long terme de notre système de protection sociale. Ces propositions visent, d'une part, à affermir la maîtrise des dépenses de la sécurité sociale et, d'autre part, à asseoir leur financement sur une base plus équitable.

a) Mieux encadrer l'évolution des dépenses

- La famille est la seule branche où le rapport ne propose pas de modération de dépenses. En effet, la part des prestations familiales dans le total des prestations sociales versées aux ménages est tombée de 29,1 % en 1960 à 13,5 % en 1985. Seule une politique familiale vigoureuse permettra de relever à terme les défis démographiques. Le rapport ne suggère guère de modifications au système actuel des prestations familiales, il se contente de souhaiter une simplification avec, notamment, la suppression des plafonds de ressources pour le complément familial et de plaider pour une neutralité à l'égard du travail féminin.

- Pour la retraite, il faut compter sur l'inertie propre au domaine démographique. Le rapport propose donc un relèvement progressif dans tous les régimes de l'âge d'ouverture des droits à pension au taux plein, ainsi qu'un réexamen du mode de validation des cotisations en calculant le montant de la pension non plus sur les dix meilleures années mais progressivement sur 20 ou 25 ans.

- C'est sur la branche maladie que les propositions apparaissent les plus modestes tablant surtout sur des économies de gestion et sur l'information des assurés et des professionnels. Pour continuer à peser sur les dépenses hospitalières (qui représentent 56 % des dépenses d'assurance maladie), il est préconisé de réduire les capacités excédentaires en fermant les services ou les établissements inutiles, en réduisant les effectifs et en appliquant le système du budget global aux hôpitaux privés. Pour la médecine de ville, "les Sages" misent sur l'information des assurés et des praticiens et sur le développement de la prévention.

Trois innovations cependant : le rapport préconise de simplifier la réglementation en unifiant les taux de remboursement et en instaurant un forfait quotidien pour les hospitalisations ; de réduire l'écart de rémunération entre les médecins spécialistes et les généralistes, en cessant de favoriser les "actes techniques" fondés sur l'usage d'appareils sophistiqués ; enfin, d'aller vers une liberté des prix des médicaments mais en permettant aux caisses d'informer les médecins sur les différences de prix.

b) Asseoir le financement de la sécurité sociale sur une base plus équitable

L'innovation majeure préconisée par le rapport réside dans le mode de financement. Pour couvrir les besoins nouveaux, on fera appel à une recette nouvelle : une contribution assise sur tous les revenus. Cette contribution aurait un caractère fiscal et serait prélevée à la source. Elle serait votée chaque année par le Parlement au vu d'un rapport sur les perspectives de l'ensemble des régimes de base et les moyens de leur équilibre financier.

Seconde innovation majeure : "Les Sages" prennent parti pour une refonte complète du financement de la branche famille. La cotisation de 9 % plafonnée payée par les employeurs serait progressivement remplacée par un prélèvement proportionnel sur l'ensemble des revenus. Cette réforme bouleverserait l'architecture fiscale française puisqu'elle modifierait le financement d'un ensemble de dépenses représentant en 1988 environ 130 milliards de francs.

Le rapport s'achève cependant sur un avertissement. Les mesures proposées laissent espérer une rémission dans les difficultés rencontrées par la sécurité sociale, mais cette rémission ne sera possible qu'à condition d'obtenir un

ralentissement des dépenses. Si celles-ci continuent à croître trop vite, il faudrait en venir à des choix drastiques que le Comité résume en ces termes :

- "ou financer cette montée irrépressible des charges de la sécurité sociale par des prélèvements obligatoires amputant d'une manière croissante le pouvoir d'achat des revenus directs des ménages ;

- ou endiguer la croissance spontanée des charges collectives par une remise en cause, soit de l'organisation de notre système de santé, soit de notre dispositif de sécurité sociale.

La première de ces deux voies conduirait à abandonner le système de santé actuel en faveur d'une organisation centralisée britannique. La deuxième viserait à cantonner le système de sécurité sociale au noyau essentiel de solidarité indispensable pour garantir la cohésion sociale et le progrès économique".

ANNEXES

La Commission des Finances a souhaité faire procéder à une expertise des problèmes financiers posés par le système de protection sociale et elle s'est adressée, à cette fin, au Service des Etudes législatives du Sénat. La Cellule économique de ce Service réalise chaque année une projection à moyen terme de l'ensemble des finances publiques (Etat, collectivités locales, Sécurité sociale). Mais, compte tenu de la demande présentée par la Commission des Finances et de la démarche analogue de la Commission des Affaires sociales, il a paru opportun au Service des Etudes, avec l'accord de MM. les Questeurs, de commander en outre une expertise spécifique à l'O.F.C.E., portant à la fois sur le passé et l'avenir de la Sécurité sociale.

Deux séances de travail ont été organisées entre les experts et le Rapporteur spécial de la Commission des Finances, et l'O.F.C.E. a remis, le 30 octobre, un rapport qui se trouve résumé dans la première annexe, et intégralement repris dans la seconde.

Annexe n° 1

**RESUME DU RAPPORT SUR LES DIFFICULTES FINANCIERES
DE LA SECURITE SOCIALE ETABLI PAR L'OBSERVATOIRE
FRANCAIS DES CONJONCTURES ECONOMIQUES**

30 octobre 1987.

L'ensemble des transferts que régit la Sécurité sociale constitue un élément fondamental du paysage économique français. En 1986, les prestations représentaient 27 % du PIB et 37 % du revenu disponible des ménages; les cotisations sociales versées par les entreprises environ 37 % du coût salarial. Le poids de la Sécurité sociale s'est fortement accru depuis vingt ans.

Les problèmes de la Sécurité sociale peuvent être vus, d'un côté comme des résultats de l'équilibre macro-économique, de l'autre comme des enjeux de société. L'équilibre de l'ensemble du système de la Sécurité sociale dépend fortement de la conjoncture économique: ses recettes augmentent comme la masse salariale tandis que ses dépenses résultent de facteurs démographiques autonomes, de la politique sociale et de l'évolution du chômage. Les recettes diminuent donc quand la croissance se ralentit alors que les dépenses poursuivent leur progression, ou même l'accélèrent en ce qui concerne les indemnités chômage. Le ralentissement de la croissance provoque ainsi un déséquilibre potentiel qui donne lieu à la réapparition périodique du "déficit" de la Sécurité sociale. Suivant la conjoncture économique et politique ce déficit a, dans le passé, été résorbé par trois voies: la limitation des dépenses qui a parfois permis de lutter contre des gaspillages mais a pu aussi engendrer des situations douloureuses; la hausse des cotisations employeurs qui a fortement contribué à la croissance du coût salarial en France de 1974 à 1982; la hausse des cotisations salariés qui a freiné la demande des ménages et l'activité et a été douloureusement ressentie en période de stagnation du pouvoir d'achat des salaires.

L'importance des sommes en jeu fait que le système des transferts sociaux aurait pu jouer un rôle important comme moyen d'action de la politique économique: il permet en effet d'agir à la fois sur les coûts des entreprises, donc sur l'offre, et sur le revenu des ménages, donc sur la demande. Toutefois, la logique gestionnaire, visant à assurer avant tout l'équilibre financier de la Sécurité sociale, l'a généralement emporté sur une logique plus macro-économique, rendue de plus délicate par la quasi irréversibilité des décisions de dépenses.

La Sécurité sociale apparaît au coeur de nombreux problèmes de société, de choix éthique qui doivent se concilier avec des préoccupations d'efficacité économique. Le système d'assurance-maladie doit permettre l'accès de tous à une médecine de qualité, mais l'exigence de quasi gratuité se

heurte aux risques de gaspillages et d'inefficacité. Le système d'assurance-chômage doit assurer un revenu convenable de remplacement aux chômeurs sans enlever toute incitation à la recherche d'un nouvel emploi. L'assurance-vieillesse pose des problèmes délicats d'équité entre les générations successives. L'assurance-famille doit inciter à l'essor de la natalité, mais ceci demanderait, sans doute, qu'elle organise des transferts plus importants que les contraintes budgétaires ne le permettent.

Deux logiques s'affrontent dans l'organisation de la Sécurité sociale : celle de l'assurance, où chacun paie la facture des risques qu'il court et des sommes dont il désire s'assurer en cas de sinistre; celle de la solidarité où la Sécurité sociale est un instrument de redistribution, où chacun paie selon ses revenus et reçoit selon ses besoins. Heureusement, aucune des deux logiques ne l'emporte totalement; la Sécurité sociale est nécessairement un organisme hybride pour lequel on doit d'interroger pour savoir s'il est souhaitable qu'il soit plus une assurance, ou plus un instrument de la solidarité nationale, qu'il ne l'est actuellement.

Dans ce rapport, on présente une analyse de l'évolution des prestations et du financement de la Sécurité sociale au cours des vingt dernières années, puis une projection des comptes de la Protection sociale à l'horizon 1992. On examine ensuite les conséquences macro-économiques de différents types de financement et en particulier l'impact de mesures de substitutions entre diverses recettes. On s'interroge enfin sur la possibilité de remettre en cause le système actuel de Sécurité sociale.

VINGT ANS DE SECURITE SOCIALE

De 1968 à 1986, les prestations sociales mesurées en pourcent du PIB sont passées de 17,7 % à 27,1 %. Pour analyser leur évolution, on peut distinguer trois période : 1968-1973, 1973-1982, 1982-1986 (tableau 1).

De 1968 à 1973, la croissance du pouvoir d'achat des prestations a été très forte mais elle n'a été que légèrement supérieure à celle du PIB. De 1973 à 1982, la croissance des prestations n'a diminué que faiblement alors que celle du PIB chutait fortement. Enfin, depuis 1982 les prestations augmentent beaucoup plus lentement, un peu plus que le PIB cependant. C'est donc entre 1973 et 1982 que le poids des prestations sociales mesuré en pourcent du PIB s'est alourdi fortement (+ 8 points).

Pour mieux comprendre la rupture de croissance des prestations sociales qu'on peut dater de 1982/1983, il est utile de distinguer leurs principaux déterminants. Les prestations dépendent de facteurs démographiques (ou effet champ), de la politique d'indexation sur les salaires, de la politique de revalorisation spécifique à chacun des types de prestations. Les dépenses de santé dépendent, quant à elles, principalement de la consommation médicale par tête et des taux de remboursement.

De 1968 à 1973, la forte croissance a résulté principalement d'un effet champ qui inclut l'extension de la Sécurité sociale aux non-salariés et d'un effet d'indexation sur les salaires. L'effet de revalorisation a été faible. De

1973 à 1982 le jeu des indexations a moins joué. La croissance du chômage a été responsable de la forte augmentation des prestations tandis que l'effet champ hors chômage était relativement faible. En revanche cette période est caractérisée par une forte revalorisation des allocations et pensions de retraite. De 1982 à 1986 l'effet champ global a été comparable à celui de la période précédente. L'indexation sur les salaires a favorisé le ralentissement de la progression des prestations. Mais a joué surtout l'effet d'une politique de dévalorisation des retraites et des indemnités de chômage; de plus les prestations familiales ont stagné, les dépenses de santé ont été moins remboursées. L'année 1983 a marqué nettement le coût d'arrêt donné à la politique d'extension de la protection sociale, et même le début d'une régression.

Les recettes de la protection sociale ont augmenté au même rythme que les dépenses, passant de 19 % du PIB en 1968 à 28,2 % en 1986. Comme pour les prestations, c'est entre 1973 et 1982 qu'elles ont le plus augmenté (+ 8 points de PIB). Ces recettes peuvent être classées en quatre catégories : les cotisations sociales employeurs, les cotisations sociales des personnes protégées, les recettes fiscales affectées (contribution de 1 % puis de 0,4 % du revenu imposable, taxes sur le tabac, les alcools...), et les contributions des administrations. Les cotisations versées par les employeurs et les salariés en représentent l'essentiel (respectivement 56 % et 25 % en 1985). De 1973 à 1982, l'accroissement des recettes provient de forts relèvements des cotisations employeurs (+ 6,4 points) et des cotisations salariés (+ 5 points). Depuis 1983 la hausse des taux de cotisations employeurs est très faible, ce sont les administrations et surtout les ménages qui financent la progression des dépenses.

Ainsi, depuis le début de la crise, les régimes de protection sociale ont connu un accroissement des prestations bien supérieur à celui de la richesse nationale, ce qui a conduit à rechercher de nouveaux financements dont une part importante mise à la charge des entreprises. Ceci conduit à poser deux questions : quelle a été la responsabilité de la montée du chômage sur la dégradation de l'équilibre des finances sociales ? Quel a été l'impact macro-économique de la croissance des transferts sociaux ?

En 1986 une réduction de 100.000 du nombre des chômeurs réduit les prestations de 3,4 milliards et augmente les recettes de 5,6 milliards. Elle améliore ainsi le solde de 9 milliards. Hors nouvelles cotisations appliquées depuis 1973, on peut calculer que le déficit des régimes de protection sociale serait de 461 milliards en 1986, chiffre qui correspond ainsi à la hausse des recettes nouvelles. Or l'accroissement du taux du chômage depuis 1973 a conduit à augmenter les prestations chômage de 105 milliards alors que le manque à gagner en recettes est de 127 milliards. C'est donc un total de 232 milliards, soit 50 % du déséquilibre, qui est imputable au chômage. Sans la hausse du chômage les cotisations employeurs auraient pu être plus basses de 6,6 points et celles des salariés de 2,6 points. Durant ces années on a donc assisté à un cercle vicieux où la dégradation de l'emploi a été compensée par des augmentations des cotisations employeurs, ce qui a son tour accroissait le chômage.

De ce fait, l'écart entre le coût salarial tel que le perçoit l'entreprise et le salaire net reçu par le salarié s'est fortement accru. Ainsi en 1986 pour qu'un entrepreneur embauche un salarié qu'il paiera 100, il faut que celui-ci

produise 141. Le salarié touchera un salaire net de 84 alors qu'en moyenne, s'il était au chômage, il recevrait une indemnité de 37. Pour la Nation le coût de l'embauche est de 47. Le coût que l'entreprise attribue au facteur travail est donc **trois fois** supérieur à son coût pour la Nation. Il y a là une distorsion excessive par rapport à l'efficacité économique : cela conduit l'entreprise à faire des choix socialement inefficaces lorsqu'il s'agit d'arbitrer entre produire ou ne pas produire ou d'adopter des techniques de production utilisant plus ou moins de travail. De ce fait il est rentable pour la Nation de subventionner jusqu'à 66 % un emploi sauvé ou créé.

La Sécurité sociale aurait pu jouer un rôle de stabilisateur automatique de la conjoncture. En fait ce rôle a été atténué par la recherche de l'équilibre des comptes sociaux qui a entraîné des hausses des cotisations des salariés ou des employeurs. Deux ruptures peuvent être mises en évidence. Jusqu'en 1980, les cotisations employeurs ont pratiquement financé l'accroissement des transferts aux ménages, c'est-à-dire les nouvelles prestations nettes de leurs nouvelles cotisations. De 1980 à 1982, ce sont les administrations qui ont accru leur part de financement et, à partir de 1983, on a cessé de faire appel aux entreprises.

L'impact de cette politique d'augmentation des transferts sociaux financé par hausses des cotisations employeurs entre 1974 et 1982 a en définitive été préjudiciable pour l'économie française : dégradation du solde extérieur par pertes de compétitivité, inflation accrue en raison de la hausse du coût salarial, et ce sans croissance réelle supplémentaire.

UNE PROJECTION DES COMPTES DE 1987 A 1992

En 1986, le solde de la protection sociale est déficitaire de 2 milliards, mais celui du régime général est déficitaire de 19 milliards. De 1986 à mi-1988, le déficit se creuse, de sorte que la perspective de mesures brutales de redressement après les élections pèse sur l'évolution économique. On propose ici trois projections des finances sociales de 1987 à 1992.

La première dite spontanée est basée sur les mesures déjà prises au 1er octobre 1987. De 1987 à 1992, les dépenses croîtraient au rythme annuel moyen de 2,7 % (en pouvoir d'achat) : 3,4 % pour la maladie où le plan de rationalisation de décembre 1986 épuiserait vite ses effets; 3,1 % pour la vieillesse en raison de la croissance du nombre de retraités (2,3 % l'an) et de la croissance structurelle du pouvoir d'achat des nouveaux retraités par rapport aux anciens; 1,4 % pour le chômage, car le nombre de pré-retraités diminuerait fortement; 0,7 % pour la famille. Par contre, à taux de cotisations inchangés, les recettes ne progresseraient qu'au rythme de 0,8 % l'an, en raison de la stagnation des effectifs et du pouvoir d'achat des salaires que comporte la projection macro-économique à moyen terme sur laquelle repose ce compte. Aussi le déficit de la protection sociale se creuserait et atteindrait 156 milliards de francs 1986 en 1992, soit 8 % de la masse salariale.

Un deuxième compte montre qu'une évolution macro-économique plus favorable permettrait de résoudre une partie des difficultés. Grâce à un environnement international plus porteur la contrainte extérieure se

desserrerait, ce qui permettrait d'augmenter les salaires de 2 % de plus l'an de 1989 à 1992. A politique sociale inchangée le déficit à l'horizon 1992 serait encore de 119 milliards, soit 5,7 % de la masse salariale.

Le troisième compte (tableau 2) rajoute au premier des mesures correctrices pour équilibrer le compte de la protection sociale. Les pensions des chômeurs et des retraités seraient indexées sur le salaire net (et plus sur le salaire brut). Une nouvelle réduction des remboursements de dépenses de santé (hors hôpital et remboursement à 100 %) aurait lieu en 1989 et rapporterait près de 10 milliards. Les taux de cotisations employeurs augmenteraient de 0,2 point chaque année, cette mesure modérée étant permise par le fait qu'en prévision la part de la masse salariale dans la valeur ajoutée des entreprises se réduit sans cesse. En 1992, elle serait de 49,5 % contre 53,3 % en 1986. Les taux de cotisations des salariés seraient relevés de 1 point en 1988, puis de 0,6 point chaque année. Des hausses similaires s'appliqueraient aux non-salariés, les cotisations maladie des retraités et des chômeurs seraient progressivement doublées. La taxe sur l'alcool passerait à 20 F, le prix du tabac augmenterait de 5 % supplémentaires l'an. Enfin, la contribution sociale des ménages passerait de 0,4 % du seul revenu imposable (soit 6 milliards) à 0,8 % du revenu total (soit 22 milliards).

Dans ces conditions le compte de la protection sociale est équilibré et le système n'est pas fondamentalement remis en cause. Le rééquilibrage pèserait sur les pensionnés, les salariés et l'ensemble des ménages. Le pouvoir d'achat des pensions régresserait de 0,9 % par an, celui des salaires nets de 0,4 % l'an. Les 200 milliards de hausse de revenu disponible des ménages que comporte le compte entre 1987 et 1992, seraient absorbés pour 170 milliards par la hausse des prestations sociales. La croissance du nombre des retraités et des chômeurs et des dépenses de santé pèseraient fortement sur les actifs. Enfin entre 1987 et 1992 le total des prestations mesuré en pourcent du PIB augmenterait peu, passant de 26,9 à 27,6. Leur progression annuelle moyenne serait de 2,3 % en volume.

LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

D'un point de vue gestionnaire, financer signifie avoir autant de rentrées permanentes que l'on a de sorties quelle que soit la "qualité de ces rentrées". L'important est d'avoir un budget comptablement équilibré. Du point de vue macro-économique, il faut se demander d'abord si un déficit donné crée un déséquilibre macro-économique ou si, au contraire, il tend à le corriger et ensuite, dans le cas où il est déséquilibrant, comment le corriger de façon à résorber effectivement le déséquilibre macro-économique. A priori, le déficit de la Sécurité sociale peut avoir deux causes :

- **l'une macro-économique** : un choc provoque une chute de la production donc une baisse des recettes assises sur les salaires et une hausse des prestations chômage. S'il s'agit d'un choc de demande interne, les pouvoirs publics doivent soutenir la demande et le déficit de la Sécurité sociale fait partie de cette politique de soutien. S'il s'agit d'un choc de demande externe (ou d'un choc d'offre), il n'exista malheureusement pas de politique

économique non douloureuse qui permette de résorber l'ensemble des déséquilibres : diminuer le déficit extérieur par une politique restrictive accentuée le déséquilibre sur les marchés de biens.

- **L'autre interne** : les prestations croissent plus vite que les dépenses en raison de causes sociales et économiques. Par exemple, les dépenses de santé augmentent car les partenaires sociaux décident de mieux rembourser certaines dépenses; les dépenses de famille progressent car les pouvoirs publics veulent encourager la natalité; les dépenses de vieillesse augmentent car les salariés souhaitent partir plus tôt à la retraite. Supposons que cette hausse des dépenses résulte d'un choc rationnel, éclairé, aisé (et non pas d'un effet pervers lié à la non-transparence du système), comment la financer ?

La réponse économique est simple : **les hausses des prestations ne peuvent être financées que par les ménages**. Ceci est évident du point de vue macro-économique. La hausse des dépenses de santé doit résulter d'un arbitrage conscient de l'ensemble des ménages entre les dépenses de santé, d'une part, les dépenses d'alimentation, de tabac, de cinéma, etc., d'autre part. On ne voit pas pourquoi ce choix influencerait sur la rémunération totale des salariés. De même, la politique familiale doit faire une redistribution entre les célibataires et les chargés de famille. Enfin, il est nécessaire que l'arbitrage âge de la retraite, montant des prestations et des cotisations retraite soit bien posé au niveau des ménages afin que ceux-ci ne croient pas que leur retraite peut être payée, sans douleur, par les entreprises.

Est-il possible de modifier la structure de la fiscalité sociale de façon à améliorer les performances de l'économie française sans dégrader le déficit extérieur ?

En tant que charges fiscales, les cotisations sociales employeurs ont deux défauts particulièrement dirimants en période de chômage et de difficultés d'équilibre extérieur : elles augmentent le coût du travail, ce qui défavorise les entreprises de main-d'œuvre et incite les firmes à utiliser des techniques de production trop capitalistes. N'étant pas déductibles à l'exportation, et ne frappant pas les importations, contrairement à la T.V.A., elles nuisent particulièrement à la compétitivité. On est alors amené à imaginer de transférer une partie de la charge sociale sur des ressources qui n'auraient pas ces deux défauts : cela serait concevable pour les cotisations dont la contrepartie en prestations n'a plus guère de lien avec le travail salarié (par exemple, les prestations familiales, les allocations logement, toutes les prestations de solidarité).

L'étude à laquelle nous nous sommes livrés (partie D du rapport) montre qu'il est illusoire d'espérer améliorer les performances de l'économie française en substituant aux cotisations employeurs de la T.V.A. portant sur les ménages ou une taxe sur le chiffre d'affaires. Les gains à attendre sont extrêmement faibles. D'autres directions pourraient néanmoins être envisagées :

- substituer aux cotisations employeurs un impôt sur les ménages. Cela est très favorable si la politique de change n'annule pas les gains de compétitivité, mais cela est difficile dans une période où il faut déjà augmenter la contribution des ménages à la protection sociale, pour financer les dépenses supplémentaires. De plus, en prévision, la situation des

entreprises est relativement florissante de sorte que la contrainte financière pesant sur elles va être de plus en plus faible et l'effet favorable que l'on peut attendre de telles mesures va s'atténuer.

- Substituer une taxe frappant les machines et les robots à une taxe frappant les hommes. Ce projet est le plus séduisant rationnellement parlant puisqu'il consiste à taxer le facteur rare de telle sorte que les entreprises procèdent à des arbitrages capital-travail différents. Là aussi, le fort niveau actuel des taux d'intérêt réel et la faible croissance du coût salarial rendent cette mesure moins intéressante aujourd'hui qu'elle ne l'aurait été dans les années soixante-dix. Par contre l'abandon de la taxe professionnelle, qui est le seul impôt qui frappe les immobilisations, serait une erreur car elle conduirait à une accélération de la substitution du capital-travail.

Le financement des allocations familiales par les entreprises par un prélèvement plafonné sur les salaires n'ayant plus aucune justification aujourd'hui, il y a plusieurs façons de concevoir une réforme de ce prélèvement :

- la première consiste à le supprimer du jour au lendemain, les salaires étant augmentés à due concurrence. En contrepartie, un prélèvement à la source de 6 % serait instauré sur l'ensemble des revenus des ménages (hors prestations sociales). La mesure se traduirait par un gain de 3 % pour les travailleurs en dessous du plafond, par une légère perte pour ceux au-dessus de 1,5 fois le plafond, un léger gain pour les entrepreneurs individuels et une perte pour les titulaires de revenus en capital (dividendes, intérêts, etc...). Ces transferts ne seraient que la compensation des injustices du système actuel. Par contre il n'y aurait pas a priori d'effet favorable pour les entreprises. La mesure serait sans doute légèrement expansionniste car elle effectuerait un transfert en faveur des salariés les moins bien payés,

- la deuxième supprime de la même façon le prélèvement et instaure également un prélèvement de 6 % sur les revenus. Parallèlement, on n'augmenterait les salaires de 6 % pour leur partie sous plafond. Les bas salaires n'y gagneraient pas mais il y aurait un transfert des hauts salaires et des revenus de la propriété en faveur des entreprises (avec toutefois l'inconvénient qu'une partie du transfert se perdrait en faveur des entrepreneurs individuels). Cette mesure permettrait, à l'horizon de 5 ans, de créer 100.000 emplois et de diminuer de 60.000 le nombre de chômeurs. Le solde extérieur s'améliorerait de 11 milliards et celui des administrations de 38 milliards à condition que la politique de change ne fasse pas perdre ces gains de compétitivité.

1. Les facteurs explicatifs de la croissance des prestations

Niveau et variations annuelles moyennes
en pouvoir d'achat (en %)

	1968-1973			1973-1982			1982-1986			niveau 1986
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)
Prestations santé	6,2	8,3	2,8	6,9	5,2	1,9	9,0	2,8	1,2	9,3
Prestations vieillesse	7,5	6,8	3,0	7,6	6,2	2,6	10,8	3,0	0,95	11,35
Prestations famille et maternité	3,7	3,7	0,7	3,3	3,7	0,6	3,8	0,3	0,05	3,6
Prestations chômage (et pré-retraite)	0,4	8,0	0,2	0,4	25,9	1,3	2,6	3,9	0,4	2,85
Prestations totales	17,7		6,7	18,3		6,4	26,3		2,6	27,1
dont :										
Champ			3,35			2,7			2,65	
Indexation			2,6			1,4			0,55	
Revalorisation			0,75			2,3			(0,6)	
pour mémoire PIB		6,1			2,1			1,8		

(1) prestations en % du PIB en début de période.

(2) taux de croissance annuel moyen

(3) responsabilité dans la croissance des prestations totales

2. Le compte de la protection sociale 1987-1992
après mesures correctrices
 (milliards de francs 1986)

	1987	*	1988	*	1989	*	1990	*	1991	*	1992	*	Evolution annuelle moyenne en %		
													86 / 81	92 / 87	
DEPENSES															
Maladie - Invalidité	466,6	2,4	479,2	2,7	486,4	1,5	503,9	3,6	522,0	3,6	540,8	3,6	3,2	3,0	
Accident du travail	176,9	0,3	178,0	0,6	178,7	0,4	180	0,6	181,4	0,8	183,6	1,2	1,9	0,7	
Famille - Maternité	136,5	-0,2	138,3	1,3	141,9	2,6	141,3	-0,4	140,7	-0,4	141,6	0,6	7,2	0,7	
Chômage	584,2	3	603,9	3,4	619,8	2,6	634,6	2,4	648,6	2,2	659,0	1,6	3,6	2,4	
Total des dépenses	1445,4	2,1	1482,7	2,6	1511,7	2,0	1546,7	2,3	1581,5	2,3	1615,8	2,2	3,5	2,3	
Part des prestations dans le PIB (en %)	26,9		27,3		27,3		27,4		27,4		27,6				
RECETTES															
Cotisations sociales															
- employeurs	730,6		733,2		737,9		744,0		753,0		760,7		2,6	0,8	
- salariés	297,6		312,8		328,5		341,0		355,0		367,8		5	4,1	
- non salariés	76,0		80,8		83,6		86,0		88,1		90,0		4,1	3,4	
- retraités - chômeur	7,5		10,1		10,4		14,4		16,7		19				
Cotisations fictives	33,7		33,7		33,7		33,7		33,8		33,9				
Impôts et taxes	50,2		52,1		61,5		70		73,6		82,1		11,1	10,3	
Contributions publiques	200,2		205,5		209,3		211,5		214,2		217,6		4	1,7	
Total des recettes	1440,3		1473,7		1511,6		1548,4		1583,3		1621,2		3,5	2,4	
SOLDE	-5,1		-9,0		-0,1		1,7		1,8		5,4				

* Taux de croissance en pouvoir d'achat

ANNEXE N° 2

RAPPORT SUR L'AVENIR DE LA SECURITE SOCIALE
ETABLI PAR
L'OBSERVATOIRE FRANCAIS DES CONJONCTURES ECONOMIQUES
(30 octobre 1987)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
A.- LE BILAN DES VINGT DERNIERES ANNEES	94
I.- Les grandes masses	94
1.- <i>Les prestations sociales</i>	94
2.- <i>Les recettes</i>	100
3.- <i>L'équilibre de la Sécurité sociale et la croissance du chômage</i>	104
4.- <i>Sécurité sociale et évolution macroéconomique</i>	107
II.- Comparaisons internationales	111
1.- <i>Les dépenses</i>	111
a.- <i>Les dépenses de santé</i>	113
b.- <i>Les dépenses de vieillesse</i>	117
c.- <i>Les autres prestations</i>	119
2.- <i>Le financement des régimes de Sécurité sociale</i>	121
3.- <i>L'organisation de la couverture financière</i>	124
B.- EVOLUTION DES RECETTES ET DES PRESTATIONS PAR RISQUE	128
I.- L'évolution des recettes de la Sécurité sociale	128
1.- <i>Le plafond</i>	128
2.- <i>Les allocations familiales</i>	131
3.- <i>Les cotisations maladie</i>	132
4.- <i>Les cotisations d'assurance vieillesse</i>	134
5.- <i>Le financement des allocations chômage et des pré-retraites</i>	135
II.- Les dépenses de santé	138
1.- <i>Les prestations de soins de santé</i>	141
a.- <i>Consommation de soins et de biens médicaux</i>	145
b.- <i>La consommation médicale pour quelques postes</i>	149
c.- <i>Les déterminants de la consommation de soins et biens médicaux, l'exemple du vieillessement de la population</i>	151
d.- <i>Taux moyens de remboursement</i>	153
e.- <i>Comment a-t-on régulé les dépenses ?</i>	157
2.- <i>Les prestations en espèces</i>	161
a.- <i>Les prestations d'assurance-maladie</i>	161
b.- <i>Les prestations d'invalidité</i>	163
c.- <i>Les prestations d'accidents du travail</i>	168

	<u>Pages</u>
III.- Les prestations vieillesse	171
1.- <i>L'étude institutionnelle</i>	171
a.- Les avantages non contributifs	171
b.- Le régime général	174
c.- Les retraites complémentaires des salariés	177
d.- Les autres régimes des salariés	183
e.- Les régimes des non-salariés non agricoles	184
f.- Le régime des exploitants agricoles	185
2.- <i>Les aspects globaux</i>	185
IV.- Les prestations famille et maternité	188
1.- <i>Les prestations famille</i>	189
a.- Les prestations périodiques	189
b.- Les prestations logement	194
c.- L'action sociale et divers	196
2.- <i>Les prestations maternité</i>	197
V.- Les prestations chômage	203
1.- <i>Les prestations liées aux pré-retraites</i>	204
2.- <i>Les prestations chômage (hors pré-retraites)</i>	208
3.- <i>L'adaptation professionnelle</i>	210
VI.- Une tentative de synthèse sur l'évolution des dépenses	211
C.- UNE PROJECTION DES COMPTES DE 1987 A 1992	214
I.- L'évolution spontanée des dépenses et des recettes	216
1.- <i>Les dépenses de santé</i>	216
2.- <i>Les retraites</i>	218
3.- <i>Les prestations famille-maternité</i>	220
4.- <i>Les dépenses de protection sociale pour l'emploi</i>	221
5.- <i>Les recettes</i>	224
6.- <i>Le bilan</i>	224
II.- Une croissance plus soutenue résoud une partie des problèmes	226
III.- Un compte équilibré dans un contexte de croissance lente	228
D.- DU FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE	232
I.- Quelques réflexions quantitatives	232
II.- Les conséquences macroéconomiques du financement de la Sécurité sociale	235
1.- <i>Les recettes classiques</i>	235
2.- <i>D'autres ressources pesant sur les ménages</i>	240
3.- <i>Des réformes fiscales "miraculeuses"</i>	241
E.- FAUT-IL REMETTRE EN CAUSE LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE ?	252
I.- Les dépenses de santé	252
II.- Les dépenses de prestations chômage	255
III.- Les prestations familiales	257
IV.- Les prestations de retraite	258

L'ensemble des transferts que régit la Sécurité Sociale constitue un élément fondamental du paysage économique français. En 1985 les prestations sociales représentaient 37 % du revenu disponible des ménages et 27 % du PIB; les cotisations sociales versées par les entreprises et les salariés, environ 37 % du coût salarial. De plus, le poids de la Sécurité Sociale s'est fortement accru depuis vingt cinq ans : en 1960, les prestations sociales ne représentaient que 19% du revenu disponible des ménages et 14 % du PIB; les cotisations sociales 22 % du coût salarial (voir graphiques A1 et A3).

Les problèmes de la Sécurité Sociale peuvent être vus, d'un côté comme des résultats de l'équilibre macro-économique, de l'autre comme des enjeux de société. L'équilibre de l'ensemble du système de la Sécurité Sociale dépend fortement de la conjoncture économique : ses recettes augmentent comme la masse salariale tandis que ses dépenses dépendent de facteurs démographiques autonomes, de la politique sociale et de l'évolution du chômage. Les recettes diminuent donc quand la croissance se ralentit alors que les dépenses poursuivent leur progression, ou même l'accélèrent en ce qui concerne les indemnités chômage. Le ralentissement de la croissance provoque donc un déséquilibre potentiel de la Sécurité Sociale. Ce déséquilibre potentiel donne lieu à la réapparition périodique du "déficit" de la Sécurité Sociale. Suivant la conjoncture économique et politique ce déficit a, dans le passé, été résorbé soit par la limitation des dépenses, limitation qui, si elle a parfois permis de lutter contre des gaspillages, a pu aussi engendrer des situations douloureuses; soit par la hausse des cotisations employeurs, ce qui a fortement contribué à la croissance du coût salarial en France de 1974 à 1982; soit par la hausse des cotisations salariés, ce qui a freiné la demande des

ménages et de l'activité et a été douloureusement ressenti en période de stagnation du pouvoir d'achat des salaires.

L'importance des sommes en jeu fait que le système des transferts sociaux aurait pu jouer un rôle important comme moyen d'action de la politique économique : il permet d'agir à la fois sur les coûts des entreprises, donc sur l'offre, et sur le revenu des ménages, donc sur la demande. Toutefois, la logique gestionnaire, visant à assurer avant tout l'équilibre financier de la Sécurité Sociale, l'a généralement emporté sur une logique plus macro-économique, rendue de plus délicate par la quasi irréversibilité des décisions de dépenses.

La Sécurité Sociale apparaît au coeur de nombreux problèmes de sociétés, de choix éthiques qui doivent se concilier avec des préoccupations d'efficacité économique. Le système d'assurance-maladie doit permettre l'accès de tous à une médecine de qualité, mais l'exigence de quasi gratuité se heurte aux risques de gaspillages et d'inefficacité. Le système d'assurance-chômage doit assurer un revenu convenable de remplacement aux chômeurs sans enlever toute incitation à la recherche d'un nouvel emploi. L'assurance-vieillesse pose des problèmes délicats d'équité entre les générations successives. L'assurance-famille doit inciter à l'essor de la natalité, mais ceci demanderait, sans doute, qu'elle organise des transferts plus importants que les contraintes budgétaires ne le permettent.

Deux logiques s'affrontent dans l'organisation de la Sécurité Sociale: celle, plutôt libérale, de l'assurance, où chacun paie la facture des risques qu'il court et des sommes dont il désire s'assurer en cas de sinistre ; celle de la solidarité, plutôt socialiste, où la Sécurité Sociale est un instrument de redistribution, où chacun paie selon ses revenus et reçoit selon ses besoins. Heureusement, aucune des deux logiques ne l'emporte totalement ; la Sécurité sociale est nécessairement un organisme hybride. Nous aurons à nous interroger pour savoir s'il est souhaitable qu'elle soit plus une assurance, ou plus un instrument de la solidarité nationale, qu'elle ne l'est actuellement.

Ce rapport fera d'abord le bilan de la Sécurité sociale depuis vingt ans: comment les grandes masses de dépenses et de recettes ont-elles évolué ? Puis nous étudierons

ensuite en détail la politique qui a été suivie en matière de financement et les facteurs qui ont déterminé la croissance de chaque type de prestation. Nous ferons la part de la responsabilité de l'évolution autonome (démographie), des décisions politiques (retraite à 60 ans, par exemple) et de la situation économique dans la croissance des dépenses et dans celle du déficit potentiel.

Nous analyserons ensuite l'évolution prévisible jusqu'à 1992 des comptes globaux de la Sécurité sociale, en tenant compte des perspectives de croissance, d'emploi, d'évolution de salaire, etc. Dans un premier compte spontané, nous ferons l'hypothèse que la Sécurité sociale sera gérée, comme durant ces dernières années, de façon relativement restrictive, mais que son organisation ne sera pas fondamentalement remise en cause : à taux de cotisations inchangés, un fort déficit apparaît. Nous évaluerons les hausses de recettes qui seraient nécessaires pour combler ce déficit. Nous étudierons aussi la sensibilité de l'équilibre de la Sécurité Sociale à la croissance économique.

Nous examinerons ensuite les conséquences macro-économiques de diverses mesures visant à augmenter les recettes de la Sécurité Sociale ou à modifier leur assiette : fiscalisation des allocations familiales, remplacement des cotisations employeurs par de la TVA ou par une taxe ayant une autre assiette que les salaires, etc...

Enfin, nous nous interrogerons sur la possibilité de bouleverser en profondeur de la Sécurité Sociale: est-il possible de réformer l'assurance-maladie de façon à passer à un système offrant plus de degrés de liberté ? Peut-on mieux utiliser les allocations chômage ? Faut-il retarder l'âge de la retraite et chercher un système plus responsabilisant ? Peut-on fiscaliser les versements d'allocations familiales ou resserrer le nombre des bénéficiaires ? Pour certaines de ces questions, nous le verrons, l'économiste ne peut que poser les problèmes et s'effacer devant le politique.

A - LE BILAN DES VINGT DERNIERES ANNEES

Nous étudierons ici , dans le cas français, l'évolution globale des dépenses de la protection sociale (en distinguant les quatre grands risques), puis de ses recettes. Nous calculerons quel a été l'impact sur l'évolution macroéconomique de la forte croissance des prestations, compte tenu de la façon dont elle a été financée. Nous examinerons ensuite l'évolution de la protection sociale dans les autres grands pays industrialisés.

I LES GRANDES MASSES

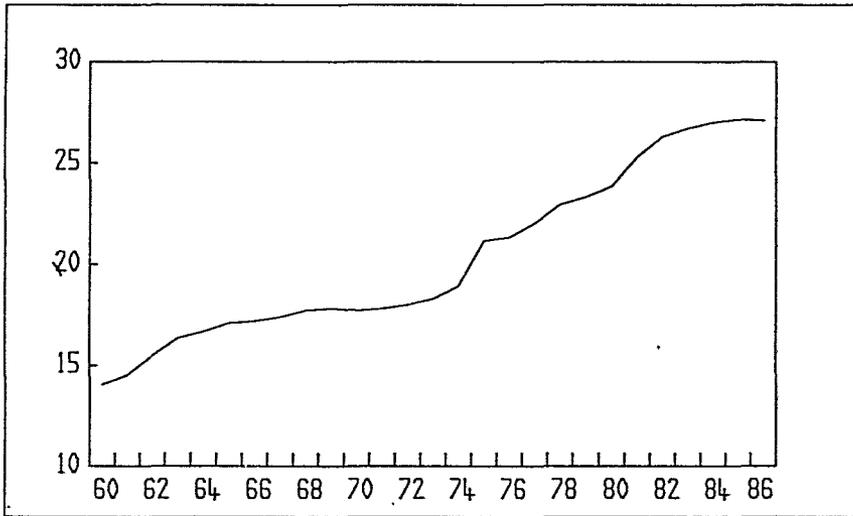
1- Les prestations sociales

Les prestations sociales ⁽¹⁾ sont passées de 1965 à 1986 de 17% à 27% du PIB. Comme le montre le graphique A1, on peut distinguer trois périodes dans cette évolution. De 1965 à 1973, la part des prestations sociales croît très lentement (d'environ 0,15 point par an); la croissance est très vive de 1973 à 1982 (d'environ 0,9 point par an). Elle se ralentit fortement de 1982 à 1986 (0,2 point par an). Le pouvoir d'achat des prestations sociales (graphique A2) se caractérise par de très fortes fluctuations d'une année à l'autre, liées à la politique conjoncturelle. Le pic de 1962 s'explique, avant tout, par l'extension du champ (couverture des agriculteurs, arrivée des rapatriés). Le boom de 1975 s'explique en faible partie par un effet de report de l'ordre de 3 milliards (soit 1%) entre 1974 et 1975 dû à la grève des postes d'octobre 1974, le reste étant imputable aux mesures de relance du Gouvernement CHIRAC: aides au logement, allocations de rentrée, relèvement anticipé du minimum vieillesse et des allocations familiales et de chômage. Le pic de 1978 correspond à la forte croissance du nombre de chômeurs indemnisés et à la création de diverses allocations familiales. Enfin la relance du plan MAUROUY, qui reposait en partie sur la revalorisation des prestations sociales, se traduit par une nette rupture en 1981 et 1982 avec la politique d'austérité engagée en 1979-1980. Au-delà de ces fluctuations, le tableau A1 fait apparaître trois périodes : de 1965 à 1973, la forte croissance du pouvoir d'achat des prestations sociales n'est que très légèrement plus forte que celle du PIB; de 1973 à 1982, la croissance du PIB chute fortement tandis que celle des

¹ Dans les parties A et B, nos chiffres et nos concepts proviennent des "Comptes de la Protection Sociale, 1959-1985", que nous avons prolongés en 1986. En particulier, les prestations de préretraites figurent parmi les prestations chômage. Nos chiffres portent sur le total de la Prestation sociale (hors de dépenses de transfert fiscal).

