

N° 31

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1992 1993

Annexe au procès verbal de la séance du 28 octobre 1992.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (1) sur les aspects financiers de la protection sociale,

Par M. Jacques OUDIN ,

Senateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Christian Poncelet, *président* ; Geoffroy de Montalembert, *vice-président d'honneur* ; Jean Cluzel, Paul Girod, Jean Clouet, Jean Pierre Masseret, *vice-présidents* ; Jacques Oudin, Louis Perrein, François Trucy, Robert Vizet, *secrétaires* ; Jean Arthuis, *rapporteur général* ; Philippe Adnot, René Ballayer, Bernard Barbier, Claude Belot, Mme Maryse Berge-Lavigne, MM. Maurice Blin, Ernest Cartigny, Auguste Cazalet, Michel Charasse, Jacques Chaumont, Henri Collard, Maurice Couve de Murville, Pierre Croze, Jacques Delong, Mme Paulette Fost, MM. Henri Goetschy, Emmanuel Hamel, Alain Lambert, Tony Larue, Paul Lorient, Roland du Luart, Michel Manet, Michel Moreigne, Jacques Mossion, Bernard Pellarin, René Regnault, Roger Romani, Michel Sergent, Jacques Sourdille, Henri Torre, René Tregouet, Jacques Valade

Action sociale et solidarité nationale - Rapports d'information.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	9
PREMIERE PARTIE : L'ANALYSE FINANCIERE DE LA PROTECTION SOCIALE OU LE PARADOXE FRANCAIS	17
PROPOS LIMINAIRE : LA COMPLEXITE DU SYSTEME FRANCAIS DE PROTECTION SOCIALE ou DE L'UTILITE DE QUELQUES REPERES CONCEPTUELS ET METHODOLOGIQUES	19
1. Les différentes composantes du concept de protection sociale	20
2. La mise en place progressive et empirique d'un système de protection sociale généralisée	22
3. Une grande diversité institutionnelle	26
4. Un circuit financier complexe	38
5. La difficulté d'une approche statistique globale, fiable et cohérente sur longue période	43
I- UN IMPORTANT BESOIN STRUCTUREL DE FINANCEMENT	45
A. LE SYSTEME FRANÇAIS DE PROTECTION SOCIALE MOBILISE DES MASSES FINANCIERES TRES ELEVEES ET EN CONSTANTE PROGRESSION	45
1. La France consacre une part très importante de sa richesse nationale au financement de la protection sociale	45
2. Le niveau et le rythme d'accroissement des dépenses de protection sociale constatés en France sont supérieurs à ceux des autres grands pays européens	49

	<u>Pages</u>
B. LA STRUCTURE DES DEPENSES DE PROTECTION SOCIALE EST CARACTERISEE PAR LE POIDS PREDOMINANT DES PRESTATIONS LIEES A LA MALADIE ET A LA VIEILLESSE	53
1. Le coût de la gestion	53
2. Les différents types de prestations et leur décomposition par risque	54
3. Une structure de prestations comparable à celle des autres grands pays européens, mais un rythme d'accroissement plus rapide	58
C. LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE A JUSQU'A PRESENT REPOSE ESSENTIELLEMENT SUR LES COTISATIONS	60
1. La prépondérance des cotisations au sein des diverses sources de financement	60
2. Une part croissante des cotisations sociales acquittées par les ménages	62
3. Une structure de financement atypique comparativement aux autres pays européens	64
II - UN SYSTEME DONT LA QUALITE N'EST PAS NECESSAIREMENT PROPORTIONNELLE A L'EFFORT FINANCIER ENGAGE : L'EXEMPLE DES DEPENSES DE SANTE	67
A. LA FRANCE EST L'UN DES PAYS LES PLUS GROS "CONSOmmATEURS DE SANTE" AU MONDE	67
1. Des dépenses de santé parmi les plus élevées au monde ...	68
2. Des dépenses de santé qui continuent à croître à un rythme plus rapide que dans les pays étrangers	69
B. CETTE SITUATION CORRESPOND A UNE INSUFFISANTE MAITRISE DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE	70
1. Le financement public des dépenses de santé absorbe une part croissante de la richesse nationale, plus élevée que celle qu'y consacrent les autres grands pays développés ...	70

	<u>Pages</u>
2. Le montant des dépenses de santé "remboursées" par habitant s'est accru à un rythme rapide et atteint un niveau particulièrement élevé au sein de l'O.C.D.E.	71
C. LE NIVEAU ELEVE ET LE RYTHME D'ACCROISSEMENT RAPIDE DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE NE SE TRADUISENT PAS POUR AUTANT PAR UN ETAT SANITAIRE, NI UN NIVEAU DE PRESTATIONS PARTICULIEREMENT EXCEPTIONNELS	73
1. Les indicateurs disponibles ne montrent pas de corrélation, au sein des pays développés, entre le niveau des dépenses et l'état de santé des populations	74
2. En l'absence de mécanismes de régulation financière, les rigidités et les dysfonctionnements du système de santé français conduisent à des gaspillages patents	75
III - L'INCONTOURNABLE CONTRAINTE ECONOMIQUE D'UNE MAITRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES SOCIALES	81
A. UNE AUGMENTATION CONTINUE DES PRELEVEMENTS SOCIAUX	82
1. Une croissance significative des prélèvements sociaux au sein de l'ensemble des prélèvements obligatoires	82
2. Un taux particulièrement élevé de prélèvements obligatoires et sociaux au sein des pays industrialisés	85
B. LES INCIDENCES MACROECONOMIQUES DU FINANCEMENT DE LA PROGRESSION DES DEPENSES SOCIALES CONSTITUENT A TERME UNE MENACE POUR LA COMPETITIVITE DE L'ECONOMIE FRANÇAISE	88
1. Jusqu'ici la croissance des prélèvements sociaux ne paraît pas avoir obéré de manière certaine le coût du travail	88
2. La croissance des prélèvements sociaux a toutefois pesé sur les salaires directs	89
3. Les incidences macroéconomiques du financement de la progression des dépenses sociales apparaissent de ce fait préoccupantes à long terme	91

C. L'IMPERIEUSE NECESSITE D'UNE MAITRISE DES DEPENSES SOCIALES APPARAÎT CLAIREMENT A LA LUMIERE DES RESULTATS D'UNE PROJECTION A MOYEN TERME DE L'EVOLUTION SPONTANEE DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE	92
1. En dépit d'hypothèses macroéconomiques relativement favorables	93
2. ...la projection à moyen terme des évolutions tendancielle actuellement constatées met en évidence un besoin de financement très élevé	95
3. ...qui, malgré les incertitudes inhérentes à ce genre d'exercice, paraît en tout état de cause difficilement supportable pour la collectivité nationale	101
DEUXIEME PARTIE : L'ABSENCE DE MECANISMES EFFICACES DE REGULATION	103
I - LA CONFUSION DES RÔLES	107
A. L'ETAT ASSUME AUJOURD'HUI L'ESSENTIEL DES RESPONSABILITES	108
1. La fiction de l'autonomie des organismes sociaux	108
2. Une organisation centralisée des ressources financières de la sécurité sociale	110
B. L'ETAT NE DISPOSE PAS NECESSAIREMENT DES MOYENS ADAPTES A L'ETENDUE DE SES INTERVENTIONS	111
1. Des moyens administratifs inadaptés	112
2. Les limites inhérentes à toute gestion centralisée	113
II - LA DIFFICILE PRISE DE CONSCIENCE D'UN PROBLEME STRUCTUREL DE FINANCEMENT	115
A. LA PERSISTANCE DE CERTAINES AMBIGUITES JURIDIQUES ET CONCEPTUELLES	115

	<u>Pages</u>
1. Un système particulièrement émiété	116
2. Deux notions imparfaitement appréciées : solidarité et assurance	119
B. LES LIMITES DE L'APPROCHE COMPTABLE	121
1. L'absence d'agrégats comptables homogènes	121
2. L'interférence de considérations d'ordre politique	124
C. DES CIRCUITS FINANCIERS COMPLEXES, DONT LES DIFFICULTES REELLES DE MISE EN OEUVRE ENTRAVENT LA PRISE DE CONSCIENCE D'UN PROBLEME STRUCTUREL DE FINANCEMENT	128
1. Un dispositif complexe : la compensation entre les régimes sociaux	128
2. Des difficultés de mise en oeuvre entravant parfois la prise de conscience d'un problème structurel de financement	131
3. Des critiques qui ne sauraient toutefois aboutir à la remise en cause d'un dispositif ayant fait la preuve de son utilité et de son efficacité	132
III - LE NECESSAIRE DEPASSEMENT DES MESURES PALLIATIVES	135
A. UN IMPOSSIBLE EQUILIBRE FINANCIER ?	135
1. Le déficit de la sécurité sociale : mythes et réalité	136
2. La confirmation de l'efficacité limitée des plans ponctuels de financement	140
B. LA NECESSITE DE L'ENGAGEMENT DE REFORMES STRUCTURELLES	155
1. Le financement de la protection sociale : une réforme à l'ordre du jour depuis 1945	155
2. Des aménagements concrets limités	158

	<u>Pages</u>
TROISIEME PARTIE : LES PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL ou L'IDENTIFICATION DES ELEMENTS FONDAMENTAUX D'UNE REFORME DU SYSTEME FRANÇAIS DE PROTECTION SOCIALE	161
I- LA DETERMINATION DU CHAMP DES POSSIBLES	164
A. L'IMPOSSIBILITE PRATIQUE ET POLITIQUE DES SOLUTIONS EXTRÊMES	164
1. Les systèmes de protection sociale : un essai de typologie ..	164
2. Les tentations impossibles du système français de protection sociale	166
B-UNE SOLUTION DE BON SENS : L'AMÉNAGEMENT PRAGMATIQUE ET RAISONNÉ DU SYSTÈME EXISTANT	167
1. Le niveau actuel des prélèvements obligatoires affectés au financement de la protection sociale doit suffire pour assurer durablement les solidarités essentielles	168
2. La complémentarité de l'action des différents acteurs susceptibles de participer, plus ou moins directement, à la gestion de la protection sociale, doit être favorisée.	170
II- LES MODALITES D'UNE ADAPTATION PROGRESSIVE DES REGIMES DE RETRAITE	174
A.LA RÉPARTITION : UN INCONTESTABLE SUCCÈS QU'IL CONVIENT DÉSORMAIS DE CONFORTER	175
1. Le constat du succès des régimes de retraite par répartition	176
2. L'identification des perspectives à moyen et long terme ...	179
3. Une évolution raisonnable : l'adaptation des régimes de retraite par répartition à leur nouvel environnement	184

	<u>Pages</u>
B. L'ÉPARGNE RETRAITE : UN COMPLÉMENT VOLONTAIRE DEVANT ÊTRE ENCOURAGÉ	188
III - LA RESPONSABILISATION DES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ	191
A. L'IDENTIFICATION DE QUELQUES PRINCIPES FONDAMENTAUX	192
1. Le respect du caractère libéral de l'activité médicale	192
2. La participation effective du corps médical à la définition des objectifs du système de santé	193
3. L'affirmation d'un impératif de gestion	193
4. La régionalisation des structures et des procédures décisionnelles	194
5. La prise en compte des spécificités du système de santé ...	195
B. LA DÉFINITION PROGRESSIVE ET EMPIRIQUE D'UN NOUVEL ÉQUILIBRE INSTITUTIONNEL ET FINANCIER	195
1. La régionalisation des structures et des modalités d'organisation du système hospitalier	196
2. Les premiers jalons d'une autorégulation des dépenses de médecine ambulatoire	200
IV - LA RENOVATION DES FINALITÉS ET DU MODE DE FINANCEMENT DE LA BRANCHE FAMILLE	203
A. LA RATIONALISATION NÉCESSAIRE DU SYSTÈME DE PRESTATIONS FAMILIALES	203
B. LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA BRANCHE FAMILLE	204

	<u>Pages</u>
V - LA DEFINITION DE PROCEDURES PERMETTANT D'ASSOCIER, EN TOUTE TRANSPARENCE, LA NATION A LA GESTION DE LA SECURITE SOCIALE . . .	206
A. DU PARITARISME A LA GESTION TRIPARTITE	207
B. L'ETABLISSEMENT D'INDICATEURS FINANCIERS COHERENTS ET PERTINENTS	208
C. LA CREATION D'UN ORGANISME SPECIFIQUE INCARNANT L'UNITE DE LA SECURITE SOCIALE ..	209
D. LA DEFINITION D'UN MECANISME SOLENNEL DE VERIFICATION ANNUELLE DE L'ADEQUATION DE L'EVOLUTION DE LA SECURITE SOCIALE A SON ENVIRONNEMENT	210
1. Des limites à la transparence des comptes sociaux...	211
2. ...qui doivent impérativement être dépassées	212
EXAMEN EN COMMISSION	215
ANNEXE I : Observations de M. Jean-Pierre Masseret, membre du groupe de travail, et représentant le groupe socialiste	221
ANNEXE II : Observations de M. Robert Vizet, membre du groupe de travail, et représentant le groupe communiste	225
ANNEXE III : Comptes rendus des auditions du groupe de travail	229

AVANT-PROPOS

Ce rapport n'a pas la prétention d'examiner la totalité des problèmes concernant la Sécurité sociale et d'apporter des réponses à toutes les difficultés qu'elle rencontre.

La création du groupe de travail a été souhaitée par la Commission des finances, du Contrôle budgétaire et des Comptes économiques de la Nation en raison de l'évolution inquiétante d'une situation financière qu'aucune réforme sérieuse ne semble actuellement pouvoir redresser.

Après plusieurs mois de travail, de réflexion et d'auditions, le groupe de travail présente ici ses conclusions qui, schématiquement,

- s'appuient sur quatre constats,
- réaffirment les quatre grands principes de toute réforme,
- et déterminent les quatre axes prioritaires d'intervention.

QUATRE CONSTATS

1. Une réussite collective : Notre système de protection sociale est désormais un acquis national que la France a mis deux générations à bâtir, à partir de l'ordonnance du 9 octobre 1945 signée par le Général de Gaulle.

Les Français se sentent globalement protégés contre les aléas de la vie et les incertitudes du lendemain.

Les Français sont attachés à leur Sécurité sociale et souhaitent préserver ce précieux héritage.

2. Un niveau élevé de protection doublé d'une forte demande

Tous les chiffres démontrent que la France se situe parmi les premières nations industrialisées pour le niveau de protection sociale.

Les prélèvements sociaux se sont accrus notablement plus vite que les prélèvements fiscaux. La croissance des prélèvements sociaux constitue la cause majeure de l'augmentation des prélèvements obligatoires qui atteignent désormais environ 44 % de la richesse nationale.

Les dépenses de santé ou d'assurance maladie par habitant placent la France également en tête des nations. En dépit d'une telle situation, la demande de santé est toujours très forte dans notre pays, à tel point que l'élasticité par rapport au revenu est une des premières du monde.

Si les ménages sont libres d'affecter aux dépenses de santé une part grandissante de leurs revenus, en revanche, une telle pression sur les dépenses remboursées par l'assurance maladie pose à l'évidence le problème de la régulation médicalisée de ces dernières.

En ce qui concerne les retraités, le niveau moyen des retraites des salariés donne à cette catégorie sociale une parité relative de niveau de vie avec les actifs. S'il n'en est pas exactement de même avec d'autres catégories sociales comme les agriculteurs, les commerçants ou les artisans, il n'en demeure pas moins que désormais, retraite et pauvreté ne sont plus synonymes.

Enfin, la part faite aux allocations familiales dans notre système de protection sociale est largement supérieure au taux moyen constaté dans la Communauté européenne ou dans les pays de l'O.C.D.E.

3. La contrainte du ralentissement de la croissance

Pendant près de 30 ans, la croissance économique, le développement du salariat et du niveau de vie a permis de financer sans trop de difficultés l'extension de notre système de protection sociale.

Au début des années 1970, le niveau de nos prélèvements obligatoires était à peu près semblable à celui de nos principaux partenaires européens.

En dépit des crises survenues à partir de 1974, du ralentissement important du taux moyen de croissance, de l'apparition d'un chômage grandissant, nous avons poursuivi le développement de notre protection sociale que nous n'avons pu financer que par une forte augmentation des prélèvements sociaux.

Ceux-ci se sont accrus de près de 50 % en 20 ans. Une telle évolution ne paraît pas avoir été sans incidence sur la dévalorisation relative de notre monnaie nationale.

Les multiples plans de redressement n'ont guère modifié la tendance profonde à l'accroissement des dépenses et à l'apparition périodique de déficits financiers qui deviennent désormais chroniques et inquiétants.

4. L'inaptitude à la réforme

La décennie écoulée a mis en évidence de façon étonnante notre propension à rédiger de nombreux rapports et notre aversion à engager les réformes essentielles à la préservation de notre système de protection sociale.

La plupart de ces rapports furent de grande qualité mais une mention spéciale doit être accordée au rapport du Comité des Sages publié en 1987 et au Livre blanc sur les retraites publié en 1991.

Sur la base du premier, les Etats généraux de la Sécurité sociale ont montré l'intérêt de nos concitoyens pour une participation active à une réflexion nationale sur l'avenir de la Sécurité sociale.

L'expérience n'a malheureusement pas été poursuivie et les débats parlementaires sur ce vaste problème ont été particulièrement modestes en dépit de nombreuses promesses.

Cela est particulièrement vrai pour le problème des retraites. Le Livre blanc de 1991 a été suivi de deux autres rapports mais d'aucune décision significative, alors même que les autres pays développés avaient pris, pour la plupart, des mesures d'inflexion dès le milieu de la décennie 1980.

QUATRE GRANDS PRINCIPES POUR UNE RÉFORME

1. Ne pas accroître les prélèvements, ne pas baisser les remboursements ou les prestations

Le groupe de travail est parti d'un postulat et d'un principe : compte tenu du développement de notre protection sociale et du niveau de nos prélèvements sociaux, nous avons estimé que toute amélioration de notre dispositif social devait se faire sans prélèvement supplémentaire sur la richesse nationale.

Cela implique d'apporter une attention prioritaire aux éventuels gains de productivité et à leur réaffectation. D'autre part, nous n'avons pas estimé devoir proposer des diminutions de prestation ou de remboursement mais, plutôt, de nouvelles modalités de contrôle de l'évolution des dépenses.

2. Eviter les solutions extrêmes en améliorant l'existant

S'il est exact que notre régime de sécurité sociale s'est inspiré des grands principes d'unité, d'universalité et d'uniformité, il n'en est pas moins vrai que la situation actuelle se caractérise par une diversité, une hétérogénéité et une complexité étonnante des régimes et des prestations.

De même le principe initial de gestion par les partenaires sociaux a été mis à mal avec le développement des difficultés financières et l'intervention accrue de l'État.

Dans un tel contexte, toute solution extrême allant soit vers un étatsisme accru, soit vers un libéralisme à l'américaine est d'emblée vouée à l'échec.

L'existant doit être amélioré en commençant par le régime général qui constitue le socle de notre système de protection sociale.

3. Associer à la réforme et à la gestion les différents partenaires

A l'évidence, les partenaires sociaux n'ont, actuellement, qu'un rôle limité dans les grandes décisions concernant la gestion de notre système d'assurance maladie ou d'assurance vieillesse.

Le corps médical se sent à la fois menacé et particulièrement concerné.

Les citoyens, pour leur part, n'ont guère le sentiment d'être parfaitement représentés.

Quelles que soient les modalités envisagées, la participation des partenaires à la réflexion comme à la gestion future de notre système de protection sociale est un élément essentiel de la réussite.

4. Intégrer le facteur temps et la progressivité à la mise en oeuvre des réformes

La plupart de nos partenaires ont déjà pris des mesures d'inflexion pour adapter leur système de retraite ou leur appareil hospitalier. La France, pour sa part, a perdu un temps précieux d'autant plus que, compte tenu des contraintes et des rigidités, les différentes mesures envisagées ne pourront être mises en oeuvre qu'avec une grande progressivité.

QUATRE AXES PRIORITAIRES D'INTERVENTION

1. La clarté des comptes et de l'information doit être le préalable essentiel pour une réforme d'ensemble des différentes branches de la Sécurité sociale et une intervention annuelle du Parlement.

Bien que notre système de protection sociale mette en jeu des masses financières considérables, nos comptes sociaux font apparaître de graves insuffisances.

La Cour des Comptes devrait avoir une compétence élargie pour arrêter les comptes sociaux pour les années passées.

La Commission des Comptes de la Sécurité sociale devrait voir son activité encadrée avec plus de rigueur en utilisant un cadre comptable normalisé et irréfutable.

L'information du Parlement, qui est actuellement particulièrement déficiente, doit être améliorée afin qu'un débat annuel permette de déterminer certaines variables essentielles comme le taux de la contribution sociale généralisée ou le montant nécessaire de la dotation nationale hospitalière.

L'action du Parlement devrait d'ailleurs s'appuyer sur les orientations proposées par un Conseil national de la Sécurité sociale. Ce Conseil national, composé d'un petit nombre de personnalités indépendantes, aurait un rôle d'expertise et de proposition, notamment en ce qui concerne l'adaptation de la Sécurité sociale à l'évolution de son environnement.

2. La problématique de notre système de retraite est désormais bien connue.

Les deux principes de bases qui doivent impérativement être préservés sont :

- L'incontestable succès des régimes de retraite par répartition ne saurait en aucun cas servir d'alibi à l'immobilisme actuellement observé en ce domaine.

La réforme de ces régimes de retraite par répartition s'avère aujourd'hui impérative, sous peine d'en menacer la pérennité. La dégradation de leur situation financière ayant déjà commencé depuis quelques années, l'immobilisme et le maintien en l'état constitueraient le plus sûr moyen d'aboutir à leur remise en cause.

En effet, il paraît difficile d'imputer aux seuls actifs la charge croissante de l'équilibre de ces régimes. L'alourdissement continu des cotisations se révélerait tôt ou tard économiquement et socialement insupportable. Il pourrait ainsi conduire les actifs à remettre en cause la solidarité entre générations qui est au coeur des régimes existants.

La réforme des régimes de retraite par répartition devra par ailleurs satisfaire à une exigence fondamentale, à savoir le maintien du pouvoir d'achat des pensions.