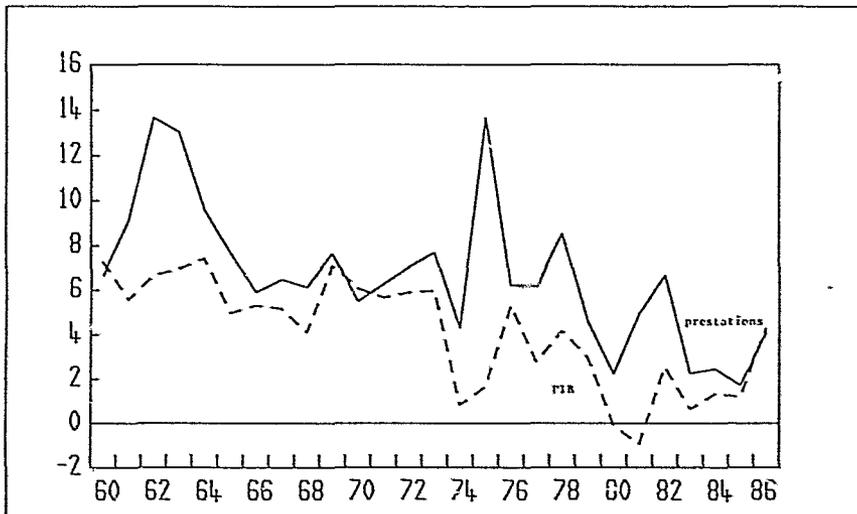
graphique A1

PRESTATIONS EN Z DU P I B



graphique A2

TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DES PRESTATIONS SOCIALES
ET DU PIB EN POUVOIR D'ACIAT



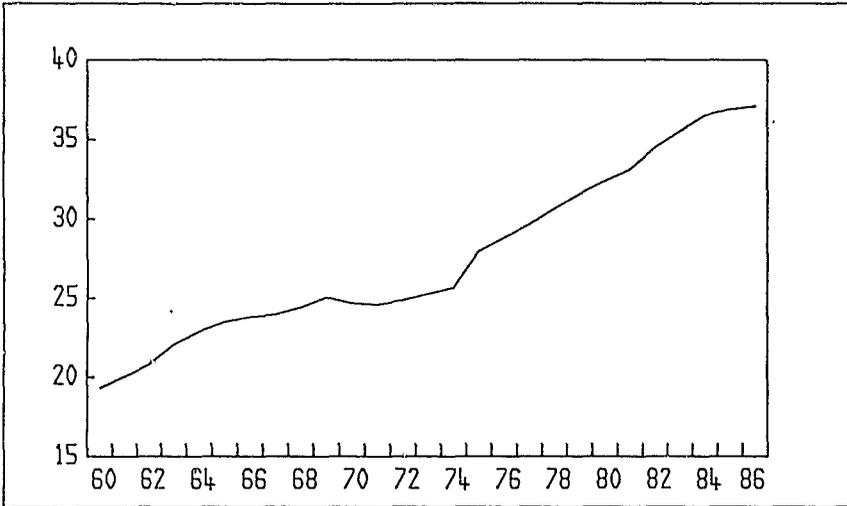
prestations sociales ne diminue que légèrement; enfin de 1982 à 1986, la croissance des prestations sociales est à son tour fortement réduite. L'accroissement des prestations sociales rapportées au PIB s'explique donc par le retard de réaction de la politique sociale au ralentissement de la croissance de 1973 à 1982. De ce fait, durant cette période, la croissance des prestations sociales a absorbé 59% de celle du PIB, les deux années les plus caractéristiques étant 1975, où le pouvoir d'achat des prestations sociales croît de 25 milliards en Francs 1980 pour une croissance du pouvoir d'achat du PIB (c'est à dire du PIB en valeur déflaté par les prix à la consommation) de 19 milliards et 1981, où le pouvoir d'achat des prestations sociales augmente de 13 milliards tandis que le pouvoir d'achat du PIB diminue de 9 milliards.

La part des prestations sociales dans le revenu disponible des ménages connaît une évolution similaire bien que moins marquée (graphique A3): faible croissance de 1965 à 1973, où elle passe de 23,5 % à 25,3 % (soit + 0,2 point par an); forte croissance de 1973 à 1984, où elle atteint 36,5 % (soit + 1 point par an); enfin, ralentissement jusqu'en 86 où elle atteint 37,1 %. De 1973 à 1984, la croissance des prestations sociales a représenté 74 % de la croissance du pouvoir d'achat des ménages. Ceci est encore plus marqué si on considère la période 1980-1984, les prestations de ménages ont augmenté de 51 milliards et leur revenu de 45 milliards. Les prestations ont eu tendance, jusqu'au retournement récent, à absorber la totalité des hausses du pouvoir d'achat que permettait une croissance réduite.

Examinons maintenant les dépenses en quatre risques: la famille, le chômage (y compris les préretraites), la vieillesse et la santé. En 1985, la famille représentait 13,5 % des prestations totales, le chômage 10,5 %, la vieillesse 42 % et la santé 34 % (graphiques A4 et A5).

La part des prestations familiales dans le total des prestations a diminué passant de 28% en 1959 à 13 % en 1986. Toutefois, leur rapport au PIB, qui reflète mieux l'effort fourni par la nation, est resté beaucoup plus stable: de 4% de 1959 à 1965, il a

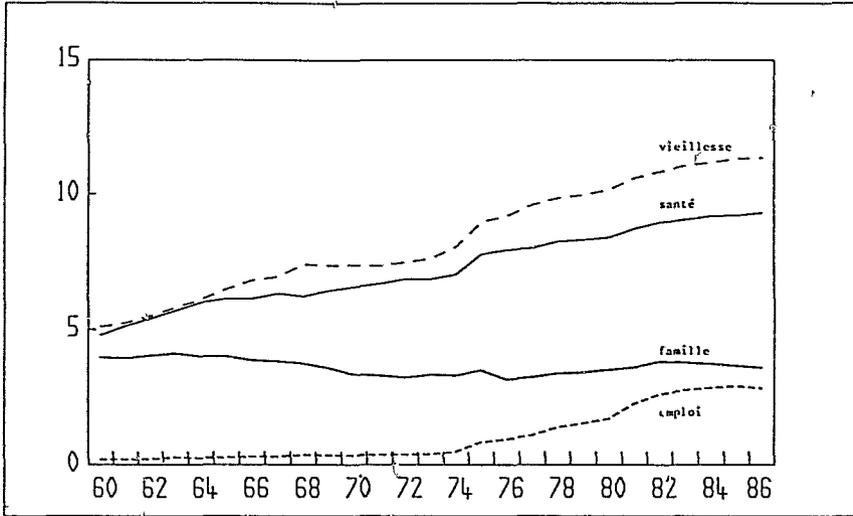
graphique A3 PART DES PRESTATIONS EN % DU REVENU DISPONIBLE DES SALARIES



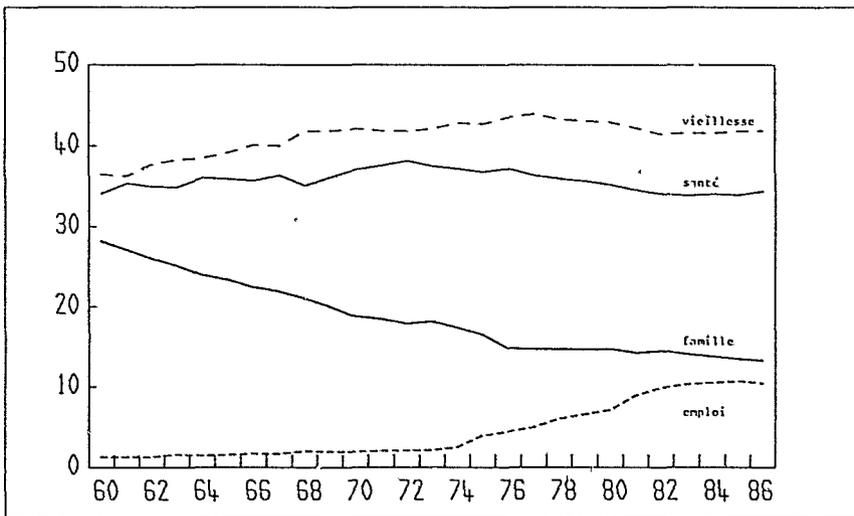
A1. Taux de croissance du pouvoir d'achat du PIB et des prestations sociales

moyenne annuelle		en %		
		1965 - 1973	1973 - 1982	1982 - 1986
PIB		5,7	2,1	1,8
Prestations Sociales		6,6	6,4	2,6
dont	Santé	7,1	5,2	2,8
	Famille	3,3	3,7	0,3
	Vieillesse	7,8	6,2	3
	Chômage	10,8	25,9	3,9

graphique A4 PRESTATIONS SOCIALES PAR TYPE, EN % DU PIB



graphique A5 PART DES DIFFERENTS TYPES DE PRESTATIONS SOCIALES DANS LE TOTAL



A2. La responsabilité de la croissance des prestations

En croissance annuelle moyenne de la part dans le PIB

	65 - 73	73 - 82	82 - 86
Santé	0,09	0,23	0,09
Famille	-0,08	0,05	-0,05
Chômage	0,02	0,25	0,06
Vieillesse	0,14	0,36	0,13
Total	0,17	0,89	0,23

A3 Part des prestations en % du PIB

Années	Santé	Famille	Emploi	Vieillesse	Total
1959	4,66	3,99	0,19	5,25	14,11
1960	4,78	3,95	0,18	5,1	14,03
1961	5,12	3,93	0,19	5,25	14,5
1962	5,4	4,02	0,2	5,52	15,45
1963	5,7	4,1	0,27	5,83	16,33
1964	6	3,99	0,25	6,12	16,65
1965	6,13	3,99	0,27	6,5	17,08
1966	6,13	3,85	0,3	6,83	17,18
1967	6,32	3,81	0,3	6,95	17,39
1968	6,21	3,73	0,36	7,4	17,72
1969	6,43	3,57	0,35	7,36	17,81
1970	6,56	3,33	0,35	7,38	17,71
1971	6,69	3,29	0,37	7,36	17,81
1972	6,86	3,22	0,38	7,49	18
1973	6,86	3,32	0,4	7,63	18,29
1974	7,03	3,3	0,48	8,06	18,92
1975	7,78	3,49	0,84	8,98	21,16
1976	7,93	3,15	0,95	9,21	21,33
1977	8,01	3,24	1,1	9,62	22,04
1978	8,25	3,38	1,39	9,87	22,96
1979	8,31	3,42	1,54	9,98	23,32
1980	8,4	3,51	1,71	10,18	23,86
1981	8,73	3,6	2,27	10,61	25,27
1982	8,96	3,81	2,61	10,84	26,29
1983	9,05	3,76	2,77	11,06	26,71
1984	9,19	3,72	2,85	11,18	27
1985	9,21	3,65	2,91	11,32	27,14
1986	9,31	3,59	2,84	11,35	27,08

diminué lentement jusqu'à 3,3 % en 1970, niveau auquel il s'est stabilisé jusqu'en 1977. Il a alors augmenté progressivement jusqu'aux alentours de 3,7 %.

Au contraire, la part des prestations chômage, inférieure à 2 % avant 1973 (et 0,4% du PIB) est montée jusqu'à 10 % des prestations totales en 1986 (et 2,8 % du PIB).

La part des prestations vieillesse est, depuis 1968, de l'ordre de 41% des prestations sociales. Rapportées au PIB, elles passent de 5,2 % en 1959 à 7,6 % en 1973, puis à 11,3 % en 1986; cette progression se poursuit dans les années récentes.

Enfin, la part des prestations santé est en 1986 du même niveau qu'en 1966 dans le total des prestations (34 %), après être montée à 38 % en 1973. Son rapport au PIB est en croissance moins rapide, de 4,8 % en 1960 à 9,3 % en 1986.

Le tableau A1 montre que chacune des quatre prestations a vu sa croissance se ralentir fortement sur la période 1982-1986. A l'exception de la famille, elle reste cependant nettement supérieure à celle du PIB. En masse, ce sont les prestations de vieillesse qui ont la plus grande responsabilité dans la croissance des prestations (tableau A2).

2- Les recettes

Les recettes de la Sécurité Sociale peuvent être classées en quatre catégories:

- les cotisations sociales employeurs,
- les cotisations sociales des personnes protégées (salariés, non-salariés, pensionnés),
- les recettes fiscales affectées,
- les contributions des administrations.

La frontière entre les trois dernières catégories est assez floue: nous avons classé dans les recettes fiscales affectées les impôts et taxes directement créés pour financer la Sécurité Sociale, dont les payeurs ne sont pas les bénéficiaires directs, c'est à dire la taxe sur les alcools, l'assurance automobile, la publicité pharmaceutique, le tabac, les

impôts de 1%, puis de 0,4 % sur le revenu imposable et la contribution de solidarité des fonctionnaires.

Il convient de s'interroger sur la pertinence économique de la séparation entre cotisations sociales employeurs et salariés. Ne s'agit-il pas d'une pure convention comptable ? Pour l'employeur, n'importerait que la somme globale qu'il paye, pour le salarié, la somme globale qu'il reçoit ; le partage des charges sociales entre les deux parties serait purement fictif.

En fait, tous les travaux économétriques effectués en France à ce sujet convergent pour estimer qu'à court terme les variations des taux de cotisations sociales n'affectent pas le salaire brut. Lorsque les taux de cotisations salariés augmentent, les salariés subissent bien une perte de pouvoir d'achat qu'ils ne réussissent pas à compenser par des hausses de leurs salaires bruts ; lorsque les taux de cotisation employeurs augmentent, les employeurs ne réussissent pas à le compenser en diminuant les salaires bruts. Les conséquences macro-économiques des hausses de chacun de ses taux diffèrent donc à court terme. En suivant l'enchaînement macro-économique, on peut dire que la hausse des cotisations employeurs amène les entreprises à augmenter leurs prix ; l'économie française perd de sa compétitivité ; cela crée du chômage ; ce chômage fait baisser la progression du salaire réel ; à long terme, la hausse des cotisations employeurs se répercute entièrement sur le salaire et a donc le même impact que sur la hausse des cotisations salariés : c'est un impôt sur le facteur travail qui pèse sur les salariés. Mais, comme le montreront nos simulations, le long terme est suffisamment lointain pour que la distinction entre les deux types de cotisations ait un sens.

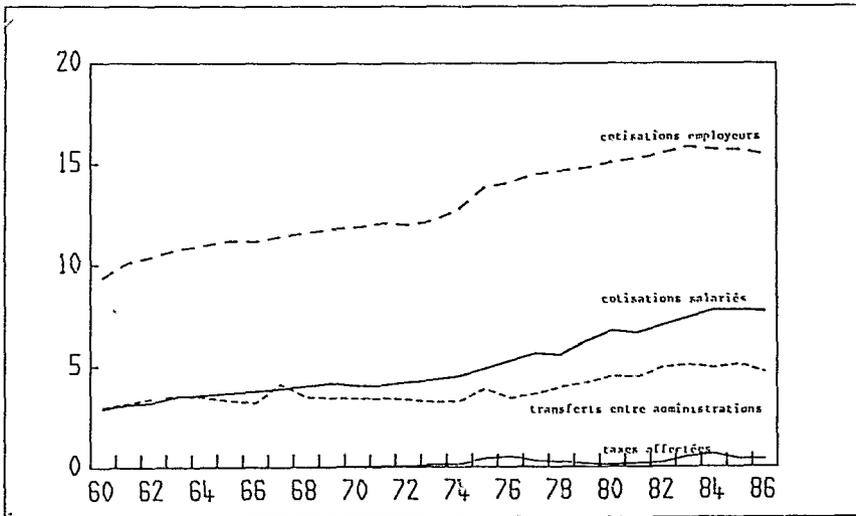
L'évolution du financement de la Sécurité Sociale peut être analysée selon 3 critères :

-si on considère la part respective de chacun des quatre types de financement, on constate (tableau A4 et graphique A6) que la part des ménages a augmenté constamment (surtout si on tient compte du fait que les ressources fiscales affectées sont en pratique payées par les ménages) ; au contraire, depuis 1973, la part des employeurs a tendance à se réduire. La part de l'Etat qui avait fortement baissée de

A4. Le financement des prestations sociales

	1959	1965	1973	1979	1982	1986
Part des :						
- employeurs	60,8	61,6	61,3	58,4	56,1	54,6
- ménages	19,1	20,2	21,7	24,5	25,4	27,3
- ressources affectées	-	-	0,7	0,6	0,7	1,4
- Administrations	20,1	18,2	16,3	16,5	17,8	16,7
TOTAL	100	100	100	100	100	100
Part dans le PIB :						
- employeurs	9,5	11,2	12,2	14,8	15,5	15,4
- ménages	3	3,7	4,3	6,2	7	7,7
- ressources affectées	-	-	0,1	0,1	0,2	0,4
- administrations	3,1	3,3	3	4	4,9	4,7
TOTAL	15,6	18,2	19,6	25,1	27,6	28,2

graphique A6 RESSOURCES DE LA PROTECTION SOCIALE PAR TYPE EN % DU PIB



1959 à 1973, est stable depuis. Par contre, elle croît temporairement chaque fois que se produit une explosion des dépenses (1967 ou 1975).

-si on compare ces versements au PIB, on constate que la part des cotisations employeurs augmente jusqu'en 1982 puis se stabilise, alors que la part des salariés continue à augmenter jusqu'à 1986. Le financement par les administrations est plus important en 1986 qu'avant la crise.

- Enfin si on calcule les taux apparents de cotisations sociales (tableau A5 et graphique A 8), on constate que le taux de cotisations employeurs a été relevé fortement de 1959 à 1967 (5 points environ); a été stable de 1967 à 1973 et depuis a augmenté constamment jusqu'à atteindre 41,1 % en 1986. Le taux de cotisation des salariés, dont la progression a été beaucoup plus lente de 1959 à 1973, a aussi fortement cru par la suite : l'année 1980 marque un pic en raison de la majoration exceptionnelle des cotisations maladie.

A5 - Taux apparents de cotisations sociales (1)

	1959	1965	1973	1979	1982	1986
Employeurs	26,8	31,3	32,1	37,3	38,5	41,1
Salariés	6,1	7,2	8,1	11,7	13,1	15,7
Non-salariés	2,9	4,6	5,8	9,3	11	12,8

(1) Les cotisations sociales sont rapportées à la masse salariale pour les cotisations employeurs et salariés et à l'EBEI pour les non salariés.

De 1973 à 1986, le taux employeurs a progressé de 9 points, le taux salariés de 7,5 points ; toutefois, compte tenu de la répartition initiale, cela signifie que le poids des cotisations salariés a fortement augmenté par rapport à celui des cotisations employeurs (passant de 25 % à 38 %). Grosso-modo, les cotisations des non-salariés ont cru comme celles des salariés : de 1960 à 1969, la progression plus rapide s'explique par l'extension de la protection sociale. Par contre, après 1974, la progression des

cotisations chômage ne pèse que sur les salariés. En niveau, les taux supportés par les non-salariés sont beaucoup plus faibles que le total des taux supportés par les salariés et les employeurs. A cela deux causes, les non-salariés sont moins couverts (pas d'indemnité journalière, d'assurance chômage, etc...) et , même si leur taux est comparable (cas des allocations familiales), il s'applique à une définition du revenu sous-évaluée par la fraude ou l'évasion fiscale.

3- l'équilibre de la Sécurité Sociale et la croissance du chômage

Quelle est la responsabilité de la croissance du chômage dans le déséquilibre de la Sécurité Sociale ?

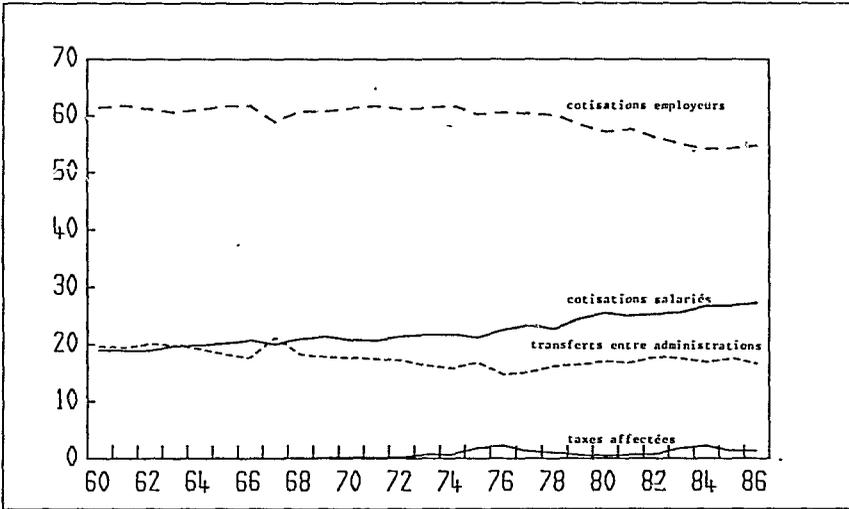
On peut d'abord calculer que, en 1986, si il y avait eu 100.000 travailleurs de plus dans les entreprises (et 100.000 chomeurs de moins), les prestations chômage auraient été plus basses de 3,4 milliards, les rentrées de cotisations plus élevées de 5,6 milliards, le solde du système de Protection Sociale aurait été amélioré de 9 milliards.

Supposons d'abord qu'en 1986, les taux de cotisations sociales soient au même niveau qu'en 1973, les prestations étant ce qu'elles sont. Pour que le solde des régimes de la Sécurité Sociale représente la même proportion du PIB en 1986 qu'en 1973, il manque la somme de 461 milliards représentant donc le montant du déséquilibre que la hausse des cotisations sociales a permis de résorber.

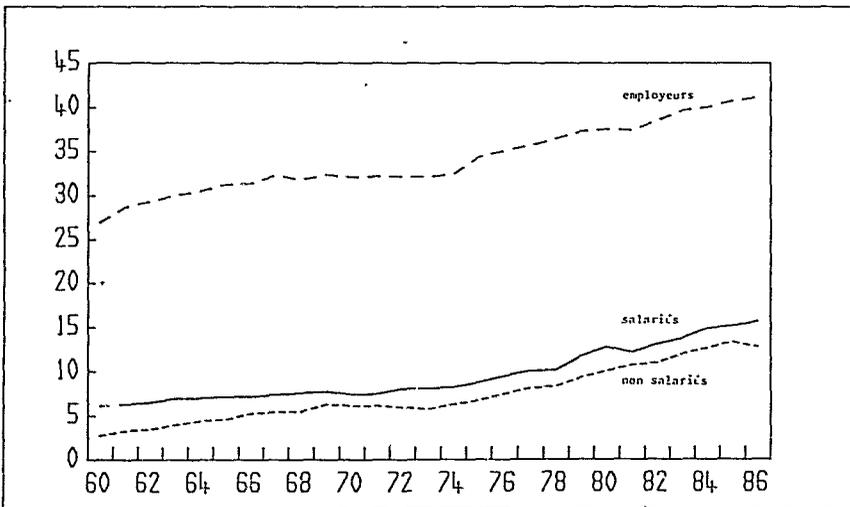
Si le taux de chômage était en 1986 au même niveau qu'en 1973 (et que les pré-retraités travaillaient), l'économie en prestations chômage serait de 105 milliards de francs et les rentrées supplémentaires de cotisations sociales seraient de 127 milliards de francs. La croissance du chômage explique donc 232 milliards du déséquilibre, soit juste 50 %.

Le reste du déséquilibre peut-être attribué aux quatre risques en comparant leur progression à celle des cotisations sociales (à chômage-constant). Le calcul montre alors que les prestations vieillesse sont responsables de 136 milliards; les prestations

graphique A7 PART DES DIFFERENTS TYPES DE RESSOURCES DANS LE TOTAL



graphique A8 TAUX DE COTISATIONS SOCIALES APPARENTS



santé de 79 milliards; les prestations chômage de 12 milliards. En revanche les prestations familiales ont permis des économies de 7 milliards.

Sans la hausse du chômage, les cotisations employeurs pourraient être à 34,5 % (au lieu de 41,1 %) et les cotisations salariées à 13,2 % (au lieu de 15,7 %). Durant ces dernières années, on a assisté à la naissance d'un cercle vicieux où la dégradation de l'emploi a obligé à augmenter les cotisations employeurs, ce qui à son tour augmentait le chômage. Cette évolution amène à deux réflexions:

de 1973 à 1986, le pouvoir d'achat du salaire net perçu par les salariés a cru en moyenne annuelle de 1,4 % mais les charges salariales versées par les entreprises ont crû de 2,6 % l'an; le salaire brut augmentait lui au rythme de 2,1 %. Le système de cotisations sociales assises sur les salaires aboutit à une hausse supplémentaire moyenne de 0,5 % l'an des charges salariales et à une réduction de 0,8 % de la hausse du pouvoir d'achat des salariés. Aussi quand on regarde la part des charges salariales dans la valeur ajoutée des sociétés, on constate que les 6 points de hausse de 1973 à 1981 s'expliquent pour 2 points par l'évolution du salaire brut, c'est-à-dire de la variable que les partenaires sociaux maîtrisent et pour quatre points par la hausse des cotisations employeurs; la part du salaire net étant, elle, au même niveau en 1981 qu'en 1973. En 1986, la part des charges salariales a rejoint le niveau de 1973 mais les salaires bruts sont 4,5 points au dessous et les salaires nets 6,5 points au dessous (tableau A6).

A6 - Part des charges salariales dans la valeur ajoutée des sociétés
en %

	Part dans la valeur ajoutée des sociétés		
	des charges salariales	du salaire brut	du salaire net
73	65,3	49,9	45,8
74	66,6	51,3	47,1
75	69,3	51,9	47,3
76	69,9	52,1	47,2
77	69,7	51,7	46,5
78	69,4	51,4	46,1
79	68,9	50,6	44,6
80	69,7	51,1	44,6
81	71,1	52,1	45,8
82	70,8	51,6	44,8
83	70,4	50,7	43,7
84	68,7	49,3	42
85	67,3	48,1	40,8
86	65,2	46,5	39,2

En 1986 pour qu'un entrepreneur embauche un salarié qu'il paiera 100, il faut que celui-ci produise une valeur ajoutée de 141. Le salarié touchera un salaire net de 84 alors que, en moyenne, s'il était au chômage, il recevrait une indemnité de 37. Pour la Nation le coût de l'embauche est donc de 47. Le coût que l'entreprise attribue nécessairement au facteur travail est donc **trois fois** supérieur à son coût réel pour la Nation. Il y a là une distortion excessive par rapport à l'efficacité économique. L'entreprise est amenée à faire des choix inefficaces au niveau national quand elle décide de produire ou de ne pas produire ; d'utiliser des techniques de production incorporant plus ou moins de travail ou de capital.

4- Sécurité sociale et évolution macro-économique

Nous nous proposons ici de discuter l'impact qu'a eu le système de Sécurité sociale sur l'évolution macro-économique depuis 1973. Il joue *a priori* un rôle d'amortisseur automatique de la conjoncture : en période dépressive, les dépenses de la Sécurité sociale ont plutôt tendance à augmenter, les recettes à diminuer, de sorte que le déficit de la Sécurité sociale soutient l'activité. En fait ce rôle est atténué par le fait que les pouvoirs publics, soucieux de l'équilibre de la Sécurité sociale, augmentent les cotisations salariés et employeurs quand le déficit se creuse, de sorte qu'une partie de ce déséquilibre *ex ante* est entièrement résorbée par la hausse des cotisations salariés; une autre partie porte sur les entreprises; une troisième demeure soit en déficit *ex post*, soit à la charge de l'Etat. C'est cette décomposition qui est faite dans le tableau A7. Celui-ci donne l'écart entre la croissance effective des prestations et cotisations sociales et celle qu'elles auraient eu si elles avaient progressées comme la masse salariale brute. Ce tableau fait apparaître les années de forte progression des transferts en faveur des ménages : 3 % des salaires bruts en 1975 ; 3 %, de nouveau en 1978 ; puis 5 % en 1981-1982 ; enfin 3,5 % en 85-86. On voit nettement la rupture survenue en 1981, jusqu'à cette date, grosso-modo, les hausses de cotisation employeurs compensaient les hausses des transferts aux ménages : les pouvoirs publics avaient, avant tout, le souci de l'équilibre des finances publiques, l'écart qui s'était creusé en

A7. Transferts liés au système de Sécurité Sociale

en milliards de Francs courants

	Hausse des Prestations sociales	Hausse des cotisations portant sur les ménages	Transfert net en faveur des ménages	Hausse des cotisations employeurs	Déficit résiduel
74	-0,9	-0,1	-0,8	1,3	-2,1
75	25,3	8	17,3	13	4,3
			(3)	(2,3)	
76	32,4	17,7	14,7	19,6	-4,9
			(2,2)	(2,9)	
77	46,1	21,6	24,5	27	-2,5
			(3,2)	(3,5)	
78	76	22,9	53,1	37	16,1
			(6,2)	(4,3)	
79	101,5	41,8	59,7	49,7	10
			(6,2)	(5,1)	
80	123,5	59,2	64,3	60,1	4,2
			(5,8)	(5,4)	
81	174,8	62,8	112	66,8	45,2
			(8,8)	(5,3)	
82	245,6	88,9	156,7	91,5	65,2
			(10,9)	(6,4)	
83	292,4	127,5	164,9	118	46,9
			(10,5)	(-7,5)	
84	346	164,3	181,7	132,3	59,4
			(10,8)	(-7,9)	
85	393	167	226	151,7	74,3
			(12,8)	(-8,6)	
86	443,7	180,8	262,9	165,6	97,3
			(14,3)	(-9)	

Le tableau retrace l'écart entre la croissance effective des prestations sociales et des cotisations salariés et employeurs et celle qu'elles auraient eu si elles avaient été indexées sur la masse salariale brute. Le chiffre entre parenthèse représente cet écart en % de la masse salariale bruté.

1978/1979 a été résorbé en 1980. Depuis, il reste un solde important que les administrations prennent en charge.

Il est possible, à l'aide du modèle trimestriel de l'OFCE, d'évaluer l'impact de ces transferts, en distinguant l'impact des transferts nets aux ménages, et l'impact des cotisations sociales employeurs (tableau A8). Le bilan apparaît très défavorable : l'impact sur la croissance est faible et plutôt négatif; l'inflation a été accélérée, en raison de la hausse du coût salarial; le solde extérieur a été fortement dégradé : d'un côté, par un effet volume, la hausse des transferts vers les ménages a augmenté les importations; de l'autre la hausse des cotisations employeurs a dégradé la compétitivité et, malgré son effet récessif, n'a permis qu'une faible amélioration du solde commercial. Pour les finances publiques le solde est négatif : la politique des transferts sociaux est responsable d'une partie importante du déficit public des années 1980. Par contre, le chômage a été légèrement réduit : cela provient d'un effet sectoriel, les transferts ont profité au secteur tertiaire (qui a bénéficié du soutien de la consommation) au détriment du secteur industriel (qui a pâti des pertes de compétitivité).

En résumé, le financement du système de protection sociale, en raison de la hausse des cotisations employeurs de 1974 à 1982, a été préjudiciable à la croissance de l'économie française.

A8 Impacts des transferts liés au système de sécurité sociale

		1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
PIB : en %	TNM	0,7	0,8	1,2	2,1	2,6	2,8	3,7	4,9	5	5,4	6,1	6,7
	CSE	-0,1	-0,6	-1,2	-2	-2,9	-3,8	-4,6	-5,3	-6	-6,7	-7,3	-8
	Bilan	0,6	0,2	0	0,1	-0,3	-1	-0,9	-0,4	-1	-1,3	-1,2	-1,3
Prix de la consommation : en %	TNM	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,7	0,8
	CSE	0,3	0,8	1,5	2,2	3	3,8	4,5	5,2	5,9	6,6	7,2	7,9
	Bilan	0,2	0,7	1,4	2,2	3	3,9	4,7	5,5	6,3	7,1	7,9	8,7
Chômage (en milliers)	TNM	-4,5	-78	-112	-185	-251	-282	-350	-443	-500	-542	-607	-673
	CSE	9	43	90	132	207	273	332	383	432	482	529	578
	Bilan	-34	-35	-22	-53	-48	-9	-18	-60	-68	-60	-78	-95
Solde extérieur (en milliards)	TNM	-3	-8	-8	-15	-21	-26	-38	-55	-67	-80	-97	-113
	CSE		1	3	4	6	7	10	10	13	16	19	22
	Bilan	-3	-4	-5	-11	-15	-19	-28	-45	-54	-64	-78	-91
Solde des administrations (en milliards)	TNM	-14	-7	-14	-34	30	-26	-58	-79	-68	-65	-104	-124
	CSE	9	10	11	13	15	11	7	12	18	15	16	15
	Bilan	-5	3	-3	-21	-15	-15	-51	-67	-50	-50	-88	-109

La première ligne retrace l'impact des transferts nets en faveur des ménages ; la deuxième l'impact des hausses de cotisations employeurs ; la troisième, le bilan, c'est-à-dire la somme entre les deux premières lignes.

II - COMPARAISONS INTERNATIONALES

L'objet de cette partie est de comparer le fonctionnement de la protection sociale dans cinq grands pays industrialisés choisis pour la diversité de leurs systèmes : la RFA, le Royaume-Uni, l'Italie, les Etats-Unis et le Japon.

Schématiquement, on est amené à établir une classification en trois groupes :

– le premier dont le système de protection sociale repose sur le principe d'assurance obligatoire et généralisée, comprend la France et la RFA,

– le second dont le système est fondé sur la solidarité comprend le Royaume-Uni et l'Italie,

– le troisième dont le système est qualifié de libéral comprend les Etats-Unis et le Japon.

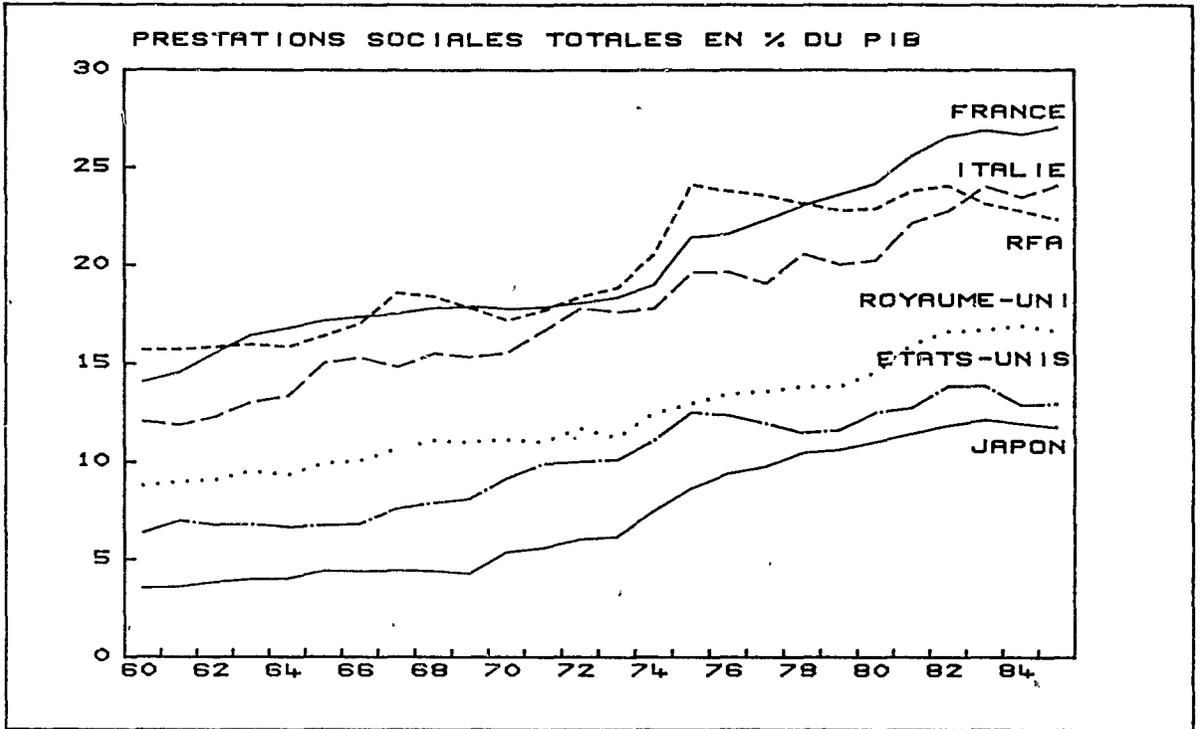
Remarque préliminaire :

Les définitions adoptées pour les comparaisons internationales des systèmes de Sécurité Sociale sont présentées sous une forme normalisée selon le mode de classification de l'OCDE. Le but étant de fournir des données comparables, les concepts du système français ont été abandonnés au profit de ceux proposés par l'OCDE. En dépit d'un effort d'homogénéisation, les définitions des agrégats présentés diffèrent encore sensiblement notamment de celles retenues par l'OSCE. Aussi les données devront-elles être analysées avec circonspection.

1 - Les dépenses

Le graphique A9 montre l'évolution des dépenses de protection sociale rapportées au PIB.

Graphique A9 :



Le groupe de tête comprend la France, au premier rang depuis 1980, suivie de près par l'Italie puis l'Allemagne Fédérale. Le Royaume-Uni se place au 4ème rang, loin derrière l'Allemagne. Les pays extérieurs à l'Europe arrivent en dernier, d'abord les Etats-Unis, enfin le Japon.

L'Italie a connu la plus forte progression des dépenses sociales en pourcentage du PIB entre 1960 et 1986. Par contre les dépenses de l'Allemagne, proches de celles de la France jusqu'en 1975, ont subi depuis une forte inflexion à la baisse. La progression des dépenses au Royaume-Uni a été assez régulière avec toutefois une plus forte poussée entre 1979 et 1982. Aux Etats-Unis, les dépenses rapportées au PIB ont connu une forte accélération entre 1968 et 1975, suivie d'une période de baisse pour retrouver ensuite, en 1980 leur niveau de 1975. Elles se sont stabilisées depuis à environ 13%. Au Japon, le système s'est développé très tardivement. La plus forte progression des dépenses se situe entre 1973 et 1979. Le niveau était de 12% environ en 1985 soit un point de moins qu'aux Etats-Unis.

a - Les dépenses de santé

Les dépenses de santé comprennent les soins hospitaliers, les remboursements en espèce et l'indemnisation des arrêts de travail. La part financée par les administrations dépend essentiellement du système de couverture en vigueur (tableau A9)

A9 : Les dépenses de santé en % du PIB en 1985

	Dépenses totales	Dépenses publiques
France	9	7,7
RFA	8,1	7
Royaume-Uni	6	5,4
Italie	7,2	6,8
Etats-Unis	10,5	4,5
Japon	6,9	4,8

Schématiquement, on peut dire qu'il existe trois modèles :

– le modèle anglais adopté par l'Italie depuis 1979. La quasi totalité des dépenses de santé sont financées par les recettes fiscales et contrôlées par l'Etat.

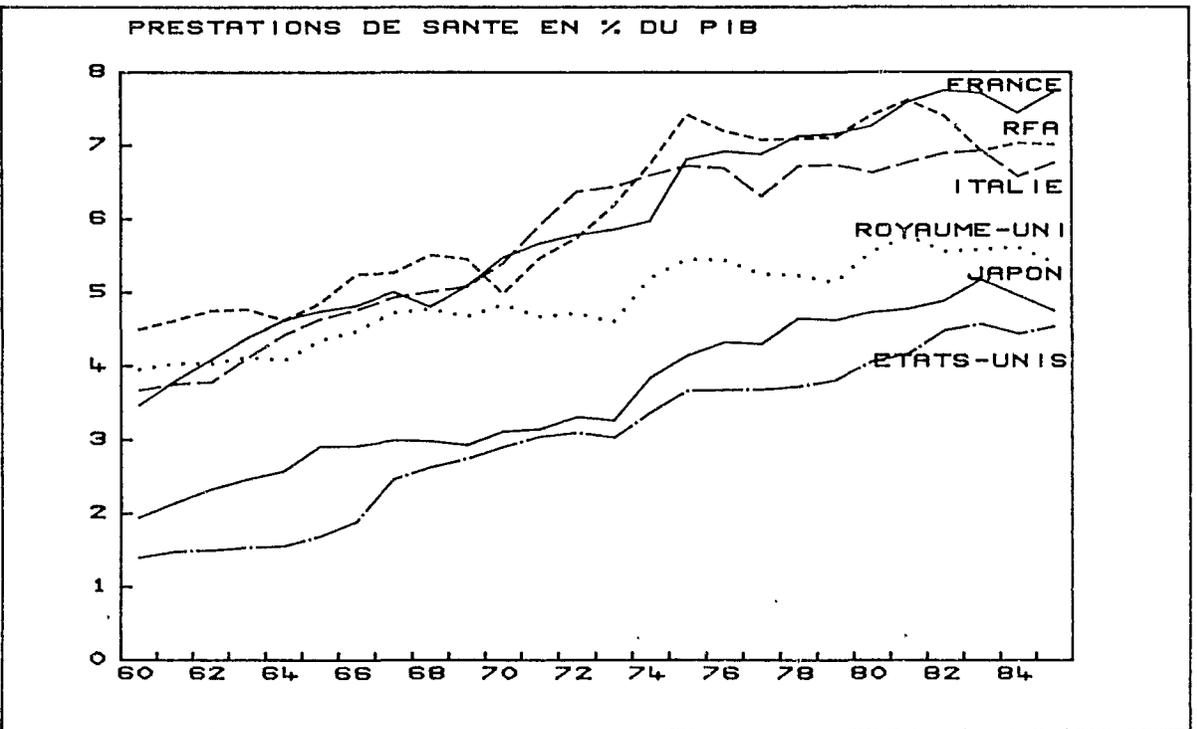
– le modèle bismarckien en vigueur en RFA et en France qui repose sur les assurances sociales financées par les employeurs et les salariés. Les dépenses du secteur privé y sont un peu supérieures à celles observées au Royaume-Uni ou en Italie.

– le modèle libéral, en vigueur aux Etats-Unis et dans une moindre mesure, au Japon. Le risque maladie est principalement couvert par le secteur privé.

La faiblesse des dépenses publiques de santé observée dans ce dernier type de système peut être illustrée par le cas des Etats-Unis. Deux programmes publics américains d'assurance-maladie Medicare et Medicaid ont été mis en place depuis 1966. Medicare est un programme fédéral qui couvre 12 % de la population, principalement les personnes âgées de 65 ans et plus. Medicaid est réservé aux personnes dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté, soit 8 % de la population environ. Le reste de la population est couvert par des assurances privées, le plus souvent dans le cadre de l'entreprise. Des statistiques récentes montrent que 12,6 % de la population américaine ne bénéficierait d'aucune couverture maladie.

L'évolution des dépenses publiques de santé en % du PIB est illustrée par le graphique A 10.

Graphique A 10 : Dépenses publiques de santé en % du PIB



Les dépenses publiques de santé ont connu un ralentissement

généralisé depuis 1975 avec de sensibles différences entre pays. Ce ralentissement tient en partie à l'achèvement de la généralisation des régimes de protection sociale. A quoi se sont ajoutées les politiques restrictives menées par les pouvoirs publics : hausse du ticket modérateur en France, en Allemagne et au Royaume-Uni, introduction d'un ticket modérateur pour les personnes âgées au Japon, budgets globaux pour les hôpitaux et remboursements forfaitaires aux Etats-Unis...

Malgré ces restrictions, la consommation médicale totale des pays industrialisés a connu une forte augmentation en termes réels de 1975 à 1985 (tableau A 10).