- Le recours au complément volontaire de l'épargne retraite ne saurait être éludé plus longtemps.

Parallèlement à la réforme des régimes obligatoires, le recours à l'épargne retraite, considérée comme un complément volontaire aux prestations légales et non comme un mode d'organisation concurrent, doit être encouragé, notamment par la définition d'un cadre fiscal adapté.

3. Dans le domaine de l'assurance maladie, deux principes de base doivent être garantis :

- celui du caractère libéral de l'activité médicale,
- celui de l'accès aux soins pour tous.

Dans ces conditions, trois orientations doivent assurer la maîtrise concertée de l'évolution des dépenses :

- la participation effective du corps médical à la définition des objectifs du système de santé et à sa mise en oeuvre,
- la régionalisation des structures et des modalités d'organisation du système hospitalier,
- la contractualisation des rapports entre les autorités de tutelle et les différents partenaires appelés à gérer le système de santé.

4. Enfin, en ce qui concerne la branche famille, les deux objectifs prioritaires concernent :

- la modification du financement qui ne saurait être maintenu à la charge exclusive des entreprises,
- la priorité renforcée qui doit être accordée au "3ème enfant", élément essentiel d'un rééquilibrage démographique encore hypothétique.



Il est évident que ce rapport n'est qu'une première étape dans le développement des réflexions qui doivent s'engager au niveau parlementaire.

L'avenir de notre système de protection sociale est un enjeu considérable et le Parlement se doit d'apporter une contribution décisive à la préparation des choix qu'il sera amené à voter.

PREMIERE PARTIE

**L'ANALYSE FINANCIERE
DE LA PROTECTION SOCIALE
OU LE PARADOXE FRANCAIS**

PREMIERE PARTIE

PROPOS LIMINAIRE

**LA COMPLEXITE DU
SYSTEME FRANCAIS
DE PROTECTION SOCIALE
ou
DE L'UTILITE DE
QUELQUES REPERES
CONCEPTUELS ET METHODOLOGIQUES**

Le système français de protection sociale se caractérise aujourd'hui par l'hétérogénéité de ses structures et la complexité de son organisation, qui rendent nécessaire une définition préalable de ses différentes composantes.

En effet, la mise en place progressive et empirique d'un système de protection sociale généralisée en France a abouti à un certain émiettement institutionnel.

Il en résulte un circuit financier particulièrement complexe dont l'approche statistique se révèle délicate.

1. Les différentes composantes du concept de protection sociale

La notion de protection sociale recouvre deux composantes de nature différente auxquelles correspondent, du moins en principe et à l'origine, des modalités de financement distinctes, à savoir :

a) Les régimes d'assurances sociales, qui sont destinés à couvrir, par le versement de prestations, les charges résultant pour les ménages de la réalisation de certains "risques" : maladie, maternité, vieillesse, accident du travail...

Ils sont normalement financés par des cotisations versées par les assurés soumis à ces risques, en contrepartie du bénéfice de ces prestations.

- Le versement de telles cotisations peut être imposé par la collectivité à titre obligatoire : c'est le cas des régimes de **Sécurité sociale proprement dite**, auxquels l'affiliation est automatique.

- Il peut également être facultatif et résulter de l'initiative individuelle : c'est le cas des régimes d'assurances sociales financés par les organismes mutualistes auxquels l'adhésion est volontaire.

b) Les régimes d'intervention sociale, et notamment d'aide sociale, qui ont pour finalité l'attribution de prestations à des groupes spécifiques de la population définis par référence à un niveau de revenu, en l'absence de contribution personnelle de la part des intéressés.

Ces dépenses sont normalement financées par l'impôt (impôts d'Etat ou impôts locaux). Ce sont par exemple le revenu minimum d'insertion (R.M.I.), les aides aux chômeurs versées par le

Fonds national de solidarité ou le Fonds national pour l'emploi ou les aides au logement versées par le Fonds national de l'aide au logement ou le Fonds national de l'habitat.

Ainsi le champ de la protection sociale est-il plus large que celui de la sécurité sociale proprement dite, alors que les deux notions sont fréquemment confondues.

Le tableau ci-dessous récapitule les différentes composantes du système français de protection sociale.

Protection sociale

Assurance sociale

Sécurité sociale

Assurance chômage : U.N.E.D.I.C., fonds national de garantie des salaires...

Régimes d'employeurs

Les prestations versées sont liées au statut ou au contrat de travail définis selon des conventions collectives ou des accords d'entreprises : compléments familiaux, indemnités de licenciement...

Mutuelles

Définies par le code de la mutualité, elles sont financées par des cotisations volontaires.

Interventions sociales des pouvoirs publics

Aide sociale de l'Etat et des collectivités locales.

Aide aux chômeurs : fonds de solidarité, fonds national pour l'emploi.

Aide au logement : fonds national de l'aide au logement, fonds national de l'habitat.

Interventions sociales des administrations privées

Activités d'associations privées à but non lucratif financées par des dons ou des contributions volontaires : Croix-Rouge, Secours catholique, Secours populaire...

2. La mise en place progressive et empirique d'un système de protection sociale généralisée

En dépit de l'adoption de diverses mesures législatives depuis la fin du XIX^e siècle, la totalité de la population française ne bénéficiait pas, avant la seconde guerre mondiale, d'une protection sociale complète : celle-ci restait partielle, réservée à certaines catégories professionnelles particulières (fonctionnaires, mineurs, agents de chemin de fer...) ou, pour l'essentiel, aux salariés. La protection des professions indépendantes contre les risques majeurs que représentent la maladie et la vieillesse relevait encore d'un effort de prévoyance individuelle, par l'entremise de la mutualité.

A la Libération, l'idée fondamentale de créer un système de protection beaucoup plus étendu et beaucoup plus cohérent, traduisant une solidarité située à l'échelle de la collectivité nationale toute entière, s'est imposée en s'appuyant sur une notion entièrement nouvelle : la sécurité sociale.

A partir des principes de base définis en 1945, le système français de protection sociale a fait l'objet d'une généralisation et d'une extension progressives, tant en ce qui concerne la qualité des bénéficiaires que la nature des prestations fournies, la démarche empirique adoptée pour parvenir à cette généralisation s'étant concrétisée par la mise en place d'un dispositif complexe.

a) Les principes fondateurs : l'ordonnance du 4 octobre 1945

L'ordonnance du 4 octobre 1945 constitue la pierre angulaire du système français de protection sociale et en pose les principes fondamentaux.

Par son article 1er, cette ordonnance dispose :

"Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou supprimer leur capacité au gain, à couvrir les charges de maternité ou les charges de familles qu'ils supportent."

Diverses circonstances convergentes expliquent l'émergence de la notion de sécurité sociale à cette époque, à savoir :

- les réflexions et les exigences de la Résistance intérieure telles qu'elles furent notamment formulées dans le programme du Conseil national de la Résistance ;

- l'exemple du réformisme britannique directement inspiré des thèses de Beveridge, plus généralement connues sous le nom des "3 U", à savoir :

- **Unité**, c'est-à-dire un seul régime d'accueil ;
- **Universalité**, afin de couvrir l'ensemble des résidents sur un territoire donné ;
- **Uniformité** des prestations.

- l'affirmation, au niveau national (Préambule de la Constitution de 1946) et international (Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948), d'une démocratie sociale complétant la démocratie politique.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 s'inscrit donc dans cette logique en affirmant l'objectif d'une organisation unifiée de la Sécurité sociale et en définissant également quelques principes essentiels :

. en matière de financement, assuré par des cotisations patronales et ouvrières ;

. en matière de gestion, les caisses de sécurité sociale étant des caisses de droit privé, distinctes de l'administration d'Etat, où l'adhésion est obligatoire mais dont la responsabilité est confiée à des conseils élus ;

. en ce qui concerne les risques couverts, les caisses assurant une protection contre l'ensemble des risques traditionnels, chômage excepté et fournissant également des prestations familiales à l'ensemble de la population (hors secteur agricole).

Par ailleurs, l'alinéa 3 de l'article 1er pose le principe d'une extension de cette organisation "à des catégories nouvelles de bénéficiaires et à des risques ou prestations non prévus par les textes en vigueur".

b) Une extension progressive et empirique

L'extension de la sécurité sociale aux différentes catégories socio-professionnelles a été progressivement réalisée à

partir de 1945. Elle a fait l'objet de nombreuses mesures législatives ou réglementaires qui sont retracées dans le tableau ci-après.

L'extension progressive de la protection sociale en France depuis 1945

	Textes législatifs et réglementaires	OBJET
Gouvernement provisoire de la République Française	Ordonnance du 4 octobre 1945	Organisation du régime des salariés du commerce et de l'industrie au régime général
	Ordonnance du 19 octobre 1945	Les assurances sociales deviennent une branche particulière du régime général
	Loi du 22 mai 1946	Première tentative de généralisation du régime général
	Loi du 22 août 1946	Généralisation des prestations familiales
IV ^e République	Loi du 30 octobre 1946	Rattachement de la réparation des accidents du travail au régime général
	Loi du 17 janvier 1948	Création de trois régimes autonomes d'assurance vieillesse : - professions industrielles et commerciales - professions artisanales - professions libérales
	- Loi du 20 septembre 1948 - Loi du 21 juillet 1949 - Décret du 3 octobre 1949	Extension du régime général : - aux étudiants - aux écrivains non salariés - aux militaires de carrière
	Loi du 10 juillet 1952	Mise en place du régime vieillesse des exploitants agricoles
	Loi du 26 août 1954	Extension du régime général aux veuves et orphelins de guerre
V ^e République PRESIDENCE DE Ch. DE GAULLE	Loi du 25 janvier 1961	Création d'un régime d'assurance-maladie, maternité et invalidité pour les exploitants agricoles (A.M.E.X.A.)
	Loi du 12 juillet 1966	Création d'une assurance maladie maternité pour les professions non salariées non agricoles
	Loi du 22 décembre 1966	Assurance obligatoire des exploitants agricoles pour les accidents de la vie privée et les accidents du travail
	Ordonnances n° 67-708 et n° 67-709 du 21 août 1967	Généralisation des prestations familiales et de l'assurance volontaire

	Textes législatifs et réglementaires	OBJET
PRESIDENCE DE C. POMPIDOU	Loi du 6 janvier 1970	Modification de la loi du 12 juillet 1966 relative à l'assurance maladie maternité des professions non salariées non agricoles
	Loi du 3 juillet 1972	Alignement de l'assurance vieillesse des industriels, commerçants et artisans sur le régime général
	Loi du 25 octobre 1972	Garantie des salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles
	Loi du 29 décembre 1972	Généralisation de la retraite complémentaire à l'ensemble des salariés
	Loi du 27 décembre 1973	Harmonisation progressive des régimes des artisans et commerçants avec le régime général
PRESIDENCE DE V. GISCARD D'ESTAING	Loi du 4 juillet 1975	Extension des prestations familiales à l'ensemble de la population résidente, sans condition d'activité (à compter du 1er janvier 1978)
	Loi du 2 janvier 1978	Élargissement complémentaire du champ d'application des régimes légaux : - création d'un régime spécifique au profit des ministres du culte et des membres des congrégations religieuses - création d'une assurance personnelle facultative pour les personnes non affiliées à un régime existant
	Loi du 17 juillet 1980	Création d'une assurance veuvage en faveur des conjoints survivants ayant, ou ayant eu, des charges de famille
PRESIDENCE DE F. MITTERRAND	Ordonnance du 26 mars 1982	Amélioration du taux des pensions vieillesse servies à l'âge de 60 ans ("retraite à 60 ans")
	Loi du 1er décembre 1988	Création du Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.)
	Loi de finances pour 1991	Création de la Contribution sociale généralisée (C.S.G.)

Cette extension a été particulièrement rapide et significative au cours de la période 1959-1974. Pour le seul régime général, l'effectif des personnes protégées, apprécié par rapport à la population totale, est ainsi passé de 45 % en 1959 à 75 % en 1974.

Aujourd'hui, la quasi-totalité de la population française (99 %) est couverte par un régime d'assurances sociales.

Toutefois, cette couverture n'a pu être réalisée dans les conditions initialement prévues par l'ordonnance de 1945, c'est-à-dire par l'extension progressive du régime général à l'ensemble de la population française, essentiellement pour des raisons :

- conjoncturelles : la loi du 22 mai 1946 liant l'extension du régime général à la hausse de l'indice des prix industriels, la stagnation de la production industrielle des années 1947-1948 a entraîné l'échec de cette mesure ;

- liées au maintien d'avantages jugés supérieurs au nouveau régime, notamment dans le cadre de certains régimes spéciaux de salariés (SNCF, mines, EDF, fonctionnaires, etc...) ;

- catégorielles : les catégories professionnelles non salariées non agricoles refusant d'être affiliées au régime obligatoire d'assurances sociales des salariés.

En conséquence, la généralisation des assurances sociales s'est concrétisée par la juxtaposition de régimes distincts concernant différentes populations et n'assurant pas nécessairement une protection identique à leurs ressortissants.

Toutefois, un effort continu se manifeste dans le sens d'une harmonisation des prestations accordées par ces différents régimes afin de parvenir à un niveau de protection suffisant.

3. Une grande diversité institutionnelle

C'est ainsi que, pour des raisons essentiellement historiques liées à l'héritage des premières initiatives de prévoyance collective, le système français de protection sociale se caractérise par un véritable émiettement institutionnel.

Il comprend avant tout une "organisation de la sécurité sociale" constituée par les régimes légaux :

- le régime général, qui en est la pièce maîtresse, avec près de 350 caisses employant 180.000 agents (132 caisses primaires d'assurance maladie, 115 caisses d'allocations familiales, 115 unions de recouvrement de cotisations de sécurité sociale, 16 caisses régionales d'assurance maladie et 5 organismes nationaux) ;

- les autres régimes de base notamment agricoles (caisses de mutualité sociale agricole), de travailleurs indépendants (en maladie, la Caisse nationale d'assurance maladie -C.A.N.A.M.-), les caisses mutuelles régionales et organismes subventionnés (en vieillesse l'O.R.G.A.N.I.C. pour les commerçants, la C.A.N.C.A.V.A. pour les artisans, la Caisse nationale des professions libérales et ses 13 sections, ...).

- les grands régimes spéciaux à gestion plus ou moins spécifique, généralement assurée par les organismes employeurs : fonctionnaires, militaires, E.D.F., S.N.C.F....

Ces régimes sont obligatoires pour les personnes visées par la loi. Ils couvrent également, pour certains risques, des personnes qui ne cotisent pas, cette observation valant surtout pour le régime général.

L'ensemble de ces régimes légaux constitue la sécurité sociale proprement dite.

Cette sécurité sociale est complétée par des efforts volontaires ou d'origine volontaire qui revêtent les formes les plus variables et sont destinés à compléter les prestations des régimes légaux ou à en compléter les lacunes. Il s'agit :

- *des régimes complémentaires de retraite et de prévoyances* assurant une couverture complémentaire des risques vieillesse, maladie, invalidité, décès et accident. Les régimes complémentaires créés par convention collective et rendus obligatoires par agrément ministériel, qu'ils aient ou non un caractère interprofessionnel, sont les plus proches des régimes légaux ;

- *des efforts de prévoyance individuels* pour les personnes estimant insuffisante la protection résultant des régimes légaux ou complémentaires et qui ont recours, soit aux mutuelles, soit aux assurances commerciales ;

- *de l'assurance-chômage* organisée depuis 1958 dans le cadre d'une convention conclue entre les partenaires sociaux et dont la gestion est confiée aux Associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (A.S.S.E.D.I.C.), et à l'Union nationale

interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (U.N.E.D.I.C.).

Enfin, l'aide sociale recouvre, dans leur ensemble, les aides que les collectivités publiques apportent à ceux dont les ressources sont insuffisantes pour leur permettre de subvenir à leurs besoins élémentaires (ex : loi du 1er décembre 1988 créant le Revenu Minimum d'Insertion).

a) La diversité des régimes

En dehors du régime dit "général" de la sécurité sociale dont relèvent tous les salariés du commerce et de l'industrie, coexistent un très grand nombre de régimes spéciaux ou complémentaires d'assurances sociales.

La Commission des comptes de la sécurité sociale recense ainsi 538 régimes distincts dont la liste est récapitulée dans le tableau ci-après. On dénombre ainsi :

- 520 régimes pour les salariés, dont :

. 133 régimes de base : outre le régime général, le Fonds spécial d'allocation vieillesse et le régime des salariés agricoles, on dénombre 130 régimes spéciaux de salariés dont certains d'entre eux sont déjà des regroupements de régimes particuliers (il existe ainsi 78 régimes particuliers des collectivités locales d'Alsace-Moselle).

- 387 régimes complémentaires

Les régimes complémentaires les plus importants sont regroupés dans le cadre :

- soit de l'association générale des institutions de retraite des cadres (A.G.I.R.C.) qui comprend 57 institutions ;

- soit de l'association des régimes de retraite complémentaire (A.R.R.C.O.) qui comprend 45 régimes gérés par 113 institutions.

D'autres régimes complémentaires de retraite couvrent les catégories professionnelles ne relevant pas de l'A.R.R.C.O. ou de l'A.G.I.R.C.

Il s'agit du personnel des transports (Air France, Aviation civile et Compagnie générale Maritime) et du secteur public (I.R.C.A.N.T.E.C. et C.P.P.O.S.S.).

Par ailleurs, les salariés de certaines branches (Banques, caisses d'épargne, sociétés d'assurances, etc...) ainsi que l'ensemble des cadres supérieurs bénéficient de régimes de retraite qui s'ajoutent aux prestations de l'A.G.I.R.C. et de l'A.R.R.C.O.

Enfin, il existe diverses caisses de prévoyance dont les plus importantes sont la caisse interprofessionnelle de prévoyance des cadres (C.I.P.C.) et la caisse nationale de prévoyance des ouvriers du bâtiment et des travaux publics (C.N.P.O.).

- 18 régimes pour les non salariés

Les non salariés du secteur agricole disposent d'un régime particulier, les autres professions indépendantes étant affiliées :

- pour le risque maladie : à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés (C.A.N.A.M.) ;

- pour le risque vieillesse : à l'un des quatre régimes professionnels (artisans, commerçants et industriels, professions libérales, avocats).

A côté de ces régimes de base, il existe des régimes vieillesse complémentaires, les uns obligatoires, les autres facultatifs.

En outre, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales comporte treize sections professionnelles, qui gèrent chacune de façon indépendante leur propre régime complémentaire.

Cet émiettement du système français de protection sociale, reflété par la multiplicité des régimes légaux ou complémentaires, s'avère générateur de lourdeur et de confusion administrative, elles-mêmes préjudiciables à tout effort de gestion rationnelle.

D'autre part, l'autonomie de ces différents régimes n'est pas complète, voire quelque peu artificielle, puisque des mécanismes de compensation ont dû être mis en place pour faire face au déséquilibre démographique de certains régimes.

LES 538 REGIMES DE SECURITE SOCIALE

(Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale)

nombre de
régimes dans
la catégorie
correspondante

REGIME GENERAL, comprenant 8 organismes ou groupes d'organismes faisant l'objet de comptes consolidés	1
caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	
caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)	
caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)	
agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	
union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)	
centres régionaux de traitement de l'information (CERTI)	
unions immobilières des organismes de sécurité sociale (UIOSS)	
centres régionaux de formation et de perfectionnement professionnels (CRFPP)	
FONDS SPECIAL D'ALLOCATION VIEILLESSE	1
REGIME DES SALAIRES AGRICOLES	1
REGIMES SPECIAUX	130
Régimes spéciaux principaux ayant plus de 20.000 affiliés	15
agents de l'Etat	1
caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS)	1
fonds spécial des pensions des ouvriers de l'Etat (FSPOEIE)	1
caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	1
caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et régime de son personnel	2
agents de l'EDF-GDF	1
agents de la SNCF	1
agents de la RATP	1
établissement national des invalides de la marine (ENIM)	1
caisse autonome mutuelle de retraite des chemins de fer d'intérêt local (CAMR)	1
caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)	1
caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes (CAMAC)	1
caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes (CAMAVIC)	1
régime du personnel de la banque de France	1
Autres régimes spéciaux	115
régime du personnel du crédit foncier de France	1
régime de retraite de la SETA	1
régime du personnel de la compagnie générale des eaux	1
caisse de retraite de l'opéra et de l'opéra comique	1
caisse de retraite de la comédie Française	1
régimes divers gérés par la caisse des dépôts et consignations	19
caisses d'invalidité et d'accidents du travail	9
rentes d'accident du travail des ouvriers civils des établissements militaires (RATOCEM)	1
rentes d'accident du travail de l'assistance publique de Paris	1
rentes d'accident du travail de la mairie de Paris	1
rentes d'accident du travail du département de Paris	1
allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL)	1
fonds de prévoyance militaire (FPM)	1
fonds de prévoyance de l'aéronautique (FPA)	1
fonds de prévoyance des sports aériens (FPSA)	1
régime d'indemnisation des sapeurs pompiers communaux non professionnels (RISPPC)	1
caisses de retraite	10
fonds de compensation cessation progressive d'activité des agents des collectivités locales	1
fonds de compensation cessation anticipée d'activité des agents des collectivités locales	1
l'imprimerie nationale	1
caisse de retraite de la préfecture de la Moselle	1
caisse de retraite de la préfecture du Bas-Rhin	1
caisse de retraite de la préfecture du Haut-Rhin	1
caisse de retraite des cantonniers de l'Isère	1
caisse de retraite des chemins de fer de l'Hérault	
caisse de retraite du conseil économique et social	1
caisse de retraite de l'école technique de La Martinière (Lyon)	1
fonds commun des accidents du travail (FCAT)	1
fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA)	1
régime de retraite des collectivités locales du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle	78
caisses de retraites communales	69
caisses de retraites des établissements publics hospitaliers	9
centre hospitalier de Metz	1
centre hospitalier de Thionville	1
hospices civils de Strasbourg	1
centre hospitalier général de Haguenau	1
centre hospitalier de Sélestat	1