Tableau A 10

Dépenses Totales de santé : décomposition du taux de croissance annuel moyen 1975-1985 (en points)

	1975	Taux de croissance annuel moyen 1975-1985 (en points)					1985
	Dépense en % du PIB	Dépense nominale	Indice du prix de la consommation médicale	Dépense réelle population	Dont	Dont consommation par tête	Dépense en % du PIB
France	7,5	14,5	8,3	5,6	0,5	5,3	9,4
RFA	7,8	6,3	4,4	1,9	-0,1	2	8,1
Royaume-Uni	5,5	13,2	11,6	1,5	0,1	1,4	5,7
Italie	-	-	-	-	-	-	-
Etats-Unis	8,4	12,3	8,7	3,3	1	2,3	10,8
Japon	5,6	9,6	4,5	4,8	0,8	4	6,6

La France est le pays où la consommation par tête de biens et services médicaux a le plus augmenté. Viennent ensuite le Japon, les Etats-Unis, l'Allemagne et enfin le Royaume-Uni. Mais au regard de la croissance économique, la progression, en % du PIB, des dépenses de santé a été la plus forte aux Etats-Unis et en France. En RFA les dépenses de

santé ont été limitées grâce à la «loi sur le ralentissement des coûts» votée en 1977.

Il faut par ailleurs remarquer que les prix relatifs ont contribué à la croissance du ratio des prestations de santé au PIB dans les pays étudiés à l'exception de la France, comme le montre la décomposition de l'indice du prix de la consommation médicale dans chaque pays (tableau A11).

A11 Taux d'accroissement de l'indice du prix de la consommation
médicale entre 1975 et 1985

Moyenne annuelle

	Indice du prix de la consommation médicale	Dont indice implicite du prix du PIB'	Dont inflation médicale spécifique
France	8,3	9,8	-1,4
RFA	4,4	3,6	0,7
Royaume-Uni	11,6	10,8	0,7
Italie	-	-	-
Etats-Unis	8,7	6,5	2,1
Japon	4,5	4,8	1,2

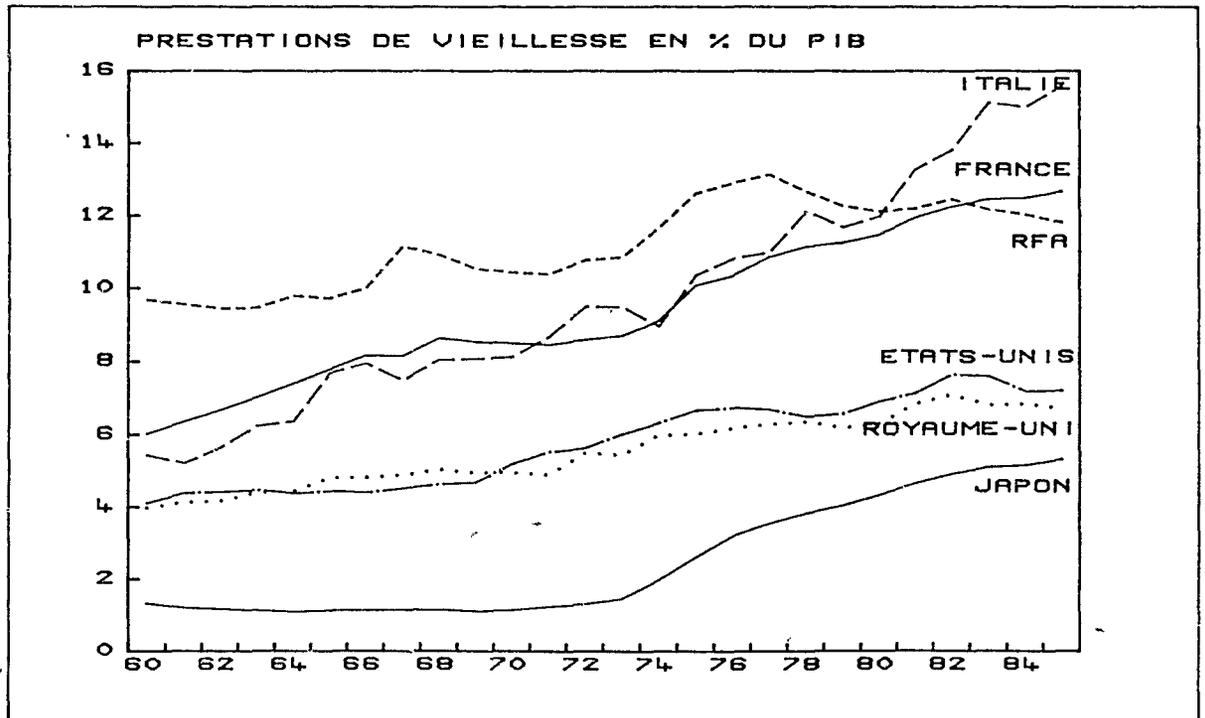
Les pays où l'inflation médicale spécifique a été la plus forte entre 1975 et 1985 sont en fait ceux où le système de couverture est essentiellement privé.

b - les dépenses de vieillesse

Les évolutions des dépenses publiques de vieillesse sont difficilement comparables. En premier lieu, l'agrégat retenu ne comprend que les pensions versées par le secteur public. Il ne recouvre donc qu'une partie des dépenses de vieillesse. La faiblesse des dépenses publiques peut ainsi s'expliquer par les modalités de financement des dépenses totales de vieillesse : en Italie, où les dépenses de secteur public sont les plus élevées, le secteur privé joue un rôle minime dans le financement des retraites. A l'opposé, plus de 40 % des pensions au Royaume-Uni proviennent du secteur privé. De même aux Etats-Unis, le secteur privé finance une part importante des prestations de vieillesse. Par ailleurs, le cas du Japon montre que la progression des dépenses publiques de vieillesse peut s'expliquer aussi par une période de montée en charge, les régimes nationaux ayant été mis en place à des dates différentes.

Le graphique A 11 présente la progression des dépenses de vieillesse de 1960 et 1985 :

Graphique A 11



On retrouve en tête les mêmes pays que pour les prestations sociales mais dans le cas des dépenses de vieillesse, la France est largement dépassée par l'Italie. Les Etats-Unis et le Royaume-Uni sont très proches avec toutefois un léger avantage pour les Etats-Unis. Le Japon a connu depuis 1973 une très forte montée en charge de ses dépenses de vieillesse mais leur niveau atteint en 1985 est encore relativement bas.

A 12 : Ratio démographique comparé aux dépenses
publiques de vieillesse

	Personnes âgées de plus de 65 ans / population totale	rang	Dépenses de vieillesse en % du PIB	rang
France	19,7	3	12,7	2
RFA	21	2	11,8	3
Royaume-Uni	23,1	1	6,7	5
Italie	19	4	15,6	1
Etats-Unis	18,4	5	7,2	4
Japon	15,1	6	5,3	6

Source : OCDE, calculs OFCE

Le poids démographique des personnes âgées mesuré par le rapport entre le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus et la population totale explique assez mal le niveau des pensions de vieillesse (tableau A12).

En revanche, cet alourdissement est mieux expliqué par la baisse des taux d'activité entre 60 et 64 ans comme le montrent les chiffres du tableau A13. Les cessations d'activité représentent un coût élevé pour la nation en terme de dépenses de vieillesse. Des mesures de politique économique visant à enrayer le chômage ont parfois été prises en ce sens.

A13 : Taux d'activité des hommes entre 60 et 64 ans comparés
aux dépenses publiques de vieillesse

	Taux d'activité des hommes entre 60 et 64 ans	rang	Dépenses de vieillesse en % du PIB	rang
France (1982)	39,7	2	12,7	2
RFA (1982)	43,6	3	11,8	3
R. U. (1982)	64	5	6,7	5
Italie (1981)	29,1	1	15,6	1
U.S.A. (1982)	56,4	4	7,2	4
Japon (1980)	81,5	6	5,3	6

c - Les autres prestations

Pour ce qui est des autres prestations, le groupe de tête est légèrement modifié : la France est en tête, suivie du Royaume-Uni. La RFA est au troisième rang au titre des dépenses pour l'emploi mais elle est devancée depuis peu par le Japon dans le domaine des prestations familiales. L'Italie et les Etats-Unis occupent respectivement les 4ème et 5ème rangs. Le Japon est au même rang que les Etats-Unis au titre des dépenses pour l'emploi, malgré un taux de chômage nettement inférieur.

Le Royaume-Uni avait, en 1985, le taux de chômage le plus élevé. L'indemnisation du chômage (1,8% du PIB) est complétée par la politique familiale : celle-ci favorise les familles dans lesquelles l'un au moins des deux parents est privé d'emploi.

A14 : Autres prestations, taux de chômage et jeunes
de moins de 15 ans en 1985

	Taux de chômage	Dépenses pour l'emploi en % du PIB	Jeune de moins de 15 ans / population totale	prestations familiales en % du PIB
France	10,4	2,8	32,2	2,7
RFA	8,8	1,5	21,9	0,8
R. U.	11,6	1,8	28,5	1,9
Italie	10,4	0,8	29,3	0,8
U.S.A.	7,1	0,4	36	0,4
Japon	2,6	0,4	31,5	1,3

En RFA, la politique familiale consiste à garantir un revenu minimum sans chercher à favoriser la natalité. C'est d'ailleurs là qu'elle est la plus faible en l'Europe. Quant au système d'assurance chômage, il offre une couverture restreinte. Avec la crise, l'Institut Fédéral du Travail a resserré son contrôle et réduit les prestations.

Le cas de l'Italie est assez frappant : avec un taux de chômage élevé, égal en 1985 à celui de la France, les prestations de chômage y sont de 2 points inférieures. La situation des travailleurs privés d'emplois y est nettement plus défavorable. Aucune condition spéciale n'est prévue pour les chômeurs dont l'âge est proche de celui de la retraite. Les allocations de chômage sont d'un montant très faible (l'équivalent de 4 francs par jour en 1980) et souvent limitées à 180 jours par an. Cependant, il faut tenir compte du fait que beaucoup ont un emploi non déclaré et sont comptés parmi les chômeurs. Des enquêtes ont permis d'estimer que deux millions de

personnes, recensées comme inactives, occupent un emploi à temps complet et que deux à trois millions d'actifs ont un second emploi à mi-temps. Ainsi 15 à 17 % de la population active échapperait à la statistique officielle mais il s'agit le plus souvent d'emplois mal rémunérés et instables. Quant aux allocations familiales, elles sont moins nombreuses en Italie, et leur montant, indépendant du rang de l'enfant est nettement moins élevé qu'en France.

Aux Etats-Unis, il n'y a pas du tout de politique familiale, mais seulement un programme d'aide aux familles les plus démunies qui ont des enfants à charge. Les indemnisations de chômage sont d'un montant très faible.

Au Japon, depuis la crise de 1974, le chômage a augmenté comme partout ailleurs mais il se maintient à un taux très faible : 2,6 % en 1985. En 1984 un plan de réforme a réduit fatement les prestations.

2 - Le financement des régimes de Sécurité Sociale

Remarque préliminaire :

La répartition des dépenses en fonction du risque couvert est aisée car les administrations classent en général les prestations par organisme bénéficiaire. En revanche, le problème est plus délicat pour les recettes car les pays étudiés connaissent en matière de Sécurité Sociale, des régimes très différents. En France par exemple, les taxes affectées au financement de la Sécurité Sociale ont un poids marginal, mais à l'étranger certains régimes sont en grande partie financés par des recettes fiscales. En outre, des différences comptables subsistent entre les recettes et les dépenses : les premières comptabilisent les flux financiers effectifs alors que les seconds comptabilisent les dépenses imputées au titre de l'année considérée. Il faudra attendre avant que l'OCDE soit en mesure de fournir un tableau d'équilibre Ressources-Emplois. D'ici là, nous avons dû procéder à quelques simplifications pour évaluer la répartition des ressources.

Le tableau suivant montre la répartition des ressources en % du PIB :

A 15 : Le financement des régimes de Sécurité sociale en 1985

Tableau A 15

Le financement des régimes de Sécurité Sociale en 1985

en % du PIB

	Cotisations (1)			Impôts et(1) taxes affectés	Autre (1)	Contribution publique (2)	Total (3)
	employeurs	salariés	non salariés				
France*	12,9	5,5	1,4	0,4	-	6,5	26,7
FFA	7,2	6	0,6	-	1,1	7,5	22,4
Royaume-Uni	3,4	3,1	0,2	-	-	10	16,7
Italie	8,6	2,3	1,2	-	-	12	24,1
Etats-Unis	5,1	3,3	0,2	-	0,2	4,2	13
Japon	4,3	3	1,2	-	-	3,3	11,8

* 1984 pour la France

(1) Les chiffres sont extraits de «statistiques de recettes publiques 1965-1986» de l'OCDE,
la rubrique «Autre» correspond à des cotisations volontaires aux régimes de Sécurité Sociale

(2) Cette rubrique est la différence entre le total et le cumul des autres rubriques

(3) Il s'agit en fait de la somme des dépenses

Parmi les pays qui présentent un niveau de ressources totales comparable, on observe des structures très différentes.

Les comparaisons sont plus aisées avec la répartition des ressources en % du total qui figure au tableau suivant :

A 16 : Le financement des régimes de Sécurité Sociale en 1985

Tableau A 16

Le financement des régimes de Sécurité Sociale en 1985

en % du total

	Cotisations			Impôts et taxes affectés	Autre (1)	Contribution publique	Total
	employeurs	salariés	non salariés				
France	47,6	20,6	5,2	1,5	-	25,1	100
FFA	32,1	26,8	2,7	-	4,9	33,5	100
Royaume-Uni	20,4	18,6	1,2	-	-	59,8	100
Italie	34,7	9,5	5	-	-	49,8	100
Etats-Unis	39,2	25,4	1,5	-	1,5	31,4	100
Japon	33,1	23,1	9,4	-	-	34,6	100

La contribution des employeurs au financement des régimes de Sécurité Sociale est très élevée en France et aux Etats-Unis, dans une moindre mesure. A l'opposé, on trouve le Royaume-Uni où elle est particulièrement faible et où près de 60 % des dépenses sociales sont financées par des recettes fiscales. L'Italie se distingue pour la faiblesse des cotisations salariés. En France, la contribution publique est relativement faible surtout par rapport à la RFA où les systèmes de protection sociale présentent un grand nombre de traits communs.

3 - L'organisation de la couverture financière

Dans le système de protection sociale allemand, les «assurances sociales» correspondent au concept de Sécurité Sociale à la française. Elles couvrent les risques maladie, maternité, vieillesse, invalidité, accident du travail et maladies professionnelles. La garantie contre le chômage ne relève pas des assurances sociales. Dans le cas de l'assurance-maladie, les fonds publics sont quasi-absents des sources de financement. Les taux de cotisations sont fixés de façon que les cotisations couvrent les dépenses. Les caisses sont tenues de constituer des réserves équivalentes à un mois et demi de dépenses. Le principe est le même dans l'assurance retraite et dans l'assurance chômage mais l'intervention de l'Etat est beaucoup plus étendue; la contribution publique représente près de 18 % des ressources totales des régimes vieillesse obligatoires. Dans l'assurance chômage, gérée par l'Institut Fédéral du travail, les crédits budgétaires entrent en jeu en dernier lieu, quand il s'avère que les ressources de l'Institut sont insuffisantes. Leur part dans le total des ressources a été de 21 % en 1982. L'Institut compte deux recettes para-fiscales parmi ses ressources dont l'une finance les indemnités de licenciement économique. Les autres dispositifs de protection sociale répondent à une logique différente et sont financés par l'Etat Fédéral et les collectivités locales.

Les allocations familiales sont gérées par l'Institut fédéral du Travail et financées par le budget fédéral. L'allocation logement et l'aide au logement relèvent des collectivités locales, l'Etat Fédéral pouvant intervenir à titre de complément. Enfin, l'indemnisation sociale est gérée par les collectivités locales mais son financement repose sur le budget Fédéral.

Au Royaume-Uni, l'organisation financière du système de Sécurité Sociale repose sur trois caisses : l'Assurance Nationale, pour la couverture risque vieillesse; le Service National de Santé; les Allocations pour l'Emploi. A l'origine, le financement du Service National de Santé provenait en totalité du Budget de l'Etat. Depuis, d'autres sources de financement ont été introduites : ticket modérateur sur certains médicaments et cotisation spécifique sur le revenu des actifs. Les régimes de l'Assurance Nationale bénéficient d'une subvention de l'Etat. La caisse des allocations pour

l'emploi, qui gère aussi les indemnités de congés maternité est financée par les employeurs et les salariés et par une taxe exceptionnelle sur les salaires à la charge des employeurs. Enfin, les prestations non contributives : prestations familiales, prestations pour handicapés, sont intégralement prises en charge par l'Etat.

En Italie, la réforme sanitaire mise en œuvre en 1979 doit aboutir d'ici quelques années à l'instauration d'un Service Sanitaire National calqué sur le modèle anglais. Avant la réforme, l'Institut National de Prévoyance Sociale gérait toutes les prestations sauf les risques professionnels (accidents du travail et maladies professionnelles) qui sont pris en charge par l'Institut National d'Assurances Accidents du Travail. Depuis la réforme, l'INPS ne doit plus gérer le risque maladie, il est remplacé en cela par l'Etat, les Régions et les Unions Locales. Toutefois, l'INPS reste chargé provisoirement des prestations en espèces et du recouvrement des cotisations. Le financement de chaque risque est couvert, outre par les cotisations, par des subventions annuelles de l'Etat. De plus, l'assurance maladie reçoit la contribution des régions, des provinces et des communes.

Il est utile d'exposer brièvement les motifs et les buts de la réforme sanitaire en Italie.

Deux problèmes se posaient en Italie depuis de nombreuses années : le financement des dépenses de santé et l'organisation de ce secteur. L'Etat était obligé de combler l'important déficit des différents régimes d'assurance-maladie, soit 20 % de leur budget environ. En raison de la complexité de l'organisation du système de soins et de son financement, ce déficit était difficilement maîtrisable. En outre, les déséquilibres régionaux en matière de développement créaient des déséquilibres au niveau de la santé. Ainsi parmi les objectifs des réformes sanitaires qui ont été définis lors de l'élaboration du Service Sanitaire National figurent : l'élimination des déséquilibres territoriaux des conditions sanitaires, la réduction de la mortalité infantile et la mise en évidence et la suppression de la pollution. Les principes dépassent largement l'aspect financier et soulignent la volonté d'agir directement sur la prévention et plusieurs facteurs de l'environnement qui influent sur l'état de santé. Il n'en demeure pas moins que le principal

objectif de la réforme sanitaire était la maîtrise des dépenses de santé.

Aux **Etat-Unis**, les programmes publics d'assurance-maladie qui ont été décrits dans un précédent paragraphe, sont financés sur fonds publics respectivement par le budget fédéral et par les Etats. L'assurance chômage est financée par des cotisations à la charge des employeurs sauf dans trois Etats où les salariés versent une contribution. L'Etat Fédéral accorde des prêts au régime pour financer son déficit. Les programmes d'assistance sont financés par les recettes fiscales du gouvernement central, des Etats et des collectivités locales, la participation de l'Etat Fédéral étant prépondérante.

Au **Japon**, la protection sociale est organisée dans le cadre de la profession. Le régime général, auquel sont assujettis les salariés réguliers, est financé par les employeurs et les salariés. L'Etat prend en charge une partie du coût des retraites et des prestations maladie. La gestion du régime national, pour les travailleurs non assujettis au régime général, est prise en charge par les collectivités locales et la contribution de l'assuré est fonction de ses ressources. Une grande partie du coût est financée par l'Etat. Comme en France, la cotisation spécifique aux accident du travail est prise en charge par l'employeur et proportionnelle au risque. Les cotisations d'assurance chômage sont complétées par le budget de l'Etat. Enfin, les prestations familiales d'assistance, sont intégralement financées par l'Etat.

* *
*

Au terme de cette comparaison des systèmes de Sécurité Sociale nous ferons deux remarques :

1) En matière de Sécurité Sociale, les stratégies adoptées ces dernières années par l'ensemble des pays occidentaux se ressemblent. La plupart ont été conduits à adopter un certain nombre de mesures restrictives dans le but de ralentir la progression des dépenses sociales et de limiter la participation financière des administrations ; contribution financière de certaines catégories

jusqu'alors exonérées par exemple la cotisation d'assurance maladie sur les retraites et les pré-retraites en France et en Allemagne Fédérale, l'imposition aux Etats-Unis d'une partie des pensions de retraite et au Royaume-Uni, des indemnités de chômage et de maladie; l'apparition de «recettes de poche», taxe sur les alcools, assurances-auto, publicité sur les entreprises pharmaceutiques...

2) En matière de santé, le financement privé ne coïncide pas avec une faible consommation médicale: aux Etats-Unis où le système d'assurance maladie est essentiellement privé, les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB sont plus élevées que partout ailleurs. De plus le Royaume-Uni qui est doté d'un système nationalisé présente le ratio le moins élevé. L'exemple de l'Italie est à cet égard significatif mais il est encore trop tôt pour dresser le bilan de la Réforme Sanitaire. Celle-ci répond au souci de maîtriser les dépenses de santé tout en améliorant la qualité des soins dans certaines régions défavorisées.

La mise en place des programmes publics d'assurance maladie aux Etats-Unis en 1960 montre en outre que quels que soient ses objectifs de désengagement, l'Etat doit intervenir en dernier recours pour la protection des plus défavorisés.

B- EVOLUTION DES RECETTES ET DES PRESTATIONS PAR RISQUES

Dans cette partie , on étudiera , sur la période 1960-1986 , l'évolution des recettes de la sécurité sociale (I) et celle des prestations en distinguant les dépenses de santé (II) , les retraites (III) , les prestations famille-maternité (IV) , les dépenses de la protection sociale pour l'emploi (V). Enfin , on proposera un bilan de l'évolution de l'ensemble des prestations sur la période 1968-1986 (VI).

I- L'EVOLUTION DES RECETTES DE LA SECURITE SOCIALE

Les principales recettes de la Sécurité Sociale peuvent être classées en trois catégories : les cotisations employeurs et salariés assises sur les salaires et les contributions de l'Etat, dont une partie est automatique (l'Etat prend en compte certaines prestations au titre de la Solidarité Nationale) et l'autre est conjoncturelle (l'Etat comble le déficit de certains régimes). Il s'y rajoutent les cotisations des non-salariés ; les cotisations des pensionnés, et les impôts et taxes affectés.

1- Le plafond

Les cotisations sociales sont caractérisées par l'existence d'un plafond, dont l'importance a fortement décru au cours du temps. Les fondements de l'existence de ce plafond doivent être analysés en distinguant trois type de prestations :

- dans l'optique "assurance", il est normal que pour certaines prestations directement proportionnelles aux salaires, les cotisations soient également proportionnelles aux salaires. De plus, si la sécurité sociale ne veut constituer que le régime de base, on peut comprendre qu'elle ne garantisse qu'un salaire limité, quitte aux assurés de s'assurer, par ailleurs, de ressources complémentaires : c'est le cas de l'assurance-vieillesse et, à un degré moindre, de l'assurance chômage.

- il peut se faire que, par nature, les prestations soient égales pour tous et donc sans lien avec le salaire. Si les cotisations ne sont pas uniformes, c'est que la sécurité sociale joue un rôle redistributif, en plus de son rôle d'assurance. L'existence du plafond limite légèrement ce rôle redistributif, au profit des salaires élevés et au détriment des salaires moyens (voir encadré).

Le rôle redistributif du plafond

On suppose que les salaires sont répartis uniformément entre 50 et 150. Il s'agit de s'assurer pour des prestations moyennes de 10. Il y a trois systèmes concevables:

- L'assurance pure ; chacun paye 10.

- La cotisation proportionnelle : chacun paye 10 % de son salaire. Le système d'assurance se double donc d'une redistribution des hauts salaires vers les bas.

- La cotisation proportionnelle, avec plafond à 100. La redistribution existe mais est beaucoup plus faible. Le système est particulièrement coûteux pour les salariés dont le salaire est proche du plafond.

Effet redistributif du plafond

Salaire	Assurance	Cotisation sans plafond	Cotisation avec plafond
50	0	+5	+4,3
75	0	+2,5	+1,4
100	0	0	-1,4
125	0	-2,5	-1,4
150	0	-5	-1,4

- dans l'optique "solidarité nationale" ; le plafond ne se justifie pas puisque la solidarité qui transite par le système de sécurité sociale se retrouve beaucoup moins progressive que celle qui passe par l'impôt.

L'évolution a amené une diminution progressive du rôle du plafond. En 1960, les salariés payaient 6,2 % de cotisations plafonnées (hors retraites complémentaires) ; en 1987, ils payent 6,55 % de cotisations plafonnées (ne correspondant plus qu'à la retraite) et 5,8 % de cotisations déplafonnées. Pour les employeurs, ceux-ci payaient

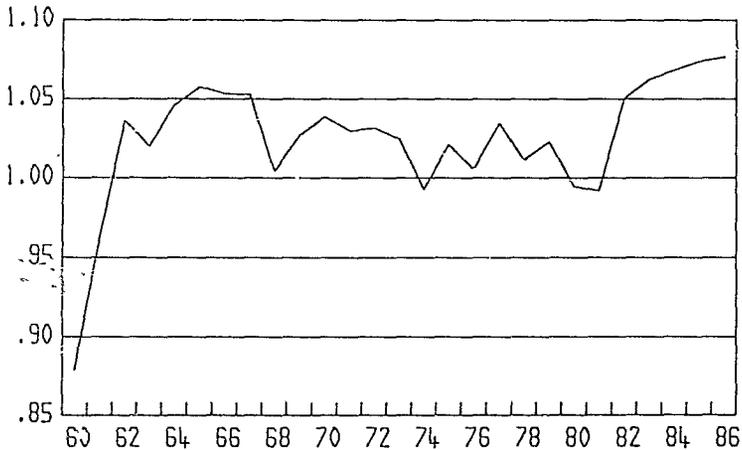
B1 : Plafond annuel et salaire moyen

Années	Plafond	Salaire	Plafond / salaire moyen
1959	6600	7080	0,93
1960	6840	7783	0,88
1961	8100	8425	0,96
1962	9600	9264	1,04
1963	10440	10239	1,02
1964	11400	10900	1,05
1965	12250	11573	1,06
1966	12960	12304	1,05
1967	13680	12994	1,05
1968	14400	14344	1
1969	16320	15892	1,03
1970	18000	17332	1,04
1971	19800	19228	1,03
1972	21960	21290	1,03
1973	24480	23891	1,02
1974	27840	28051	0,99
1975	33000	32320	1,02
1976	37920	37721	1,01
1977	43320	41881	1,03
1978	48000	47475	1,01
1979	53640	52448	1,02
1980	60120	60443	0,99
1981	68760	69334	0,99
1982	82020	78089	1,05
1983	91660	86279	1,06
1984	99600	93237	1,07
1985	106740	99400	1,07
1986	112226,5	104244	1,08
1987	116820		

en 1960, 27,55 % de cotisations plafonnées, en 1987, ils payent 16,87 % de cotisations déplafonnées et 17,2 % de cotisations plafonnées.

Depuis 1962, le rapport entre le plafond et le salaire moyen est resté, grosso-modo, constant (graphique B1) une très légère hausse est enregistrée en 1982, date à partir de laquel le plafond est relevé 2 fois l'an.

Graphique B1 : Ratio plafond de la sécurité sociale / salaire moyen



2- Les allocations familiales

La CNAF est alimentée principalement par une cotisation employeur sur le salaire plafonné. Le taux de cette taxe a été progressivement réduit de 16,75 % avant 1968 à 9 % depuis 1974. Une cotisation similaire est prélevée auprès des agriculteurs et des

travailleurs indépendants. En raison de la faible progression des allocations familiales proprement dites, la CNAF a pu être chargée en 1973 de l'allocation aux adultes handicapés. Cette allocation est remboursée par le budget de l'Etat depuis 1983. Elle représente 13,3 milliards en 1986. La CNAF a bénéficié en 1983/1984 de la contribution de solidarité de 1 % du revenu imposable des ménages, soit 7,7 milliards en 1983 et 11,9 milliards en 1984. Elle a eu en 1984 un excédent de 10,8 milliards puis de 6 milliards en 1985 et de 0,8 milliard en 1986.

Actuellement, la CNAF verse des prestations familiales à l'ensemble des résidents en France, sans condition d'affiliation professionnelle. Il s'agit donc en fait d'une tâche de répartition du Revenu National, au profit des familles, tâche dont on ne voit plus ce qui justifie la séparation d'avec l'Etat, ni la taxation spécifique du travail (alors que les revenus du capital en sont exemptés), ni le plafonnement de cette taxation.

3- Les cotisations maladie

En ce qui concerne les salariés, les cotisations maladie - maternité - invalidité - décès, sont au 1er Juillet 1987 de 12,6 % pour les employeurs et de 5,9 % pour les salariés, sur la totalité du salaire. Les cotisations employeurs ont été progressivement déplafonnées et aussi considérablement alourdies. En estimant que la masse sous-plafond représente 75 % de la masse salariale totale, le montant des cotisations est passé de 9,1 % (de 67 à 70) à 9,8 %, début 71 ; 10,7 % en novembre 1972 ; 11,2 % en janvier 1979 ; 12,1 % en novembre 1981 et 12,6 % en janvier 1984. Les cotisations salariés ont été déplafonnées en 1979 : de 2,9 % du salaire total, elles sont passées progressivement à 5,5 % le 1er janvier 1980 ; taux ramené à 4,5 % en février 1981 ; puis remonté à 5,5 % en novembre 81, à 5,7 % début 87 puis à 5,9 % le 1er juillet 87. La contribution des assurés est actuellement de la moitié de celle des employeurs alors qu'elle était du tiers au départ.

Depuis décembre 1979, est prélevée une cotisation d'assurance-maladie sur les avantages de retraite. D'abord de 1 % sur la retraite de base et de 2 % sur les retraites complémentaires, elle est maintenant de 1,4 % et de 2,4 % (toutefois, elle ne

s'applique que sur les retraites imposables). Les pré-retraités doivent payer une cotisation équivalente à la cotisation personnelle des salariés.

Il faut ajouter les cotisations pour accidents du travail qui sont exclusivement à la charge de l'employeur et varient selon les accidents survenus dans le passé dans l'entreprise, si elle est grande, ou la branche. Le taux moyen sur salaire plafonné était de l'ordre de 3,7 % en 1973 ; il est monté jusqu'à 4 % en 1979 pour retomber à 3,7 % début 1982. La réduction de ces accidents devrait permettre une baisse à l'avenir .En 1986, le taux était de 3,77 % mais 3,52 % aurait suffi pour atteindre l'équilibre.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés bénéficie de quelques impôts et taxes affectés : taxe sur les primes d'assurance automobile, taxe sur les alcools et tabacs, taxe sur la publicité pharmaceutique. Ces transferts ont représenté 3 % de son budget en 1984 et 2 % en 1986. La caisse a eu un excédent de 6 milliards en 1984, de 13,8 milliards en 1985 et un déficit de 7,5 milliards en 1986.

Pour le régime agricole, les prestations sont équivalentes pour la maladie, mis à part les indemnités journalières. Le montant total des cotisations fixé par le budget (le BAPSA) est réparti entre les caisses départementales qui les lèvent selon le revenu cadastral des assujettis. Le ratio cotisations/prestations était de l'ordre de 34 %.

Les non salariés non agricoles payent des cotisations assises sur leur revenu imposable de 3,1 % sur le revenu plafonné et de 8,65 % sur la partie de leur revenu inférieur au salaire plafond soit un taux inférieur à celui des salariés. En contrepartie, leurs prestations sont plus faibles et ils n'existent pas d'indemnités journalières. Le régime est à peu près équilibré : les cotisations représentent 87 % de dépenses. Depuis 1967, le régime bénéficie d'une partie de la taxe sur les assurances automobile. Depuis 1970, il reçoit une partie de la contribution dite "Contribution Sociale

de Solidarité" payée par les sociétés (1,4 milliards en 1986) sur 5,5 milliards de produit total.

Les mutuelles sont quasiment entièrement financées par les cotisations des personnes protégées. Ces cotisations représentaient de 1960 à 1970 environ 0,3 % du revenu des ménages ; 0,5 % en 1980 et 0,6 % en 1985.

4- Les cotisations d'assurance vieillesse

Pour les salariés, il faut distinguer le régime de base et le régime complémentaire. Dans le régime de base, la cotisation porte sur la partie en dessous du plafond⁽¹⁾, elle est passée progressivement de 5,5 % à 8,2% pour les employeurs et de 3 % à 4,7% pour les salariés début 1979. Début 1984, le taux salariés est passé à 5,7 % ; puis à 6,4 % en août 1986 et à 6,6 % en juillet 1987. Il y a une inflexion nette, depuis 1984, les taux cotisations patronales sont stables tandis que les taux salariés augmentent. La CNAVTS bénéficie aussi en 1987 et 1988 d'un taxe de 0,4 % sur les revenus imposables et de 1 % sur les revenus mobilier et immobiliers. L'Etat lui rembourse les versements au titre du Fonds National de Solidarité ; son déficit a été de 1,7 milliard en 1984 ; 7,8 milliards en 1985 ; 15,6 milliards en 1986 et serait de l'ordre de 11 milliards en 1987. Il faut noter cependant qu'elle verse 16 milliards en 1986 au régime des salariés agricoles et 9,7 milliards au titre de la compensation démographique.

Pour les régimes complémentaires , il existe deux caisses : l'ARRCO (Association des Régimes de Retraite Complémentaires) et l'AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraites des Cadres).

L'ARRCO s'applique aux salariés non cadres et à la partie inférieure au plafond des salariés cadres. Les cotisations s'appliquent à 3 fois le plafond de la Sécurité Sociale, à un taux qui est monté de 2,5 % en 1962 à 4 % en 1967 puis maintenant à 4,6 %, réparti généralement entre 40 % salariés et 60 % employeurs. Elle reçoit actuellement des

(1) Plus 0,1 % hors plafond pour l'assurance veuvage

transferts provenant de l'Association pour la Structure Financière (ASF) de l'UNEDIC (pour 13 % de ces recettes en 1985).

L'AGIRC s'applique à la partie du salaire des cadres comprises entre le plafond et 4 fois celui-ci. Le taux de cotisation minimum est de 8 % (6 % employeurs et 2 % salariés) ; il peut aller jusqu'à 16 % (le supplément à 8 % étant partagé à 50 % entre employeurs et salariés). Compte tenu du pourcentage d'appel, le taux moyen est passé de 13,0% en 1965 à 14,1 % en 1970, 14,0 % en 1975, 14,3 % en 1980, 14,7 % en 1986. L'AGIRC bénéficie également du versement de la Structure Financière pour 7,5 % de ses recettes en 1985.

Certains régimes spéciaux de salariés sont lourdement déficitaires et sont subventionnés par l'Etat (SNCF, mines, marins,...).

Pour les non salariés non agricoles, les caisses les plus importantes sont l'ORGANIC (industriels et commerçants) et la CANCAVA (artisans). Le taux des cotisations est de 14,8 %, comme dans le régime de base des salariés. Ces deux régimes bénéficient fortement de la compensation démographique généralisée (29 % des recettes pour l'ORGANIC et 23 % pour la CANCAVA en 1985) et de la contribution sociale de solidarité payée par les sociétés (16 % des recettes pour l'ORGANIC et 22 % pour la CANCAVA). Les régimes complémentaires correspondants sont encore peu développées et relativement excédentaires (le rapport cotisant par bénéficiaire est de 0,9 pour l'ORGANIC de base et de 5,1 pour l'ORGANIC complémentaire) .

Pour les non-salariés agricoles, les cotisations sont calculées comme les cotisations maladies et ne couvrent qu'une faible part des prestations (15 % en 1985).

5- Le financement des allocations chômage et des pré-retraités

Avant 1979, 2 systèmes existent : l'aide publique aux chômeurs et l'UNEDIC. Celle-ci est financée exclusivement par des cotisations sociales salariés et patronales portant sur le salaire plafonné à 4 fois le plafond de la Sécurité Sociale. Après une phase

transitoire de constitution des réserves, le taux des cotisations a été de 1962 à 1967 de 0,2 % par les employeurs et 0,05 % pour les salariés. Ces taux furent portés à 0,28 % et 0,07 % en 1968 puis 0,32 % et 0,08 % en 1969 ; 0,56 % et 0,14 % en 1973 ; 0,64 et 0,16 % en 1974. La forte hausse du chômage a conduit à des augmentations importantes et fréquentes des cotisations chômage: fin 1974, les taux furent portés à 1,44% et 0,36% pour 1975; puis le 21 mai 1975 à 1,92% et 0,48%. Une légère baisse peut survenir en 1977 (1,76 % et 0,48 %) mais en 1978, les taux passent à 2,4 % et 0,6 %. Durant ces années, le principe du partage - 80 % employeurs, 20 % salariés - fut maintenu. Dans le même temps, la part de l'UNEDIC dans le financement des allocations chômage passe de 26 % à 60 % ; la part de l'aide publique de 28 % à 16 % , la part des prestations directes d'employeurs de 38 % à 17 %.

En 1979, l'aide publique disparaît et il est décidé que l'Etat contribuerait pour 1/3 à la croissance des dépenses et les partenaires sociaux pour 2/3 (dont 40 % pour les salariés). Les taux de cotisations passent à 2,76 % et 0,84 %.

En 1981, la part des cotisations ASSEDIC dans le financement du chômage est de 43 % , l'Etat paye 37 % et les employeurs directement 10 % ; le déficit de l'UNEDIC couvre les 10 % restant. La période 1978/81 est donc marquée par une stagnation des taux de cotisations , par une croissance de la part de l'Etat et un déséquilibre croissant.

Fin 1981, l'UNEDIC fut amenée à lancer un emprunt de 6 milliards. Les négociations de 1982 aboutissent à un relèvement des taux qui passent à 3,48 % et 1,32 %. L'Etat accorde une subvention exceptionnelle de 6 milliards et une contribution exceptionnelle de 1 % est demandée aux fonctionnaires. En juin 1983, les cotisations sont portées à 4,08 % et 1,72 %. En 1983, les cotisations représentent 57 % des charges ; les employeurs prennent à leur compte 9 % ; l'Etat 32 % et les fonctionnaires 2 % .

La réforme de 1984 crée en fait 3 systèmes : le régime de solidarité entièrement financé par l'Etat et la contribution des fonctionnaires ; le régime d'assurance entièrement financé par les cotisations ; l'Association pour la Structure Financière alimentée par 2 points de cotisations UNEDIC et une quote-part de l'Etat, destinée à financer les allocations de garantie de ressources et une partie des retraites complémentaires. L'Etat a

versé en 1984 une subvention exceptionnelle de 6 milliards et une subvention de régularisation de 3,75 milliards.

En avril 1984, le taux de cotisation salariés passe à 1,92 %, en juillet 1985, il est porté à 2,12 %. En novembre 1985, les taux sont à nouveau accrus : 4,27 % pour les employeurs et 2,31 % pour les salariés. De plus, les salariés payent depuis 1984 une cotisation supplémentaire de 0,5 % sur la partie comprise entre le plafond et 4 fois ce plafond. Au total, la part des salaires est passé de 20 % du total des cotisations à 33%. En 1986, les cotisations financent 58 % des prestations , les employeurs 8 % , l'Etat 43 % , l'excédent représente 5 % des charges.

II- LES DEPENSES DE SANTE

En 1985, le montant des prestations de santé versées par les régimes d'assurances sociales s'élevait à 372,4 milliards de francs⁽¹⁾ soit 7,9 % du PIB ou un niveau moyen de 6 750 Francs par habitant. Ce total représente 87,8% des 424,3 milliards de prestations santé versées aux ménages cette même année, le solde l'étant par les mutuelles (3,5 %), les autres administrations (7,2 %) et les régimes employeurs (1,5 %).

Les prestations santé sont habituellement ventilées en trois risques (maladie , invalidité- infirmité et accidents du travail - maladies professionnelles) et prennent la forme de prestations en nature et de prestations en espèces.

Les prestations en nature (76,7 % du total en 1985) sont des remboursements ou des prises en charge directes de certaines dépenses. En pratique elles financent pour 95 % la consommation de soins de santé des ménages (risques maladie et d'accidents du travail), le solde correspondant à l'action sociale du risque invalidité. Les prestations en espèces (23,3 %) remplacent le revenu d'activité en cas de maladie, accident du travail ou invalidité sous la forme d'indemnités journalières, de pensions ou de rente.

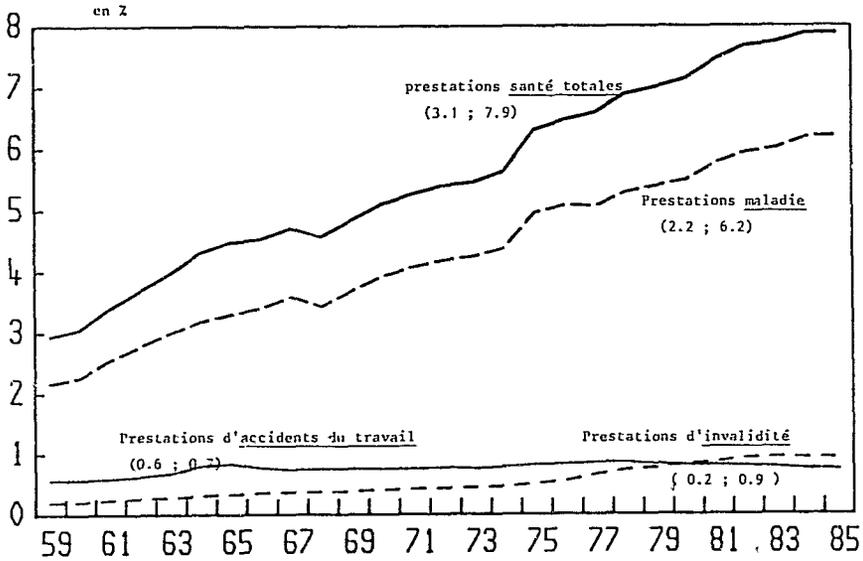
Le poids des prestations santé versées par les régimes d'assurances sociales dans le PIB est passé de 3,1 % en 1960 à 7,9 % en 1985 Leur progression moyenne a été de 8 % en francs constants soit pour chacun des risques : 8,3% pour la maladie, 10,4% pour l'invalidité et 5% pour les accidents du travail.

(1) Ces chiffres des comptes de la Nation de 1986 comprennent les prestations sociales effectivement versées aux ménages (253,4 milliards par les régimes d'assurances sociales sur un total de 305,3 milliards) et les coûts de l'hospitalisation publique (119 milliards) versés sous forme de budget global.

B-2 : Répartition des prestations de santé des régimes de sécurité sociale en 1985

	en milliards de francs			en % du total des prestations
	Nature	Espèces	Total	
Maladie	268,1	22,3	290,4	78,0
Invalidité - infirmité	13,1	37,4	50,5	13,5
Accident du travail	4,3	27,2	31,5	8,5
Total	285,5	86,9	372,4	100

Graphique B2 : Poids des prestations de santé des régimes sociaux dans le PIB



Source : Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, SESI, Comptes de la protection sociale 1959-1985.

(1) Entre parenthèses figurent pour chaque poste les valeurs de leur ratio du PIB en 1960 et 1985.