LES 538 REGIMES DE SECURITE SOCIALE

(suite)

nombre de
régimes dans
la catégorie
correspondante

centre hospitalier de Wissembourg	1
hospices civils de Colmar	1
centre hospitalier de Mulhouse	1
hôpital civil de Pfurstatt	1
chambres de commerce et d'industrie et ports autonomes	7
chambre de commerce et d'industrie de Paris	1
chambre de commerce et d'industrie de Strasbourg	1
port autonome de Strasbourg	1
chambre de commerce et d'industrie de Colmar	1
chambre de commerce et d'industrie de la Moselle	1
chambre de commerce et d'industrie et port autonome du Havre	1
chambre de commerce et d'industrie de Roubaix	1
régimes des assemblées parlementaires	4
REGIMES COMPLEMENTAIRES DE SALAIRES	387
association générale des instituteurs de retraite de cadres (AGIRC)	1
association des régimes de retraite complémentaire (ARRCO)	45
caisse complémentaire de retraite dont la population est affiliée ni à l'AGIRC, ni à l'ARRCO	5
institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (IRCANTEC)	1
caisse de prévoyance du personnel des organismes sociaux et similaires (CPPOSS)	1
caisse de retraite du personnel d'Air France (CRAF)	1
caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (CRPNPAC)	1
caisse de retraite complémentaire du personnel sédentaire de la compagnie générale maritime (CGM)	1
caisse complémentaire de retraite dont la population est affiliée à l'ARRCO mais non à l'AGIRC	18
caisse de retraite bancaire (ENP, crédit lyonnais, société générale...)	15
caisse de retraite du personnel des caisses d'épargne	1
caisse centrale de prévoyance de mutuelle agricole (CCPMA)	1
caisses surcomplémentaires professionnelles	2
caisse de retraite et de prévoyance du personnel des sociétés d'assurances (CREPPSA)	1
caisse de retraite du personnel des avocats et des avoués (CREPA)	1
caisse de retraite complémentaire des cadres supérieurs	4
caisse de retraite interprofessionnelle des cadres supérieurs d'entreprises (RICASE)	1
institution de retraite complémentaire de cadres supérieurs (IRCASUP)	1
caisse des cadres supérieurs du bâtiment et des travaux publics (CCSBTP)	1
institution de prévoyance et de retraite interprofessionnelle des cadres supérieurs (IPRICAS)	1
caisse complémentaire pratiquant uniquement des opérations de prévoyance	45
caisse nationale de prévoyance des ouvriers du bâtiment et des travaux publics (CNPO)	1
caisse interprofessionnelle de prévoyance des cadres (CIPC)	1
union des régimes de retraite et de prestation invalidité-maladie des industries métallurgique, mécanique, électrique et connexes (URRPIMMEC)	1
association générale de retraite par répartition -branche prévoyance (AGRR-P)	1
caisse des régimes interentreprises de prévoyance (CRI-P)	1
autres	40
autres caisses : essentiellement des caisses d'entreprises pratiquant principalement des opérations de retraite (Rhône-Poulenc, Usinor, Elf-Aquitaine, Mobil-Oil, Air Liquide, Esso...)	268
REGIME DES EXPLOITANTS AGRICOLES	1
REGIMES DES NON SALAIRES NON AGRICOLES	17
caisse nationale d'assurance maladie et maternité (CANAM)	1
organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC)	1
caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse et artisanale (CANCAVA)	1
caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)	13
notaires	1
officiers ministériels	1
médecins	1
chirurgiens-dentistes	1
pharmaciens	1
sages-femmes	1
auxiliaires médicaux	1
vétérinaires	1
professeurs libres et artistes (arts appliqués)	1
agents généraux d'assurance	1
architectes, ingénieurs, techniciens, experts et conseils	1
experts comptables	1
géomètres	1
caisse nationale des barreaux français (CNBF)	1

b) L'étendue et la diversité des prestations

• *L'étendue de la protection dans le cadre du système français varie, parfois considérablement, selon les catégories considérées (cf. tableau ci-après)*

- Les salariés bénéficient ainsi de la protection obligatoire la plus complète :

- soit dans le cadre du régime général, le risque "chômage" faisant seul l'objet d'un dispositif propre, en marge de la sécurité sociale (un régime d'assurance chômage complété d'un régime de solidarité) ;

- soit dans le cadre du régime agricole (salariés agricoles) ;

- soit dans le cadre de régimes spéciaux (Mines, SNCF, fonction publique, etc...)

Dans ce cas, les prestations sont versées soit par l'entreprise elle-même, soit par des caisses spéciales ; mais pour certains risques, les bénéficiaires d'un régime spécial peuvent être rattachés au régime général.

- Les travailleurs non salariés bénéficient :

- d'une protection contre les risques vieillesse et maladie dans le cadre de régimes autonomes ;

- des prestations familiales dans le cadre du régime général ; pour les exploitants agricoles, les cotisations et les prestations sont gérées par l'intermédiaire des organismes de la mutualité sociale agricole (M.S.A.).

- Les autres catégories :

- soit exercent une activité donnant lieu à assujettissement à des régimes spécifiques (régimes des Ministres du Culte ou des Français de l'étranger) ;

- soit n'exercent aucune activité : elles peuvent alors bénéficier du rattachement pour certaines prestations au régime général (ex : stagiaires de la formation professionnelle), mais aussi des assurances volontaires (risques vieillesse et accidents du travail) et personnelles (risques maladie et maternité) à caractère facultatif.

Par ailleurs, le droit aux prestations familiales est ouvert à toute personne résidant en France sans condition d'activité depuis le 1er janvier 1978. Ainsi la branche famille est la seule qui présente désormais un caractère d'universalité et de totale solidarité nationale.

Etendue du système français de protection sociale

Personnes protégées	Eventualité	Cadre de la protection
Salariés de l'industrie et du commerce	Accidents du travail et maladies professionnelles	Régime général pour la grande majorité des salariés (complété par des régimes complémentaires pour la vieillesse)
	Maladie Maternité Invalidité Vieillesse Décès Veuvage	Régimes spéciaux pour certaines catégories de salariés et certains risques
	Charges familiales	Régime général
Salariés de l'agriculture	Chômage	Assurance chômage et régime de solidarité
	Accidents du travail et maladies professionnelles	Régime agricole (Caisses de mutualité sociale agricole)
	Maladie Maternité Invalidité Vieillesse Décès Veuvage	
Salariés de l'agriculture	Charges familiales	Régime général (prestations servies par l'intermédiaire des organismes de la M.S.A.)
	Chômage	Assurance chômage et régime de solidarité

Source : J. J. Dupeyron - Sécurité Sociale - Sirey

Personnes protégées	Eventualités	Cadre de la protection
Professions indépendantes de l'industrie et du commerce Professions artisanales Professions libérales	Maladie Maternité Vieillesse Eventuellement Invalidité Décès Charges familiales	Régime autonome (loi du 12 juillet 1966) Régimes autonomes Régime général
Exploitants agricoles	Accidents du travail et de la vie privée et maladies professionnelles Vieillesse Maladie Maternité Invalidité Charges familiales	Assurance obligatoire (libre choix de l'assureur) Régime autonome Régime autonome (A.M.E.X.A.) Régime général (prestations servies par l'intermédiaire des organismes de la M.S.A.)
Ministres des cultes	Maladie Maternité Invalidité Vieillesse Charges familiales	Rattachement au régime général Régime autonome Régime général
Aucune activité professionnelle ou activités diverses	Maladie Maternité Vieillesse Charges familiales	. Rattachement au régime général (ex : femmes divorcées sans emploi) . Assurance personnelle (facultative) . Aide sociale (sous condition de ressources) . Régime général

- *La diversité des prestations*

La protection sociale a pour objet de protéger les individus contre les risques (maladie, vieillesse, chômage...) ou les charges (charges familiales) susceptibles de menacer leur sécurité économique. Le système français se caractérise par la diversité des prestations destinées à couvrir ces différents risques.

L'exemple du régime général est à cet égard particulièrement significatif. Ainsi :

- Dans le cadre des assurances sociales :

- L'assurance maladie a pour rôle, d'une part, de permettre à l'assuré de faire face aux dépenses médicales ou paramédicales nécessitées par la maladie ou celle des proches à sa charge (prestations en "nature") et, d'autre part, de compenser, au moins partiellement, la perte de salaire subie par l'assuré (prestations en espèce).

- L'assurance maternité assure la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement et comporte, dans des conditions similaires à l'assurance maladie, des prestations en nature (frais médicaux et assimilés) et des prestations en espèces (indemnités journalières).

- L'assurance invalidité a pour objet d'accorder à l'assuré invalide une pension compensant la perte de salaire qui résulte de la réduction de sa capacité de travail.

- L'assurance vieillesse fournit :

- soit des prestations dites "contributives" dans la mesure où leur octroi suppose le versement antérieur de cotisations dont elles constituent la contrepartie ; pensions dues à l'assuré lui-même ; pension de réversion au conjoint survivant ; assurance vieillesse des mères de famille ;

- soit des prestations "non contributives" destinées à combler les lacunes et insuffisances des précédentes et garantissant un revenu minimum aux personnes âgées indigentes par le versement d'allocations indépendantes de tout versement de cotisations (ex : allocation aux vieux travailleurs salariés ; allocation supplémentaire au fonds national de solidarité).

- **L'assurance décès** garantit aux proches de l'assuré social décédé un capital minimum destiné à leur permettre de faire face aux premières dépenses.

- **L'assurance veuvage** a été instituée en 1980 en faveur des conjoints survivants ayant, ou ayant eu, des charges de famille.

- Dans le cadre de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles :

- **en cas d'incapacité temporaire**, la victime bénéficie de prestations en nature (frais médicaux) et en espèces (indemnités journalières).

- **en cas d'incapacité permanente**, la victime bénéficie d'une rente destinée à indemniser celle-ci. En cas de décès de la victime, ses proches ou ayant-droits peuvent également bénéficier d'une rente.

- Dans le cadre des prestations familiales, sont distribuées :

- **des prestations générales d'entretien**, comprenant les charges de famille (ex : allocations familiales proprement dites, revenu minimum familial) ;

- **des prestations liées à la naissance** (allocation pour jeunes enfants) ;

- **des prestations spécialisées** prenant en compte l'handicap de l'enfant, la situation de famille ou de logement, etc...

Le tableau ci-après offre une vue d'ensemble de l'organisation du système français de protection sociale, en fonction des prestations offertes (hors R.M.I.).