B 3 : Taux de croissance annuel moyen des prestations santé par risque et par type.

en francs constants

en %

	60 - 65	65 - 70	70 - 75	75 - 80	80 - 85
Maladie	14,4	9,2	8,9	5,1	3,4
Invalidité	16,4	9,9	8,8	13,4	3,2
Accidents du travail	14,5	3,3	5,8	2,6	-0,9
TOTAL SANTE	14,6	8,3	8,5	5,6	2,9
Prestations en nature	16,0*	10,6*	9,4	5,5	3,6
Prestations en espèces	12,7*	3,3*	6,4	5,2	1,0

* estimations

Sources INSEE : Ministère des Affaires sociale et de l'emploi, SESI, comptes de la protection sociale, estimations OFCE;

La croissance des prestations santé se ralentit fortement de 1960 à 1985. Les rythmes de 14 à 16 % du début de période contrastent avec ceux de fin de période de l'ordre de 3 %. La croissance des prestations en nature, qui explique l'évolution du risque maladie régresse progressivement. Les prestations en espèces connaissent une accélération entre 1970 et 1975, principalement du fait du risque accidents du travail, et une seconde entre 1975 et 1980 à cause de la forte croissance des indemnités et pensions d'invalidité. Leur faible progression, en fin de période, résulte de la baisse en francs constants des prestations d'accidents du travail comme celle d'ailleurs des indemnités journalières d'assurance-maladie ; et d'une croissance de l'ordre de 3 % de prestations versées au titre de l'invalidité et de l'infirmité.

Les évolutions des différents types de prestations résultent de mécanismes divers. Dans une première partie on analysera en détail, la dynamique des prestations de soins de santé des ménages. Une deuxième partie sera consacrée aux différentes catégories de prestations en espèces.

1 Les prestations de soins de santé

Les prestations de soins de santé, prestations en nature des risques maladie et accidents du travail se sont élevés à 272,4 milliards en 1985⁽¹⁾. Elles correspondent au financement par les organismes de sécurité sociale de la dépense de soins et biens médicaux (encadré) dont le montant la même année est de 364,7 milliards de francs. Le reste du financement est assuré par les ménages, une partie pouvant être prise en charge par l'aide médicale de l'Etat et des collectivités locales, une autre pouvant l'être par les mutuelles auxquelles ils peuvent souscrire. Depuis 1960 la part de financement assurée par la sécurité sociale a cru fortement puis régresse légèrement entre 1980 - 1985. Parallèlement la part du financement assuré par l'aide médicale régresse continuellement. Celle assurée par les mutuelles, restée très stable, augmente en fin de période, tandis que celle assurée directement par les ménages se réduit fortement de 34 à près de 17 % et s'accroît aussi en fin de période.(tableau B4)

B4 : Dépense totale de soins et biens médicaux par secteur de financement

en %

Secteur de financement	1960 (1)	1965 (1)	1970	1975	1980	1985
Sécurité Sociale	51,2	63,9	70,6	73,2	76,4	75,4
Administration publiques centrales et locales	8,6	8,0	5,3	4,1	2,9	2,2
Mutuelles	4,9	3,5	3,8	3,8	3,8	4,2
Ménages (2)	34,3	24,6	19,7	18,9	16,8	18,1
Dépense totale de soins et biens médicaux (en milliards de francs)	11,1	22,3	41,5	91,1	192,1	364,7

Sources : Ministère des Affaires Sociales et de l'emploi, SESI, les comptes de la santé de 1960 à 1986.

(1) pour les années 1960 et 1965, estimations OFCE.

(2) y compris les assurances privées, soit 2,6 % en 1984, 2,8 en 1985.

(1) Il faudrait en fait ajouter celles du risque maternité dans le calcul (8,1 milliards), le total est alors de 280,5 milliards. Il existe par ailleurs une autre source, celle des comptes de la santé qui donne pour montant global 275,1 milliards, c'est celle-ci que nous utiliserons dans ce chapitre. Les évolutions de ces statistiques sont identiques, les différences marginales de niveaux provenant de divergences de champs et de traitements qui devraient progressivement disparaître, n'importent pas ici.

Consommation médicale et dépenses courantes de santé .

Les comptes de la santé distinguent deux types d'agrégat :

- la consommation médicale totale. Elle mesure d'une part la valeur totale des soins médicaux (soins hospitaliers, ambulatoires, transports des malades) et des biens médicaux - l'ensemble étant regroupé sous le nom de consommation de soins et biens médicaux - et celle d'autre part des services de médecine préventive consommés annuellement.

- la dépense courante de santé. Elle représente l'ensemble des sommes effectivement dépensés au cours d'une année au titre de la Santé. Son champ est plus étendu que celui de la consommation médicale totale, comprenant les indemnités journalières, les subventions versées, les dépenses de fonctionnement de l'appareil de santé (formation, recherche, administration...). Son optique est différente puisque la consommation correspond à des soins de l'année, alors qu'elle s'intéresse aux dépenses de l'année ce qui prend en compte les décalages comptables. En pratique cependant ceux-ci apparaissent seulement pour les dépenses hospitalières et sont de faible ampleur.

La dépense nationale de santé et la consommation médicale réduites aux biens et services médicaux sont ainsi très proches en niveau et en évolution.

En 1985, les valeurs de ces agrégats étaient les suivantes :

- consommation médicale totale	:	374,9 milliards	soit 8,0 % du PIB
dont : consommation de soins et biens médicaux	:	(365,5) "	soit 7,8 % du PIB
- dépenses courantes de santé	:	423,6 milliards	soit 9,0 % du PIB
dont : dépenses de soins et biens médicaux	:	(364,7) "	soit 7,8 % du PIB

L'évolution du financement assuré par la sécurité sociale tient à la fois de l'accroissement du nombre des personnes protégées par l'Assurance-maladie et de l'amélioration du taux de remboursement moyen. Entre 1960 et 1970, le pourcentage de personnes protégées est passé de 75,9 % à 95,6 % (*); il atteignait 99,2 % en 1980. Ainsi sur la période 1970 - 1985 peut-on faire abstraction de l'évolution du nombre de personnes protégées considérant que l'ensemble de la population est protégée et assimiler la part de financement au taux moyen de remboursement de la population. Son interprétation avant 1970 est par contre plus délicate puisqu'il est difficile de séparer ces deux effets. Remarquons que l'amélioration de la couverture de l'Assurance-maladie a pour conséquence une réduction des dépenses prises en charges par l'aide médicale. La part de l'ensemble des financements publics (sécurité sociale, aide médicale) s'accroît ainsi sensiblement moins (59,8 % en 1960 ; 75,9 % en 1970 ; 79,3 % en 1980 ; 77,6 % en 1985).

Une décomposition comptable du montant des prestations en francs constants en fonction du taux moyen de remboursement, de l'évolution de la consommation médicale moyenne par habitant en volume, de l'effet des prix relatifs et de l'évolution

$$\left[\frac{\text{prestations sociales}}{\text{prix à la consommation}} \right] = \left[\frac{\text{prestations sociales}}{\text{consommation de biens et soins médicaux}} \right] \times \left[\frac{\text{consommation de soins et biens médicaux}}{\left(\frac{\text{prix de la consommation en soins et biens médicaux}}{\text{population}} \right)} \right] \times \frac{\text{prix de la consommation en soins et biens médicaux}}{\text{prix de la consommation totale (295 postes)}} \times \text{population}$$

$$\left(\text{prestations en francs constants} \right) = \left(\text{taux moyen de remboursement} \right) \times \left(\text{consommation médicale en volume par habitant} \right) \times \left(\text{prix relatif} \right) \times \left(\text{population} \right)$$

(*) 5,5 millions d'agriculteurs ont été couverts par l'assurance-maladie à partir de 1961 et environ 4 millions de travailleurs indépendants l'ont été à la suite de la loi votée en 1966.

démographique permet d'attribuer à chacun des facteurs sa contribution à la croissance des prestations.

. L' évolution du taux moyen de remboursement avant 1970 prend en compte l'accroissement du nombre des personnes protégées et l'amélioration de la couverture individuelle sans qu'on puisse distinguer les deux effets. Au vu des données du tableau B5, la plus forte contribution à la croissance des prestations réelles (+ 8,8 % par an en moyenne pour les 25 dernières années) est celle de la consommation de soins et biens médicaux par tête (+ 7,0 % en volume, + 6,3 % en francs constants, c'est-à-dire en intégrant l'effet des prix relatifs). Dans une bien moindre proportion, la contribution de l'évolution de la population (+ 0,8 %) et celle du taux moyen de remboursement (+ 1,6 %) sont aussi positive. En revanche les prix relatifs régressent sensiblement sur la période 1970-1985 (- 1,3 % par an entre 1970 et 1985 ; - 1,0 entre 1960 et 1985)

B5 : Contribution à la croissance des prestations de santé

1970 = 100

	1960	1965	1970	1975	1980	1985
(1) Taux moyen de remboursement	72,5	90,5	100	103,7	108,2	106,8
(2) Consommation de soins et biens médicaux en volume, par habitant.	46,1	71,3	100	147,4	192,9	249,1
(3) Prix relatif	95,7	97,3	100	95,0	90,2	82,1
(4) Population	90	96,1	100	103,8	106,1	108,7
Prestations en francs constants (5) (1) x (2) x (3) x (4)	28,7	60,2	100	149	199,5	236,5

Compte tenu de ce résultat, nous allons maintenant expliciter l'évolution de la consommation de soins et biens médicaux en niveau et en structure . Nous décrirons ensuite l'évolution des taux moyens de remboursement. . Enfin on s'interrogera sur les tentatives de limitation des dépenses prises ces dernières années .

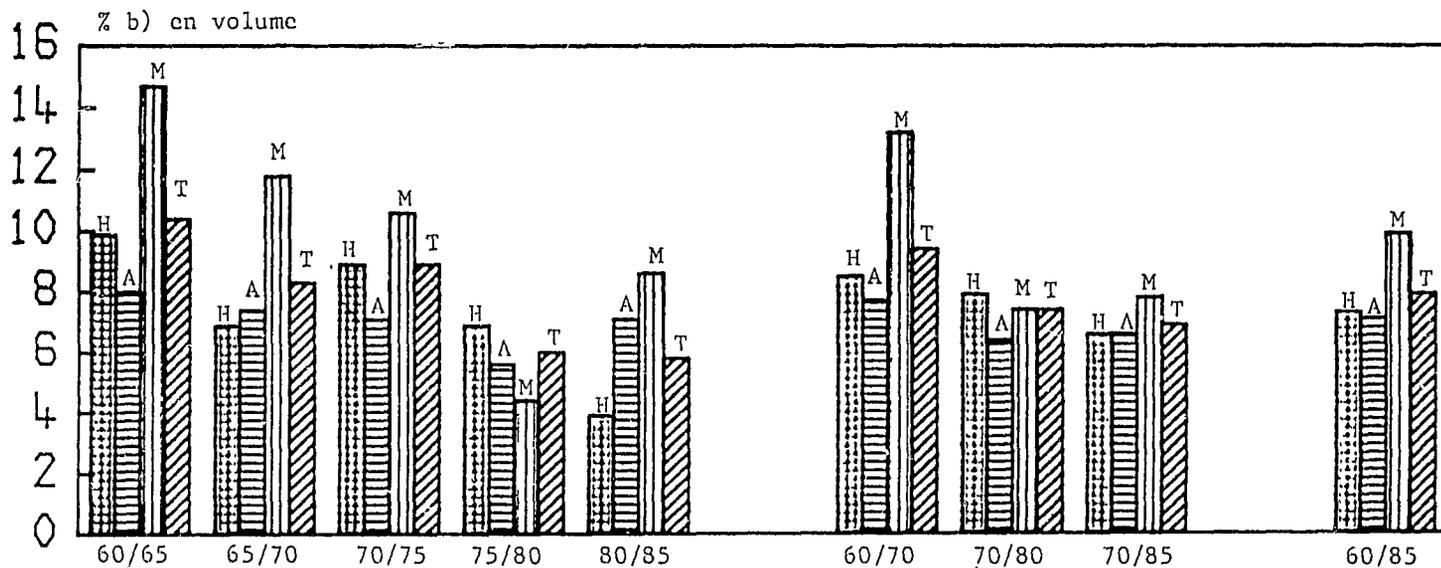
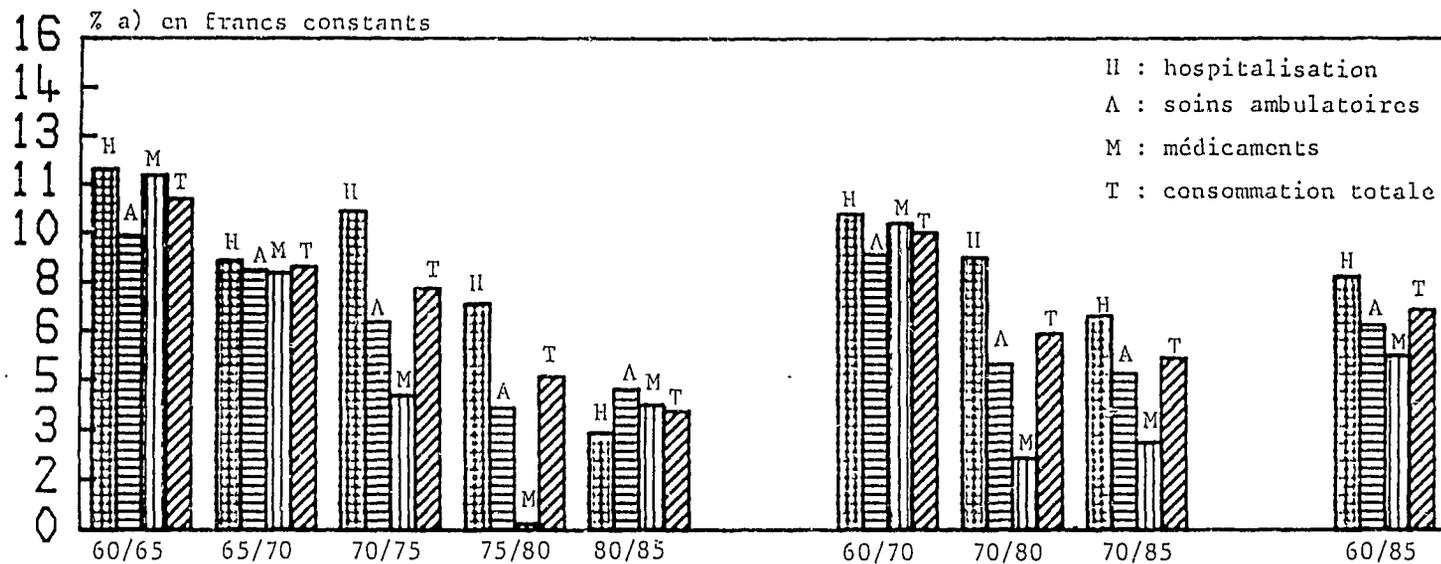
a- Consommation de soins et de biens médicaux

La consommation de soins et biens médicaux s'est établit à 365,5 milliards de francs en 1985. Le tableau B6 en donne la composition ; plus de la moitié pour l'hospitalisation, plus du quart pour les soins ambulatoires, un peu plus d'un sixième pour les médicaments. Pour analyser l'évolution globale, on retiendra en général ces trois grands postes.

B6 : La consommation de soins et biens médicaux par postes en 1985

	montant en milliards de francs	montant par habitant en francs	part en %
(1) . soins hospitaliers	188,5	3416	51,6
- publics	(145,9)	(2645)	(39,9)
- privés	(42,6)	(771)	(11,6)
(2) .soins ambulatoires	99,4	1802	27,2
- médecins	(47,1)	(853)	(12,9)
- auxiliaire médicaux	(13,5)	(246)	(3,7)
- dentistes	(24)	(436)	(6,6)
- analyses	(10,9)	(198)	(3)
- cure thermalc	(3,8)	(70)	(1,1)
(3) . transport de malades	4,7	86	1,3
(4) . médicaments	64,9	1175	17,7
(5) . prothèses	8	146	2,2
(2) + (3) + (4) + (5) . consommation de biens médicaux hors hospitalisation	177	3209	48,4
(1) + (2) + (3) + (4) + (5) . consommation de soins et bien médicaux	365,5	6625	100

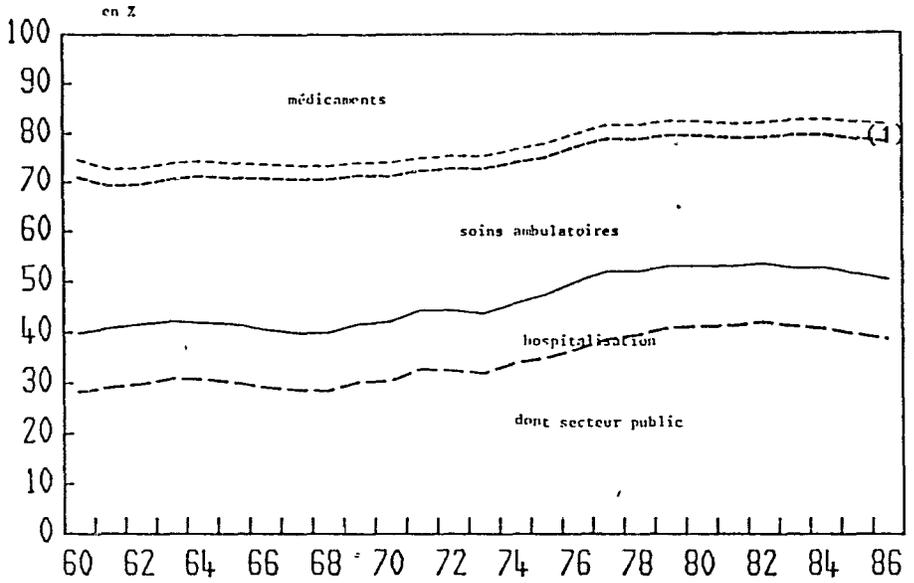
Entre 1960 et 1985, la progression de la consommation de soins et biens médicaux (15 % en valeur) a été beaucoup plus forte que celle du PIB (+ 11,6 % en valeur). Son niveau mesuré en % du PIB a plus que doublé, passant de 3,7 à 8,0. Par tête, il a augmenté de 6,3 % en moyenne annuelle, passant de 1 447 francs de 1960 à 6 625 francs de 1985 (tableau B6).



La progression en francs constants a été sensiblement plus forte pour les soins hospitaliers (+ 8,2 % entre 1960 et 1985) que pour les autres postes de consommation médicale (graphique B3). La croissance de la consommation hors soins hospitaliers a été de 6,5 %, (6,6 % pour les soins ambulatoires, 5,6 % pour les médicaments) et celle de l'ensemble de la consommation de soins médicaux 7,1 %. Cette plus forte croissance des soins hospitaliers se vérifie sur chacune des sous-périodes de 5 ans à l'exception de la dernière (1980/1985). Au total la part des soins hospitaliers dans le total de consommation médicale a cru fortement, passant de 39,9 % en 1960 à 51,6 % en 1985 avec un point maximum de 53,6 % en 1982 (graphique B4). On rapprochera l'évolution ultérieure de la réforme du financement hospitalier (budget global). Sur cette même période de 25 ans, les soins ambulatoires, qui ont augmenté plus que les médicaments, ont vu leur part dans le total de la consommation hors soins hospitaliers passer de 50 % à 56 %. A l'inverse celle des médicaments s'est réduite de 45 % à 37 %.

Cette évolution en francs constants ne reflète en rien l'évolution mesurée en volume, c'est-à-dire lorsque chaque poste est déflaté par le prix qui lui est associé. Les conclusions sont même inversées. L'hospitalisation (graphique B4) en 25 ans a progressé de 7,3 % en moyenne annuelle, les soins ambulatoires d'un taux très proche (7,1 %) alors que les médicaments ont augmenté de 9,9 % en moyenne annuelle. Au total la croissance annuelle de la consommation médicale a été de 7,9 %. Sur les trois premières périodes (de 1960 à 1975), la croissance des soins hospitaliers est plus forte en valeur ou en francs constants que celle de la consommation médicale totale et de la consommation hors hospitalisation. Dans le même temps, la croissance des soins hospitaliers est plus faible en volume. L'évolution des prix relatifs est en effet beaucoup plus favorable aux médicaments (- 3,9 % en moyenne annuelle en 1965 à 1985, - 4,6 % de 1970 à 1985), aux soins ambulatoires (- 0,5 % et - 1,5 %) qu'à l'hospitalisation (+ 0,8 % et + 0,3 %).

Graphique B4 : Structure de la consommation de soins et biens médicaux



Source : Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, SESI, Comptes de la Santé de 1960 à 1986.

(1) Ce solde comprend les transports (1,3 en 1985) et les appareils de de prothèse (2,2 en 1985).

b-La consommation médicale pour quelques postes

- les soins hospitaliers

Une analyse rapide de l'évolution des facteurs de la demande de soins hospitaliers fait ressortir deux points. D'un part le nombre de journées d'hospitalisation s'accroît sensiblement dans le secteur public entre 1978 et 1982 puis se stabilise; les journées de séjour de moyenne et longue durée expliquent ce mouvement alors que les journées de courts séjours stables jusqu'en 1981 diminuent sensiblement par la suite. D'autre part le nombre d'entrées en court séjour augmente presque sans interruption (+2,9% par an de 1972 à 1985), mais la durée moyenne des séjours devient de plus en plus brève. Elle passe de 14 jours en 1972 à 10 jours en 1982 et à moins de huit en 1986.

B7 : Décomposition de l'évolution de la consommation de soins hospitaliers (hôpital public) en francs constants.

en %	1972-1978	1978-1982	1982-1985
(1) Nombre de journées	1,4	3,0	- 0,4
(2) Pouvoir d'achat du taux de salaire horaire	4,5	2,1	0,8
(3) Effet prix de journée résiduelle	4,0	- 0,2	1,6
(4) = (1) + (2) + (3) Total	10,2	5,0	1,9

Source : SESI, comptes nationaux de la santé.

Le tableau B7 indique une décomposition de l'évolution des dépenses hospitalières de 1972 à 1985 en effet volume et effet prix, lui même ventilé entre l'effet pouvoir d'achat du taux de salaire et un effet prix résiduel (1). La déformation de la structure au profit des journées moins coûteuses des séjours plus longs explique partiellement la faible progression de l'effet prix résiduel à partir de 1978. L'effet pouvoir d'achat du taux de salaire contribue à la décélération observée pour l'ensemble des dépenses.

(1) La décomposition volume/prix de la comptabilité nationale repose sur un indice de prix peu satisfaisant. A cette étape on déflate par le taux de salaire horaire puisqu'une grande partie des dépenses hospitalières sont des charges de personnel.

Du côté de l'offre, la progression du personnel médical et infirmier (doublement de 1972 à 1985) est atténuée en fin de période, ce qui va dans le sens d'une moindre hausse des dépenses. Le nombre de lits, après la forte croissance observée entre 1972 et 1978 (+4,5% par an dans le secteur public), progresse plus faiblement après 1978 et diminue de 1982 à 1985. du fait de la politique engagée dès 1977, en particulier par la loi de 1979 de "maîtrise des dépenses de santé" permettant à l'autorité de tutelle de réduire le nombre de lits d'hôpitaux. Le taux de remplissage des lits en a été accru. Les capacités d'accueil restent cependant encore excédentaires du point de vue des lits.

B8 : Indicateurs d'offre du secteur hospitalier public

	1962	1967	1972	1978	1982	1985
* Lits	307 731	325 662	303 412	394 285	409 820	395 009
* Taux de remplissage (1972 = 100)	-	-	100	80	91	93
* Médecins	11 581	18 063	26 515	39 700	50 772	57 462
* Personnel infirmier	-	35 534	63 964	99 222	121 335	128 115

Le principe de la tarification au prix de journée a été abandonnée en 1983 pour faire place au financement par budget global. Le ralentissement de la progression des dépenses qu'il aurait induit est encore difficile à apprécier. La baisse du nombre des journées d'hôpital n'est vraiment sensible qu'en 1986, selon des données encore provisoires.

- Les soins médicaux

L'activité des médecins, mesurée par le nombre de consultations et de visites effectuées, a augmenté à un rythme d'environ 5% par an depuis le début des années 1970 (tableau). Le pouvoir d'achat des honoraires par actes (consultations et visites) est resté

pratiquement inchangé, en légère progression jusqu'en 1978 puis en recul en 1979 et 1980 et en stagnation depuis. Les tarifs sont définis dans le cadre de conventions. Celle de 1980 a défini un secteur conventionnel où les tarifs peuvent être supérieurs aux tarifs conventionnels. Les dépassements d'honoraires (6% du tarif conventionnel environ) ont cru un peu plus vite que les tarifs hors dépassements (7% en francs constants contre 4,2% entre 1980 et 1985).

B9 : Décomposition des honoraires médicaux en francs constants

	1971-1974	1974-1977	1977-1980	1980-1983	1983-1986
(1) Effet activité	4,3	4,4	4,8	5,0	4,5
(2) Effet prix	0,4	0,5	- 1,1	0,0	0,0
(3) Total honoraires	4,7	4,9	3,7	5,0	4,5

L'augmentation du nombre de médecins a été particulièrement importante. Au tableau de l'Ordre, ce nombre a été multiplié par 3 depuis 1960. Sur la période 1977-1986, la progression des médecins libéraux, responsables des consultations et visites, a été de 4,4% par an en moyenne (5,8 entre 1977 et 1980; 3,6 entre 1980 et 1983, 3,9 entre 1983 et 1986, si bien que le nombre d'actes moyen par médecin est resté pratiquement inchangé. Cette moindre progression récente reflète l'impact des mesures restrictives d'accès à la profession. Le nombre des étudiants en 2ème année d'étude est en repli constant depuis 1969.

c- Les déterminants de la consommation de soins et biens médicaux, l'exemple du vieillissement de la population

Les déterminants de la consommation de santé sont bien connus, mais il est malaisé de mesurer l'impact de chacun. Le facteur démographique joue un rôle important, non seulement en niveau (on raisonne sur la consommation par tête), mais aussi en structure

(plus grande proportion de jeunes , de personnes âgées et très âgées). Parmi les autres facteurs, on peut citer l'amélioration du système de santé et son accès plus large; une meilleure éducation et une plus grande sensibilisation aux problèmes de santé; la difficile maîtrise des coûts du fait des charges de personnel et des évolutions techniques, en hôpital principalement; un haut niveau de protection sociale. Il faut aussi rappeler l'importance des effets d'offre, comme l'explosion de la démographie médicale, qui associées au principe du paiement à l'acte en favorise la multiplication.

On s'intéresse ici, à titre d'exemple, à l'impact de la structure démographique sur la consommation de soins et biens médicaux. La consommation médicale moyenne par tête rend a priori mal compte de l'effet démographique sur le volume global de consommation. Les dépenses sont plus élevées au début de la vie et après 60 ans. Les plus de 60 ans consommaient en 1981 par tête selon une étude de la CNAMTS (*), quatre fois plus de soins et biens médicaux que les moins de 60 ans. Au-dessus de soixante ans le risque hospital y apparaissait deux fois plus élevé, les dépenses de pharmacie devenaient supérieures à celles des soins ambulatoires. A l'intérieur même des plus de soixante ans, les plus de 85 ans consommaient deux fois plus que les 60-65 ans. De plus les prestations étaient encore élevées par la plus forte proportion d'actes exonérés de ticket modérateur : environ 90 % contre 40% pour les moins de 60 ans.

L'effet du vieillissement de la population peut être mesuré par un indicateur simple calculé en rapportant à la population effective une population fictive où les plus de 60 ans sont affectés d'un coefficient 4 - représentant leur volume relatif de consommation médicale -. On peut alors calculer une nouvelle décomposition des prestations sociale . en faisant apparaître le ratio consommation en volume supportée par cette population fictive, l'indicateur de vieillissement, la population et le prix relatif. (voir tableau B5 ci-dessus). En fait ce coefficient —————

<i>ratio de la population fictive corrigé du vieillissement à la population totale (1970=100)</i>	1960	1965	1970	1975	1980	1985
:	97,5	98,9	100	100,4	98,3	100,3

(*) La consommation en soins de santé des personnes de plus de 60 ans en 1981, CNAMTS, 1983

évolue peu au cours de la période 1960-1985 du fait de l'arrivée à la retraite entre 1970 et 1975 des classes d'âges peu nombreuses nées pendant le conflit de 1914-1918 ou juste après .

La consommation rapportée à la population corrigée a en conséquence pratiquement la même évolution, plus rapide dans les années 1975-1980 puis un peu plus faible. C'est plutôt en projection au-delà de 1985 que la croissance de l'indicateur de vieillissement deviendra plus sensible (103,0 à l'horizon de 1992, 104,5 en 2000). Il fournit cependant même au delà de 1985 une contribution à la croissance des prestations sociales relativement faible.

d- Taux moyens de remboursement

L'évolution des prestations dépend des taux moyens de remboursement appliqués à chacun des postes de consommation distingués. L'évolution des taux moyens résulte des taux effectifs appliqués aux différents type de consommation, de la proportion des personnes protégées , de celles qui bénéficient de remboursements à 100 % et de la déformation de la structure des soins et biens au profit de ceux qui sont les mieux remboursés.

- Le ticket modérateur

Le principe du ticket modérateur - qui représente la part de dépense laissée à la charge de l'assurée - date de 1930. A l'heure actuelle coexistent plusieurs taux de remboursement : de 40 % pour les médicaments dit de «confort», de 100 % pour ceux qualifiés d'«irremplaçables», de 80 % pour les frais de séjour en hospitalisation, de 75 % pour les honoraires des praticiens médecins, de 65 % pour les autres honoraires et actes de laboratoires (tableau B10). Depuis 1975 de nombreux médicaments ont été «déclassés» et le taux moyen pour un panier donné a été sensiblement réduit.

B10 : Evolution des principaux tickets modérateurs et niveau en 1986

	Taux de remboursement	Ticket modérateur	Evolution
* Honoraires - praticiens ; sages-femmes	75	25	* Le ticket modérateur de 20 % est porté à 30 en 1967 puis est ramené à 25 % à la suite des accords de Grenelle en 1968 * Le ticket modérateur passe de 20 à 30 % en 1967 puis est ramené à 25 % (cf. ci-dessus) en 1968. Il augmente de 25 % à 35 % en février 1977 sauf pour les infirmiers et en juillet 1985 pour les infirmiers
- auxiliaires médicaux	65	35	
* Médicaments - irremplaçables	100	0	* Ticket modérateur de 40 % au delà de 25 francs par ordonnance et de 10 % pour les médicaments spécialisés. En octobre 1977, le ticket de 10 % est ramené à 0 %. Est créé un ticket à 60 % pour les médicaments «de confort».
- vignette blanche non spécialisés	70	30	
- vignette bleue (de confort)	40	60	
* Examens de Laboratoire	65	35	* Le ticket de 20 % est porté à 30 en 1967, puis passage de 30 à 35 le 01.07.1985.
* Frais de transport	70	30	
* Frais de séjour en hôpital	80	20	

(1) Les bénéficiaires du Fonds National de solidarité ont des taux de remboursement plus élevés (80 % pour les médicaments non spécialisés, les autres prestations, 100 % pour les transports.

Par ailleurs, de nombreux cas d'exonération de ticket modérateur ont été progressivement définis. Il peut s'agir d'exonérations systématiques (accidents de travail), d'exonération fonction de la qualité de l'assuré (invalide, handicapé), de la nature de l'affection ou du traitement (maladie longue et coûteuse, acte chirurgical au dessus du coefficient 50), de la durée de l'hospitalisation ou de l'arrêt de travail. L'entrée en maladie longue et coûteuse est possible si celle-ci fait partie d'une liste de 21 jusqu'en 1974, de 25 jusqu'en 1986, de 30 depuis 1987 ou si on peut bénéficier du régime de la 26^e maladie, supprimé début 1987. Le principe en était que toute personne dont le coût des soins laissait à sa charge une dépense mensuelle de 80 francs pendant 6 mois pouvait bénéficier au-delà de ces 80 francs d'une exonération totale. Elle concernait 365 000 personnes au début de 1987.

La déformation de la structure des soins de santé au profit de ceux sans ticket modérateur a été continue. Les dépenses du Régime Général (CNAM'GS) ont ainsi concerné une proportion de plus en plus grande de remboursements à 100 % (46 % en

1960, 55% en 1971, 74 % en 1985). Cette évolution s'explique par l'accroissement des cas d'exonération et aussi par le double effet de moindres remboursements : tickets modérateurs plus élevés ou franchises. Dans un premier temps ces mesures ne concernent que les personnes non exonérées, ce qui limite leur dépenses. Les remboursements des personnes exonérées, non affectés par ces mesures, augmentent ainsi plus vite. Dans un second temps les demandes d'exonération s'accroissent et avec elles les remboursements sans ticket modérateur.

- Taux moyens de remboursement dans les Comptes de la Santé

Ces taux représentent la part des dépenses financées par la Sécurité Sociale. Sont aussi présentés dans le tableau B les taux apparents pour l'ensemble des financements publics (y compris aide médicale), pour les mutuelles ainsi que la part du financement restant effectivement à la charge des ménages. Calculés pour des postes déjà agrégés ils prennent donc en compte les effets structurels ainsi que la part des dépenses non remboursables, soit du fait d'un dépassement d'honoraires autorisé, soit du fait d'une non présentation au remboursement (faibles montants ou actes refusés). Ces dépassements estimés à 2,5 milliards en 1985 pour les honoraires médicaux conduisent à un taux moyen de remboursement de 71,5 % au lieu de 75,7 % s'il était calculé sur une base hors dépassements. Cet effet est beaucoup plus net pour les honoraires de dentiste pour lesquels les dépassements représentent un tiers de la dépense présentée au remboursement et les frais non présentés au remboursement environ 15 % de la dépense totale. Le taux moyen des remboursements est ainsi de 47 % au lieu de 82 % sur les honoraires perçus hors dépassement.

Les taux calculés pour la Sécurité Sociale pour la période 1970-1985 varient peu pour les dépenses hors hospitalisation (environ 65 %), ils sont légèrement en hausse pour la pharmacie, faiblement accrus pour les honoraires médicaux puis en légère baisse depuis 1980, en baisse plus forte pour les dentistes. En revanche l'accroissement est très net pour les soins hospitaliers. Il doit cependant être relativisé car cela traduit en partie un recul des financements de l'Etat et des collectivités locales. Au total, la part des financements publics (sécurité sociale et aide sociale) est restée assez stable (1).

Le financement par les mutuelles, faible pour l'hôpital (environ 1 %) est plus fort pour les soins ambulatoires et la pharmacie. Dans les deux cas il passe de 5,5 % à 7,5 %

(1) Pour les dépenses hospitalières, les décalages comptables peuvent affecter sensiblement le montant de certaines années. C'est ce qui s'est sans doute produit en 1980.

B 11 : Financement de la dépense de biens et soins médicaux par type

	Sécurité Sociale					Total financement public (1)					Mutuelles					Part laissée aux ménages				
	1970	1975	1980	1984	1985	1970	1975	1980	1984	1985	1970	1975	1980	1984	1985	1970	1975	1980	1984	1985
* Soins hospitaliers	78,3	82,6	86,6	86,2	85,5	88,9	89,6	91,3	89,6	89,0	1,5	1,1	1,1	0,9	1,2	9,7	9,3	7,6	9,4	9,8
* Soins ambulatoires dont : médecins dentistes	66,0 (72,5) (50,7)	67,6 (75,1) (50,7)	66,7 (74,3) (48,5)	65,6 (72,2) (45,1)	65,6 (71,5) (45,3)	67,9 (75,1) (51,3)	69,0 (76,9) (51,1)	67,6 (75,7) (48,7)	66,4 (73,5) (45,3)	66,5 (72,9) (45,6)	5,7 (6,7) (1,9)	6,2 (7,4) (5,2)	7,0 (7,8) (4,0)	7,5 (8,2) (7,8)	7,6 (8,2) (7,7)	26,4 (18,1) (46,8)	24,7 (15,7) (43,7)	25,4 (16,5) (44,2)	26,0 (18,3) (46,9)	25,9 (18,8) (46,7)
* Pharmacie	62,6	62,8	63,6	63,5	64,5	65,6	64,7	64,7	64,7	65,4	(5,5)	(6,4)	(6,4)	(7,7)	(7,7)	(28,9)	(28,9)	28,9	27,6	26,9
* Total hors hospitalisation	63,6	64,9	64,9	64,6	64,8	67,0	66,4	64,7	65,6	65,7	5,5	6,1	6,7	7,4	7,4	28,5	27,5	27,4	27,0	26,9
* Total	69,8	73,2	76,4	76,2	75,4	75,6	77,3	79,3	78,5	77,7	3,8	3,8	3,8	3,9	4,2	20,5	18,9	16,9	17,6	18,1

(1) Y compris l'aide sociale de l'Etat et des collectivités locales.

environ en 15 ans.

Quant à la dépense laissée à la charge des ménages, sa part décroît très faiblement pour les dépenses hors hospitalisation.

-L'impact de la modification des taux de remboursement sur le volume des prestations.

La progression des prestations de soins de santé a été un peu plus forte que celle de la consommation de soins et de biens médicaux du fait de l'amélioration des taux moyens de remboursement. Les variations du taux moyen global de remboursement dépendent fortement de l'évolution de la structure de consommation, en particulier au profit ou (aux dépens) de l'hospitalisation mieux remboursée.

e- Comment a t-on régulé les dépenses ?

L'inquiétude devant la croissance des dépenses de santé et des prestations sociales s'est fait sentir dès la fin des années soixante, particulièrement du fait de l'explosion des dépenses hospitalières. Ce sentiment s'est renforcé avec l'entrée en période de croissance plus faible et la poursuite de la progression des dépenses sociales. C'est principalement à partir de 1979 qu'ont été prises des mesures visant à enrayer sensiblement la croissance des dépenses de santé dans le cadre de plans de rééquilibrage de la Sécurité Sociale.

La réduction des dépenses de protection sociale passe par deux voies. L'action sur l'offre qui vise à réduire le coût de la dépense de santé en pesant sur les prix et/ou les volumes, le plus souvent par intervention directe de l'Etat . L'action sur la demande où on cherche à réduire le coût de la protection sociale en accroissant le financement laissé à la charge des ménages et où on espère de plus infléchir leur comportement en matière de dépenses de santé.

Le plus souvent l'action sur l'offre passant par un contrôle des prix ne contribue pas à une plus grande efficacité du système de santé définie par une meilleure qualité des soins et des coûts moindres. La liberté laissée à l'évolution des volumes entraîne en fait la multiplication des actes. C'est le cas lorsque la tarification hospitalière est fondée sur le prix de journée moyen ou lorsque le tarif des actes médicaux est réglementé. Si des dérogations sont accordées, autorisation de dépassement pour les honoraires médicaux, l'impact sur le contrôle des prestations reste le même, mais en accroissant la charge financière laissée aux ménages on renforce les inégalités. L'action sur les quantités, notamment par la technique du budget global vise à donner une enveloppe définie a priori selon des normes. Si elle réduit sensiblement les inconvénients du prix de journée en incitant à une meilleure gestion elle renforce aussi les inégalités de situation et ne conduit pas à une régulation à un niveau plus large (régional par exemple). Elle peut aussi se traduire par une réduction de la qualité des soins du fait de la diminution des personnels et la recherche accrue d'économies. De plus, concernant une partie seulement des soins médicaux, elle peut conduire à un transfert vers d'autres types de soins qui, bien que potentiellement souhaitable, devrait être abordée de manière globale. L'action sur l'offre de soins par le contrôle des investissements hospitaliers fait plus encore apparaître les limites d'une planification fondée sur des critères normatifs très généraux (nombre de lits...) et souvent discutables.

Les limites de l'action sur la demande de soins par l'accroissement de la part de financement laissée aux ménages, si elle est massive pour être efficace rapidement, peut se traduire à terme par des effets contraires aux buts recherchés. La conséquence d'une réduction des soins ambulatoires devenus plus coûteux, notamment ceux de prévention et de dépistage, concernant alors la population la moins aisée, peut être l'accroissement de la morbidité, et en conséquence celui de soins plus coûteux, notamment hospitaliers.

La réforme de l'hospitalisation de 1970 visait à mieux contrôler l'offre de soins (carte sanitaire) par une planification généralisée. Ses conséquences sur les dépenses sont difficiles à mesurer car le contexte était celui de l'amélioration des structures hospitalières. Le contrôle très strict des effectifs médicaux a joué un rôle très efficace. Les mesures visant vraiment à freiner la dépense de santé et leur coût financier socialisé ont été mises en œuvre principalement depuis 1979. On peut distinguer deux types de mesures. La réforme des financements de l'hospitalisation par la mise en place d'un budget global et l'accroissement des charges laissées aux ménages.

La réforme du financement hospitalier de 1983 avait déjà été expérimentée dès 1978. Parallèlement une autre expérience avait été menée, celle du prix de journée éclatée, où la facturation distingue différents coûts, le rôle étant de contrôler les coûts et les remboursements. En fait la solution du budget global retenue s'est appliquée en 1984 aux centres hospitaliers régionaux puis à l'ensemble des établissements publics et privés à but non lucratif du service public.

Les autres réformes ont été prises progressivement . En 1979, une franchise de 80 francs était créée pour les personnes exonérées du fait de leur entrée en 26ème maladie. En 1980 était définie un «ticket modérateur d'ordre public» de 20 % que ne pouvaient pas prendre en charge les mutuelles, mais mal acceptée, cette réforme n'a jamais été appliquée. A partir de 1982 étaient déclassées de nombreuses catégories de médicaments . En 1982 et 1983 la baisse des prix de pharmacie était obtenue par la réduction des taux de marge des grossistes et des détaillants. En 1983, fut créé un forfait hospitalier (20 francs par jour) pour l'ensemble des personnes exonérées de ticket modérateur. Une hausse de certains tickets modérateurs et un nouveau déclassement des médicaments étaient décidés en 1985.

Ces mesures ont eu un effet direct estimé à 2,5 % des dépenses d'assurance-maladie (1). Les mesures de déclassements de médicaments et d'accroissement de tickets-modérateurs ont eu pour conséquence d'augmenter la charge payée par les ménages non exonérés et de permettre à une fraction d'entre eux de dépasser le seuil d'accès en 26ème maladie. L'effet de l'accroissement de la population exonérée a pu être estimée à environ 20 % du rendement initial si bien que le bilan global pour ces mesures est de l'ordre de 2 % des dépenses d'assurance-maladie.

(1) Voir ROCHEFORT R. "La part de la dépense de santé à la charge des ménages", Cahiers de sociologie et de démographie médicales, Avril-juin 1986, n° 2

La rupture opérée en 1979 est marquée par l'ampleur des mesures en cause comparativement aux précédentes (1). D'après l'étude citée, il ne semble pas que les mesures prises en vue d'accroître le financement des ménages ait eu un impact sensible sur la demande, l'effet portant donc uniquement sur la réduction des prestations. Il faut cependant remarquer que l'ampleur de ces mesures reste somme toute limitée et ne remet pas en cause le principe de sécurité sociale. A titre de comparaison, l'impact du plan de rationalisation des dépenses de santé de 1986 sur lequel nous reviendrons dans une autre partie était estimé à lui seul, à environ 2,5 % des dépenses d'assurance-maladie.

(1) Avant 1979 on avait procédé par deux fois à la réduction du taux de TVA sur les médicaments , à un relèvement du ticket modérateur des soins sanitaires médicaux autre que les infirmiers en 1977 et à certains déclassements de spécialités de médicaments (1975 à 1977).