STRUCTURE DE LA PROTECTION SOCIALE	ETAT OU COLLECTIVITES LOCALES	REGIMES DE SECURITE SOCIALE DE BASE ET COMPLEMENTAIRES OU CONVENTIONNELS				
		REGIME GENERAL	REGIMES SPECIAUX DE SALARIES	Régimes salariés	Agricoles exploit.	REGIMES AUTONOMES DE NON-SALARIES
PRESTATIONS FAMILIALES	Aide sociale obligatoire (à laquelle peut s'ajouter une aide sociale facultative des collectivités locales ou l'action sociales des caisses). Aide sociale à la famille Aide sociale à l'enfance (allocation mensuelle)	CNAF CAF	CNAF Gestions autonomes (Art. 26)	(UCCMA) CCAFMA CMSA		CNAF CAF (employeurs et travailleurs indépendants ETI)
PRESTATIONS DE MALADIE	Aide médicale • à domicile • hospitalière • cotisations d'assurance maladie	CNAM (CRAM) CPAM	— soit CNAM + sections mutualistes obligatoires — soit spéciaux • militaires de carrière • SNCF { médecine • RATP { caisse • Mines	CCSMA CMSA régime aligné sur le régime général	CCSMA CMSA ou organismes conventionnés Régime de l'AMEXA	CANAM CMR Organismes conventionnés (Mutuelles, assurances)
PRESTATIONS DE VIEILLESSE	Aide sociale aux personnes âgées • hébergement social • aide-ménagère	CNAV CRAM + régimes complémentaires AGIRC et institutions ARRCO et régimes	Régimes spéciaux Fonctionnaires Agents des collectivités locales EDF-GDF Marine marchande Comédie Française ...	CNAVMA CMSA Régime aligné sur le régime général + Régimes complémentaires	Régime autonome	— CANCAVA + caisse de base — ORGANIC + caisses professionnelles et interprofessionnelles — CNAVPL et 13 sections professionnelles autonomes de professions libérales — Caisse Nationale des barreaux français
PRESTATIONS DE CHOMAGE		UNEDIC et ASSEDIC	Gestions autonomes			

4. Un circuit financier complexe

L'émiettement institutionnel du régime français de protection sociale se traduit par l'existence d'un circuit financier particulièrement complexe.

Le tableau ci après offre une vision d'ensemble du fonctionnement du circuit financier du secteur de la Sécurité sociale proprement dite (ensemble des régimes obligatoires), ainsi que de l'ampleur des masses financières qu'il mobilise aujourd'hui.

Il a été établi à partir des travaux de la Commission des comptes de la Sécurité sociale et retrace les résultats constatés en 1991 (dernière année pour laquelle les données sont disponibles).

Le circuit financier de la (en millions)

Cotisations (1)	
Régime général	839 411
Salariés agricoles	24 626
Régimes spéciaux	95 674
Exploitants agricoles	16 256
Non salariés non agricoles	52 509
Régimes complémentaires	178 182
Total cotisations effectives	1 206 688
Cotisations fictives	134 314
Total	1.341.002

Contributions publiques (2)	
Régime général	25 158
Salariés agricoles	853
Régimes spéciaux	31 818
Exploitants agricoles	13 325
Non salariés non agricoles	1 245
Régimes complémentaires	30
Fonds spécial d'allocation vieillesse	1 652
Total	74.261

Impôts et taxes affectées (3)	
Régime général	40 603
Salariés agricoles	184
Régimes spéciaux	516
Exploitants agricoles	20 756
Non salariés non agricoles	8 054
Total	70.113

Autres recettes	
Revenus des capitaux	18 439
Autres recettes	14 406
Total	32.845

ENSEMBLE DES REGIMES	
RESSOURCES	
Ressources hors transferts	1 316 221
Transferts	144 484
TOTAL	1.462.705
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	

REGIME	
RESSOURCES	
Ressources hors transferts	913 744
Transferts	30 740
TOTAL	944.484
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	

REGIMES	
RESSOURCES	
Ressources hors transferts	266 963
Transferts	28 806
TOTAL	295.769
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	

REGIMES COMPLETS	
RESSOURCES	
Ressources hors transferts	193 787
Transferts	27 958
TOTAL	221.745
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	

NON SALARIES	
RESSOURCES	
Ressources hors transferts	63 021
Transferts	7 190
TOTAL	70.210
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	

EMPLOYANTS	
RESSOURCES	
Ressources hors transferts	30 970
Transferts	27 100
TOTAL	58.070
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	

SALARIES	
RESSOURCES	
Ressources hors transferts	26 067
Transferts	19 166
TOTAL	45.233
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	

FONDS SPECIAL ALLO	
RESSOURCES	
Ressources hors transferts	1 677
Transferts	3 505
TOTAL	5.182
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	

TRANS

securite sociale en 1991
(de francs)

DE LA SECURITE SOCIALE	
EMPLOIS	
Emplois hors transferts	1 534 848
Transferts	126 442
TOTAL	1 661 290
	1 012

FERTS (4)

GENERAL (5)	
EMPLOIS	
Emplois hors transferts	847 748
Transferts	81 726
TOTAL	929 474
	- 44 866

SPECIALS (6)	
EMPLOIS	
Emplois hors transferts	265 142
Transferts	26 110
TOTAL	291 252
	4 319

INDUSTRIELS ET COMMERCENTS DE SALARIES	
EMPLOIS	
Emplois hors transferts	210 883
Transferts	834
TOTAL	211 717
	18 323

NON AGRICOLES	
EMPLOIS	
Emplois hors transferts	65 298
Transferts	4 106
TOTAL	69 404
	2 316

AGRICOLES	
EMPLOIS	
Emplois hors transferts	18 817
Transferts	836
TOTAL	19 653
	- 1 974

AGRICOLLS	
EMPLOIS	
Emplois hors transferts	47 914
Transferts	1 498
TOTAL	49 412
	- 176

CATEGORIE VIABILITE (7SAV)	
EMPLOIS	
Emplois hors transferts	2 952
Transferts	2 631
TOTAL	5 583
	99

Prestations	
Maladie	445.737
Sont	
Honoraires	70 448
Prescriptions	100 282
Versements aux hôpitaux	231 492
Autres soins de santé	18 692
Prestations en espèces	24 823
Maternité	21.297
Accidents du travail	42.619
Invalidité	51.881
Vieillesse	730.624
Famille	109 040
Logement	12 342
Chômage-emploi	104
Ajustement statistique	- 1 827
Total des prestations légales	1.412.717
Prestations extra-légales	35 663
Prestations de service social	10 392
Total	1.458 772

Frais de gestion	
Remunérations des salariés, Consommation de biens et services, Autres frais de gestion	
Total	63.635

Dépenses diverses	
Frais financiers	1 455
Autres dépenses	10 566
Total	12.021

**Notes relatives au tableau décrivant
le circuit financier de la sécurité sociale :**

(1) Répartition du produit des cotisations entre les différents régimes de sécurité sociale.

Les cotisations fictives concernent les régimes directs (fonctionnaires, E.G.F., R.A.T.P., Banque de France, pour l'essentiel) et sont calculées par solde entre les prestations et les transferts, d'une part, et les cotisations des salariés, d'autre part.

(2) Les régimes de sécurité sociale sont également alimentés par des contributions publiques visant à assurer :

- d'une part, le remboursement de prestations qui relèvent de la solidarité nationale (fonds national de solidarité, allocation aux adultes handicapés, par exemple) ;

- d'autre part, l'équilibre financier de certains régimes structurellement déficitaires (exploitants agricoles, S.N.C.F., etc...).

(3) Outre les contributions publiques sus-mentionnées et les cotisations dont il est redevable en tant qu'employeur, l'État intervient directement dans le financement de la sécurité sociale par le biais d'impôts et de taxes affectés. Les principaux régimes bénéficiaires sont le régime des exploitants agricoles et le régime général

(4) Les transferts représentent des flux internes au système de sécurité sociale. Leur solde correspond aux mouvements financiers entre les régimes de sécurité sociale et d'autres organismes participant au financement de certaines prestations. Ainsi, par exemple, l'UNEDIC finance la part des retraites complémentaires correspondant aux périodes de chômage indemnisé.

(5) Il s'agit du régime général des salariés du commerce et de l'industrie.

(6) Les régimes spéciaux des salariés correspondent, notamment au régime des fonctionnaires civils et militaires de l'État, à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, au régime des Mines, de l'E.D.F.-G.D.F., de la S.N.C.F., etc...

5. La difficulté d'une approche statistique globale, fiable et cohérente sur longue période

La complexité générale du système français de protection sociale, caractérisé notamment par la multiplicité des régimes d'assurances sociales, jointe à l'insuffisance des moyens de l'administration du ministère des affaires sociales, aboutissent à une certaine opacité des statistiques disponibles sur longue période, opacité pour le moins paradoxale eu égard à l'importance des masses financières en jeu, bien plus élevées que celles qui relèvent du budget de l'Etat.

En effet, les diverses sources officielles existantes fournissent des évaluations différentes de la part des "dépenses sociales" dans la richesse nationale, leur champ d'application variant selon les régimes concernés.

a) Les comptes du régime général de la sécurité sociale

Les comptes du régime général, qui regroupent selon les risques couverts, 64 % des cotisants pour l'assurance vieillesse, près de 80 % des prestations pour l'assurance maladie, et la totalité des prestations familiales, sont les plus précisément et les plus rapidement connus.

b) Les comptes de l'ensemble des régimes de sécurité sociale

Les comptes de l'ensemble des régimes de sécurité sociale sont regroupés et analysés par la Commission des comptes de la sécurité sociale. Encore celle-ci n'existe-t-elle que depuis 1979 et voit-elle ses compétences bornées aux seuls régimes obligatoires (de base ou complémentaires).

c) L'effort social de la Nation

L'effort social de la Nation retrace l'ensemble des prestations et des charges qui en découlent pour l'Etat, les collectivités locales, les employeurs, les assurés et les contribuables.

Il fait l'objet, depuis 1975, d'une annexe jointe au projet de loi de finances ("jaune"), prévue par la loi n° 74-2094 du 24 décembre 1974.

d) Le "compte satellite de la protection sociale"

Le "compte satellite de la protection sociale", présenté par l'I.N.S.E.E. dans le cadre des Comptes de la Nation, constitue une évaluation de la masse financière consacrée à la protection sociale en France.

Il permet d'agrèger les ressources et les dépenses des systèmes collectifs et obligatoires de protection sociale ainsi que des régimes non obligatoires et des groupements à adhésion volontaire (mutuelles).

Ce compte satellite constitue la source des séries statistiques présentées dans ce rapport. Cependant celles-ci ne sont pas homogènes sur longue période, en raison d'une rupture entre la "base 1970" et la "base 1980". Des différences de comptabilisation, concernant notamment les dépenses hospitalières, font que les années 1980 et 1981 ne sont pas strictement comparables.

e) Les statistiques établies par les organisations internationales

Les données agrégées produites par des organisations internationales telles que les Communautés européennes ou l'Organisation de coopération et de développement économiques (O.C.D.E.) permettent d'effectuer des comparaisons internationales de l'effort consenti en faveur de la protection sociale.

Cependant, ces données ne sont pas absolument homogènes avec celles qui sont issues des statistiques nationales françaises.

PREMIERE PARTIE

I. UN IMPORTANT BESOIN STRUCTUREL DE FINANCEMENT

A. LE SYSTEME FRANCAIS DE PROTECTION SOCIALE MOBILISE DES MASSES FINANCIERES TRES ELEVEES ET EN CONSTANTE PROGRESSION

1. La France consacre une part très importante de sa richesse nationale au financement de la protection sociale

Le tableau ci-après retrace l'évolution, depuis 1970, de la masse financière mobilisée par le système français de protection sociale, et à l'intérieur de cette masse financière, de la place tenue respectivement par la sécurité sociale proprement dite et le régime général.

En 1991, le total des emplois du compte satellite de la protection sociale a atteint 2 215 milliards de francs, dont 1 662 milliards pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale, soit 75 % du total.