2 Les prestations en espèces

Les prestations en espèces des trois risques, maladie, invalidité-infirmité et accidents du travail sont étudiées pour l'ensemble des régimes de protection sociale. On se limitera le plus souvent à la période 1970-1985 sauf pour les indemnités journalières de maladie pour lesquelles on expliquera l'évolution sur l'ensemble de la période 1960-1985.

a- Les prestations d'assurance-maladie

Les prestations en espèces d'assurance-maladie, 29,3 milliards en 1985 dont 18,7 pour la sécurité sociale, sont constituées presque exclusivement de prestations de remplacements temporaires (98,5 %). Ces indemnités journalières sont versées par les régimes d'assurance-maladie et peuvent être complétées par l'employeur. Les conventions collectives prévoient souvent le maintien du salaire au moins pour quelques mois.

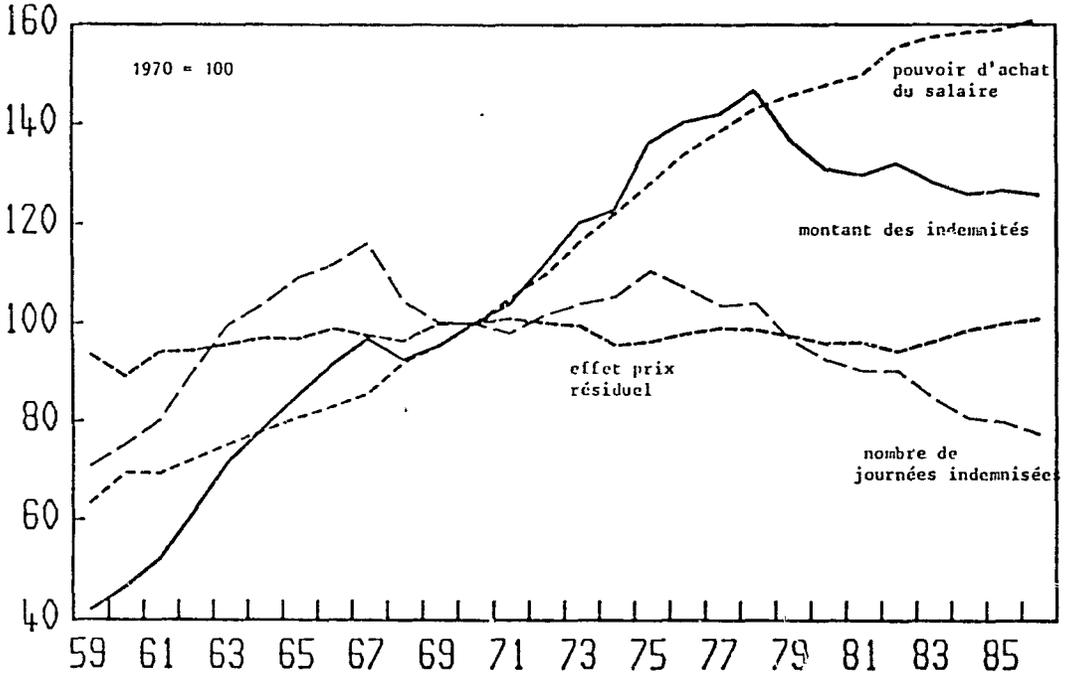
Les indemnités journalières versées par l'assurance-maladie représentent 63 % du total des prestations-espèces, 59 % sur ces 63 % provenant du régime général. Celles du régime général sont versées chaque jour, ouvrable ou non, à partir du quatrième jour d'incapacité de travail. L'indemnité est égale à 50 % du revenu brut journalier dans la limite du plafond de la Sécurité sociale. En 1985 le régime général a versé 17,2 milliards d'indemnités journalières pour 172 millions de journées indemnisées soit une valeur moyenne de 99,71 francs par journée.

On étudie l'évolution de ces montants en décomposant la valeur des prestations en francs constants en effet quantité (nombre de journées indemnisées) et effet prix, lui-même séparé entre effet du pouvoir d'achat du salaire et effet prix résiduel, ce qui est résumé dans la formule :

$$\begin{array}{cccc} \text{prestations en} & & \text{nombre de journées} & & \text{pouvoir d'achat} & & \text{effet prix} \\ & & & & & & \\ & & - & & x & & x \\ \text{francs constants} & & \text{indemnisées} & & \text{du salaire} & & \text{résiduel} \end{array}$$

La croissance des prestations journalières est plus faible que celle des prix depuis

Graphique B5 : Décomposition des indemnités journalières du régime général (francs constants)



(1) La courbe des prestations en francs constants est le produit des trois autres (cf. formule ci-dessus)

Graphique B6 : Nombre de journées indemnisées du régime général (Assurance-Maladie)



1979. Jusqu'à cette date, la croissance très forte (+ 6,6 % par an de 1960 à 1978) s'explique à la fois par le pouvoir d'achat du salaire et par l'évolution du nombre des indemnités journalières. Celles-ci augmentent fortement jusqu'en 1967 (250 millions, + 6,4 % par an depuis 1960), régressent jusqu'à 1971 (211 millions), remontent jusqu'à 238 millions en 1975 et diminuent depuis (- 2,5 % par an). La baisse des journées indemnisées provient notamment de l'amélioration des soins médicaux, de celle des conditions de travail, des transferts sur les risques maternité (allongement du congé maternité ...) et invalidité (mise en invalidité plus rapide). Elle s'explique aussi depuis 1975 par la montée du chômage, l'abaissement de l'âge de la retraite et le développement des pré-retraites . Par ailleurs la montée du chômage et la crise ont pu entraîner une certaine auto-limitation.

L'évolution de l'ensemble des prestations en espèces de maladie est plus heurtée que celle des seules indemnités journalières entre 1975-1980. Elle s'explique par un très fort recul des prestations directes versées par les employeurs pendant cette période (- 8 % par an, en francs constants).

B12 : Taux de croissance annuel moyen des prestations en espèces de maladie en francs constants

	1970-1975	1975-1980	1980-1985
*Prestations Totales	+ 6,8	- 2,9	- 0,6
dont indemnités journalières	+ 6,4	- 0,8	- 0,7

b-Les prestations d'invalidité

Les prestations en espèces d'invalidité regroupent à la fois des prestations de revenu permanent, versées par les assurances sociales ; des prestations sans conditions de ressources comprenant les pensions des invalides de guerre et des pensions versées par

l'aide sociale ; des prestations avec condition de ressources dont l'allocation aux adultes handicapés (AAH) représente l'essentiel.

En 1985, les ménages ont reçu 50,7 milliards de prestations en espèces d'invalidité décomposées comme suit :

*Prestations à revenu permanent	: 20,8 milliards soit 41%	
dont Sécurité sociale	: (17,2)	(34%)
(régime général)	: (12,6)	
Salariés du secteur public	: (3,6)	(7%)
 *Prestations sans conditions de ressources	: 16,3	32%
dont régimes de guerre	: (11,7)	(23%)
aide sociale	: (4,5)	(9%)
 *Prestations avec conditions de ressources	: 13,5	26%
dont AAH	: (12,0)	(23%)

On limitera l'analyse détaillée aux prestations d'invalidité de la sécurité sociale et à l'allocation aux adultes handicapés.

- Les prestations de la sécurité sociale

L'assurance-invalidité compense la perte de salaires des assurés de moins de 50 ans occasionnée par une blessure ou une infirmité, d'origine autre que professionnelle ou militaire. Le régime général verse deux types de prestations : les avantages de base et les allocations supplémentaires. Les avantages de base se subdivisent en trois catégories : celle des invalides pouvant exercer une activité rémunérée dont la pension équivaut à 30 % du salaire annuel moyen, calculé sur les dix dernières années ; celle des invalides incapables de toute activité dont la pension est de 50 % du salaire annuel moyen ; enfin celle

d'invalides de la catégorie précédente qui ont besoin d'assistance d'une tierce personne pour laquelle est versée une majoration.

Les allocations supplémentaires sont versées par le fonds national de solidarité dans la limite d'un plafond de ressources. En 1985 l'allocation supplémentaire était de 17 000 francs pour des ressources annuelles inférieures à 30 540 francs pour une personne seule et 53 870 pour un ménage.

En 1985 le montant des avantages de base s'élevait à 12,5 milliards et les allocations supplémentaires à 1,1 milliard.

La décomposition des effets quantités (nombre de pensions en cours) et des effets prix pour les avantages de base est effectuée ici en distinguant les périodes 1975-1979 et 1979-1985. Pendant la première, en effet, le nombre des pensions venant à extinction s'est

fortement réduit du fait de la sortie pour cause de vieillesse des classes d'âges réduites dû à la première guerre mondiale.

L'évolution contrastée au cours de ces trois périodes s'explique aussi par celle des rentes servies. L'effet résiduel positif entre 1975 et 1979 provient notamment du faible retrait de pensionnés anciens mieux couverts.

B13 : Décomposition des avantages de base d'invalidité du régime général

en %	1970-1975	1975-1979	1979-1985
(1) Rentes	0,6	6,8	1,2
(2) Taux de salaire horaire	5,1	3,3	1,5
(3) Effet prix résiduel	- 1,9	+ 2,9	- 0,5
(4) = (1) + (2) + (3) Total	3,9	13,4	2,0

-L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Cette allocation instaurée en 1971 a été réformée et profondément accrue par la loi du 30 juin 1975. Elle est accordée aux adultes dont le taux d'incapacité est d'au moins 80 %, sous conditions de ressources, et son montant est celui du minimum vieillesse. L'AAH, servie et financée comme une prestation familiale jusqu'en 1982 est remboursée par l'Etat depuis 1983 mais gérée par les caisses d'allocations familiales.

En 1985 le montant versé au titre de l'AAH a été de 12 milliards de francs pour des bénéficiaires au nombre de 417 000 au 1er janvier 1985.

La décomposition des évolutions de l'AAH fait apparaître la montée en charge du régime de 1971 profondément amélioré en 1975. Entre 1980 et 1985, l'évolution correspond plus à un rythme de croisière quoique l'évolution tendancielle des effectifs soit actuellement encore beaucoup plus faible (1,2 % par an entre 1983 et 1986). La moindre progression du pouvoir d'achat par tête (effet taux du salaire horaire et effet prix résiduel)

s'explique par la moindre revalorisation après 1982 du minimum vieillesse sur lequel est indexée l'allocation.

De 1973 à 1975, le pouvoir d'achat des prestations diminue, l'allocation est de faible montant et peu revalorisée, les effectifs augmentent très fortement. Au 1er janvier 1976, conséquence de la réforme de 1975, l'allocation par tête est passée de 180 francs à 671 francs puis à 701 francs au 1er juillet 1976. Elle est ensuite indexée sur le minimum vieillesse. Ceci explique la très forte évolution du pouvoir d'achat entre 1975 et 1980. Les effectifs continuent à croître fortement (+ 27 % par an).

B14 : Décomposition de l'évolution des prestations AAH en francs constants

en %	1973-1975	1975-1980	1980-1985
(1) Effectifs	84,4	27,4	6,9 *
(2) Taux de salaire horaire	5,0	2,9	1,5
(3) Effet prix résiduel	23,1	38,3	- 0,7
(4) = (1) + (2) + (3) Total	48,6	81,2	7,7

* 1,2 % entre 1983 et 1986.

Le tableau ci-dessous résume les évolutions de trois types de prestations d'invalidité (81 % du total en 1985). L'évolution des indemnités et rentes est identique à celle du régime général pour l'ensemble de l'assurance-maladie. Les autres prestations (essentiellement l'aide sociale) ont une évolution très régulière. La forte progression globale de 1975 à 1980 provient donc de l'évolution des indemnités et rentes et surtout de la montée en charge de l'AAH.

B15 : Evolution des différentes prestations d'invalidité en francs constants

en %	1970-1975	1975-1980	1980-1985
Indemnités et rentes	4,5	10,8	2,5
AAH	-	81,2	7,7
Pensions de guerre	2,0	0,2	- 0,6
Autres	4,0	4,8	4,8
Total	3,5	8,4	3,2

c-Les prestations d'accident du travail

Les prestations d'accident du travail peuvent prendre la forme de revenu temporaire, il s'agit alors d'indemnités journalières ou de revenus permanents, il s'agit alors de rentes. En 1985, le montant versé au titre des accidents du travail était de 30,9 milliards ainsi répartis :

* Revenu temporaire	5,6 milliards soit	18 %
dont sécurité sociale	(4,9)	" " (16 %)
dont régime général	(4,4)	" " (14,5 %)
* Revenu permanent	25,3	" " 82 %
dont sécurité sociale	(24,6)	" " (78 %)
dont régime général	(17,1)	" " (55 %)
Total	30,9	100
dont sécurité sociale	(29,5)	(96)

Le nombre d'accident du travail s'élevait à 1,7 million.

On se limite ici aux prestations versées par le régime général pour étudier l'évolution depuis 1970 (70 % du total). Le régime général verse deux types d'indemnités journalières : les indemnités à 50 % du salaire, versées les 28 premiers jours d'arrêt de travail et les indemnités aux 2/3 du salaire versées à partir du 29ème jour ; chacune étant soumise à un maximum bien supérieur à celui des indemnités journalières de maladie.

En 1985 le régime général a versé 1,7 milliard au titre des indemnités à 50 % correspondant à 13,8 millions de journées indemnisées (montant moyen de 126 francs) et 2,6 milliards au titre des indemnités aux 2/3 pour 15,1 millions de journées (montant moyen de 172 francs).

Le régime général verse d'autre part des indemnités d'incapacité permanente sous forme de rentes révisables, calculées en fonction du degré d'invalidité. En 1985, le montant versé de 17,1 milliards correspondait à un encours de rentes de 1,86 million.

Une décomposition comparable à celle effectuée pour les autres prestations en espèces fait apparaître que la régression du montant des indemnités journalières provient de

la baisse du nombre des journées indemnisées déclarées (- 1,5 % par an en moyenne) .L'effet positif de l'effet prix résiduel à la fin de la période provient de la déformation de la structure au profit des indemnités aux 2/3 du salaire observée depuis 1981.

B16 : Décomposition du montant des indemnités journalières d'accident
du travail du régime général, en francs constants

en %	1970-1975	1975-1980	1980-1985
(1) Nombre d'IJ	2,1	- 2,9	- 3,5
(2) Taux de salaire horaire	5,1	2,9	1,5
(3) Effet prix résiduel	- 0,9	- 0,7	0,3
(4) - (1) + (2) + (3) Total	6,3	- 0,8	- 1,9

Le très fort ralentissement de la progression des prestations à revenu permanent provient de la faible progression de l'encours des rentes résultant de la baisse du nombre des rentes nouvellement attribuées chaque année. L'effet prix est difficile à analyser car il comporte l'effet de la revalorisation des rentes . Dans les deux cas, l'évolution des prestations en espèces s'expliquent par la baisse du nombre des accidents du travail observée chaque année à l'exception de 1973 (- 2,7 % par an ; - 0,7 par an de 1970 à 1975 ; - 2,0 de 1975 à 1980, - 5,5 de 1980 à 1985). Elle résulte à la fois d'une prévention plus

efficace et du développement du chômage dans des secteurs aux risques plus élevés (industrie, BTP).

B17 : Décomposition du montant en francs constants des rentes d'accidents du travail du régime général en francs constants

en %	1970-1975	1975-1980	1980-1985
(1) Nombre de rentes	2,7	0,7	0,7
(2) Taux de salaire horaire	5,1	2,9	1,5
(3) Effet prix résiduel	- 2,3	1,0	1,8
(4) = (1) + (2) + (3) Total	5,5	1,7	0,3

B18 : Taux de croissance annuel moyen des prestations en espèces en francs constants

	1970-1975	1975-1980	1980-1985
Prestations totales d'AT.	5,6	2,9	- 0,7
dont prestations du régime général	5,7	3,2	- 0,4

III LES PRESTATIONS VIEILLESSE.

Les prestations vieillesse sont passées de 5,2 % du PIB dans les années 1960 à 11,3 % en 1985-1986. On peut en fait distinguer quatre périodes : de 1960 à 1968, la part des prestations vieillesse passe de 5,1 % à 7,4 % du PIB (soit, une croissance de 0,3 point par an) ; elle est quasiment stable de 1968 à 1973. La croissance est très vive de 1973 à 1977 (0,5 point par an) et relativement ralentie depuis (0,2 point par an).

En pouvoir d'achat, le taux de croissance annuel moyen de ces prestations a été de 10,6 % de 1960 à 1968 ; de 6,8 % de 1968 à 1973 ; de 7,9 % de 1973 à 1978 et de 3,2 % de 1978 à 1986. Mis à part l'intermède de 1973-1978, on assiste donc à un ralentissement continu de la croissance des prestations.

Les prestations vieillesse sont versées par de nombreux régimes (tableau B19) : le régime général des salariés verse 33 % des prestations en 1986 ; les régimes complémentaires de salariés versent 19 %. Une partie importante des retraites est versée selon des régimes directs où l'employeur finance automatiquement le solde entre les prestations et les cotisations reçues (Fonctionnaires, SNCF, RATP, GDF-EDF) ; cela représente 22 % des prestations. Les régimes particuliers de salariés représentent 7,7 % (Mines, Militaires, Collectivités Locales, etc...) Enfin, le régime des exploitants agricoles représentent 7,3 % des prestations et ceux des non salariés-non agricoles 4,8 %.

Notre analyse sera d'abord une étude institutionnelle puis nous regarderons le bilan global de l'évolution des retraites depuis 1968.

1) L'étude institutionnelle

On analysera successivement les avantages non contributifs, le régime général, les retraites complémentaires de salariés, les autres régimes.

a) Les avantages non-contributifs

Ils visent à assurer un minimum de base aux personnes âgées de plus de 65 ans. Ce minimum est assuré par le cumul d'une allocation de base (retraite obtenue contre contrepartie ; allocation aux vieux travailleurs salariés, allocation aux mères de famille

ou secours viager) et d'une allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité prise en charge par l'Etat.

B19 : Part des différents régimes dans le total des prestations.

	1981	1986
Régime général	30	32,6
Salariés agricoles	2,8	3,1
Régimes complémentaires de salariés	18	19,4
Régimes directs	24,1	22,3
Régimes particuliers de salariés	7,9	7,7
Exploitants agricoles	8,4	7,3
Non salariés - Non agricoles	5,5	4,8
Prestations extralégales	0,5	0,5
Aide sociale	2,9	2,4

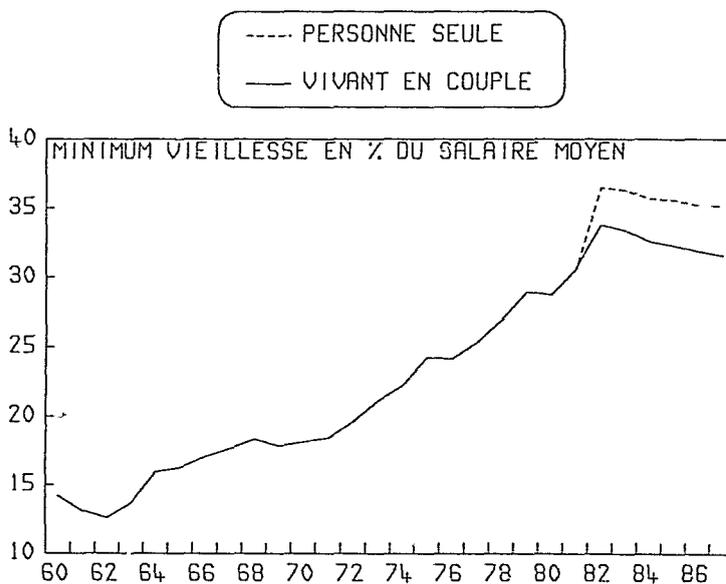
B20 : Nombre des retraites servies par les différents régimes.

	1960	1970	1980	1984
Régime général	41,5	39,9	42,7	44,4
Salariés agricoles	4,1	6,4	8,7	9,6
Fonctionnaires	8,6	7,8	9,2	9,2
Régimes spéciaux de salariés	17,7	15,1	11,9	11,7
Non salariés non agricole	10,4	11,1	11,5	10,9
Exploitants agricoles	17,7	19,6	16,0	14,2

Le minimum vieillesse ne représentait que 13 % du salaire net moyen en 1962 (graphique B7). Il a atteint 16 % en 1964, puis 18 % en 1968. De 1971 à 1975, il a été fortement revalorisé de façon à atteindre 24 % du salaire moyen en 1975. De 1977 à 1979, une nouvelle période de forte revalorisation lui fait atteindre 29 % du salaire moyen. Puis, avec l'arrivée de la gauche au pouvoir, il passe à 36,5 % du salaire moyen en 1982. Toutefois, depuis cette période, le minimum vieillesse pour un couple n'est que de 1,8 fois environ celui pour une personne seule (1). Depuis, le ratio diminue un peu, restant légèrement supérieur à 35 % en 1986 et 1987. Par rapport au SMIC net, le minimum vieillesse représentait 33 % en 1960 ; 44 % en 1970 ; 72 % en 1983 ; 66 % en 1986.

En Janvier 1986, un ménage de deux retraités au FNS gagne 25 % de plus qu'un couple dont un seul membre travaille au SMIC (en 1970, il gagnait 7 % de moins).

Graphique B7 : Minimum vieillesse en % du salaire moyen



(1) Parmi les bénéficiaires, on compte 67 % de personnes isolées et 33 % de personnes appartenant à une couple (source : enquête SESI, Données Sociales, 1985).

Après les hausses de 1981-1982, la politique de revolorisation du minimum vieillesse a pris fin : en pouvoir d'achat celui-ci a baissé de 3,7 % de 1982 à 1987 pour une personne seule ; de 6,4 % pour un couple. Durant la même période, le pouvoir d'achat du salaire net augmentait de 0,6 %.

B21 : Evolution du pouvoir d'achat du minimum vieillesse de 1980 à 1987 (en %).

	80	81	82	83	84	85	86	87
Personne seule	0,1	9,0	18,6	-0,4	-2,6	0,1	0,1	-0,9
Couple	0,1	9,0	9,7	-0,9	-3,1	-0,6	-0,1	-1,7

Le nombre de bénéficiaire du FNS a chuté de 2,5 millions en 1960 à 2 millions en 1975 puis 1,6 million en 1984 ⁽²⁾ en dépit de la forte hausse du minimum vieillesse. Cela provient de ce que les nouveaux retraités ont eu une carrière beaucoup mieux couverte par les cotisations que les anciens, ils ont donc une retraite plus élevée. Les bénéficiaires du FNS représentent encore environ 20 % des personnes de plus de 65 ans (contre 28 % en 1975).

b - Le régime général

Il fonctionne en principe selon le principe de l'assurance réduite au montant du plafond : un assuré a droit, à partir de 60 ans, à une retraite égale à 50 % des meilleurs salaires annuels plafonnés si l'assuré a cotisé 150 trimestres (37,5 années). Il y a deux dérogations au principe de l'assurance : la règle des 10 meilleures années au lieu du salaire moyen et la non-prise en compte des années au delà de 37,5. Ces règles s'expliquent par la difficulté de mise en route du système.

Ce taux de 50 % est minoré de 5 % par année manquante de cotisations ou par année manquante par rapport à 65 ans (la minoration la plus faible est appliquée). En outre, si la durée de cotisation n'atteint pas 150 trimestres, la pension est réduite à due concurrente : toutefois, si l'assuré demande la liquidation de sa pension après 65 ans, tout trimestre supplémentaire majore de 2,5 % sa durée d'assurance (dans la limite de

(2) Source : Enquête SESI, Données Sociales, 1985

50 trimestres). Cette règle permet aux travailleurs de plus de 65 ans d'atteindre très rapidement les trimestres manquants.

Le régime général a connu trois réformes depuis 20 ans :

- En 1971, la loi Boulin (entrée en vigueur en 1972) a fait passer la durée d'assurance prise en compte de 30 à 37,5 années, ce qui a fait augmenter le taux de pension servie normalement à 65 ans de 40 % à 50 % du salaire.

- En 1975, la condition d'une durée minimale de 15 années d'assurance exigée pour l'octroi d'une pension proportionnelle a été supprimée.

- De 1965 à 1978, diverses catégories de travailleurs ont obtenu progressivement la possibilité de prendre leur retraite à 60 ans à taux plein (anciens combattants, travailleurs manuels, femmes). L'ordonnance du 26 Mars 1982 a abaissé pour tous l'âge de la retraite à taux plein à 60 ans, à partir du 1er Avril 1983 pour le régime général. La même année, le taux de reversion des pensions sur le conjoint survivant passait de 50 à 52 %.

Indépendamment de ces modifications législatives, le gouvernement possède deux moyens d'actions sur le montant des retraites versées : la revalorisation des retraites déjà liquidées et les coefficients de revalorisation des salaires des années antérieures pour le calcul de la retraite. Les pensions déjà liquidées sont revalorisées chaque année. Avant 1982, le coefficient de revalorisation des pensions était lié de façon rigide à la hausse constatée des salaires l'année passée. De 1970 à 1982, les pensions ont été revalorisées, en moyenne annuelle, de 2,9 % en pouvoir d'achat : pendant ce temps, le salaire brut augmentait également de 2,9 % en pouvoir d'achat (et le salaire net de 2,4 %). Les retraités étaient assurés de voir leur pension augmenter comme les salaires. Depuis 1983, la revalorisation des pensions est décidée par le gouvernement en fonction de la hausse anticipée du salaire. Cette nouvelle règle a entraîné une perte du pouvoir d'achat pour les retraités. De 1983 à 1987, les pensions n'ont été revalorisées que de 29 % alors que le salaire brut augmentait de 38 % (et le salaire net de 33 %) : en pouvoir d'achat, les

retraités ont perdu 3 % alors que le salaire brut augmentait de 4 % et que le salaire net restait stable.

B22 : Taux de croissance annuels des salaires, des pensions et du coefficient de revalorisation des salaires.

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Salaire brut	13,4	10,5	15,2	14,7	12,6	10,4	8,1	6,6	4,9	3,3
Salaire net	13,2	8,6	13,8	15,5	11,4	9,6	6,6	6,2	4,3	2,7
Pensions de retraites	14,3	11,0	10,9	13,4	14,0	9,9	4,9	6,0	2,8	2,7
Coefficient de revalorisation	11,1	9,7	13,2	13,4	11,8	5,8	5,8	4,1	2,3	2,8

Le gouvernement fixe chaque année les coefficients de revalorisation qui s'appliquent aux salaires des années passées pour les transformer en équivalent de salaire courant afin de déterminer les 10 meilleures années de salaire, base du montant de la pension. Avant 1982 ces coefficients étaient valorisés comme le salaire moyen. Depuis 1983, ils n'augmentent plus comme le salaire moyen (tableau B22). De ce fait, le montant moyen des pensions liquidées est abaissé temporairement. Imaginons un salarié dont le salaire a toujours évolué comme le salaire moyen et dont, pour simplifier, les dix dernières années sont les meilleures, le tableau B23 permet de comparer le salaire réévalué, qui sert de base à sa retraite, avec le salaire moyen de l'année selon l'année où il prend sa retraite (en supposant qu'il la prenne le 31 décembre). On voit alors que depuis 1977, le rapport entre le salaire réévalué et le salaire moyen diminue sans cesse. En 1986, le nouveau retraité avait une retraite diminuée de 9,3% du montant qu'il aurait dû recevoir. Cependant, une fois acquise la désinflation, ce mouvement doit se retourner. Si, de 1988

à 1995, la croissance du coefficient de revalorisation est identique à celle du salaire moyen, le salaire réévalué retrouvera progressivement le niveau normal.

B2 3: Comparaison du salaire revalorisé et du salaire moyen.

1995	100	1987	91,9	1978	101,1
1994	100	1986	90,7	1977	103,5
1993	99,1	1985	91,7	1976	99,6
1992	98,4	1984	92,9	1975	98,9
1991	97,3	1983	94,4	1974	96,0
1990	96,1	1982	98,0	1973	99,2
1989	94,9	1981	98,2	1972	103,2
1988	93,4	1980	98,8	1971	104,0
		1979	100,4	1970	105,0

c) Les retraites complémentaires de salariés

Elles correspondent à un vrai système de répartition où les montant des cotisations ou celui des prestations servies peuvent être modifiés.

L'AGIRC s'applique aux cadres et est obligatoire depuis 1947. Les cotisations sont basées sur la tranche B du salaire, du plafond de la Sécurité Sociale à 4 fois celui-ci. L'AGIRC fonctionne selon un système de points. La retraite est égale au nombre de points acquis par le retraité multipliés par la valeur du point. Les points sont acquis chaque année en divisant les cotisations versées par le salaire de référence. De plus, pour donné plus de liberté au système, il existe un taux d'appel des cotisations : en 1986, ce

taux est de 106, ce qui signifie que pour un taux de cotisations théoriques de 8 %, il faut verser un taux effectif de 8,48 %.

Théoriquement, la valeur du point s'obtient chaque année, en divisant la valeur des cotisations par le nombre de points à servir. On a donc,

$$v = S_m c (1 + f) A / n R$$

où S_m est le salaire moyen ; c le taux de cotisation effectif, f le taux d'appel, A le nombre de cotisants ; n le nombre de points moyen par retraités et R le nombre de retraités.

En fait, pour éviter les fluctuations trop forte d'une année sur l'autre, le système est assoupli par des constitutions de réserves et surtout par l'instauration d'un système de taux d'appel. Celui-ci est passée de 90 (entre 1961 et 1964) à 95 (en 1965), puis 100 (de 1966 à 1978) ; 103 (de 1979 à 1985) et 106 en 1986 (110 en 1987).

La possibilité de maintenir le rapport pension/salaire moyen dépend du rapport démographique (A/R) et du nombre de points acquis par les retraites. Le rapport démographique est resté au alentours de 3,95 de 1967 à 1980. Il a chuté fortement depuis et n'est que 3,1 en 1986.

Pour résoudre les difficultés du système, le taux d'appel a été augmenté et depuis 1977, la valeur de point augmente nettement moins vite que les salaires et même diminue

en pouvoir d'achat. De plus, l'AGIRC bénéficie de transfert de l'ASF pour le surcoût entraîné par le passage de la retraite à 60 ans.

Pour un salarié, le rendement de l'AGIRC peut être analysé en comparant la retraite touchée au moment du départ à la retraite pour 100 F versé. Ce rendement vaut $v/S_r (1 + f)$ où S_r est le salaire de référence.

B2 4: Evolution du pouvoir d'achat du salaire de référence et du point des retraites de l'AGIRC

Evolution annuelle moyenne en pouvoir d'achat	1961/1970	1971/1976	1977/1982	1983/1986
Salaire	5,7	5,1	1,6	1,0
Plafond de la Sécurité Sociale	7,5	4,8	2,4	1,6
Salaire de référence	5,3	2,9	0,3	0,8
Valeur du point	4,3	3,4	- 0,7	-0,6

Le rendement décroît de façon continue. Cela s'explique par la diminution de la croissance des cotisants (de 1951 à 1960, la croissance était de 7,8 % l'an ; de 1961 à

1970, de 5,5 % ; de 1971 à 1980 de 4,1 % ; de 1981 à 1986 de 1,6 %) et par l'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans.

B25 : Rendement des retraites de l'AGIRC

Rendement de la retraite	1960	1965	1970	1975	1980	1986
sans taux d'appel	14,1	13,5	12,9	13,3	12,6	12,0
avec taux d'appel	16,6	14,2	12,9	13,3	12,2	11,3

En 1986, le taux moyen des cotisations est de 14,72 % (y compris pourcentage d'appel). Cela assure pour un cadre qui a cotisé pendant 35 années, une retraite complémentaire de 58,5 % du montant de son salaire qui dépassait le plafond.

En régime permanent, le rendement de la retraite dépend de la croissance des cotisants, de la durée moyenne de leur carrière et de la durée de leur retraite. Pour un système comme l'AGIRC (avec 80 % d'hommes); on peut calculer qu'il est théoriquement de 25,5 % par une retraite à 65 ans et une croissance des cotisants au rythme de 5 % ; de 10,7 % si la croissance des cotisants tombe à 2 % ; de 8,2 % si, de plus, l'âge de la retraite descend à 60 ans ; de 6,3 % si l'âge de la retraite descend à 60 ans

et la croissance des cotisants est de 1 %. Le rendement de la retraite est actuellement trop fort par rapport à ce qu'il doit être en régime permanent.

Si on souhaite qu'un cadre qui a cotisé pendant 35 années continue à recevoir une retraite complémentaire égale à 58,5 % du montant de son salaire qui dépassait le plafond et si t est le rendement des cotisations, il faut que le taux de cotisation effectif soit de :

$$c = 0,585/35 t$$

soit pour $t = 8,2 \%$, $c = 20,4 \%$

pour $t = 6,3 \%$, $c = 26,5 \%$

Si, au moment où l'Association pour la Structure Financière (ASF) prendra fin, on reverse à l'AGIRC les 2 points de cotisations que cette structure percevait actuellement, si le taux de croissance des cotisants reste à 2 % et si, en outre, on se contente d'assurer 50 % du salaire sur plafond, le taux de cotisation en régime permanent devra être de 17,4 % (contre 16,72 % actuellement, y compris le 2 % ASF) ce qui ne nécessite pas une forte hausse.

L'ARRCO, créée en 1961, concerne les salariés non-cadres (pour un salaire plafonné à 3 fois le plafond de la Sécurité Sociale) et la partie du salaire limitée au plafond

pour les cadres. Le principe de fonctionnement est le même que celui de l'AGIRC. Nous nous limiterons au cas de l'UNIRS qui est la caisse la plus importante.

B26 : Evolution du pouvoir d'achat du salaire de référence et de la valeur du point des retraites de l'UNIRS.

Evolution annuelle moyenne en pouvoir d'achat	1961/1970	1971/1976	1977/1982	1983/1986
Salaire	5,7	5,1	1,6	1,0
Plafond de la Sécurité Sociale	7,5	4,8	2,4	1,6
Salaire de référence	3,6	3,9	1,3	0,9
Valeur du point	2,7	1,5	1,5	-0,1

Comme le montre le tableau B25, l'UNIRS a pu maintenir le ratio entre le point de retraite et le salaire moyen de 1971 à 1982. Ce n'est que de 1983 à 1986 (et surtout en 1983) que la valeur du point n'a pas été indexée sur les salaires. Pour cela, l'UNIRS a augmenté son taux d'appel qui est passé de 100 en 1970 à 115 en 1986. Avec le rendement de 1986, un travailleur ayant cotisé 40 ans touche 19 % de son salaire en retraite complémentaire (pour le taux de cotisations théorique de 4 % et effectif de 4,6 %). Si, compte tenu de la retraite à 60 ans et de la stagnation du nombre de bénéficiaires, on veut qu'avec un rendement de 6,3 %, un travailleur ayant cotisé 40 ans touche 20 % de

son salaire en retraite complémentaire, il faudrait que le taux de cotisations soit de $c = 0,19/40 \times 0,063 = 7,5 \%$, à comparer avec les $4,6 \% + 2 \%$ d'ASF aujourd'hui.

B27 : Rendement de la retraite de l'UNIRS.

Rendement de la retraite	1960	1965	1970	1975	1980	1986
avec taux d'appel	13,4	13,3	12,4	12,2	12,1	11,9
sans taux d'appel	13,4	13,3	12,4	10,1	11,0	10,4

d) Les autres régimes de salariés

-- De nombreux salariés (fonctionnaires, secteur public ou parapublic) ont des régimes autonomes de retraite, souvent plus favorables que le Régime général (ces régimes représentent 21% des salariés). Généralement, la retraite dépend du salaire de fin de carrière (mais sans les primes) et est automatiquement revalorisée comme les salaires.

L'âge de la retraite est le plus souvent de 60 ans, sauf exception pour pénibilité particulière (50 ans pour les mineurs, pour les roulants SNCF, pour certains agents de la RATP). Ces exceptions ne sont pas toujours justifiées quand on les compare avec des travailleurs effectuant des tâches similaires dans le secteur privé (par exemple, la retraite à 55 ans des fonctionnaires "actifs", des employés de bureaux des mines, de la SNCF, des machinistes de l'Opéra et de la Comédie Française). La retraite est de 2% du salaire en fin de carrière par année de travail, plafonné à 75%.

Les conditions de retraite de ces salariés étant statutaires, les pouvoirs publics n'ont guère de moyens d'action sur elles. Ces régimes se caractérisent généralement par un ratio démographique très défavorable. En 1984, le ratio était de 2,34 pour le Régime général. Pour les régimes spéciaux, il était de 4,38 pour les salariés des collectivités locales, de 1,74 pour les Fonctionnaires civils et militaires, de 1,38 pour EDF-GDF, de

1,0 pour la RATP, de 0,64 pour la SNCF et de 0,21 pour les mineurs. Ce ratio défavorable s'explique pour une petite part par l'âge plus précoce de départ à la retraite mais surtout par l'évolution à long terme des effectifs dans les branches considérées. Le déficit de ces régimes, après compensation démographique, est pris en charge par l'Etat. En 1985, cela représentait 14 milliards pour la SNCF, 10 milliards pour les mines, 4 milliards pour les marins, etc...

- Les salariés agricoles ont les mêmes prestations que les salariés du régime général. Depuis 1963, le régime général couvre le déficit de leur régime. En 1984, les salariés agricoles retraités représentaient 9,6 % du total des retraites servies.

e) Les régimes des non-salariés non agricoles

Ils se partagent entre le régime des commerçants (5,9 % des retraites servies), le régime des artisans (3,8 %) et le régime des professions libérales (0,7 %).

Pour les commerçants et les artisans, le régime a été modifié par la loi du 3 juillet 1972. Depuis, le système est pratiquement identique à celui du régime général : même taux de cotisation, même plafond ; etc.....

Les professions libérales ont un régime partagé en 13 caisses qui prélèvent des cotisations forfaitaires. Les prestations valent le nombre d'années de cotisations divisées

par 15 fois l'AVTS (soit 2,5 AVTS pour 37,5 année de cotisations, ce qui est relativement faible : 32 900 F en 1986).

f - Le régime des exploitants agricoles

Les exploitants agricoles bénéficient d'une retraite égale à l'AVTS (pour 25 années d'activité) et d'une retraite proportionnelle attribuée selon un système de point. L'âge de la retraite doit passer de 65 ans en 1985 à 60 ans en 1990.

2 - Les aspects globaux

Pour analyser globalement l'évolution des retraites, on peut raisonner de la façon suivante. Soit P, le montant des prestations vieillesse servies ; R le nombre de retraités ; A le nombre d'actifs et s le salaire moyen. Le poids des charges de retraites sur le salaire moyen s'écrit donc ;

$$c = P/A.s$$

Il monte lentement de 1968 à 1974 (0,3 point par an), puis très vite de 1975 à 1979 (0,8 point par an) ; il reste stable en 1980 et 1981 et monte d'un point en 1982. Depuis 1983 il croît de 0,4 point par an. Sur l'ensemble de la période, il passe de 15,5 % à 24,8 %. Son évolution peut être décomposée en deux facteurs : le ratio pension de retraite/salaire moyen et le ratio nombre de retraités/nombre de salariés. Le premier ratio a augmenté fortement en 1975, 1977, 1979 et 1982 où il est à 30 % au dessus de son niveau de 1968, il reflète les politiques d'amélioration des retraites que nous avons vu dans le paragraphe précédent. Cette hausse est arrêtée depuis 1982 année depuis laquelle la pension moyenne croît moins vite que le salaire moyen : de 1983 à 1986, le pouvoir d'achat du salaire brut a augmenté de 3,2 %, celui de la retraite moyenne de 1,2 % (mais le salaire net n'a cru que de 0,9 %). L'ensemble des sous-indexations que nous avons analysées a contrebalancé les effets structurels qui tendent à faire croître les retraites. Le

second ratio est passé de 0,34 en 1968 à 0,43 en 1986 (soit une hausse de 26 %). On peut décomposer l'évolution de ce ratio en 3 facteurs explicatifs :

- l'effet chômage : le ratio s'est dégradé car la population active est plus faible que la population active potentielle ;

- l'effet taux d'activité : les taux d'activité potentiels sont en 1986 plus bas qu'en 1968 ;

- l'effet démographique pur, qui montre ce qu'aurait été l'évolution de ce ratio, à taux de chômage et taux d'activité constants, donc uniquement en raison des variations de la structure de la population.

Le tableau B28 montre que le rapport démographique a une influence négligeable sur l'évolution du rapport retraités/salariés : ce qui a joué, c'est l'effet "chômage" et l'effet "taux d'activité". Comme l'indique le tableau B29, la baisse des taux d'activité des jeunes et des plus âgés a surcompensé le surcroît d'activité des femmes de 24 à 55 ans.

B28 : Le poids des retraites

	c	Ratio retraite/ salaire	Nombre de retraités/ nombre de salariés	Effet chômage	Effet activité	Rapport démographique
1986	24,8	57,6	43,0	1,106	1,104	35,3
1982	23,2	58,7	39,4	1,070	1,056	34,9
1977	20,3	53,6	37,9	1,024	1,031	35,9
1973	17,0	45,8	37,1	1,006	0,987	37,4
1968	15,5	45,5	34,1	1,002	0,936	36,4

B29 : Evolution des taux d'activité de 1968 à 1986.

	15 - 24 ans	24 - 55 ans	55 - 60 ans	60 - 65 ans	+ de 65 ans
1986	40,7	83,1	55,9	22,6	3,2
1982	43,9	81,1	60,3	31,1	3,8
1977	47,0	78,2	64,5	37,1	7,5
1973	48,5	76,5	63,8	48,0	10,6
1968	54,3	73,8	65,7	51,6	14,0

Source : Enquête emploi INSEE

Au total, le poids des prestations vieillesse sur les actifs a cru de 60 % de 1968 à 1986. Cela s'explique, pour 30 %, par la politique de revalorisation des retraites par rapport aux salaires ; pour 10 % par la croissance du chômage ; pour 20 % pour la chute des taux d'activité des jeunes et des vieux. Par contre, il n'y a pas eu d'effet démographique sensible.

IV- LES PRESTATIONS FAMILLE ET MATERNITE

Dans cette partie, nous examinerons l'évolution des prestations liées à la famille et à la maternité. Le tableau B30 indique les dates de création des prestations. Le tableau B31 donne l'évolution, en francs constants, des principales prestations de 1960 à 1985. En francs constants de 1980, le total des prestations famille- maternité s'élevait à 105,6 milliards en 1985 contre 44,9 milliards en 1960, soit une progression de 3,5 % par an.

B30 : Date de création des principales prestations familiales

	Sans conditions de ressources	Avec conditions de ressources
<u>Prestations complément de revenu</u>		
Allocations familiales	1946	
Allocation de salaire unique ou de mère au foyer et allocation pour frais de garde	1941-1955	
Complément familial		1978-1985
Allocation de parent isolé		1976
Supplément de revenu familial		1980
<u>Prestations liées à la maternité</u>		
Allocations prénatales	1946	
Allocation de maternité puis Allocation postnatales	1946-1975	
Allocation au jeune enfant	1985	1985
Allocation parentale d'éducation	1985	1985
<u>Prestations spécifiques</u>		
Allocation d'orphelin puis allocation de soutien familial	1973	1970
Allocation d'éducation spéciale	1975	
Allocation aux adultes handicapés		1971
Allocation de rentrée scolaire		1974
<u>Prestations logement</u>		
Allocation de logement familiale	1948-1972	
Allocation logement social		1971
Aide personnalisée au logement		1977

Source : "La protection sociale" Dossiers de l'IREC, n°1, novembre 1983.

B31 : Evolution des principales prestations de 1960 à 1985

	Milliards de francs 1980				Taux de croissance annuel moyen en %
	1960	1970	1980	1985	1960-1985
Total prestations familiales dont :	37,9	58,4	83,4	92,5	3,6
- Prestations famille sans conditions de ressources.....	32,4	45,5	40,4	41,0	0,9
- Prestations famille avec conditions de ressources.....	-	-	19,1	17,0	-
- Logement.....	1,9	6,8	12,5	21,9	10,3
- Action sociale et divers....	(3,6)*	(6,1)*	11,4	12,6	5,1
Prestations maternité.....	7,1	8,3	13,4	13,1	2,5
Total famille + maternité	44,9	66,8	96,8	105,6	3,5

* Estimations.

1 Les prestations famille

Les comptes de la protection sociale distinguent trois grandes catégories de prestations famille :

- Les prestations périodiques avec ou sans conditions de ressources,
- Les prestations logement,
- L'action sociale et divers.

Nous examinerons successivement le contenu et l'évolution de ces trois prestations.

a- Les prestations périodiques :

Depuis la mise en place, au début des années 1970, d'une politique visant à réserver les prestations familiales aux familles les plus défavorisées, on distingue deux types de suppléments périodiques.

- Les suppléments périodiques sans conditions de ressources : Ils comprennent principalement :

- Les allocations familiales. Créées en 1946, elles sont versées aux familles au moins deux enfants âgés de moins de 17 ans (moins de 20 ans si les enfants poursuivent des études, sont en apprentissage ou infirmes).

- L'allocation d'éducation spéciale, créée en 1975.

- Les suppléments familiaux de traitement accordées par l'employeur.

- Les suppléments périodiques avec conditions de ressources : Ils comprennent :

- Le complément familial. Institué en 1977, il a remplacé l'allocation de salaire unique et celle de mère au foyer, d'une part, et l'allocation pour frais de garde, d'autre part. L'ASU avait été réévalué et soumise également à condition de ressources en 1972. Le complément familial est versé aux familles ayant un enfant de moins de trois ans ou au moins trois enfants.

- l'allocation de parent isolé, créée en 1976.

- l'allocation de rentrée scolaire, créée en 1974.

En francs constants de 1980, le montant total des prestations familiales est passé de 32,4 milliards en 1960 à 59,5 milliards en 1985 soit une progression annuelle moyenne de 2,4 %.

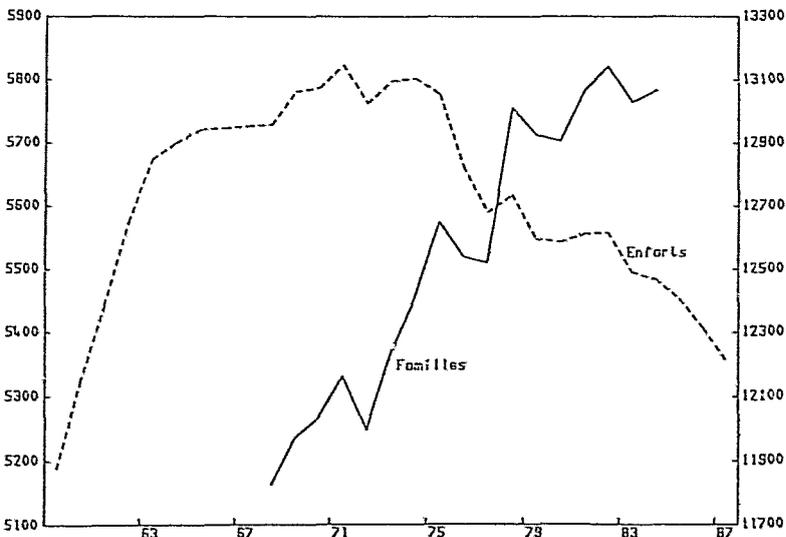
Trois facteurs expliquent l'évolution du montant des prestations familiales en francs constants : le nombre de bénéficiaires, la hausse du pouvoir d'achat de la base mensuelle d'allocation familiale et les revalorisations des "prestations par tête" indépendantes de la base mensuelle.

De 1968 à 1984, période durant laquelle on possède des séries homogènes fournies par la CNAF, le nombre d'enfants bénéficiaires des suppléments périodiques est passé de 13 à 12,4 millions. Le nombre des enfants bénéficiaires est assez bien corrélé avec la classe d'âge des moins de 16 ans ; ils en représentent en moyenne 97 à 98 %. Durant la même période, le nombre de familles bénéficiaires est passé de 5,2 à 5,8 millions (graphique B8) en raison de la diminution du nombre d'enfant par famille (2,15 en 1984 contre 2,5 en 1968).

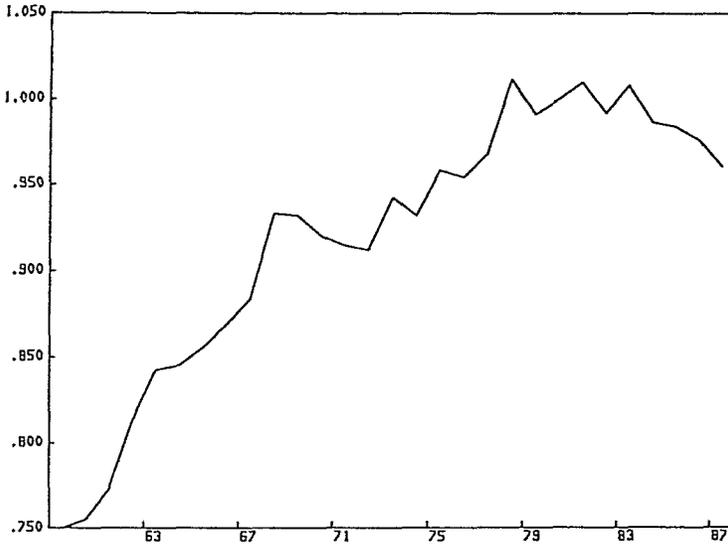
Le pouvoir d'achat de la base mensuelle d'allocation familiale (graphique B9) a cru à un rythme soutenu jusqu'en 1968 (+2,5 % par an en moyenne). A partir de 1969, les revalorisations ont eu lieu durant certaines années électorales (1973, 1977-78, 1981) mais, en moyenne la BMAF, a pratiquement stagné en termes réels (+0,3 % par an).

Les prestations par enfant bénéficiaire - hors base d'indexation - permettent d'appréhender l'impact des mesures discrétionnaires prises par les pouvoirs publics, en particulier la politique en faveur du troisième enfant mise en place dans la seconde moitié des années 1970 par le gouvernement Barre, les mesures de relance ponctuelles du gouvernement Chirac en 1975, la revalorisation des prestations pour les familles de deux enfants décidées par le gouvernement Mauroy en 1981-1982 (graphique B10).

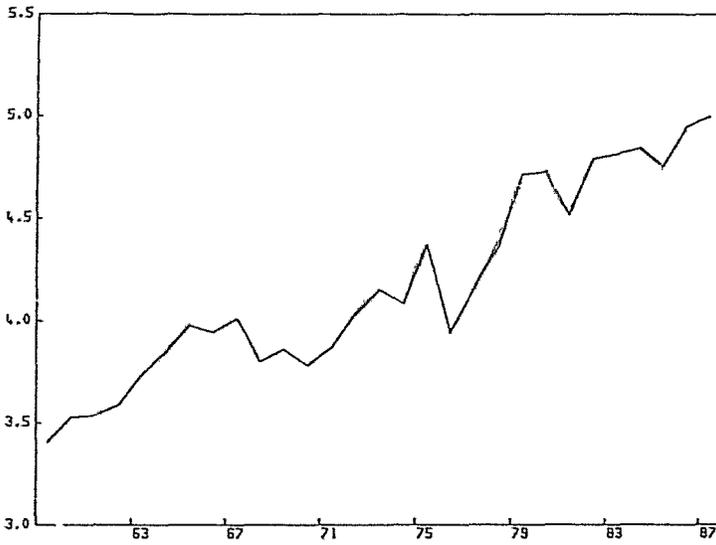
Graphique B8 : Nombre de famille et nombre d'enfants bénéficiaires des allocations familiales.



Graphique B9 : Pouvoir d'achat de la base mensuelle d'allocation familiale depuis 1960.



Graphique B10 : Revalorisation des prestations familiales par tête, en francs constants (hors base d'indexation).



Le tableau B32 retrace l'évolution du pouvoir d'achat des allocations familiales pour les familles de 2, 3 et 4 enfants de 1960 à 1985. Il montre l'amélioration de la situation des familles de 3 enfants entre 1975 et 1980 (+ 1,7 % par an en moyenne) alors que ce sont les familles de deux enfants qui bénéficient d'une amélioration substantielle au cours de la période 1980-85 (+ 5,8 % par an en moyenne).

B32 : Evolution du pouvoir d'achat des allocations familiales de 1960 à 1985 (*)

	Base 100 en 1980						Taux de croissance annuel moyen			
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1960-70	1970-75	1975-80	1980-85
2 enfants	86,5	93,6	96,5	97,3	100	132,5	1,1	0,2	0,5	5,8
3 enfants	76,8	82,9	91,1	92,1	100	105,3	1,7	0,2	1,7	1
4 enfants	77,9	84,2	93,9	94,9	100	104,3	1,9	0,2	1,1	0,8

Source : Journal Officiel

(*) Pour un salarié non bénéficiaire de l'allocation de salaire unique ou du complément familial.

Le tableau B33 indique les évolutions de l'assiette et des prestations par tête au cours des périodes 1960-68, 1969-74, 1975-80 et 1981-86. On observe une croissance sensible des prestations par tête (+ 3,8 %) au cours des années 1960-68 et 1975-80. En revanche, l'augmentation est beaucoup plus modérée entre 1969 et 1974 (+ 1,2 % par an) et entre 1980 et 1986 (+0,5 %).

Depuis 1975, la diminution du nombre de bénéficiaire a réduit le montant global des prestations réelles de 0,5 % par an alors que durant la période 1960-68, l'assiette contribuait à augmenter les prestations de 1 %.

B34 : Evolution du pouvoir d'achat des allocations familiales en trois composantes

	(Taux de croissance moyen en %)				
	1960-68	1969-74	1975-80	1981-86	1960-86
Assiette	1	0,2	-0,5	-0,45	0
Prestation par tête	3,8	1,2	3,9	0,5	2,4
dont :					
- base mensuelle d'allocation familiale	-2,5	0	1,2	-0,35	1
- "Revalorisation"	1,3	1,2	2,7	0,85	1,4
Total des allocations familiales	4,8	1,4	3,3	0	2,4

Sources : Calcul OFCE à partir des statistiques de la caisse d'allocation familiale et des comptes de la Protection Sociale.

b - Les prestations logement :

Les caisses d'Allocations Familiales versent trois types de prestations logement à différentes catégories d'allocataires.

- L'allocation de logement familiale (ALF), créée en 1948, est versée aux familles qui remplissent certaines conditions quant à leur logement et leurs revenus. Cette allocation a été réformée en 1972 et étendue aux ménages à un seul enfant ou aux jeunes ménages sans enfant.

- L'allocation de logement sociale (ALS), créée en juillet 1971, est versée aux personnes âgées, infirmes et jeunes travailleurs sous certaines conditions. Elle est financée sur le fonds national d'aide au logement dont les recettes sont constituées par une cotisation à la charge des employeurs et une contribution de l'Etat.

- L'aide personnalisée au logement (APL), créée en 1977, elle est payée sur le compte du fonds national de l'habitation. La création de cette aide a entraîné une réduction de l'allocation de logement familiale. Le montant de "l'allocation de logement virtuelle" qui aurait été versée au titre de l'ALF en l'absence d'APL est calculée chaque année par la CNAF. Depuis 1986, elle représente 46 % du total de l'APL. Nous l'avons regroupé avec l'ALF pour avoir une série homogène sur toute la période.

En francs constants de 1980, le montant total des allocations logement est passé de 1,9 milliards en 1960 à 22,4 milliards en 1986 ce qui représente un taux de croissance annuel moyen de 10 %.

Le tableau B34 donne la décomposition de cette croissance en deux composantes (assiette et prestations par tête) au cours des quatre périodes : 1960-68, 1969-74, 1975-80 et 1981-86.

Le nombre de bénéficiaires de l'ensemble des prestations logement est passé de 500.000 en 1960 à environ 3,8 millions en 1986 soit une hausse annuelle moyenne de 8,1 %. C'est au cours des années 1960 que la progression a été la plus forte (+ 11,4 %). La mise en place de l'APL à la fin des années 1970 a également contribué à accroître sensiblement le nombre de bénéficiaires au cours des années 1980 (+7,5 % par an de 1980 à 1986).

L'évolution des prestations par tête a été en moyenne modérée : + 1,9 % par an avec des différences notables selon les périodes. Au cours des années 1960, la hausse du prix relatif des loyers a accru le "pouvoir d'achat par tête"(1) mesuré par rapport au prix à la consommation de 6,4 % par an. Par contre, à partir de 1970, le prix des loyers croît en moyenne moins rapidement que les prix à la consommation ce qui contribue à ralentir les prestations par tête. Les revalorisations accordées par les pouvoirs publics à la fin des années 1970 et en 1981 ont néanmoins permis une légère progression des prestations par tête sur la période 1975-86.

(1) On explique la hausse des prestations par tête d'une part, par l'évolution du prix relatif des loyers (base d'indexation) et, d'autre part, par les hausses "discrétionnaires" accordées par les pouvoirs publics.

B34 : Evolution du pouvoir d'achat des prestations logement en trois composantes

(taux de croissance annuel moyen en %)

	1960-68	1969-74	1975-80	1981-86	1960-86
Assiette	11,4	8,3	5,5	7,5	8,1
Prestations par tête	4,6	-0,1	0,2	1,4	1,9
dont :					
Prix relatif des loyers	6,4	-0,4	-0,8	0,1	1,9
Revalorisation	-1,8	0,3	1	1,3	0
Total	16,1	8	5,7	8,8	10

Sources : calculs OFCE à partir des statistiques de bénéficiaires publiées par la CNAF et des comptes de la Protection sociale.

c - L'action sociale et divers :

Les prestations en nature classées en action sociale par les comptes de la protection sociale comprennent :

- la prestation spéciale assistance maternelle,
- les prestations d'action sanitaire et sociale,
- les prestations du compte 618 de la CNAF,
- les autres charges.

Le total de ces prestations s'élevaient à 17,4 milliards en 1985, a cela s'ajoutent les secours exceptionnels d'un montant de 1,9 milliards en 1985. Le pouvoir d'achat de ces deux types de prestations a cru de 6,5 % par an entre 1970 et 1980 et 2,1 % entre 1980 et 1986.

2- Les prestations maternité

On classe dans ce risque l'ensemble des prestations accordées à l'occasion de l'attente d'un enfant, de sa naissance ou de son adoption qu'elles soient accordées à l'enfant, à sa mère ou à sa famille. Trois catégories de prestations maternité existent :

- Les prestations de supplément occasionnelles : Elles étaient essentiellement constituées jusqu'en 1984 des allocation pré et post-natales. Depuis janvier 1985, ces deux prestations ont été remplacées par l'allocation au jeune enfant (voir encadré).

- Les prestations revenu de remplacement temporaire : elles sont destinées à compenser la perte de salaire des assurées pendant la période d'arrêt de travail pré et post-natales.

- Les prestations de soins de santé : elles couvrent à 100 % les dépenses occasionnées par les examens de surveillance médicale de la future mère, du nourrisson et de l'enfant, ainsi que les frais relatifs à l'accouchement. Les prestations couvrant les soins de santé apparus postérieurement à la première sortie de clinique de l'enfant sont classées dans le risque maladie.

Le total des trois prestations s'élevait, en 1985, à 21,2 milliards de francs courants. Les prestations occasionnelles représentent 28 %, les prestations de remplacement 33 % et les soins de santé 39 %.

Prestations affectées par les deux dernières lois famille

LA LOI FAMILLE DU 4 JANVIER 1985

Cette loi supprima les allocations pré et postnatales ainsi que le complément familial versé aux familles ayant un ou plusieurs enfants de moins de trois ans, en la remplaçant, tout en conservant les droits acquis, par une nouvelle prestation appelée allocation au jeune enfant. Elle créa également l'allocation parentale d'éducation. L'allocation au jeune enfant se substitue progressivement aux allocations pré et postnatales sans conditions de ressources et au complément familial avec conditions de ressources pour les familles ayant un ou plusieurs enfants de moins de trois ans. Le complément familial versé aux familles ayant au moins trois enfants tous âgés de plus de trois ans n'a pas été remis en cause par la loi.

LA LOI FAMILLE DU 26 DECEMBRE 1986

L'allocation pour jeune enfant a été modifiée : à partir du quatrième mois suivant la naissance, l'allocation ne peut plus être versée qu'une seule fois pour une famille, même si celle-ci comporte plusieurs enfants de moins de trois ans ; une seule exception subsiste dans le cas de naissances multiples, pour trois mois supplémentaires. D'autre part, une prestation est créée pour encourager l'embauche de gardes à domicile des enfants de moins de trois ans. L'allocation parentale d'éducation a également été améliorée et prolongée jusqu'au trois ans de l'enfant.

En francs constant de 1980, le montant total des prestations maternité est passé de 7,1 Milliards en 1960 à 13,4 Milliards en 1986, soit une hausse annuelle moyenne de 2,5 %.

Le tableau B35 donne la décomposition de cette croissance en deux composantes - l'assiette et les prestations par tête au cours des quatre périodes : 1960-1971, 1972-1978, 1979-1981 et 1982-1986. Les périodes ont été définies en fonction de l'évolution du nombre de naissances recensées par l'INSEE, qui est une bonne approximation de l'assiette.

Au cours de la période 1960-71, le nombre de naissance a cru en moyenne de 0,5 % par an ; puis on a observé une diminution de 2,4 % par an au cours des années 1972-78 suivi d'une remontée de 3 % en 1979-81 et d'une nouvelle baisse de 0,6 % en 1982-1986 (graphique B41).

B35 : Evolution du pouvoir d'achat des prestations maternité depuis 1960 en deux composantes

	1960-71	1972-78	1974-81	1982-86	1960-86
Assiette	0,5	-2,4	3	-0,6	-0,2
Prestations par tête	1,9	5,5	4,4	-0,9	2,7
Total	2,4	3,1	7,4	-1,5	2,5

Source : Calcul OFCE à partir des statistiques de l'INSEE et des comptes de la Protection sociale.

L'augmentation du pouvoir d'achat par tête de l'ensemble des prestations maternité a été importante au cours des années 1970 mais les causes de cette hausse ont

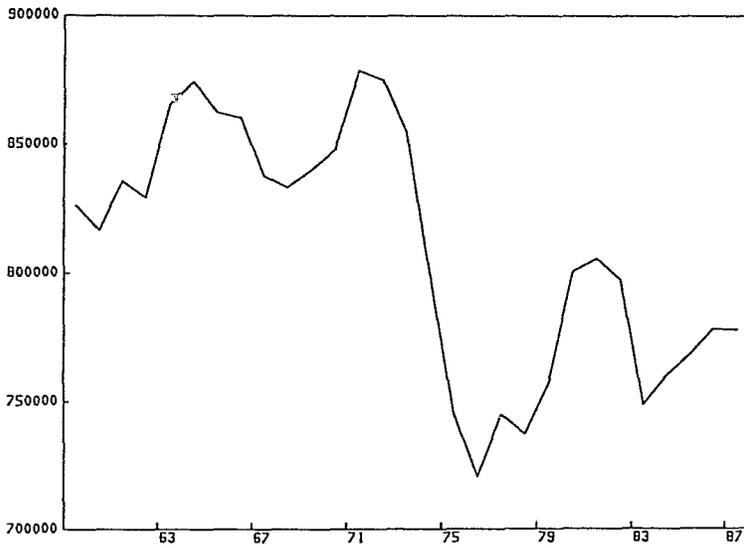
varié au cours du temps. En revanche, on a observé une diminution moyenne de 0,9 % par an entre 1981 et 1986 (tableau B35).

B36 : Evolution du pouvoir d'achat des différentes prestations maternité en deux composantes

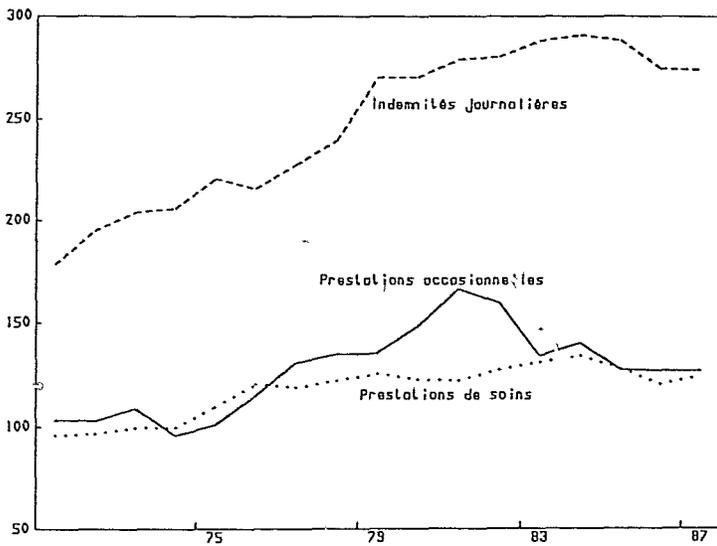
	(Taux de croissance annuel moyen en %)			Niveau en 1986 (en Mds de Francs)
	1970-81	1982-86	1970-86	
Prestations occasionnelles par tête	5,5	-6,1	1,9	6,1
dont :				
- BMAF	0,8	-0,8	0,4	
- Revalorisation	4,7	-5,3	1,5	
Prestations de remplacement par tête	13,6	1,5	9,6	7,1
dont :				
- Taux de salaire	3,8	1,5	3	
- Revalorisation	9,8	0	6,6	
Prestations de soin par tête	5,6	3,4	4,85	7,6
dont :				
-Taux de salaire	3,8	1,5	3	
- Revalorisation	1,8	1,9	1,85	

L'analyse des prestations globales par tête peut être affinée, d'une part, en regardant l'évolution des trois types de prestations et, d'autre part, en décomposant cette évolution en deux composantes : la base d'indexation et la revalorisation liée aux modifications de la législation (tableau B36).

Graphique B41 : Evolution du nombre de naissances annuelles depuis 1960



Graphique B12 : Revalorisation des prestations maternité par tête depuis 1970
(en francs constants)



Comme base d'indexation, nous avons retenu le pouvoir d'achat du salaire horaire pour les prestations de remplacement et les prestations de soins(1). Le pouvoir d'achat de celui-ci a cru en moyenne de 3,8 % sur la période 1970-81 et 1,5 % sur 1982-86. Pour les prestations occasionnelles, c'est le pouvoir d'achat de la base mensuelle d'allocation familiale qui a été choisi.

Le graphique B12 montre que les revalorisations par tête ont connu des évolutions différentes sur la période. Jusqu'en 1975, les prestations occasionnelles ont stagné ; entre 1976 et 1981, elles ont fortement augmenté à cause des mesures prises par le gouvernement Barre en faveur du 3ème enfant. L'abandon de cette politique en 82 a au contraire, entraîné une diminution de cette indicateur.

Les prestations de remplacement ont fortement augmenté en 1971. En effet, le montant de l'indemnité journalière de l'assurance maternité a été porté de 50 à 90 % du gain journalier, dans la limite du plafond fixé au 1er janvier de chaque année. En 1985, ce taux a été ramené à 84 %. L'augmentation des taux d'activité des femmes alliée à l'allongement de la durée du repos indemnisé à partir de 1978 (16 semaines au lieu 14) ont également contribué à accroître le montant des indemnités journalières. Les prestations de soins ont cru régulièrement à l'exception des années 1980-1981 et 1985 où l'on a enregistré une légère baisse.

(1) Il n'existe pas d'indice de prix des soins hospitaliers fiable. C'est pourquoi nous avons approximé le prix par l'évolution du coût salarial.

V- LES PRESTATIONS CHOMAGE

La définition du régime chômage retenue dans les comptes de la protection sociale établie en base de 1970 sur la période 1959-85 est la suivante :

"Le risque chômage regroupe toutes les prestations en espèces versées à des personnes privées d'emploi avant l'âge normal de la retraite, qu'elles cherchent un emploi ou qu'elles aient dû renoncer à en chercher un pour bénéficier d'une prestation (pré-retraite). On classe aussi dans ce risque les indemnités de licenciement et de préavis non effectués, ainsi que les indemnisations du chômage partiel".

Cette définition n'est pas retenue dans les nouveaux comptes de la protection sociale puisque désormais les pré-retraités sont comptabilisés avec le risque vieillesse. C'est pourquoi nous analyserons séparément les prestations de pré-retraite et les prestations chômage au sens strict.

Nous examinerons également l'évolution des prestations comptabilisées en inadaptation professionnelle qui sont également des dépenses liées à l'emploi. Le risque inadaptation professionnelle est défini ainsi :

"Il correspond à la perte des prestations de chômage pour les travailleurs privés d'emploi, ne se trouvant temporairement plus disponibles pour en rechercher ou en accepter un, en raison d'une action de formation professionnelle de réadaptation. Il

correspond aussi aux coûts qu'impliquent la recherche active et l'adaptation à un nouvel emploi".

Le montant des dépenses de protection sociale pour l'emploi a été multiplié par 9,2 en volume entre 1973 et 1986, soit un taux de croissance moyen de 20,3% par an.

B38 : Evolution des dépenses de protection sociale pour l'emploi de 1973 à 1985

	En francs 1980					Taux de croissance annuel moyen
	1973	1975	1980	1983	1985	1973-1985
(1) Chômage	4,9	14,1	33,9	39,1	43,1	19,9
(2) Retraits d'activité (a)	3,3	4,4	11,0	36,5	36,2	14,9
(3) Inadaptation professionnelle	1,0	1,5	1,9	2,8	5,3	16,0
Total = (1) + (2) + (3)	9,2	20,1	46,8	78,4	84,6	20,3

(a) Garantie de ressources, FNE, allocation conventionnelle de solidarité, préretraites de la sidérurgie.

Sources : Compte de la protection sociale jusqu'en 1985 pour ligne (1), (3) et (4) ; comptes de l'emploi pour la ligne (2).

1-Les prestations liées aux pré-retraites :

Le développement du chômage, les difficultés rencontrées par les chômeurs âgés, l'arrivée sur le marché du travail des jeunes nés après la guerre, les premières reconversions industrielles ont amené peu à peu les pouvoirs publics et les partenaires sociaux à développer des mesures prenant progressivement un caractère de mises en pré-retraites, c'est-à-dire d'indemnisation de personnes relativement âgées sans espoir de retour sur le marché de l'emploi et dans l'attente de la perception de l'assurance vieillesse.

La première mesure de ce type est intervenue en 1963 avec la mise en place des allocations spéciales du Fonds National de l'emploi qui concernaient les licenciés de plus de 60 ans issus de certaines zones d'emplois et de certains secteurs d'activité. Cependant,

cette mesure ne devait pas être considérée comme une pré-retraite, les bénéficiaires étant astreint à rechercher un emploi.

C'est la mise en place en 1972 des garanties de ressources licenciement qui inaugure la politique des pré-retraites. La GRL s'applique aux licenciés de plus de 60 ans ayant 15 ans d'affiliation au régime (ramené à 10 ans dès 1973). En 1977, la garantie de ressource est étendue aux démissionnaires âgés de 60 ans et plus.

En 1980, les allocations conventionnelles du FNE sont réactivées au bénéfice des licenciés "économiques" de plus de 56 ans dont l'entreprise a signé une convention avec l'Etat. Enfin, les contrats de solidarité lancés en 1982 ouvrent le droit à la pré-retraite-démission aux salariés de 55 à 59 ans.

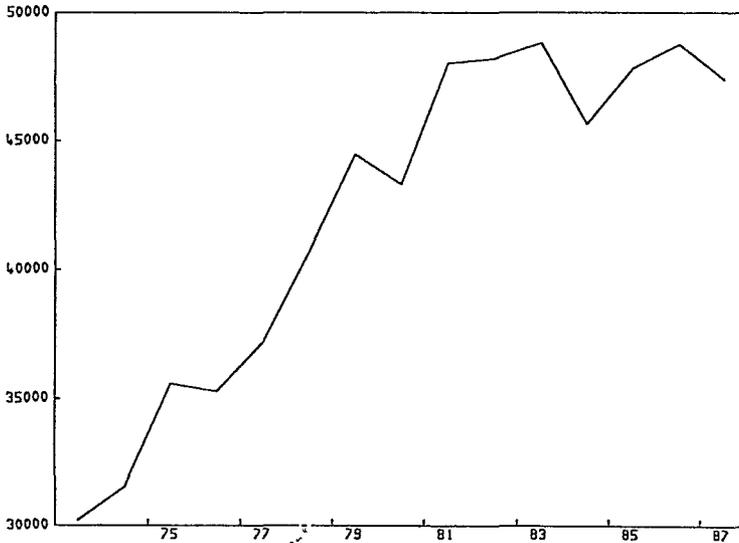
Aux préretraites énumérées ci-dessous, s'ajoutent les pré-retraites en faveur des travailleurs de la sidérurgie.

On peut scinder la période 1973-1986 en deux sous-périodes pour analyser l'évolution des dépenses liées aux pré-retraites :

- Entre 1973 et 1982, le stock de préretraités (hors sidérurgie) est pratiquement multiplié par 10 (418 000 en 1982 contre 44 000 en 1973 , soit une progression moyenne de 28 % par an). Simultanément, le montant moyen des prestations annuelles reçues par

les pré-retraités - en francs de 1980- passe de 30 200 F à 48 200 F soit une progression du pouvoir d'achat de 5,3 % par an (graphique B13).

Graphique B13 : Préretraités par tête (milliers de francs 1980)



- Depuis 1983, le coût élevé des pré-retraités et la crainte de voir perpétuer une exclusion systématique de la vie active à l'âge de 55 ans ont amené les pouvoirs publics et les partenaires sociaux à limiter l'indemnisation et à interrompre progressivement l'accès à certaines allocations :

- en novembre 1982, le salaire de remplacement est ramené de 70 % du dernier salaire à 65 % pour la partie du salaire en dessous du plafond de la sécurité sociale et 50 % pour la partie en dessus. En outre, le salaire de référence est désormais calculé sur les trois derniers mois, ce qui est nettement moins favorable dans la mesure où certaines entreprises avaient pris l'habitude d'augmenter le dernier salaire afin d'inciter les salariés à partir.

- en 1983, parallèlement à l'abaissement de l'âge de la retraite, la possibilité d'entrer directement en garantie de ressources est supprimée. En janvier 1984, ce sont les contrats de solidarité - pré-retraites qui sont également abandonnés.

A ce jour, seules subsistent la possibilité d'entrer en allocation conventionnelle du FNE pour les personnes âgées de 55 à moins de 60 ans et l'accès aux garanties de

ressources pour les pré-retraités atteignant l'âge de 60 ans à condition qu'ils soient entrés en pré-retraite avant le 1er juillet 1983.

Le tableau B38 montre que ces mesures ont entraîné à la fois une progression beaucoup plus lente du nombre de pré-retraités au cours de la période 1982-86 (+ 7,7 % par an) et une légère baisse du pouvoir d'achat par tête.

Par contre le coût des pré-retraites de la sidérurgie s'est sensiblement accru .

B38 : Evolution du pouvoir d'achar des pré-retraites

	Niveau en milliards de F 1980			Taux de croissance annuel moyen	
	1973	1982	1986	1973 -1982	1982 -1986
(1) Pré-retraites (hors sidérurgie) (a)	1,3	20,1	27,4	35,1	7,6
dont :					
- nombre de bénéficiaires	-	-	-	(28,3)	(7,7)
- Prestations par tête	-	-	-	(5,3)	(-0,1)
(2) Pré-retraites sidérurgie et divers (b)	2,04	2,55	5,8	2,9	22,6
dont :					
- sidérurgie (c)	-	1,2	3,1	-	-
Total (1) + (2)	33	22,7	33,1	23,9	9,9

(a) GRL, GRD, FNE, Contrats de solidarité.

(b) Le poste divers comprend les indemnités de licenciement versées par les employeurs et les indemnités viagères de départ aux agriculteurs.

(c) Les statistiques sur le nombre de bénéficiaires ne sont pas disponibles.

2 - Les prestations chômage (hors préretraites).

Au cours de la période 1973-86, quatre réformes des prestations chômage ont été mises en oeuvre : la première a eu lieu en 1979, la seconde en novembre 1982, la troisième en avril 1984 et la quatrième en Avril 1986. Nous distinguerons donc 4 périodes pour analyser l'évolution des prestations chômage.

Trois facteurs contribuent à leur croissance : le nombre total de chômeurs, le taux de couverture (rapport du nombre de chômeurs indemnisés au chômage total) et les prestations moyennes par chômeur indemnisé.

Le premier facteur résulte de l'évolution de l'emploi, des ressources en main-d'oeuvre potentielles et des mesures de la politique de l'emploi visant à réduire les entrées sur le marché du travail (stage, etc) ou à accélérer les départs (retraites à 60 ans, préretraites). Les deux autres facteurs dépendent directement de la politique d'indemnisation, en particulier des revalorisations accordées, de la période d'activité antérieure prise en compte, de la durée d'indemnisation ainsi que des prestations créées ou supprimées.

Le tableau B39 ci-dessous montre que les évolutions ont été très différentes au cours des quatre périodes . Au cours des années 1973-79, la forte progression du chômage (+ 22,9% par an) a été de pair avec une amélioration du taux de couverture (+3,5% par an) et des indemnités moyenne par tête (+7,1% par an). Durant cette période, la progression des prestations chômage contribue à soutenir le pouvoir d'achat des ménages, d'autant plus que le financement est assuré en majeure partie par les entreprises.

De 1979 à 1982, le taux de couverture et les prestations par tête sont à peu près stabilisés, c'est la progression du nombre de chômeurs inscrits à l'ANPE qui explique la forte hausse des prestations (+ 14,7% par an).

Entre 1982 et 1984, on assiste à une dégradation sensible de la situation des chômeurs à la suite du décret de novembre 1982, le taux de couverture et le niveau des prestations par tête chutent respectivement de 7,2% et 4,6% par an. En dépit d'une

nouvelle progression du nombre de chômeurs (+8,3%)), les prestations baissent de 4,2% par an en valeur réelle.

Entre 1984 et 1986, la couverture des chômeurs s'améliore (+3,8% par an) mais les prestations par tête continuent à régresser (-4,9% par an) à cause de l'accroissement important du nombre de chômeurs faiblement indemnisés (allocations de fin de droit, allocations d'insertion, allocations spécifiques). Globalement, les prestations croissent de 1,9% par an.

B39 : Décomposition de l'évolution du pouvoir d'achat des prestations chômage en trois composantes

	Variation annuelle en %			
	1973-1979	1979-1982	1982-1984	1984-1986
(1) Nombre de chômeurs inscrits à l'ANPE	22,9	14,1	8,3	3,3
(2) Taux de couverture (a)	3,5	0,9	- 7,2	3,8
(3) Prestation moyenne par chômeur indemnisé	7,1	- 0,4	- 4,6	- 4,9
Total des prestations chômage	36,4	14,7	- 4,2	1,9

(a) Egale au rapport (chômeurs indemnisés)/nombre total de chômeur.

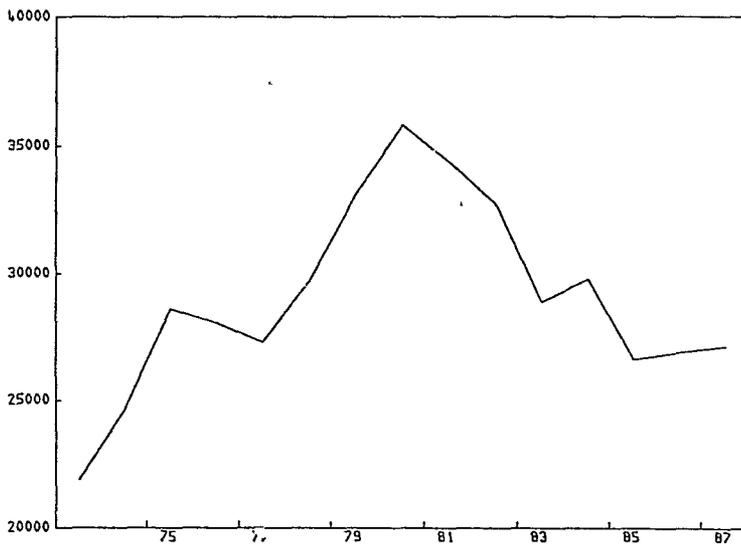
Sources : Calcul OFCE à partir des statistiques des comptes de la protection sociale, de l'UNEDIC et de l'ANPE.

3 - L'inadaptation professionnelle

Entre 1973 et 1984, les prestations destinées à la formation et à l'insertion professionnelle des demandeurs d'emplois de longue durée ou en difficultés ont été relativement faibles. Elles ont représenté l'équivalent, en termes de coût, de 75 000 chômeurs indemnisés, soit 2,2 milliards de francs 1980.

Par contre, les mesures prises par les pouvoirs publics depuis trois ans ont conduit à une forte augmentation de ce type de dépenses : entre 1984 et 1987 + 45 % par an .

Graphique B15 : prestations chômage par chômeurs indemnisés (en milliers de francs 1980)



VI- UNE TENTATIVE DE SYNTHÈSE SUR L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES

Le tableau B40 fournit une synthèse des facteurs explicatifs de l'évolution des dépenses de protection sociale en 3 sous-périodes : 1968-1973 ; 1973-1982 ; 1982-1986.

La croissance des prestations sociales s'est ralentie passant de 6,7 % ; à 6,4 % puis 2,6 %. On peut décomposer la responsabilité de cette évolution pour chacun des quatre risques. A l'intérieur de chacun des risques, on décompose l'évolution en plusieurs facteurs.

- pour la Santé, la croissance de la population, la croissance de la consommation santé par tête (pour les prestations santé) ou l'effet d'indexation automatique sur les salaires (pour l'invalidité) et l'effet du taux de remboursement.

- pour la vieillesse ; l'évolution démographique, l'effet des taux d'activité, l'indexation sur les salaires, les politiques de revalorisation des pensions par rapport aux salariés.

- pour la famille, le nombre d'enfants et la revalorisation du pouvoir d'achat des prestations par tête.

- pour le chômage, le nombre de chômeurs (ou des pré-retraites), l'indexation automatique sur les salaires, les politiques de revalorisation des prestations chômage par rapport aux salaires.

De 1968 à 1973, la forte croissance des prestations (6,7 %) s'explique par un effet d'indexation sur les salaires (2,6 %), par un effet de champ (3,35 %) qui comprend l'extension de la Sécurité Sociale aux non-salariés ; l'effet revalorisation est faible (0,75 %) et concerne surtout les familles.

De 1982 à 1973, les prestations croissant légèrement moins vite (6,4 %). Ce ralentissement est permis par le moindre jeu des effets d'indexations (1,4 % contre 2,6 %). La forte croissance du chômage est responsable d'une croissance de 1,1 % des prestations, mais cela est partiellement compensé par un très faible effet démographique.

Cette période est marquée par les politiques de revalorisation des pensions de retraites (effet : 1,2 %).

De 1982 à 1986, la croissance des prestations diminue à 2,6 %. L'effet "champ" à la même croissance qu'à la période précédente (les chômeurs croissent moins vite mais les retraites croissent plus vite) ; une partie du ralentissement est automatiquement permis par l'indexation sur les salaires. Mais, pour 3 points sur 4, le ralentissement est provoqué par une politique de dévalorisation des pensions, qui touche principalement les retraites et les chômeurs ; en même temps, les prestations familiales stagnent et les dépenses de santé sont moins remboursées.

L'année 1983 marque bien le coup d'arrêt donné à la politique d'extension de la protection sociale, et même le début de la régression.

B40: Les causes de la croissance des prestations

Variations annuelles moyennes en %

	1968 -1973		1973 - 1982		1982-1986	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Prestations Santé	8,3	2,8	5,2	1,9	2,8	1,2
Population	0,9	0,3	0,5	0,4	0,4	0,2
Indexation ou Consommation de santé par tête	4,4	0,6	2,4	0,3	1,1	0,1
Remboursement	0,7	0,2	0,8	0,3	-0,4	-0,2
Prestations vieillesse	6,8	3,0	6,2	2,6	3,0	0,95
Effet démographique	1,4	0,6	0,2	0,1	1,4	0,5
Effet activité	0,8	0,4	0,7	0,3	1,0	0,3
Indexation	4,4	2,0	2,4	1,0	1,1	0,35
Revalorisation	0,1	-	2,8	1,2	-0,5	-0,2
Prestations Famille et Maternité	3,7	0,7	3,7	0,6	0,3	0,05
Champ	0,3	0,05	-0,6	-0,1	-0,3	-0,05
Revalorisation	3,4	0,65	4,3	0,7	0,6	0,1
Prestations Chômage (et pré-retraite)	8,0	0,2	25,9	1,3	3,9	0,4
Champ	10,6	0,3	21,0	1,1	6,1	0,6
Indexation	4,4	-	2,4	0,1	1,1	0,1
Revalorisation	-6,3	-0,1	1,6	0,1	-3,2	-0,3
Prestations Totales		6,7		6,4		2,6
Champ		3,35		2,7		2,65
Indexation		2,6		1,4		0,55
Revalorisation		0,75		2,3		-0,6

(1) taux de croissance annuel moyen (2) responsabilité dans la croissance prestations totales

C - UNE PROJECTION DES COMPTES DE 1987 à 1992

Le déséquilibre des finances sociales apparaît comme une incertitude qui pèse sur l'évolution économique en 1988. La croissance des prestations à un rythme supérieur à celui du PIB ne semble pas enrayée ; de plus, de 1986 à mi - 1988 un fort déficit se creuse de sorte que des mesures brutales de redressement sont à craindre durant l'année 1988.

Le tableau C.1 retrace les comptes de la protection sociale de 1981 à 1986. Sur cette période, les prestations sociales en volume ont cru au rythme de 3,5 % l'an en moyenne , passant de 24,8 % à 26,6 % du PIB. Certes, en 1985 - 1986, leur croissance par rapport au PIB semble stoppée, mais cela est dû à un "miracle" qui ne se reproduira pas .En 1986, du fait du contre- choc pétrolier, la croissance du PIB en pouvoir d'achat a été de 4,1 %.

Du côté des recettes, la part des employeurs est passée de 57,1 % à 54,6 % , celle des ménages de 24,5 % à 27,2 % , celle des administrations de 14,6 % à 15,2 % . Il y a eu une rupture avec la situation enregistrée avant 1981 , les hausses de cotisations ont plus pesé sur les ménages et moins sur les entreprises.

En 1986, le solde de la protection sociale est déficitaire de 2 milliards. En fait, le régime général est déficitaire de 19 milliards , les régimes particuliers de salariés de 5 milliards tandis que les régimes complémentaires sont excédentaires de 8 milliards, l'indemnisation du chômage de 7 milliards et les régimes de non salariés de 7 milliards.