Le régime général de la sécurité sociale mobilisait à lui seul 961 milliards de francs, soit 43,4 % de l'ensemble de la protection sociale et 57,8 % de l'ensemble du secteur de la sécurité sociale.

Compte des opérations courantes Total des emplois (1)

(en milliards de francs)

Années	Ensemble des régimes de protection sociale	Dont sécurité sociale		Dont régime général	
		Montant	% du total de la protection sociale	Montant	% du total de la sécurité sociale
1970	167	120	71,8	74	61,7
1975	381	283	74,3	168	59,4
1980	831	631	75,9	353	55,9
1985	1 560	1 155	74,0	661	57,2
1986	1 637	1 208	73,4	716	59,3
1987	1 738	1 285	73,9	740	57,6
1988	1 856	1 368	73,7	785	57,4
1989	1 987	1 471	74,0	845	57,4
1990	2 117	1 559	73,6	909	58,3
1991	2 215	1 662	75,0	961	57,8

Source : Comptes de la Nation

(1) Au sens de la comptabilité nationale, c'est-à-dire total des dépenses : total des prestations + frais de gestion + autres dépenses + épargne

Le rythme d'accroissement des dépenses consacrées à la protection sociale apparaît cependant plus clairement lorsque celles-ci sont comparées à la richesse nationale. Cette comparaison fournit en effet une mesure de l'effort de la Nation en faveur de la protection sociale.

Le tableau ci-après retrace l'évolution, depuis 1970, en pourcentage du P.I.B., du montant total des emplois du compte satellite de la protection sociale, et à l'intérieur de ce "budget" de la protection sociale, du montant total des prestations courantes (celles-ci ont représenté en 1991, 85,4 % des emplois, le solde étant essentiellement constitué par les frais de gestion et les transferts).

Ensemble des régimes de protection sociale

(en milliards de francs)

Années	Total des emplois (1)		Dont prestations courantes (2)	
	Montant	% du PIB	Montant	% du PIB
1970	167	21,0	147	18,5
1971	189	21,4	165	18,7
1972	214	21,7	187	18,9
1973	246	21,8	216	19,1
1974	304	23,3	257	19,7
1975	381	26,0	325	22,1
1976	448	26,3	379	22,3
1977	520	27,1	441	23,0
1978	598	27,4	520	23,8
1979	710	28,6	603	24,3
1980	831	29,6	696	24,7
1981	940	29,7	821	25,9
1982	1127	31,1	983	27,1
1983	1294	32,3	1105	27,6
1984	1433	32,9	1225	28,1
1985	1560	33,2	1325	28,2
1986	1637	32,3	1417	28,0
1987	1738	32,6	1474	27,6
1988	1856	32,4	1570	27,4
1989	1987	32,4	1669	27,2
1990	2117	32,6	1785	27,5
1991	2215	32,7	1894	27,9

Source : Comptes de la Nation

(1) Total des dépenses + épargne

(2) Total des prestations : prestations sociales + prestations de services sociaux + prestations fiscales (cf I.B.2.)

La lecture de ce tableau fait apparaître une croissance rapide et régulière de la part de la richesse nationale consacrée à la protection sociale jusqu'en 1985, suivie d'une certaine stabilisation depuis. Cependant, cette stabilisation conjoncturelle ne doit pas cacher une reprise, depuis 1989, de l'alourdissement de la ponction opérée sur la richesse nationale par les dépenses de protection sociale.

D'autre part, l'accroissement de la part de la protection sociale dans le P.I.B. au cours de la première partie de la période a coïncidé avec l'extension du champ de la couverture sociale de la population, qui a entraîné un accroissement du nombre des bénéficiaires des prestations. Ce mouvement peut aujourd'hui être considéré comme achevé, puisque la quasi-totalité de la population française (99 %) est aujourd'hui couverte par un régime d'assurances sociales.

Le "budget" de la protection sociale est ainsi passé de 21 % du P.I.B. en 1970, à 26 % en 1975, 29,6 % en 1980 et 33,2 % en 1985, avant de se stabiliser à un peu moins du tiers de la richesse nationale.

Quant aux dépenses consacrées aux prestations sociales proprement dites, elles ne représentaient que 18,5 % du P.I.B. en 1970. Aujourd'hui, elles absorbent près de 30 % de la richesse nationale.

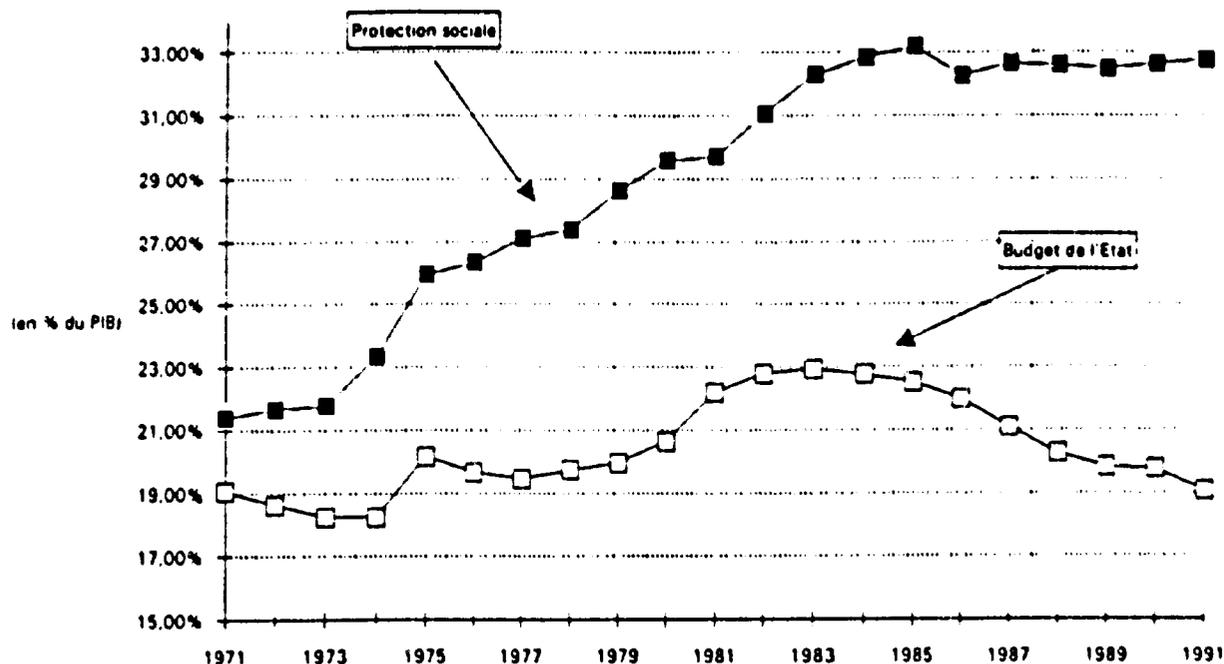
Le système français de protection sociale mobilise donc des sommes tout à fait considérables, beaucoup plus élevées que celles qui sont consacrées aux dépenses du budget de l'Etat, et surtout qui se sont accrues beaucoup plus rapidement, comme l'illustrent le tableau et le graphique ci-dessous.

**Ensemble des régimes de protection sociale
Comparaison avec le budget de l'Etat**

(en % des dépenses du budget général)

Années	Total des emplois	Dont prestations courantes
1971	112,2	97,9
1975	128,7	109,8
1980	143,3	120,1
1985	147,3	125,1
1990	165,2	139,3
1991	166,1	142,0

Evolution comparée des dépenses de protection sociale et du budget de l'État (en % du PIB)



2. Le niveau et le rythme d'accroissement des dépenses de protection sociale constatés en France sont supérieurs à ceux des autres grands pays européens

L'effort financier consacré par la France à son système de protection sociale doit également être apprécié par rapport à l'effort mis en oeuvre à l'étranger pour le financement de la protection sociale.

Les statistiques élaborées par l'Office statistique des Communautés européennes (O.S.C.E.) permettent d'effectuer une comparaison entre le niveau et le rythme d'accroissement des dépenses de protection sociale atteints par la France et ceux qui sont constatés dans les autres grands pays européens de niveau de développement comparable.

L'indicateur retenu est constitué par les dépenses courantes de protection sociale : c'est-à-dire la somme des prestations de protection sociale (à l'exception des prestations fiscales), des coûts administratifs et des autres dépenses courantes. Cependant, il est à noter :

- d'une part, que certaines différences de comptabilisation font que les données concernant la France ne sont pas strictement comparables avec celles du compte satellite de la protection sociale qui ont été précédemment présentées ;

- d'autre part, que les données postérieures à 1989 ne sont pas disponibles.

a) Un niveau global de dépenses sociales plus élevé qu'ailleurs

Le tableau et le graphique suivants retracent l'évolution au cours des vingt dernières années de la part des dépenses de protection sociale dans le P.I.B. pour quelques grands pays européens.

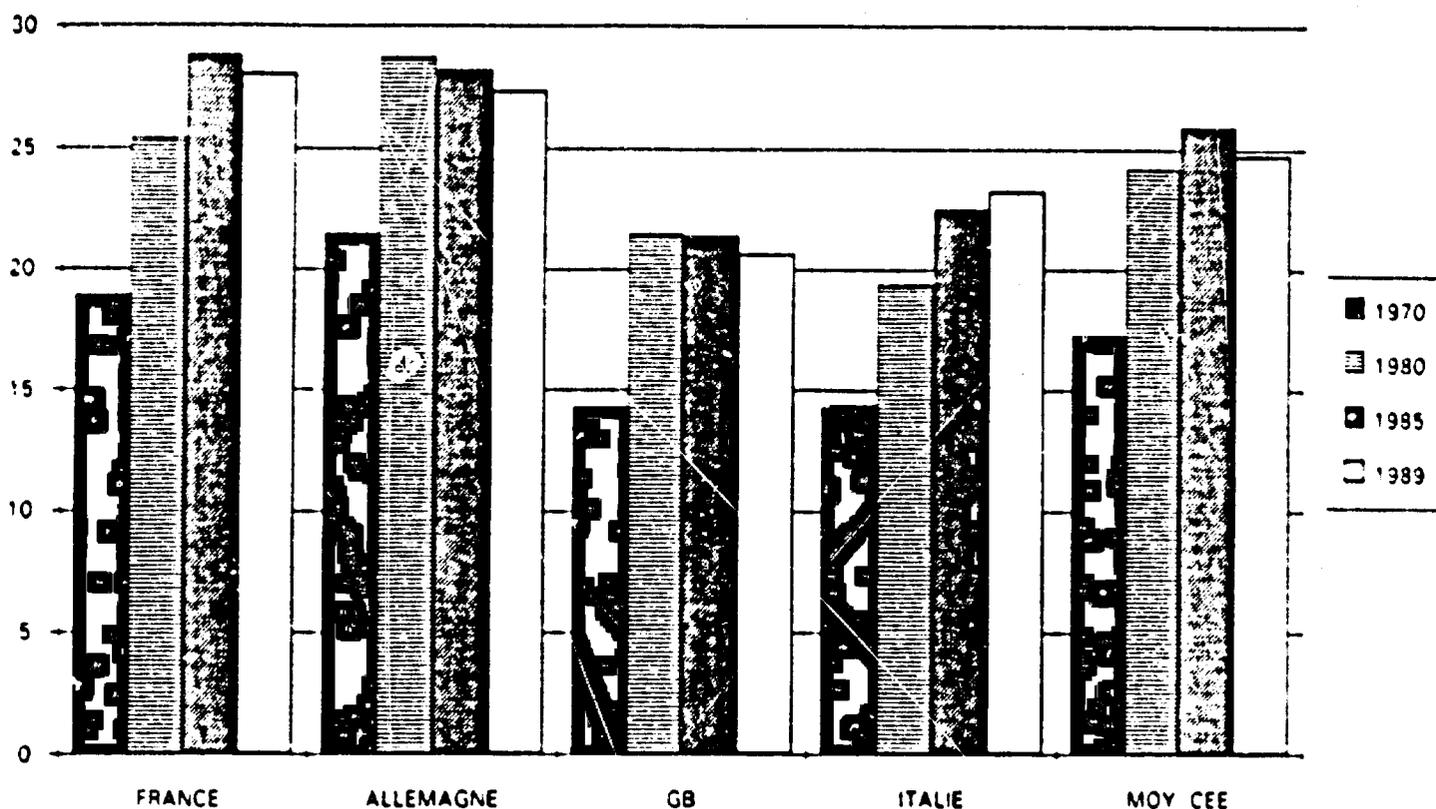
Comparaison européenne
Evolution des dépenses courantes de protection sociale en % du P.I.B.