Nous allons proposer trois projections des finances sociales de 1987 à 1992.La première, dite spontanée, est basée sur les mesures déjà prises au 1er octobre 1987, sur le cadrage macroéconomique de notre compte de moyen-terme et sur des hypothèses de recettes et de dépenses que nous allons expliciter, mais qui ne comportent pas de mesures nouvelles. La deuxième est basée sur un compte macroéconomique plus optimiste : elle permet d'évaluer les conséquences de l'évolution économique sur la

CI. Les comptes de la protection sociale de 1981 à 1986

	en milliards de F. 86										
	1981	1982	*	1983	*	1984	*	1985	*	1986	*
DEPENSES											
Maladie - Invalidité											
Accident du travail	271,5	319,9	5,6	356	1,5	393,7	2,8	422,4	1,3	455,2	4,9
Famille - Maternité	112	135,9	8,7	148	-0,7	159,4	0,1	167,4	-0,8	176,3	2,5
Chômage	67,5	89,3	18,5	103,9	6,2	118,2	5,7	131,3	4,9	136,6	1,3
Vieillesse	330,6	387,8	5,1	435,1	2,4	484,9	3,6	526,9	2,6	564,4	4,3
Total des dépenses	827,7	988,7		1108,4		1226,4		1325,2		1411,8	
Pouvoir d'achat des prestations Part des prestations dans le PIB (en %)	24,8	25,8	6,9	26,1	2	26,6	3	26,7	1,9	26,6	4
RECETTES											
Cotisations sociales											
- employeurs	448,9	521,7		587,2		638		692,5		729,9	
- salariés	155,5	188,5		216,7		251,4		265,5		284,9	
- non salariés	40,6	50,3		58,8		64,7		70,5		72,5	
- retraités - chômeurs	2,1	3,1		3,7		5,9		6,7		6,9	
Cotisations fictives	22,2	25,5		28		30		32,3		33,8	
Impôts et taxes	17,8	24,6		38,9		50		40,7		43,3	
Contributions publiques	112	149,1		165,2		175,4		200,8		194,8	
Total des recettes	829,8	992,8		1139,7		1254,2		1353,8		1409,7	
SOLDE	4,1	4,1		31,3		27,8		28,6		-2,1	

* Evolution en pouvoir d'achat

Source : comptes de la protection sociale

Notre tableau reprend les comptes de la protection sociale, (hors "prestations fiscales" et "prestation de services sociaux"). Les hopitaux sont inclus dans les prestations maladie ; les pré-retraités dans les prestations chômage.

Sécurité Sociale (1). La troisième, basée sur les mêmes hypothèses macroéconomiques que la première comporte des mesures correctrices qui permettent d'aboutir à un compte équilibré. C'est ce compte qui a été utilisé dans la projection macro-économique présentée en annexe.

I- L'EVOLUTION SPONTANEE DES DEPENSES ET DES RECETTES

1- Les dépenses de santé

Avant de présenter l'évolution spontanée des dépenses de santé, rappelons le contexte actuel.

Le pouvoir d'achat des prestations de santé s'est sensiblement accru en 1986 du fait de la forte baisse de l'indice des prix à la consommation (tableau C1). Corrigé de cet effet, il est encore d'environ 3 %. La progression des dépenses en nature hors hospitalisation a été particulièrement forte (+ 7,9 % en pouvoir d'achat) alors que celle des prestations en espèces est à nouveau réduite (+ 0,2 %). La mise en place du plan de rationalisation de l'assurance-maladie devrait sensiblement affecter les évolutions de 1987 et de 1988. Les principales mesures sont la suppression de la 26^e maladie, la fin de l'exonération du ticket modérateur pour les remboursements en dehors de la maladie longue et coûteuse, et de nouveaux déclassements de médicaments. A la fin août 1987, l'efficacité financière de ces mesures a été importante puisque le rythme annuel des dépenses d'assurance-maladie était de 5,7 % en francs courants soit 2,5 % en francs constants. Les effets sont

(1) Notre compte de moyen-terme, ainsi que sa variante plus optimiste sont décrits en annexe.

particulièrement sensibles sur la pharmacie et les honoraires du secteur privé. De plus les prestations de maladie en espèces continuent à régresser fortement.

Pour la projection spontanée, l'évolution des dépenses de santé est calculée en distinguant les deux types de prestations, soins de santé pour les prestations en nature et prestations en espèces.

La projection des dépenses de santé est effectuée en deux temps :

-On calcule d'abord une évolution spontanée de la consommation médicale en soins et biens médicaux à un niveau désagrégé. On retient ici le maintien de la tendance des dernières années, évaluée entre 1980 et 1985 et corrigée le cas échéant par les évolutions récentes. En pratique tous les postes évoluent chaque année selon un rythme identique à l'exception des soins médicaux dont le rythme de croissance passe de 5,5% à 4%. On a en effet pris en compte une décélération à rapprocher de celle prévue pour les effectifs (4,4% en 1986, 4 % en 1987 à 2,5 % en 1992 (*)). Les rythmes de progression des autres postes en francs 1986 sont les suivants : 3 % pour les hôpitaux; , 4% pour les dentistes, 8,4% pour les auxiliaires médicaux, 10% pour les analyses , 6% pour la pharmacie .

-On applique ensuite les taux moyens de remboursement des années 1985/1986 fournis par les comptes de la santé aux postes retenus (soins ambulatoires en distinguant soins médicaux, dentistes, auxiliaires médicaux, analyses, pharmacie; soins hospitaliers). Ce maintien des taux moyen, à législation inchangée, signifie ainsi que la part des dépenses non présentables au remboursement (dépassements d'honoraires, auto médication, effet de structure intérieur à chacun des postes) est inchangée.

Ces rythmes moyens évalués en francs constants cumulent les effets de volume et ceux des prix relatifs. La structure des prestations se déforme très légèrement (0,1 % par an) au profit des soins remboursés aux taux les plus élevés. Après le calcul de cette évolution, on retire 4,5 milliards en 1987, 8 milliards en 1988 et 9 les années suivantes pour prendre en compte les effets du plan de rationalisation des dépenses de santé de décembre 1986. Les taux de croissance des prestations de santé en francs 1986

sont alors de 3,2 % en 1987 ; 3,5 % en 1988 ; 4,3 % en 1989 et 4,6 % les années suivantes.

Les prestations en espèces atténuent ces évolutions compte tenu de la décélération des indemnités journalières d'assurance maladie et d'accidents du travail - celles-ci sont supposées décroître au rythme de 1 % par an. Les prestations d'invalidité progressent de 2,5 % par an.

Au total, la progression du pouvoir d'achat de l'ensemble des prestations de santé est de 2,5 % en 1987, 2,7 % en 1988, 3,3 % en 1989 et reprend par la suite à un rythme de 3,6 % l'an. Ceci reflète le fait que les taux de croissance de 1987 à 1989 ne sont pas extrapolables puisqu'ils incorporent les effets de la réforme.

Les prestations d'assurance-maladie stricto-sensu augmentent en 1987 de 2,8 % à comparer aux 2,5 % observés par la CNAM en août.

2- Les retraites

La projection des prestations retraites repose sur celles de population active effectuée par l'INSEE (voir "Projection de Population active disponible 1985-2010", collections de l'INSEE, D 118), calées sur l'enquête emploi de 1987. En raison de la diminution des facilités d'accès à la pré-retraite les taux d'activité des 55-60 ans croissent légèrement, ceux des 24-55 ans augmentent du fait de la hausse des taux d'activité féminin. Par contre, les jeunes entrent plus tardivement dans la vie active. Au total, le nombre de retraités passe de 9,27 millions en 1986 à 10,60 millions en 1992, soit une croissance de 2,3 % l'an.

Le ratio entre le nombre de retraités et la population active occupée passe de 43,1 % à 49,8 %. Les 6,7 points de hausse s'expliquent pour 2,1 points par un effet démographique (le nombre de personnes âgées croît plus vite que le nombre de personnes

de 25-55 ans) , pour 2,9 points par un effet "taux d'activité" , pour 1,7 point par la croissance du taux de chômage.

C2. Evolution de la Population active et des retraités entre 1986 et 1992(en milliers).

	15 - 24 ans		24 - 55 ans		55 - 60 ans		60 - 65 ans		+ de 65 ans		Nombre de retraités	Nombre de pré-retraités	Population active	PDRE
	Nombre	Taux d'activité												
1986	8234	40,7	21703	83,1	3045	55,9	2855	22,6	7329	3,2	9269	561	23980	2448
1992	7773	33,8	22919	85,6	2920	58,4	2896	14,1	8131	2,5	10604	250	24653	3343

En ce qui concerne les prestations par tête, on a supposé un quasi maintien du pouvoir d'achat du minimum vieillesse et des pensions de la Sécurité Sociale, avec toutefois une légère revalorisation en 1988-89 (pour compenser la perte de pouvoir d'achat de 1987) et une légère perte de pouvoir d'achat de 1990 à 1992, quand l'inflation repart. Pour les nouveaux retraités du régime général, la politique de sous revalorisation des salaires antérieurs est supposée prendre fin de sorte que ceux-ci bénéficient d'un mouvement de retour à la normale. Les points des régimes complémentaires suivent l'évolution des salaires pour l'AGIRC et l'ARRCO. De ce fait, comme les retraites moyennes augmente par effet de structure, les nouveaux retraités ayant cotisé plus longtemps que les anciens et les femmes acquis des droits propres, le pouvoir d'achat des prestations moyennes par tête augmente de 0,9 % en rythme annuel (alors que celui du salaire n'augmente que de 0,35 %). Le ratio moyen retraite/salaire passe de 57,6 % en 1986 à 59,4 % en 1992. Il est donc fait l'hypothèse que les politiques de sous indexation des avantages de retraite ne peuvent être poursuivies en période d'inflation stable et

relativement faible. De ce fait, on retrouve la tendance d'une légère croissance de la retraite moyenne par rapport au salaire moyen.

3- Les prestations famille-maternité

Elles peuvent être décomposées en quatre composantes : les allocations familiales (y compris l'allocation aux jeunes enfants), les allocations logement, les prestations maternité de remplacement et de soins, et l'action sanitaire et sociale.

D'après les prévisions de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale publiées en juillet 1987, les allocations familiales connaîtraient une baisse de 1,5 %, en pouvoir d'achat, au cours de l'année 1987, du fait de la sous-indexation de la base mensuelle par rapport à l'inflation.

Pour la période 1988-1992, nous avons supposé que le pouvoir d'achat par tête serait maintenu. D'après les projections de l'INSEE, la population des moins de 16 ans diminuerait de 0,7 % par an et le nombre de naissance resterait pratiquement stable (avec un taux de fécondité de 1,8). Sous ces hypothèses, le montant des allocations familiales, en francs constants, baisserait de 0,5 % par an en moyenne au cours des années 1988-1992.

L'ensemble des allocations logement (allocation logement familiale, aide personnalisée au logement, allocation logement social) progresserait de 3,7 % en volume

au cours des années 1987-1988 et 3,1 % durant la période 1989-92 en raison de la forte progression du nombre de bénéficiaire de l'APL (+ 100.000 par an).

Les indemnités journalières de l'assurance maternité augmenteraient au même rythme que le salaire moyen (+ 0,4 % par an en terme réel). Les soins de maternité par tête croitraient de 1,7 % en volume par an contre 3,4 % sur la période 1982-1986.

Les dépenses liées à l'action sanitaire et sociale (y compris les crèches) progresserait de 1,5 % en volume contre 2,1 % entre 1980 et 1986.

Au total, l'ensemble des prestations famille-maternité connaîtrait une légère croissance (+ 0,7 % par an) au cours de la période (tableau C3).

C3. Projection des prestations famille-maternité

	en milliards de francs 1986							Taux de croissance annuel moyen 1986 - 1992
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	
- Allocations familiales (y compris prestations maternité occasionnelles).....	100,4	98,9	98,6	97,6	96,8	96,5	96,5	-0,7
- Allocation logement.....	37,3	38,9	40,1	41,4	42,7	44	45,4	3,3
- Prestations maternité de remplacement et de soins.....	14,6	14,9	14,9	15,0	15,2	15,3	15,6	1,1
- Action sanitaire et sociale.....	20,9	21,1	21,3	21,6	22	22,4	22,9	1,5
TOTAL.....	173,2	173,8	174,9	175,6	176,7	178,2	180,4	0,7

4- Les dépenses de protection sociale pour l'emploi.

Elles concernent les pré-retraites, les prestations chômage et l'inadaptation professionnelle.

- Les pré-retraites: d'après les projections de l'UNEDIC, dans l'état actuel de la réglementation, le nombre de pré-retraités passerait de 561 000 en 1986 à 250 000 en 1992. Le stocks des allocations conventionnelles de solidarité deviendrait nul en 1989 et celui des garanties de ressources en 1993. Le nombre de pré-retraités du FNE passerait de 164 000 en 1986 à 210 000 en 1992 en faisant l'hypothèse d'un flux moyen d'entrées de 45 000 personnes par an. Pour projeter les prestations par tête, nous avons utilisé les hypothèses de l'UNEDIC pour les trois années 1987-1989 ; ensuite, nous les avons indexées sur le salaire moyen par tête. Le coût des pré-retraités de la sidérurgie pour l'Etat a été estimé à partir des documents budgétaires en 1987-1988 et supposé constant, en valeur réelle, de 1989 à 1992.

Au total, les prestations liées aux retraits précoces d'activité passerait de 50,5 milliards en 1986 à 27,1 milliards en 1992 (tableau C4) soit une baisse en francs constants de 9,9 % par an en moyenne.

- Les prestations chômage : nous avons vu précédemment qu'elles dépendaient de trois facteurs : nombre de chômeurs, taux de couverture et évolution de l'indemnisation moyenne par tête. Les prestations moyennes par tête croitraient au même rythme que les prix. Cette dernière hypothèse romprait avec l'évolution constatée de 1982 à 1986, période au cours de laquelle le pouvoir d'achat des prestations par tête a diminué de 4,5 %. Elle suppose une indexation de l'allocation de base sur le salaire moyen et un accroissement modéré de la part des chômeurs faiblement indemnisés (allocation de fin de droit, allocation d'insertion, etc...). Au total, les prestations chômage passeraient de 71,1 milliards en 1986 à 91 milliards en 1992 (tableau C4) soit une progression, en francs constants, de 4,1 % par an en moyenne.

- L'inadaptation professionnelle : les prestations destinées à la formation et à l'insertion professionnelle des demandeurs d'emplois de longue durée ou en difficultés sont financées par l'Etat. Nous avons donc utilisé les documents budgétaires pour projeter ce poste en 1987-1988. Pour les années suivantes, nous avons considéré que les pouvoirs publics continuerait à accroître ce type de dépenses de façon à éviter 50 000 chômeurs par

an . Nous avons supposé que le coût du chômeur évité par ce dispositif serait égal au coût moyen du chômeur indemnisé, soit 44 000 francs de 1986. Le montant des dépenses liées à l'inadaptation professionnelle passerait de 15 milliards en 1986 à 28 milliards en 1992.

Au total, les prestations liées à l'emploi croîtraient de 1,1 % par an en moyenne , en francs constants, au cours de la période 1986-1992. Les dépenses liées aux retraits d'activité diminueraient de 9,9 % par an alors que les prestations chômage au sens strict et les prestations classées en inadaptation professionnelle croîtraient respectivement de 4,1 % et 11,2 %.

C4 : Projection des dépenses de protection sociale pour l'emploi de 1986 à 1992

	En francs 1986					Variation
	1986	1987	1988	1989	1992	annuelle en % 1992/1986
Chômage	71,1	76,0	79,3	85,0	90,6	4,1
Retrait d'activité	50,5	43,1	38,2	36,2	27,1	- 9,9
Inadaptation professionnelle	15,0	17,4	21,5	22,5	28,3	11,2
Total	136,6	136,5	139	143,7	146	1,1

Au total, les prestations sociales augmentent en moyenne au rythme de 2,7 % l'an, ce qui est 0,7 point en dessous de la moyenne 1986/1981. Mais, comme la croissance moyenne du PIB en pouvoir d'achat n'est que de 1,8 %, la part des prestations

- dans le PIB continue de progresser passant de 26,6 % en 1986 à 28,2 % en 1992 (tableau C5).

5- Les recettes

En ce qui concerne l'évolution des recettes spontanées, on fait les hypothèses suivantes :

- Les **taux de cotisations sociales** employeurs sont fixes .La masse salariale brute versée par les employeurs progressant faiblement dans la projection , le montant des cotisations employeurs est quasiment stable.

- Pour les **salariés, les pensionnés et les chômeurs**, on prend en compte les hausses de cotisations survenues en 1986 et en 1987, que l'on suppose maintenues par la suite.

- Pour les **impôts et taxes affectés**, on admet que le prélèvement de 0,4 % sur le revenu imposable est maintenu.

- Pour les **contributions publiques**, on suppose que l'Etat continue à prendre en charge les allocations du FNS, de l'AAH, de la sectorisation psychiatrique, d'inadaptation professionnelle, etc... On maintient fixe sa part dans les autres prestations.

Au total, les recettes spontanées ne progressent que de 0,8 % essentiellement à cause de la faible croissance de la masse salariale.

6-Le bilan

Le déficit se creuse fortement en 1988 (-29 milliards) puis , chaque année, il augmente en moyenne de 32 milliards. Il atteint 156 milliards de F 1986, en 1992. Comptablement, ce déficit s'explique pour 90 milliards par l'excès de la croissance des

C 5 L'évolution spontanée du compte de la protection sociale 1987-1992.

	Compte spontané 1987 - 1992												en milliards de F. 86	
	1987	*	1988	*	1989	*	1990	*	1991	*	1992	*	Evolution annuelle moyenne en %	
													86 / 81	92 / 87
DEPENSES														
Maladie - Invalidité														
Accident du travail	466,6	2,4	479,2	2,7	495,0	3,3	512,8	3,6	531,3	3,6	550,4	3,6	3,2	3,4
Famille - Maternité	176,9	0,3	178,0	0,6	178,7	0,4	180,0	6,6	181,4	0,8	183,6	1,2	1,9	0,7
Chômage	136,5	-0,2	139,0	1,8	143,7	3,4	144,0	0,2	144,3	0,2	146,0	1,2	7,2	1,4
Vieillesse	584,2	3	606,9	3,9	627,9	3,4	646,7	3,0	664,8	2,8	679,4	2,2	3,6	3,1
Total des dépenses	1445,4	2,1	1486,6	2,9	1531,3	3,0	1571,8	2,6	1612,4	2,6	1652,2	2,5	3,5	2,7
Part des prestations dans le PIB (en %)	26,9		27,3		27,7		27,9		28,0		28,2			
RECETTES														
Cotisations sociales														
- employeurs	730,6		731,3		732,1		734,3		739,4		743,1		2,6	0,3
- salariés	297,6		303,1		303,4		304,3		306,4		307,3		5	0,6
- non salariés	76,0		79,9		81,2		82,3		83,2		83,8		4,1	2,0
- retraités - chômeurs	7,5		8,4		8,7		9,0		9,3		9,5			4,8
Cotisations fictives	33,7		33,7		33,7		33,7		33,8		33,9			-
Impôts et taxes	50,2		50,6		51,5		52,5		53,6		54,6		11,1	1,7
Contributions publiques	200,2		205,7		209,3		211,5		214,2		217,6		4	1,7
Total des recettes	1440,3		1457,6		1465,2		1473,2		1486,3		1496,1		3,5	0,8
SOLDE	-5,1		-29,0		-66,1		-98,6		-126,1		-156,1			

* Taux de croissance en pouvoir d'achat

prestations à celle du PIB et pour 76 milliards par l'insuffisance de la croissance de la masse salariale par rapport au PIB (tableau C5).

Par rapport à la masse salariale, le déficit est de 0,3 % en 1987 ; 1,5 % en 1988 ; 3,4 % en 1989 ; 5,1 % en 1990 ; 6,5 % en 1991 et 8,0 % en 1992. Grosso-modo, il faudrait augmenter chaque année de 1 point les taux salariés et de 0,8 point les taux employeurs pour conserver, par ce seul moyen, l'équilibre.

II- UNE CROISSANCE PLUS SOUTENUE RESOUD UNE PARTIE DES PROBLEMES

A titre illustratif, nous présentons un compte similaire dans son esprit, mais correspondant à une croissance plus forte. On suppose (voir annexe) que l'environnement extérieur est plus porteur ce qui permet de desserrer la contrainte extérieure. Le degré de liberté supplémentaire ainsi dégagé est utilisé à augmenter les salaires de sorte que le rythme de croissance de ceux-ci est accru de 2 % l'an entre 1989 et 1992 par rapport à la tendance spontanée. Le tableau C6 illustre les conséquences de cette situation sur les comptes de la protection sociale. Automatiquement, étant essentiellement assises sur la masse salariales, les recettes progressent plus fortement (1,9 % l'an au lieu de 0,8 %). Du côté des dépenses, on a pris en compte les indexations automatiques sur les salaires. Les dépenses progressent également plus vite (3,4 % au lieu de 2,7 %) mais leur part dans le PIB décroît légèrement. Au total, le déficit à combler en 1992 est de 119 milliards au lieu

C6 L'évolution spontanée du compte de la protection sociale 1987-1992 à conjoncture favorable.

	Compte spontané 1987 - 1992												en milliards de F. 86	
	1987	*	1988	*	1989	*	1990	*	1991	*	1992	*	Evolution annuelle moyenne en %	
													86 / 81	92 / 87
DEPENSES														
Maladie - Invalidité														
Accident du travail	466,6	2,4	479,2	2,7	498,8	4,1	524,2	5,1	551,0	5,1	578,5	5,1	3,2	4,4
Famille - Maternité	176,9	0,3	178,0	0,6	178,8	0,4	180,2	0,8	181,8	0,9	184,1	1,3	1,9	0,8
Chômage	136,5	-0,2	139,0	1,8	144,0	3,6	144,4	0,3	144,7	0,2	145,6	0,8	7,2	1,3
Veillesse	584,2	3	606,9	3,9	631,7	4,1	657,0	4,0	680,8	3,6	701,1	3,0	3,6	3,7
Total des dépenses	1445,4	2,1	1486,6	2,9	1539,8	3,6	1595,4	3,6	1651,0	3,5	1705,1	3,3	3,5	3,4
Part des prestations dans le PIB (en %)	26,9		27,3		27,6		27,8		28,0		28,1			
RECETTES														
Cotisations sociales														
- employeurs	730,6		731,3		741,6		758,8		777,8		795,1		2,6	1,7
- salariés	297,6		303,1		307,4		314,5		322,3		329,1		5	2,0
- non salariés	76,0		79,9		82,3		83,4		83,9		85		4,1	2,3
- retraités - chômeurs	7,5		8,4		8,7		9,1		9,5		9,7			5,2
Cotisations fictives	33,7		33,7		34,1		34,8		35,5		36,3			-
Impôts et taxes	50,2		50,6		51,8		53,4		55,1		56,7		11,1	2,5
Contributions publiques	200,2		205,7		210,5		214,7		219,3		224,6		4	2,3
Total des recettes	1440,3		1457,6		1482,3		1515,6		1551,4		1586,3		3,5	1,9
SOLDE	-5,1		-29,0		-57,5		-79,8		-99,6		-118,7			

* Taux de croissance en pouvoir d'achat

de 156 milliards, soit 5,7 % de la masse salariale au lieu de 8 % (tableau C6). Une croissance plus importante des salaires ne résoud donc qu'une partie des problèmes.

III : UN COMPTE EQUILIBRE DANS UN CONTEXTE DE CROISSANCE LENTE

Dans la mesure où le déficit qui est décrit dans le tableau C5 apparaît inacceptable, il faut envisager des mesures correctrices portant sur les dépenses et sur les recettes.

En ce qui concerne les **dépenses**, cela est particulièrement difficile car les prestations par tête n'augmentent déjà pas en pouvoir d'achat dans le compte spontané. Nous avons supposé que le pouvoir d'achat des retraités et des chômeurs sera néanmoins réduit de la même façon que celui des salariés, quand augmenteront les cotisations salariés, ce qui revient à supposer que leurs pensions seront indexées sur le salaire net et non sur le salaire brut. A horizon 1992, cela fait économiser 25 milliards de F 86. En ce qui concerne la maladie, nous avons supposé qu'en 1989 le taux de remboursement des dépenses maladie (hors hopitaux et remboursement à 100 %) sera réduit de 10 points : cela fait économiser environ 9 milliards de F 86 en 1989. Ces deux mesures réduisent à 2,3 % le taux de croissance moyen des prestations sociales (tableau C 7).

En ce qui concerne les **recettes**, les taux de cotisations employeurs ont été augmentés de 0,2 point en juillet de chaque année. Cette augmentation correspond aux hausses de cotisations chômage et retraites complémentaires. Cette mesure modérée se justifie par le fait qu'en prévision la part de la masse salariale dans la valeur ajoutée des entreprises se réduit sans cesse puisque le chômage fait pression sur la croissance du salaire réel : elle passe de 53,3 % en 1986 à 49,1 % en 1992, à taux de cotisations employeurs constants. L'augmentation décrite ci-dessus des taux de cotisations employeurs la fait remonter à 49,5 %. Les taux de cotisations salariés progressent de 1 point en juillet 1988 et de 0,6 point en juillet au cours de chacune des années ultérieures. Sur la période, le taux de croissance du pouvoir d'achat du salaire brut est de 0,3 % en moyenne. Le salaire net lui régresse de 0,4 % l'an. Des hausses similaires s'appliquent aux non-salariés. On suppose que les taux de cotisations maladie des retraités et des

C 7 Le compte de la protection sociale 1987-1992 après mesures correctives

	Compte spontané 1987 - 1992											en milliards de F. 86		
	1987	*	1988	*	1989	*	1990	*	1991	*	1992	*	Evolution annuelle moyenne en % 86 / 81 92 / 87	
DEPENSES:														
Maladie - Invalidité	466,6	2,4	479,2	2,7	485,4	1,5	503,9	3,6	522,0	3,6	540,8	3,6	3,2	3,0
Accident du travail	176,9	0,3	178,0	0,6	178,7	0,4	180	0,6	181,4	0,8	183,6	1,2	1,9	0,7
Famille - Maternité	136,5	-0,2	138,3	1,3	141,9	2,6	141,3	-0,4	140,7	-0,4	141,6	0,6	7,2	0,7
Chômage	584,2	3	603,9	3,4	619,8	2,6	634,6	2,4	648,6	2,2	659,0	1,6	3,6	2,4
Total des dépenses	1445,4	2,1	1482,7	2,6	1511,7	2,0	1546,7	2,3	1581,5	2,3	1615,8	2,2	3,5	2,3
Part des prestations dans le PIB (en %)	26,9		27,3		27,3		27,4		27,4		27,6			
RECETTES														
Cotisations sociales														
- employeurs	730,6		733,2		737,9		744,0		753,0		760,7		2,6	0,8
- salariés	297,6		312,8		328,5		341,0		355,0		367,8		5	4,1
- non salariés	76,0		80,8		83,6		86,0		88,1		90,0		4,1	3,4
- retraités - chômeur	7,5		10,1		10,4		14,4		16,7		19			
Cotisations fictives	33,7		33,7		33,7		33,7		33,8		33,9			
Impôts et taxes	50,2		52,1		61,5		70		73,6		82,1		11,1	10,3
Contributions publique	200,2		205,5		209,3		211,5		214,2		217,6		4	1,7
Total des recettes	1440,3		1473,7		1511,6		1548,4		1583,3		1621,2		3,5	2,4
SOLDE	-5,1		-9,0		-0,1		1,7		1,8		5,4			

* Taux de croissance en pouvoir d'achat

chômeurs sont progressivement doublés (passant par exemple pour les retraités de 1,4 % à 2,8 %). Au total, ces hausses de taux de cotisations rapportent 94 milliards de Francs 86 à horizon 1992, dont 18 milliards prélevés sur les entreprises et 76 milliards sur les ménages.

Pour les impôts et taxes affectés, trois hypothèses ont été faites : la taxe sur l'alcool passerait à 15 francs en janvier 1989 et à 20 francs en juillet 1991; le prix du tabac augmenterait chaque année de 5 % supplémentaires qui seraient affectés aux caisses maladies de la sécurité sociale. Ces deux mesures rapporteraient 9,5 milliards en 1992. Enfin, on a équilibré les comptes en faisant l'hypothèse que la contribution sociale sur le revenu, égale à de 0,4 % du revenu imposable en 1987 et 1988, passerait en 1989 à 0,4 % de la totalité des revenus perçus par les ménages puis à 0,6 % en 1990 et à 0,8 % en 1992.

Dans ces conditions rigoureuses le compte est quasiment équilibré. La part des administrations publiques dans le financement de la protection sociale passerait de 15,2 % en 1986 à 14,8 % en 1992, la part des employeurs s'abaisserait de 54,6 % à 49,7 %, celle des ménages augmenterait de 27,2 % à 32,9 %.

Le rééquilibrage des comptes de la Protection Sociale que nous avons imaginé pèse principalement sur les chômeurs et les retraités. dont le pouvoir d'achat par tête régresse de 0,9 % par an en moyenne ; puis sur les salariés, dont le salaire net régresse de 0,4 % par an ; enfin, à un degré moindre, sur l'ensemble des ménages, en raison du prélèvement de 0,7 % sur l'ensemble des revenus (qui rapporterait 22 milliards alors que le prélèvement de 0,4 % sur le revenu imposable rapportait que 6 milliards). De ce fait, de 1987 à 1992, les prestations sociales augmentent de 170 milliards de F86, (dont 75 milliards de dépenses de santé et 75 milliards de prestations vieillesse) alors que le revenu disponible des ménages augmente de 200 milliards.

On peut faire trois remarques pour conclure :

- Nous n'avons pas cru devoir remettre trop profondément en cause les prestations maladie. Dans ce domaine des réformes trop brutales amèneraient une remise

en cause des soins aux plus démunis qui ne semble pas souhaitable. Pour éviter cela on peut concevoir que soient mis en place des systèmes de protection pour les plus démunis, mais alors les réformes ne permettent plus guère de faire des économies de dépenses de santé.

- Nous avons envisagé un financement portant équitablement sur l'ensemble des ménages et comportant une fiscalisation partielle. Cela nous semble préférable à des mesures qui frapperaient spécifiquement les familles, les retraités ou les chômeurs.

- Les difficultés de la Sécurité sociale proviennent en grande partie de la faible progression de la masse salariale, dont la part dans le PIB décroît continuellement en prévision. Une progression plus forte, provoquée par un relâchement de la politique de rigueur salariale, améliorerait les comptes de la Sécurité sociale, du moins à court terme, mais nuirait à la compétitivité et donc à la croissance possible à solde extérieur inchangé.

D- DU FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

Nous nous proposons de discuter ici des conséquences macro-économiques des différentes façons de financer le déficit anticipé de la Sécurité Sociale.

I- QUELQUES REFLEXIONS QUANTITATIVES

Peut-être n'est-il pas inutile de s'interroger au départ sur ce que signifie financer, au sens macro-économique ? D'un point de vue gestionnaire, financer signifie avoir autant de rentrées permanentes que l'on a de sorties permanentes quelle que soit la «qualité de ces rentrées» : l'important est d'avoir un budget comptablement équilibré. Du point de vue macro-économique, il faut se demander d'abord si un déficit donné crée un déséquilibre macro-économique ou si, au contraire, il tend à le corriger et ensuite, dans le cas où il est déséquilibrant, comment le corriger de façon à résorber effectivement le déséquilibre macro-économique.

Imaginons, par exemple, dans une société qui connaît le plein emploi, que les ménages décident de consommer moins ; les rentrées fiscales baissent ; un déséquilibre des finances publiques apparaît. D'un point de vue gestionnaire, on peut souhaiter résoudre ce déséquilibre en augmentant les impôts mais le déficit de demande qui est apparu au niveau macro-économique est alors accru. Du point de vue macro-économique, il faut, au contraire, diminuer le déficit de demande en augmentant le déficit public.

A priori, le déficit de la Sécurité Sociale peut avoir deux causes :

- L'une macro-économique : un choc provoque une chute de la production, donc un frein des recettes assises sur les salaires et une hausse des prestations chômage. S'il s'agit d'un choc de demande interne, les pouvoirs publics doivent soutenir la demande et le déficit de la Sécurité Sociale fait partie de cette politique de soutien : il ne doit pas être financé. S'il s'agit d'un choc de demande externe (ou d'un choc d'offre), il n'existe

malheureusement pas de politique économique non douloureuse qui permette de résorber l'ensemble des déséquilibres : diminuer le déficit extérieur, par une politique restrictive accentue le déséquilibre sur les marchés de biens.

- L'autre interne : les prestations croissent plus vite que les dépenses en raison de causes sociales et de causes économiques. Par exemple, les dépenses de santé augmentent car les partenaires sociaux décident de mieux rembourser certaines dépenses ; les dépenses de famille augmentent car les pouvoirs publics veulent encourager la natalité ; les dépenses de vieillesse augmentent car les salariés souhaitent partir plus tôt à la retraite. Supposons que cette hausse des dépenses résulte d'un choc rationnel, éclairé, délibéré (et non pas d'un effet pervers lié à la non-transparence du système) ; comment la financer

La réponse économique est simple : les hausses des prestations ne peuvent être financées que par les ménages. Ceci est évident du point de vue macro-économique. La hausse des dépenses de santé doit résulter d'un arbitrage conscient de l'ensemble des ménages entre les dépenses de santé, d'une part, les dépenses d'alimentation, de tabac, de cinéma, etc., d'autre part. On ne voit pas pourquoi ce choix influencerait sur la rémunération totale des salariés. De même, la politique familiale doit faire une redistribution entre les célibataires et les chargés de famille. Enfin, il est nécessaire que, collectivement, l'arbitrage — âge de la retraite / montant de la retraite / montant des cotisations retraite — soit bien posé au niveau des ménages afin que ceux-ci ne croient pas que la retraite peut être payée, sans douleur, par les entreprises.

Du point de vue macro-économique, une hausse excessive des prestations sociales se traduit par un certain type de déséquilibre : excès de la consommation, déficit extérieur, etc.. Ce type de déséquilibre est parfaitement résorbé par une hausse des cotisations pesant sur les ménages ; il ne l'est pas par des hausses des cotisations pesant sur les entreprises. En effet, de trois choses l'une :

- soit les entreprises payent cette cotisation sur des profits qui miraculeusement se trouvaient être excessifs. Dans ce cas, le déséquilibre macro-

économique initial n'est pas résorbé. Le déficit des finances sociales n'est financé que comptablement,

- soit les entreprises diminuent leurs investissements. A court terme, le déficit extérieur est résorbé, mais, économiquement, cela est catastrophique : l'insuffisance de l'accumulation du capital ne peut manquer d'entraîner une hausse progressive du chômage. Il est économiquement nuisible de financer une hausse des dépenses courantes par une baisse de l'accumulation de capital. Cette hausse de chômage peut, à terme, provoquer une baisse du salaire, donc progressivement ramener à l'équilibre. Dans cet équilibre, ce sont les salariés qui financent la hausse des prestations mais, au lieu que ce soit *ex-ante*, ce résultat est obtenu *ex-post* au prix d'une aggravation temporaire du chômage.

- Enfin, les entreprises peuvent réagir en augmentant les prix. La compétitivité se dégrade, le déficit extérieur s'accroît. Là-aussi le déficit n'est pas financé.

Au total, à long terme, ce sont toujours les ménages qui, en dernier ressort, financent la Sécurité Sociale. Il est économiquement préférable, pour des raisons macro-économiques, comme pour des raisons de transparence des choix sociaux, que cela apparaisse institutionnellement, donc que la sécurité sociale ne soit financée que par les cotisations des salariés pour l'assurance et l'impôt sur le revenu pour la solidarité.

Il est possible, du jour au lendemain, de supprimer les cotisations sociales employeurs, en augmentant à due concurrence le salaire brut et les cotisations sociales salariés. Certes, à court terme, cela ne changera rien (ce qui prouve la difficulté des comparaisons internationales et la futilité du débat sur les «charges sociales excessives des entreprises»), mais, à moyen terme, cela garantit aux entreprises qu'elle ne subiront plus

de hausse des charges sociales, et de permettre aux salariés et aux ménages de faire des choix sociaux transparents.

Cette réforme poserait la question de la gestion de la Sécurité Sociale et amènerait à réduire encore le poids des employeurs dans ses organes de gestion. Il y a là un choix pour eux : payer donne le choix de participer aux décisions.

Si, comme il est logique, on fiscalisait complètement les allocations familiales et une partie de l'assurance maladie, se poserait avec acuité le problème de l'autonomie de ces régimes et la Sécurité Sociale par rapport à l'Etat. Nous pensons que le principe de la distinction doit être maintenu : il est bien qu'échappent aux arbitrages budgétaires les prestations dont dépendent de nombreux ménages. Il est sain, dans une démocratie pluraliste, que coexistent plusieurs systèmes de représentation. Et celui qui gère la Sécurité Sociale a ses qualités propres par rapport à celui qui gère l'Etat (on peut cependant regretter que les chômeurs ne soient pas représentés en tant que tels à l'UNEDIC).

i *

II LES CONSEQUENCES MACROECONOMIQUES DU FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE.

1-Les recettes classiques

Traditionnellement, les prestations sociales sont financées par des cotisations sociales assises sur les salaires, payées par les salariés ou les entreprises. La hausse des cotisations salariés provoque une chute de la consommation des ménages, donc de la production. L'investissement diminue car les débouchés sont moins porteurs. Le solde extérieur se redresse, car les importations diminuent. La chute de la production provoque celle de l'emploi et la hausse du chômage (voir tableaux D 1 et D 2).

v

Cette mesure n'a guère d'impact sur les prix, car d'un côté les marchés sont plus détendus, de l'autre le ralentissement de l'activité provoque une hausse des coûts unitaires, en raison des frais fixes. La chute de la production provoque une baisse du

D1 Effet des différentes mesures en changes fixes

En écart au compte de référence

en %

	Hausse des cotisations salariés	Hausse de l'impôt sur le revenu	Hausse des cotisations employeurs	Taxe sur la production	TVA sur la FBCF	TVA sur les Ménages
PIB	- 0,40	- 0,25	- 0,30	- 0,60	- 0,45	- 0,55
Consommation des ménages	- 0,55	- 0,30	- 0,25	- 0,40	- 0,20	- 0,45
Investissement des entreprises	- 0,55	- 0,35	- 1,2	- 1,60	- 2,80	- 1,25
Exportations	-	-	- 0,45	- 0,71	- 0,50	- 0,40
Importations	- 0,55	- 0,35	- 0,45	- 0,75	- 1,20	- 0,70
Production industrielle	- 0,30	- 0,20	- 0,90	- 1,10	- 0,90	- 0,95
Inflation :						
Prix à la consommation	-	-	0,18	0,28	0,18	0,28
Prix de la production industrielle	-	-	0,20	0,34	0,32	0,16
Revenu des ménages (en pd'a)	- 0,70	- 0,65	- 0,30	- 0,45	- 0,22	- 0,50
Epargne des sociétés (en pd'a)	- 0,65	- 0,45	- 2,45	- 3,30	- 4,20	- 2,65
Emploi (en milliers)	- 52	- 32	- 49	- 80	- 48	- 57
Chômage (en milliers)	37	23	33	43	36	40
Solde extérieur (en MdeF)	8,4	5,5	2,6	5,50	12,7	6,6
Solde des Administrations en (MdeF)	13,3	17,4	7,4	10,9	17,6	8,4
dont sécurité sociale	19,2		16,1			
Emplois/solde extérieur	6,2	5,8	18,8	14,5	3,8	8,6
Emplois/solde des administrations	4,2	1,8	10,7	7,30	2,7	6,8

Le tableau représente l'impact moyen sur 5 ans de différentes mesures destinées à financer la Sécurité Sociale.

Ces mesures rapportent toutes ex-ante 19,5 milliards de francs en 1988. L'impact a été estimé grâce au modèle trimestriel de l'OFCE, en supposant les changes fixes.

D2 En parité de pouvoir d'achat

En écart au compte de référence

en %

	Hausse des cotisations des employeurs	Taxe sur la production	TVA sur la FBF	TVA sur les ménages
Dépréciation du taux de change	0,27	0,45	0,40	0,22
PIB	- 0,25	- 0,30	- 0,20	- 0,40
Consommation des ménages	- 0,30	- 0,35	- 0,15	- 0,45
Exportations	- 0,90	- 1,30	- 2,55	- 1,10
Importations	0,10	0,15	0,20	0,1
Production industrielle	- 0,25	- 0,55	- 1,0	- 0,6
	- 0,40	- 0,40	- 0,25	- 0,5
Inflation :				
Prix à la consommation	0,24	0,36	0,25	0,32
Prix de production industrielle	0,26	0,45	0,40	0,22
Revenu des ménages (en pd'a)	- 0,25	- 0,40	- 0,15	- 0,45
Epargne des sociétés (en pd'a)	- 2,30	- 3,10	- 4,0	- 2,50
Emploi (en milliers)	- 31	- 37	- 27	- 4,20
Chômage (en milliers)	21	26	21	30
Solde extérieur (en MdeF)	5,2	9,5	16,5	8,9
Solde des Adm. (en MdeF)	10,7	16,0	22,4	11,3
dont Sécurité Sociale	17,5			
Emploi/solde extérieur	6,0	3,90	1,6	4,70
Emploi/solde des adm.	2,9	2,30	1,2	3,70

Le tableau représente l'impact des mêmes mesures en supposant qu'à moyen terme le taux de change est fixé de façon à corriger l'écart d'inflation avec l'étranger, écart mesuré à partir du prix de production de l'industrie.

Pour les deux premières mesures, la hausse du prix de production de l'industrie étant très faible, il n'a pas été fait de simulations en PPA.

profit des entreprises. Le solde des administrations, *ex-post*, s'améliore nettement moins qu'*ex-ante* en raison des rentrées qui provoquent la chute de l'activité, par une hausse de 1 point des cotisations employeurs. *Ex-ante* le gain est de 20,6 milliards ; *ex-post*, il reste 13,3 milliards (environ 65 %) ; toutefois, pour la Sécurité Sociale, le gain reste de 19,2 milliards (la différence est un déficit supplémentaire de l'Etat).

La hausse des cotisations employeurs provoque une chute du profit des entreprises. Celles-ci augmentent leurs prix. La variante est donc fortement inflationniste : pour une hausse de 1 point des cotisations employeurs, le taux d'inflation est augmenté en moyenne de 0,2 %. Les pertes de compétitivité font chuter le solde extérieur, la production diminue, donc l'emploi, ce qui pèse sur la consommation. L'investissement est soumis à des influences contradictoires : il chute comme la demande et le profit, mais comme le coût salarial augmente, les entreprises sont incitées à faire des investissements permettant d'économiser du travail. L'effet sur le solde extérieur n'est que très légèrement favorable, en raison des pertes de compétitivité. L'effet sur le solde des administrations est *en-post* relativement faible (36 % de l'effet *ex-ante*) ; il s'annule même au bout de cinq ans ; toutefois, il reste pour la Sécurité Sociale 16 milliards de francs (en moyenne sur 5 ans). La faible rentabilité *ex-post* de la mesure s'explique par le fait que les administrations elles-mêmes payent 25 % de la hausse des cotisations employeurs et qu'elles pâtissent de la réduction de l'impôt sur les sociétés.

Si la hausse des prestations est financée par la hausse des cotisations salariés, l'impact macro-économique est nul. Si elle est financée par hausse des cotisations employeurs (tableau D 3), l'impact est légèrement expansionniste à court terme, mais très vite les pertes de compétitivité font que l'impact est récessif. Au bout de cinq ans, la production est plus basse, le taux d'inflation plus élevé, le solde extérieur et le solde des administrations dégradés. Certes, si on accepte que le franc se dévalue comme la hausse

Tableau D3

Hausse des prestations sociales de 1 % de la masse salariale brute financée par hausse des cotisations employeurs				
	change fixe		PPA	
	1ère année	5ème année	1ère année	5ème année
PIB (en %)	0,16	-0,34	0,19	0,04
Chômage (en milliers)	-10	10	-11	-14
Taux d'inflation (en%)	0,1	0,2	0,11	0,27
Solde extérieur (en milliards de F)	-3,6	-9,2	-3,5	-4,0
Solde des administrations (en milliards de francs)	-3,4	-11,1	-3,0	-4,1
Dépréciation du change (en %)	-	-	-0,33	-1,22

Tableau D4

Baisse de 3 points des cotisations sociales employeurs ; Hausse de 1 point des cotisations salariées		
	1ère année	5ème année
	PIB (en %)	-0,04
Chômage (en milliers)	+2	-133
Taux d'inflation (en %)	-0,1	-0,5
Solde extérieur (en milliards de francs)	-3,7	-2,2
Solde des administrations (en milliards de francs)	-25,8	+9,4

des prix intérieurs, on peut retarder la dégradation de l'activité ; mais les soldes publics et extérieurs restent déficitaires et l'inflation est accrue (+ 0,27 % à la 5ème année).

L'analyse, à l'aide du modèle trimestriel de l'OFCE, confirme notre analyse économique : il ne faut pas financer les prestations sociales par des cotisations employeurs.

A contrario, il serait possible d'améliorer les performances macro-économiques en substituant des cotisations salariés aux cotisations employeurs, mais cela est difficilement envisageable dans une situation où le pouvoir d'achat des salariés n'augmente guère et où déjà les cotisations salariés doivent croître pour financer la hausse des prestations. Pour avoir une idée du gain à attendre, imaginons que l'on hausse d'un point les cotisations salariées et que l'on soit en change fixe ; pour équilibrer *ex-post*, le solde extérieur (en moyenne sur les 5 ans), cela permet de baisser de 3 points les cotisations sociales employeurs (tableau D 4).

Cette politique permet de diminuer de 130 000 le nombre de chômeurs au bout de cinq ans, sans nuire au déficit extérieur et en baissant les prix. Par contre, le solde des administrations est lui dégradé pendant quatre ans et ne se redresse que la cinquième année. Cette politique suppose que la politique de change ne contrebalance pas l'effet de gain de compétitivité que permet cette politique : puisque la France a un fort déficit commercial vis à vis de la RFA, il est nécessaire que le franc se déprécie en terme réel vis à vis du mark. Ce n'est pas actuellement possible avec les mécanismes du SME.

2- D'autres ressources pesant sur les ménages

Pour des raisons d'équité, on peut envisager d'augmenter plutôt les cotisations pesant sur les non-salariés, ou les impôts sur le revenu que les cotisations salariés. On peut penser que si la hausse frappe plutôt les ménages aisés, ce prélèvement se répercutera plus sur l'épargne et moins sur la consommation. En ce domaine, les preuves empiriques sont sujettes à caution : certaines études ne trouvent pas cet impact particulier; d'autres le trouvent à un très fort degré. La variante que nous avons effectuée suppose que les ménages frappés par une hausse par l'impôt ont une propension plus faible à consommer

que les autres (0,4 contre 0,8) ; de ce fait, l'impôt est plutôt prélevé sur l'épargne. L'impact récessif est plus faible que lors d'une hausse des cotisations salariés ; le solde des administrations s'améliore plus durablement. Par contre, l'amélioration du solde extérieur est moins nette (tableau D 1).

En conclusion, il faut frapper les riches si on veut rétablir le solde des administrations sans trop nuire à l'activité et frapper les pauvres si on veut rétablir le solde des administrations et le solde extérieur, quitte à sacrifier le niveau d'activité.

3-Des réformes fiscales miraculeuses

Sans toucher aux prélèvements portant sur les ménages, est-il possible de modifier la structure de la fiscalité de façon à améliorer les performances de l'économie française sans dégrader le déficit extérieur ?

En tant que charges fiscales, les cotisations sociales employeurs ont deux défauts particulièrement dirimants en période de chômage et de difficultés d'équilibre extérieur : elles augmentent le coût du travail, ce qui défavorise les entreprises de main-d'oeuvre et incite les firmes à utiliser des techniques de production trop capitalistiques. N'étant pas déductibles à l'exportation, et ne frappant pas les importations, contrairement à la TVA, elles nuisent particulièrement à la compétitivité. On est alors amené à imaginer de transférer une partie de la charge sociale sur des ressources qui n'auraient pas ces deux défauts : cela serait concevable pour les cotisations dont la contrepartie en prestations n'a plus guère de lien avec le travail salarié (par exemple, les prestations familiales, les allocations logement, toutes les prestations de solidarité).

1) Une première réforme serait de remplacer les cotisations sociales employeurs par une taxe à assiette plus large que les seuls salaires. Celle-ci ne frapperait pas les importations et ne serait pas remboursable à l'exportation. L'avantage de l'opération serait d'inciter les entreprises à l'embauche par diminution du coût relatif du travail. Nous avons supposé qu'il s'agirait d'une taxe sur le chiffre d'affaires (ou la production). Comme le

D5 Répartition par branches de différentes assiettes fiscales.

	Masse salariale (1)		Valeur Ajoutée	Production	Impôts directs
Agriculture-IAA	5,6	7,2	10,3	13,2	15,0
Energie	3,0	2,6	6,8	6,8	1,7
Industrie	32,8	29,1	24,6	29,6	37,8
Secteur abrité	58,6	61,1	58,3	50,4	45,5
Total	100	100	100	100	100

(1) La première colonne représente la masse salariale brute ; la seconde représente la masse salariale corrigée du poids des entrepreneurs individuels dans la branche, auquel on attribue un salaire fictif égal au salaire moyen de la branche.

D6 Baisse de 1 point des cotisations employeurs financée par une hausse des impôts sur la production

	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année	5ème année
PIB (en %)	-0,02	-	-	0,03	0,05
Prix à la consommation (en %)	-0,01	-	-	0,03	0,05
Prix de production industrielle (en %)	-0,02	-	0,5	0,12	0,20
Chômage (en milliers)	1	-	-2,5	-5,0	-7
Solde extérieur (en milliards de francs)	0,5	0,7	1,1	1,6	2,2
Solde des administrations (en milliards de francs)	-1,0	-0,3	0,3	0,9	1,5

montre le tableau D 5, la mesure favoriserait le secteur abrité, au détriment de la branche agroalimentaire et de l'énergie.

En supposant que, *ex-ante*, la hausse de cette taxe rapporte 19,7 milliards de F 88 (son taux serait de 0,286 % sur le chiffre d'affaires), on constate que son impact serait plus dépressif que celui des cotisations sociales employeurs (tableau D 1). Toutefois, cela provient, en partie, de ce qu'une partie des cotisations employeurs est en fait payée par les administrations publiques, de sorte qu'il est plus juste de comparer un point de baisse des cotisations sociales employeurs avec une mesure de hausse de l'impôt sur la production qui rapporterait 13,8 milliards. Le tableau D 6 montre alors qu'une substitution du chiffre d'affaires à la masse salariale comme assiette des cotisations employeurs, certes, va dans le bon sens : à terme, le chômage est réduit et le solde extérieur amélioré, mais que l'amélioration est relativement minime : 7 000 chômeurs en moins à horizon de cinq ans, 2,2 milliards d'amélioration du solde extérieur. On peut estimer approximativement que l'effet défavorable sur l'emploi des cotisations employeurs passe pour 90 % par des effets compétitivité / rentabilité et pour 10 % par des effets substitution capital / travail. Or, la réforme envisagée ne joue que sur ces 10 % .

2) Une deuxième réforme envisageable, et qui a été souvent proposée, serait de faire riper des points de cotisations sociales sur des points de TVA. Nous reprendrons sur ce point l'analyse de STERDYNIÁK et VILLA («Faut-il substituer de la TVA aux cotisations sociales employeurs», Observations et diagnostics économiques, n° 6, 1984).

Selon ses partisans cette réforme serait favorable à l'emploi puisqu'elle allègerait le coût du travail. Elle avantagerait particulièrement les entreprises de main-d'oeuvre sur lesquelles les cotisations sociales pèsent le plus lourdement. Cet allègement immédiat des charges des entreprises ne créerait pas de déficit public supplémentaire et contribuerait à la restauration des profits et à la lutte contre l'inflation. Il fournirait une marge de compétitivité aux entreprises françaises, puisque la TVA à la différence des cotisations

sociales pèse sur les produits importés et est remboursée à l'exportation. De plus, ce changement serait indolore, car les impôts indirects ne sont guère ressentis.

En nous plaçant d'abord d'un point de vue strictement économique, nous voudrions montrer ici que tous ces avantages sont illusoire ou douteux. Nous conforterons ce point de vue par une simulation sur notre modèle économétrique.

Supposons, un instant, que la France n'ait pas d'échanges avec l'extérieur et qu'une hausse de la TVA soit compensée par une baisse des cotisations des employeurs, de façon que le total des recettes demeure le même. Dans un cas de figure qui ne s'éloigne pas fondamentalement de la réalité, on peut évaluer quelles doivent être les variations du taux des cotisations sociales et du taux de TVA pour qu'il en soit ainsi. La TVA payée par les entreprises sur leurs investissements étant déductible de la TVA payée sur leurs ventes, son assiette est la valeur ajoutée moins l'investissement. L'assiette des cotisations sociales est la masse salariale, soit la valeur ajoutée moins les profits. Si, globalement, le profit est égal à l'investissement, les deux taxes ont la même assiette : comme elles se cumulent, leur produit global est une fraction $(1 + c)(1 + t) - 1$ de la masse des salaires versés (où "c" est le taux de cotisations employeurs, "t" le taux de TVA). La condition de neutralité budgétaire est donc que $(1 + c)(1 + t)$ soit constant.

Supposons, pour fixer les idées, que le taux de TVA de 18,6 % passe à 23,3 % tandis que le taux des cotisations employeurs passe de 38 % à 32,7 %. Le produit total des deux taxes représente toujours 63,7 % de la masse des salaires bruts.

Le niveau des prix à la consommation dépendant du produit $(1 + c)(1 + t)$, n'est pas affecté par la mesure ; donc a priori les salaires ne doivent pas varier. Par contre, la mesure doit s'accompagner d'une baisse de 4 % des prix à la production (c'est-à-dire des prix hors taxes), puisque les charges salariales sont réduites d'autant.

La mesure n'a pas d'impact sur le coût relatif du capital et du travail : le coût du travail baisse de 4 %, mais le prix des biens d'équipement varie comme le prix à la production (puisque l'investissement ne supporte pas de TVA) et baisse également de

4 %. La mesure n'incite pas les entreprises à utiliser plus de travail et moins de capital : elle est neutre quant à la substitution capital / travail.

Elle ne modifie pas non plus la situation relative des branches très capitalistiques et des branches de main-d'oeuvre : les branches qui utilisent beaucoup de main-d'oeuvre et peu de capital supportent à la fois beaucoup de cotisations sociales et beaucoup de TVA, car elles bénéficient peu de la déductibilité de la TVA sur l'investissement ; un transfert de l'une à l'autre ne leur est pas favorable. Non seulement globalement, mais aussi pour chaque produit, la baisse des cotisations des employeurs est compensée par la hausse de la TVA. Il n'y a donc pas d'effet sectoriel à attendre.

La TVA se différencie économiquement des cotisations employeurs en ce qu'elle est remboursable à l'exportation et qu'elle pèse sur les importations. Peut-on en déduire que la mesure étudiée améliorerait durablement la compétitivité de l'économie française ? Nous ne le pensons pas, car il faut distinguer, en économie ouverte, son impact immédiat de ses effets à moyen terme.

A court terme, le salaire nominal est fixe. Considérons une entreprise-type dont la structure des coûts est initialement de α % de coûts salariaux, de β % de consommations intermédiaires produites en France, de γ % de consommations intermédiaires importées, de ε % de coûts capitaux. La mesure provoque immédiatement une baisse de 4 % de ses coûts salariaux. Faisons d'abord l'hypothèse que toutes les entreprises françaises répercutent intégralement la baisse de leurs coûts dans leurs prix. L'entreprise considérée bénéficie de la baisse du prix des consommations intermédiaires produites en France. Ses coûts de production, et ses prix, baissent de $4 \alpha / (1 - \beta)$ %.

Cette baisse entraîne une amélioration de la compétitivité de produits français sur les marchés extérieurs et sur le marché intérieur. Sur le marché français, pour les biens qui ne supportent pas la TVA, le prix des produits importés est stable tandis que celui des produits français baisse. Quant aux biens qui supportent la TVA, leur prix augmente de 4 %, s'il s'agit de produits importés, de $4 (1 - \alpha / (1 - \beta))$ % s'il s'agit de produits français. Les salariés subissent donc une perte de pouvoir d'achat. L'amélioration de la compétitivité des produits français ne provient pas d'un miracle : elle n'est que la

contrepartie de la baisse du pouvoir d'achat des salaires. Dans l'immédiat, elle profite aux acheteurs étrangers de produits français et aux acheteurs français de biens qui ne paient pas la TVA (donc aux entreprises).

Mais les salaires sont indexés sur les prix. Au fur et à mesure qu'ils incorporent les hausses de prix, le gain initial de compétitivité tend à s'annuler. A moyen terme, lorsque les salariés ont récupéré leur pouvoir d'achat, ce gain disparaît : les prix de production sont revenus à leur niveau initial et les prix à la consommation ont augmenté de 4 %. Tout se passe comme dans le cas d'une dévaluation. La production est transitoirement plus forte tant que la compétitivité reste améliorée. La balance commerciale se dégrade d'abord, parce que les effets prix jouent plus vite que les effets volume, puis s'améliore de façon transitoire.

Si les entreprises ne répercutent pas intégralement dans leurs prix la baisse de leurs coûts, mais l'utilisent partiellement pour améliorer leurs profits, la période transitoire est légèrement différente : les gains de compétitivité sont plus faibles ; la hausse des prix à la consommation et la baisse de pouvoir d'achat des salaires plus fortes à court terme. Mais à moyen terme le point d'arrivée est le même.

Les effets favorables de la réforme envisagée, comme ceux d'une dévaluation, n'existent et ne perdurent que s'il est possible de faire baisser le pouvoir d'achat du salaire. Plus vite les salaires suivent les prix, moins durable est l'impact. La France a expérimenté suffisamment de dévaluations pour savoir qu'actuellement il est vain d'en espérer des avantages durables de compétitivité, mais que durant la période transitoire, le rythme de hausse des prix est notablement accru.

La mesure analysée aurait toutefois deux avantages mineurs en comparaison d'une dévaluation : elle ne nécessiterait pas de négocier le taux de la dévaluation avec nos partenaires du Système Monétaire Européen ; n'ayant pas d'impact sur le taux de change, elle ne récompenserait pas ceux qui ont spéculé contre le franc.

Une telle réforme, si on ne remet pas en cause à cette occasion l'indexation des salaires, est indolore mais inefficace, car elle ne contribue pas à alléger de façon

permanente les charges des entreprises. Pour qu'elle soit efficace, il faut que sa mise en oeuvre s'accompagne d'un blocage des salaires, sans blocage des prix et sans rattrapage ultérieur des salaires. Equivalant alors à une baisse des salaires, elle n'est plus indolore.

La structure des charges des entreprises a deux impacts : au niveau de chaque entreprise, elle détermine la technique de production la plus rentable. Une hausse du coût du capital par rapport à celui du travail incite les entreprises à employer, pour la même production, moins de capital et plus de travail. Cet effet joue lentement, car la technique de production ne peut généralement être modifiée qu'à l'occasion de la mise en oeuvre de nouveaux équipements. D'autre part, une modification de la structure des charges diminue les coûts de certaines entreprises au détriment d'autres. Les premières peuvent baisser leurs prix : leurs productions sont plus demandées, elles résistent mieux à la concurrence étrangère.

Dans cette optique, la TVA déductible sur l'investissement, tout comme les cotisations salariés, augmente le coût salarial ; elle incite les entreprises à substituer du capital au travail et favorise les secteurs capitalistes. Une politique désireuse d'inciter à l'emploi et à l'économie de capital devrait substituer aux cotisations des employeurs une taxe qui frapperait soit le capital, soit l'investissement, soit le profit. Ce n'est pas le cas de la TVA telle qu'elle est actuellement : la TVA et les cotisations des employeurs ayant presque la même assiette, un ripage de l'un vers l'autre serait un coup d'épée dans l'eau.

Les simulations effectuées à l'aide du modèle trimestriel de l'OFCE, confirment l'analyse économique. Une baisse des cotisations sociales employeurs financée par une hausse de la TVA portant sur les ménages se traduit en change fixe par une forte hausse des prix la première année (+ 0,5 %), car la TVA se répercute plus vite dans les prix que les cotisations sociales employeurs ; de ce fait, la consommation des ménages est dépréciée, le PIB diminue. Par contre, des gains de compétitivité apparaissent au niveau des prix industriels. A horizon de cinq ans, la mesure est pratiquement neutre sur la production et l'emploi, mais elle a permis un léger gain du solde extérieur (tableau D7a).

Si on suppose qu'à moyen terme le taux de change est géré de façon à respecter la parité de pouvoir d'achat, la mesure permet une amélioration de la parité du franc (ou

Tableau D7a

Baisse de 1 point des cotisations employeurs financée par une hausse de la TVA portant sur les menages - change fixe.

	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année	5ème année
PIB (en %)	-0,07	-0,03	-0,05	0,02	0,02
Prix à la consommation (en %)	0,53	0,38	0,35	0,3	0,24
Prix de production industrielle (en %)	-0,08	-0,14	-0,13	-0,19	-0,25
Chômage(en milliers)	1,5	-3,0	2,6	4,5	0,5
Solde extérieur (en milliards de francs)	1,5	1,5	3,3	4,3	4,8
Solde des administrations (en milliards de francs)	-	1,2	-1,1	-0,7	0,1

Tableau D7b

Parité de pouvoir d'achat

	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année	5ème année
PIB (en %)	-0,07	-0,08	-0,10	-0,09	-0,07
Prix à la consommation (en %)	0,42	0,37	0,32	0,26	0,18
Prix de production industrielle (en %)	-0,16	-0,15	-0,15	-0,24	-0,33
Chômage (en milliers)	2,0	1,0	5,5	8,5	6,2
Solde extérieur (en milliards de francs)	1,4	0,9	2,7	3,6	3,6
Solde des administrations (en milliards de francs)	-0,3	0,7	-2,0	-1,9	-1,5
Taux de change	0,16	0,15	0,15	0,24	0,33

du moins une moindre dégradation), elle est du coup moins inflationniste (tableau D7b). Par contre, comme il n'y a plus de gain de compétitivité, l'amélioration du solde extérieur est moins nette ; la production reste durablement déprimée et le chômage croît légèrement.

Remplacer des cotisations employeurs par de la TVA sur les ménages n'est donc pas un remède miraculeux.

3) La troisième solution envisagée consiste à remplacer des points de cotisations sociales employeurs par la remise en cause partielle de la déductibilité de la TVA sur l'investissement. Cela permet de faire payer les machines au lieu de faire payer les hommes. En même temps, la déductibilité de la TVA à l'exportation et son poids sur les importations, font que la mesure ne pèse pas sur la compétitivité.

La mesure a été analysée en détail par ARTUS, STERDYNIAK et VILLA (« Investissement, emploi et fiscalité », Economie et statistique, n° 127). La mesure étudiée ici consiste à instaurer une TVA, au taux de 3,5 %, non déductible sur la FBCF des entreprises.

Remplacer un point de cotisations employeurs par 3,5 % de taxe sur l'investissement n'augmente, ni ne diminue les charges de l'entreprise moyenne, donc *a priori* les prix. Elle ne modifie pas la rentabilité des entreprises, donc leur capacité à étendre leur production. C'est la mesure qui a le plus d'impact sur la substitution capital / travail. Une telle mesure peut sembler dangereuse dans une période où un fort investissement est souhaité. Elle se comprend si on considère qu'en période de chômage permanent, il est inutile de favoriser les investissements qui économisent de la main d'oeuvre : certains investissements de productivité, qui apparaissent rentables actuellement au niveau de l'entreprise, sont en fait nuisibles macroéconomiquement si on considère le coût social du travail. Ils deviendraient non rentables si le coût effectif du travail reflétait mieux son coût social, ce à quoi tendrait une modification des coûts relatifs capital / travail.

La simulation réalisée avec le modèle trimestriel de l'OFCE confirme que cette mesure a, à court terme, peu d'impact sur le niveau des prix. Les deux effets principaux

sont les suivants : les entreprises investissent dans des techniques de production moins capitalistiques ; petit à petit, le contenu en emplois de la production augmente : au bout de cinq ans, le chômage a diminué de près de 20 000. Les entreprises, utilisant plus de main-d'oeuvre, ont besoin de moins de capital, à capacité de production donnée : l'investissement diminue, ce qui permet une amélioration du solde extérieur. Les ménages consomment plus, ce qui soutient l'activité. Par contre, l'amélioration du solde des administrations est due à une caractéristique du compte central : en effet, en prévision, la masse salariale stagne tandis que l'investissement croît fortement ; un impôt assis sur celle-ci progresse donc plus vite qu'un impôt assis sur celui-là.

Tableau D8 : Baisse de 1% des cotisations employeurs compensée par une taxe sur l'investissement

	1ère année	2ème année	3ème année	4ème année	5ème année
PIB (en %)	+0,02	+0,05	0,06	0,12	0,12
Prix à la consommation (en %)	-0,04	-0,08	-0,13	-0,17	-0,18
Prix de production industrielle (en %)	-0,04	-0,03	-	0,08	0,25
Chômage (en milliers)	-1,3	-0,9	-1,8	-5,0	-18,8
Solde extérieur (en milliards de francs)	0,8	4,0	7,9	10,7	12,8
Solde des administrations (en milliards de francs)	-	6,4	5,6	8,1	11,4

L'étude à laquelle nous venons de nous livrer permet d'aboutir à trois conclusions en ce qui concerne le financement de la Sécurité Sociale. Il est illusoire d'espérer améliorer les performances de l'économie française en substituant aux cotisations employeurs de la TVA portant sur les ménages ou une taxe sur le chiffre

d'affaires. Les gains à attendre sont extrêmement faibles. Deux directions peuvent être envisagées :

- substituer aux cotisations employeurs un impôt sur les ménages. Cela est très favorable si la politique de change n'annule pas les gains de compétitivité, mais cela est difficile dans une période où il faut déjà augmenter la contribution des ménages à la protection sociale, pour financer les dépenses supplémentaires. De plus, en prévision, la situation des entreprises est relativement florissante de sorte que la contrainte financière pesant sur elles va être de plus en plus légère et l'effet favorable que l'on peut attendre de telles mesures va s'atténuer,
- substituer une taxe frappant les machines à une taxe frappant les hommes. Ce projet est le plus séduisant rationnellement parlant. Là aussi, le fort niveau actuel des taux d'intérêt réel et la faible croissance du coût salarial rendent cette mesure moins intéressante aujourd'hui qu'elle ne l'aurait été dans les années soixante-dix.

E - FAUT-IL REMETTRE EN CAUSE LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE ?

Nous venons de voir que dans les années à venir les prélèvements liés au Système de Sécurité Sociale représenteront sans doute une part importante de la croissance du PIB et du revenu disponible des ménages. Selon notre compte corrigé, la croissance des dépenses de protection sociale représentera, de 1987 à 1992, 45 % de la croissance du PIB et 85 % de la croissance du revenu disponible des ménages. De ce fait, la rémunération nette des travailleurs diminuerait légèrement en raison de la croissance du prélèvement social. Dans notre compte, nous avons supposé que la Sécurité Sociale était, grosso-modo, gérée comme dans le passé, et que son équilibre était recherché par quelques économies de dépenses et surtout par une hausse des cotisations. Peut-t-on imaginer une remise en cause plus profonde du système ? Est-elle souhaitable ?

Certains préconisent une solution libérale où serait clairement séparée l'assistance - solidarité, confiée à l'Etat, et l'assurance confiée au privé et à l'initiative individuelle. Une telle solution est-elle viable ? Nous analyserons ici quelques suggestions qui ont été faites, risque par risque.

I - LES DEPENSES DE SANTE :

Les expériences récentes en matière de freinage des prestations sociales de santé montrent que, dans un environnement économique peu porteur, de nouvelles mesures de maîtrise de la demande sont à trouver régulièrement. Le freinage est ainsi acquis pour une année par une mesure puis le rythme de croissance antérieure reprend inexorablement. Dans le compte à horizon 1992, la mesure retenue en 1989 réduit à nouveau les prestations-maladie après le plan de restructuration qui agit à la fois en 1987 / 1988. Le rythme de 3,6 % reprend de 1990 à 1992. L'accroissement annuel des cotisations sociales doit-il être maintenant complété par une nouvelle réduction de la couverture sociale chaque année ?

Les chiffres en cause sont tels que c'est bien l'ensemble du système de protection sociale qui serait alors remis en cause. Ainsi si on veut réduire de 10 % l'ensemble des prestations de santé il faut par exemple réduire de 10 % les prestations en nature de l'assurance-maladie consacrées au financement de la dépense en soins et biens médicaux. Ce qui impose une réduction du ticket modérateur de beaucoup plus de 10 % puisqu'une partie de la dépenses n'est pas remboursable, qu'il s'agisse de dépassements d'honoraires ou de frais non présentés au remboursement ou de dépenses d'auto médication. Ceci permettrait alors un gain de 40 milliards. Une réduction qui ne porterait pas sur les soins hospitaliers n'en rapporterait que la moitié et 16 seulement s'il s'agit d'une réduction effective de ticket modérateur de 10 points qui ne concerne que la dépense remboursable. Et si, de plus, on ne veut pas remettre en cause le principe de l'exonération totale pour les maladies longues et coûteuses le rapport devient inférieur à 10 milliards de francs. C'est ce qui a été retenu dans le compte corrigé comme on l'a vu pour 1989. Si un tel montant de réduction de dépenses est renouvelé chaque année, après le Plan Séguin, ce serait donc une baisse du ticket modérateur de l'ordre de 10 % par an qu'il faudrait accepter. Les prestations augmenteraient alors de 1,8 % en moyenne de 1985 à 1992. Si le but est de stabiliser le ratio des prestations au PIB, l'effort serait de l'ordre de 5 points de ticket modérateur par an compte tenu d'une croissance économique plus élevée à partir de 1989 (2,3 %).

Ce calcul est mécanique et il ne prend pas en compte la réaction des agents. On a vu que la réduction de la couverture sociale avait eu peu d'effet sur les volumes car l'élasticité-prix des dépenses de santé est très faible. En réalité une dégradation aussi forte entrainerait certainement un réajustement des comportements dans le sens d'une baisse sensible de la dépense de santé et des effets pervers .

Comme il s'agit avant tout de réduire la dépense publique de santé, et pas directement la dépense totale des ménages, une telle action sur la demande devrait être accompagnée du développement d'autres formes de couverture accroissant l'efficacité du système par une plus grande responsabilité des consommateurs. Le recours à l'assurance privée est souvent proposé .

Deux cas polaires peuvent être envisagés. Dans un premier le principe de solidarité de la Sécurité sociale est maintenu pour les hauts risques et certains types de soins. En particulier l'hôpital dont le risque est aléatoire et fort pourrait être pris en charge. Les petits risques (soins ambulatoires, pharmaciens) moins coûteux et plus répandus seraient laissés à la charge des ménages (tout au moins avec un très fort ticket modérateur). Une assurance privée, non obligatoire pourrait alors être souscrite. Il est probable que l'on assisterait alors à un glissement tout au moins pour les catégories moins aisées vers les dépenses les mieux protégées. De plus une assurance privée qui ne serait pas généralisée conduirait nombre de personnes à retarder la consultation et à négliger soins préventifs et dépistages peu remboursés. En conséquence la morbidité en serait accrue tout comme les dépenses de santé nécessaires par la suite dans le cadre hospitalier. Réserver à la sécurité sociale un domaine de l'action de santé conduirait probablement à des résultats du type de ceux évoquées pour le budget global.

Une autre solution pourrait consister en la définition de deux systèmes distinguant deux catégories de personnes. Les moins aisées seraient prises en charge à 100 % par la sécurité sociale et ce à partir d'un certain seuil de revenu. Au dessous et peut être de manière progressive, un ticket modérateur très élevé voire de 100 % inciterait à recourir à l'assurance privée. Se pose de manière très délicate la question des normes à définir, très strictes et toujours imparfaites pour séparer celles des personnes qui relèvent de la solidarité et celles qui relèvent de l'assurance privée. De plus parmi les catégories relevant de l'assurance, il est à craindre que la pratique de la sélection des risques et des personnes à hauts risques conduirait à ce qu'une population non négligeable et plus vulnérable soit rapidement exclue. Seraient-elles alors renvoyées à la solidarité ?

Il faut par ailleurs relever que pour qu'un système d'assurance puisse vraiment fonctionner, l'assuré doit pouvoir mesurer la valeur des prestations qui lui seront garanties, or ceci est délicat en matière de santé. De plus, autre limite de ces propositions de développement de l'assurance, les coûts de gestion sont nettement plus élevés que ceux de la sécurité sociale ou des mutuelles (5% environ pour la Sécurité sociale, 7% pour les mutuelles et au moins 18% pour l'assurance).

On doit penser que toute volonté réelle de maîtriser la croissance des dépenses de santé à moyen terme ne peut s'arrêter à la seule réduction de la protection sociale avec les conséquences qui en découleront à un horizon plus lointain que le court terme, celui du bouclage des comptes. Le contrôle de l'offre est, on l'a vu, le plus souvent limité à un champ de la protection sociale. Il peut conduire plus à faire des économies, quitte à réduire la qualité des soins, qu'à gérer de manière plus efficace. Il peut par ailleurs inciter au développement de dépenses d'autres champs de la protection sociale, d'où la nécessité de budgets, de réflexions et de planifications concernant l'ensemble de la protection sociale.

La proposition souvent faite de créer de petites unités de soins où un ensemble de personnes à la fois adhérentes à l'unité et cotisant à un système de sécurité sociale, s'engageraient à ne se faire soigner que dans cette unité pour une durée déterminée répondrait à ce type d'objections. D'une part l'unité serait responsable de la totalité des soins de ses assurés. Il lui faudrait rechercher efficacité et maîtrise de ses coûts ; la gestion de l'ensemble s'opposant à la tentation habituelle de multiplication des actes à prix fixes. D'autre part la concurrence entre ces unités, la possibilité d'en changer pour les assurés seraient garants de la qualité des soins. Cette voie est celle des réseaux de soins coordonnés (RSC) dont les HMO (Health Maintenance Organisations) américains sont les modèles. On doit cependant rappeler que ces HMO ne concernent qu'une faible part de la population aux Etats-Unis et que, de plus, leur efficacité est souvent surestimée. Cependant de telles approches comme d'autres développées autour de petites unités décentralisées, de type associatif devraient être encouragées comme autant d'alternatives susceptibles à la fois de limiter les coûts, en responsabilisant l'assuré tout en recherchant une qualité meilleure suscitée par la concurrence (cas de l'hospitalisation à domicile, notamment des personnes âgées). Elles seraient de plus créatrices d'emplois. Leur impact ne serait cependant pas sensible à court terme.

II - LES DEPENSES DE PRESTATIONS CHOMAGE :

Depuis les réformes de 1982 et 1984, les conditions d'attributions, les allocations versées, les durées d'indemnisations ont été fortement réduites et il paraît

difficile d'aller au delà : les chômeurs sont les victimes d'une catastrophe macroéconomique de grande ampleur ; ils ont droit à l'assistance de la Nation.

Compte-tenu du niveau actuel de cotisations sociales et de l'allocation chômage, nous avons montré qu'il est rentable pour l'Etat de subventionner à 66 % un emploi marginal sauvé ou créé. Bien sûr, cela pose de grandes difficultés de mise en oeuvre :

- une subvention ne favorisant que certaines catégories de travailleurs risque de ne produire que des effets de substitution (et non de création nette d'emplois).

- une subvention temporaire n'est pas un bon aiguillon pour créer une activité nouvelle ; une technique spécifique.

Il convient cependant de garder à l'esprit que ni les chefs d'entreprises, ni les travailleurs ayant effectivement un emploi, ne prennent en compte dans leurs décisions la profondeur du déséquilibre macroéconomique et qu'il convient que l'Etat intervienne.

Les allègements de cotisations en faveur de l'emploi des jeunes et des chômeurs de longue durée vont dans le bon sens. Il ne faut pas hésiter à les élargir à certains secteurs en mauvaise situation de compétitivité. Contrairement à ce qui est souvent avancé, subventionner des secteurs en difficulté ne nuit pas aux secteurs de pointe puisque, tant que la subvention n'atteint pas 66% de la charge salariale, cela se traduit globalement par une économie pour les finances publiques.

La subvention par l'Etat des opérations de réduction de la durée de travail couplées avec l'élargissement de l'emploi et avec l'augmentation de la durée d'utilisation des équipements devrait également être développée. Imaginons, par exemple, une usine qui tourne 39 h par semaine ; le coût salarial unitaire est de 0,8 ; le coût du capital unitaire de 0,2. On passe à 2 x 35 h, grâce à des embauches supplémentaires. Le coût du capital unitaire passe à 0,15 ; l'opération n'est rentable pour l'entreprise que si les travailleurs acceptent une baisse de salaire mensuel de 4,6 %. Or, l'opération est fortement rentable par l'Etat qui à tout intérêt à financer le maintien du salaire des travailleurs concernés.

III - LES PRESTATIONS FAMILIALES :

Les prestations familiales ont la caractéristique de ne pas augmenter tendanciellement en prévision. Elles ont souvent été les parents pauvres dans la passé, dans la mesure où leur pouvoir d'achat a été maintenu et non indexé sur les salaires.

L'ensemble prestations familiale/quotient familial n'apparaît pas fondamentalement injuste si on la considère dans l'optique redistribution à revenu donné entre famille ayant des nombres différents d'enfants. Une réforme qui concentrerait les aides sur les familles les plus pauvres au détriment des plus riches (suppression du quotient familiale par exemple) serait profondément injuste pour les familles nombreuses riches comparées aux célibataires riches ou aux familles riches peu nombreuses. Une fiscalisation complète des prestations familiales (les allocations étant remplacées par un crédit d'impôt) ferait certes diminuer, comptablement, le taux de prélèvement obligatoire mais elles seraient une catastrophe pour les familles les plus modestes, qui attendent régulièrement les allocations familiales.

Par contre, le financement des allocations familiales par un prélèvement plafonné sur les entreprises n'a plus aucune justification aujourd'hui. Il y a plusieurs façons de concevoir une réforme de ce prélèvement:

-la première consiste à ce que, du jour au lendemain, ce prélèvement soit supprimé, les salaires étant augmentés à due concurrence. Par contre, un prélèvement à la source de 6% serait instauré sur l'ensemble des revenus des ménages (hors prestations sociales). La mesure se traduirait par un gain de 3% pour les travailleurs en dessous du plafond, par une légère perte pour les travailleurs au dessus de 1,5 fois le plafond; un léger gain pour les entrepreneurs individuels et une perte pour les titulaires de dividendes, intérêts, etc... Ces transferts ne seraient que la compensation des injustices du système actuel. Par contre il n'y aurait pas d'effet favorable pour les entreprises. La mesure serait sans doute légèrement expansionniste car elle effectuerait un transfert en faveur des salariés les moins bien payés.

-la deuxième supprime de la même façon le prélèvement et instaure également un prélèvement de 6% sur les revenus. Mais on n'augmenterait les salaires que de 6% pour leur partie sous plafond. Les bas salaires n'y gagneraient pas mais il y aurait un transfert des hauts salaires et des revenus de la propriété en faveur des entreprises (avec toutefois l'inconvénient qu'une partie du transfert se perdrait en faveur des entrepreneurs individuels). Cette mesure permettrait, à horizon de 5 ans, de créer 100.000 emplois et de diminuer de 60.000 le nombre de chômeurs. Le solde extérieur s'améliorerait de 11 milliards et celui des administrations de 38 milliards à condition que la politique de change ne fasse pas perdre ces gains de compétitivité (voir partie D).

IV LES PRESTATIONS DE RETRAITE :

Dans ce domaine, les grandes réformes sont derrière nous (relèvement du minimum vieillesse, extension des retraites complémentaires, réforme de l'allocation du régime général, retraite à 60 ans) et nous en subissons les conséquences.

On peut chercher à diminuer le poids des prestations de retraites de trois façons: retarder l'âge de départ à la retraite, diminuer les retraites par tête, étendre les retraites par capitalisation.

-Retarder l'âge de la retraite n'a pas du tout les mêmes conséquences dans une économie proche du plein-emploi et dans une économie en sous-emploi profond et durable (et de ce fait on ne peut importer en France des pratiques japonaises ou américaines). Dans la premier cas, cela permet à la fois d'étendre la production et de diminuer la charge que font peser les retraités. Dans le second, la production n'augmente pas, le nombre de chômeurs augmente et la diminution des prestations retraites est compensée par la hausse des allocations chômage.

Certes, en moyenne, un chômeur coûte moins cher qu'un retraité mais, du point de vue social, on peut considérer que la situation du retraité est plus acceptable que celle

du chômeur. Certes, le départ de certains retraités peut être nuisible à leur entreprise en leur faisant perdre une certaine expérience mais dans une situation de stagnation ou de régression des effectifs, de nombreuses entreprises souffrent du vieillissement de leur personnel qui provoque une sclérose de leur faculté d'innovation et, du fait des règles d'ancienneté, un alourdissement du coût salarial; cela serait encore accentué par le report de l'âge de départ à la retraite.

Aussi, ce report ne se fera sans doute pas en France avant l'an 2000. Ce ne pourra être une question d'actualité que quand la masse des chômeurs, inscrits ou découragés, sera absorbée. D'ici là, on ne peut envisager que des mesures très ponctuelles comme remettre en cause le départ à la retraite à 55 ans de certains personnels sous statut afin de soulager les régimes particuliers très déficitaires.

-On suggère parfois de favoriser le travail au delà de 60 ans. A titre d'exemple, supposons que l'on propose aux personnes de plus de 60 ans, qui ont déjà validé 37,5 années de cotisations vieillesse, de continuer à travailler à 60% du temps plein avec le même salaire brut ; l'opération serait neutre pour l'entreprise celle-ci étant complètement déchargée des cotisations sociales employeurs ou salariés. Supposons que cette mesure intéresse X centaines de milliers de personnes de plus de 60 ans qui sans elle travailleraient à temps plein et Y centaines de milliers qui sinon prendraient leur retraite. En prenant un salaire moyen de 10.000F par mois, on trouve que l'impact sur le nombre de chômeurs serait de $(0.66Y - 0.4X)$ centaines de milliers en plus et sur le solde des régimes de protection sociale de $(1.67Y - 2.52X)$ milliards de francs. Par exemple, si $X=Y=200\ 000$, le nombre de chômeurs augmenterait de 52 000 et le coût pour les finances sociales serait de 1.7 milliard. De toute évidence, ce n'est pas une politique souhaitable.

-Diminuer le montant des retraites par tête soulève aussi des problèmes. Serait-ce conforme aux principes de la solidarité nationale de faire peser la totalité des difficultés sur certaines catégories de français (les personnes âgées) plutôt que sur la totalité? En ce qui concerne le régime général, cela nécessiterait une réforme du système de calcul de la retraite. Est-il judicieux de remettre en cause, comme certains le proposent, la validation des années offertes aux mères élevant un enfant ou le supplément de pensions pour les

personnes ayant élevé 3 enfants ou plus, dans une période où le problème de la natalité est aigu ? Ne serait ce pas une trahison de la parole donnée par l'Etat ? Le principe des 10 meilleures années peut sembler injuste mais il récompense les personnes qui ont eu une carrière ascendante et il permet un certain équilibre avec le système des retraites complémentaires qui, lui, est basé sur la totalité de la carrière. Si toutefois on souhaitait faire plus peser le poids des économies nécessaires sur les retraités que sur l'ensemble des actifs la solution la plus claire serait de faire passer progressivement le taux de 50% du salaire obtenu avec 37,5 années de cotisations à un niveau plus bas, par exemple 45%. La retraite, y compris la retraite complémentaire, représenterait alors 65% du salaire et non plus 70%.

-Le développement des régimes par capitalisation apparaît difficile. En effet l'introduction des retraites par répartition ne s'est peut-être pas fait avec assez de précautions : la période de naissance du système a été utilisée pour servir des prestations à des personnes qui avaient peu ou pas cotisé; les taux de cotisations étaient faibles, les rendements élevés, les réserves accumulées insuffisantes. Si, par libéralisme, on laissait le choix aux ménages et que ceux-ci, constatant qu'actuellement le taux d'intérêt réel est supérieur à la croissance du taux de salaire réel corrigé de la variation du rapport démographique, choisissaient la retraite par capitalisation, qui payerait alors pour les retraites à servir actuellement ?

De plus, il est permis de penser que, en ce qui concerne leurs retraites les ménages préfèrent disposer de la possibilité d'acquérir un actif relativement sûr -un droit proportionnel au pouvoir d'achat des salaires- plutôt qu'un actif financier qui, soit obligatoire fasse courir le risque de l'inflation, soit sous forme d'actions, celui du krach boursier; cela d'autant plus qu'ils peuvent acquérir des actifs financiers par ailleurs. Or il n'y a que l'Etat qui puisse garantir un actif assis sur le pouvoir d'achat du salaire. Aussi le développement de la retraite par capitalisation ne peut guère résoudre les problèmes que connaît aujourd'hui le système des retraites. Il peut le rendre plus aigu si une information orientée convainquait les ménages en activité qu'il serait plus rentable pour eux de ne plus cotiser à la retraite par répartition.

On pourrait cependant concevoir dans la cadre de la retraite par répartition que la constitution de réserves soit encouragée afin que sur périodes longues le taux de rendement ne varie pas. L'expérience montre malheureusement qu'il est difficile de faire ce genre d'arbitrage intertemporel et difficile de comparer le poids des générations successives. La nôtre ne porte-t-elle pas déjà celui du chômage? On voit mal, en cette période où la Sécurité Sociale a déjà des problèmes, comment les régimes de retraites pourraient être fortement excédentaires pour préparer un avenir hypothétique.

Pour conclure, une remise en cause en profondeur de la Sécurité Sociale ne pourrait guère se faire sans remettre en cause les valeurs sociales qui fondent notre pays: les français sont attachés à l'égalité devant les soins médicaux, à un certain niveau de solidarité qui s'exprime par le minimum vieillesse, les allocations familiales, etc...Il n'apparaît pas de réformes profondes qui soient économes et qui puissent rallier l'assentiment.

Au cours de sa séance du 3 novembre 1987, tenue sous la présidence de **M. Christian Poncelet**, président, la Commission a procédé, sur le rapport de **M. Jacques Oudin**, rapporteur spécial, à l'examen des crédits pour 1988 du **ministère des affaires sociales et de l'emploi -Section "Affaires sociales"**.

La Commission a approuvé les conclusions présentées par le rapporteur spécial et décidé **d'adopter** les crédits du budget des Affaires sociales et de l'emploi - Section **"Affaires sociales"** pour 1988.