Années	France	Allemagne	Grande-Bretagne	Italie	Moyenne C.E.E.
1970	18,9	21,5	14,3	14,4	17,3
1980	25,4	28,7	21,5	19,4	24,2
1985	28,8	28,2	21,4	22,5	25,9
1986	28,5	28,0	24,4	22,5	25,8
1987	28,2	28,3	23,6	23,0	25,7
1988	28,2	28,3	22,1	23,1	25,3
1989	28,0	27,3	20,6	23,2	24,7

Source : Eurostat

Depenses courantes de protection sociale = prestations de protection sociale + coûts administratifs + autres dépenses courantes

Comparaison de l'évolution des dépenses courantes de protection sociale en % du PIB



De même qu'en France, on constate dans l'ensemble des pays européens un accroissement très rapide de l'effort financier consacré à la protection sociale au cours des années soixante-dix et au début des années quatre-vingts, suivi d'une stabilisation, voire d'un léger fléchissement depuis.

Cependant, la part de la richesse nationale consacrée en France aux dépenses sociales est nettement supérieure à la moyenne européenne, et ceci de façon constante au cours de la période. Cette part s'élevait déjà à 18,9 % du P.I.B. en 1970, alors que la moyenne de la C.E.E. n'était que de 17,3 %. En 1985, elle atteignait 28,8 %, contre 25,9 % seulement pour la moyenne de la C.E.E. En 1989, elle était encore de 28 %, contre 24,7 % seulement pour la C.E.E.

L'effort global fourni par la France est ainsi légèrement supérieur à celui de l'Allemagne et nettement plus élevé que celui de la Grande-Bretagne ou de l'Italie.

b) Une croissance des dépenses sociales par habitant plus rapide qu'ailleurs

Les statistiques communautaires permettent également de comparer le niveau et le rythme d'accroissement des dépenses totales de protection sociale par habitant, exprimées en "standards de pouvoir d'achat à prix constants", qui reflètent les niveaux réels de protection sociale de la population.

Le tableau et le graphique ci-dessous retracent leur évolution depuis 1970, dans les mêmes pays.

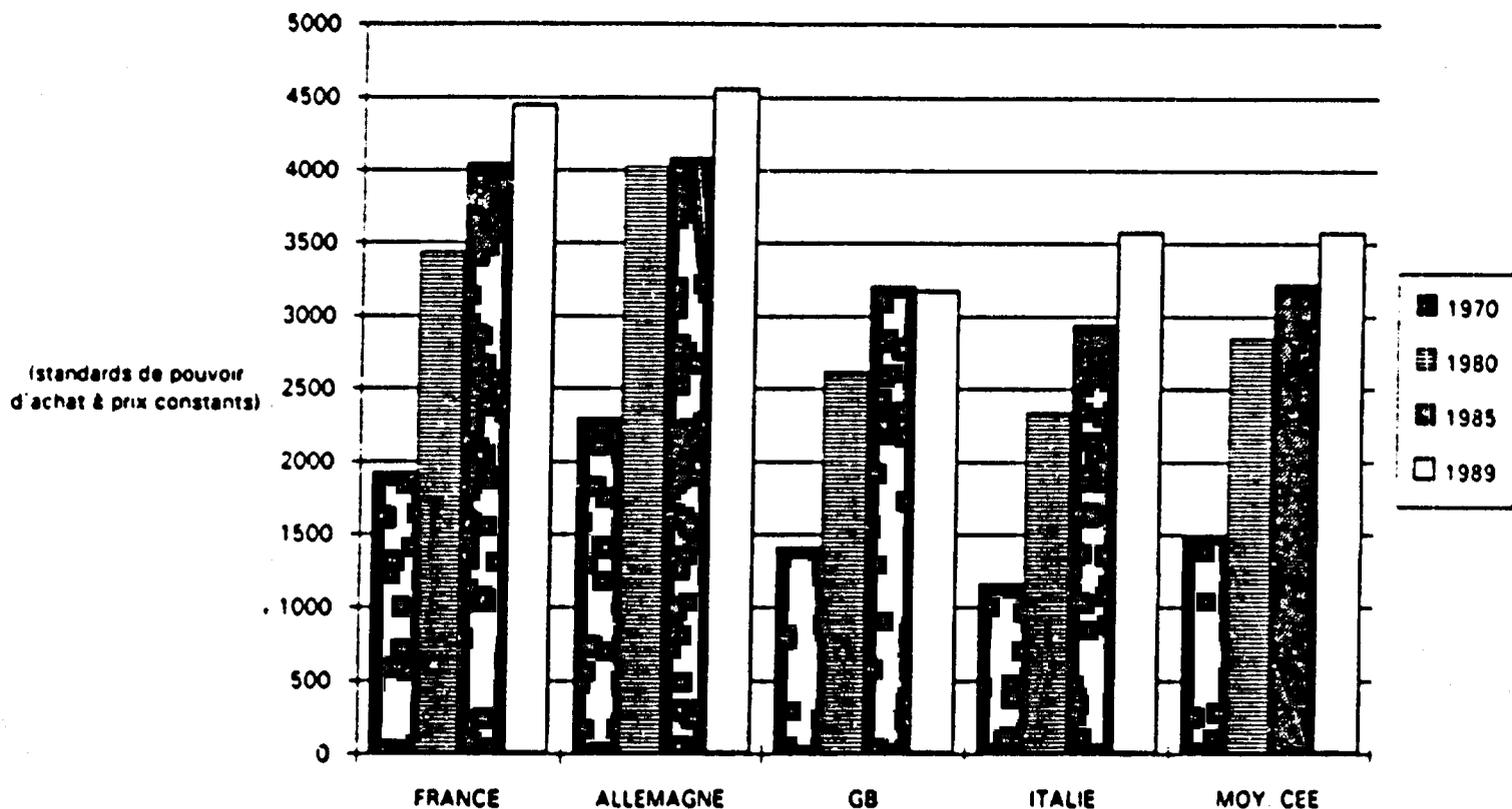
Comparaison européenne
(En "standards de pouvoir d'achat à prix constants") (1)

Années	France	Allemagne	Grande-Bretagne	Italie	Moyenne C.E.E.
1970	1925	2300	1416	1167	1491
1980	3441	4025	2620	2339	2851
1985	4047	4084	3209	2947	3224
1989	4441	4551	3173	3572	3574
1980/1970	+ 78,8 %	+ 75,0 %	+ 85,0 %	+ 100,4 %	+ 91,2 %
1989/1980	+ 29,1 %	+ 13,1 %	+ 21,1 %	+ 52,7 %	+ 25,4 %
1989/1985	+ 9,7 %	+ 11,4 %	- 1,1 %	+ 21,2 %	+ 10,9 %

Source : Eurostat

(1) données calculées en déflatant les montants en écus à prix courants en fonction des indices des prix à la consommation en base 1985, puis en leur appliquant la parité de pouvoir d'achat de cette année

Evolution des dépenses courantes de protection sociale par habitant



Le niveau de dépenses sociales par habitant en France est légèrement inférieur à celui de l'Allemagne, mais il est largement supérieur à celui de l'Italie et de la Grande-Bretagne, ainsi qu'à la moyenne communautaire.

Paradoxalement, en dépit de ce niveau plus élevé en valeur absolue, les dépenses par habitant ont continué à croître, en France, à un rythme plus rapide que la moyenne communautaire au cours de la décennie quatre-vingts : + 29,1 % entre 1980 et 1989 pour la France, contre seulement + 25,4 % dans la C.E.E..

L'écart de rythme de croissance avec l'Allemagne : + 13,1 % seulement, et la Grande-Bretagne : + 21,1 % est à cet égard significatif.

B. LA STRUCTURE DES DEPENSES DE PROTECTION SOCIALE EST CARACTERISEE PAR LE POIDS PREDOMINANT DES PRESTATIONS LIEES A LA MALADIE ET A LA VIEILLESSE

Les dépenses de protection sociale sont constituées, pour l'essentiel, de prestations, auxquelles viennent s'ajouter les frais de gestion.

1. Le coût de la gestion

Les frais de gestion du système ont atteint 75 milliards de francs en 1991, soit 3,4 % de l'ensemble des emplois, alors que le montant des prestations s'est élevé à 1894 milliards, soit 85,4 % du total des emplois.

Les frais de gestion représentent donc une masse financière importante mais leur part reste stable et connaît même une légère diminution (elle était de 4,2 % en 1970).

Les statistiques communautaires permettent de tenter une comparaison des coûts de gestion des systèmes de protection sociale des principaux pays européens.

Les résultats (présentés par la Commission des comptes de la Sécurité sociale dans son rapport de février 1991) étaient en 1988 les suivants :

Pays	% des coûts de la gestion dans le total des dépenses sociales	niveau relatif de coût de gestion (1)
France	4,1	5,22
Allemagne	2,5	3,7
Grande Bretagne	4,0	3,24
Italie	3,7	3,16
Moyenne CEE	3,5	3,42

Source : Eurostat

(1) Cet indicateur permet de prendre en compte l'incidence du montant de la prestation moyenne sur la part représentée par les frais de gestion dans l'ensemble des dépenses : en effet, à frais de gestion constants en volume, plus la prestation moyenne est élevée, plus cette part est faible.

A la lecture de ces chiffres, le poids des coûts de gestion de la protection sociale apparaît sensiblement plus important en France que dans les autres pays européens, surtout après prise en compte des écarts de prestation moyenne entre pays.

Toutefois, il convient de noter que cette comparaison ne permet pas d'intégrer des critères d'ordre qualitatif tels que l'étendue de la gamme des prestations offertes, la complexité comparée des réglementations, la rapidité et la fiabilité de la liquidation des prestations.

2. Les différents types de prestations et leur décomposition par risque

Les prestations courantes, au sens de la comptabilité nationale, sont de trois types, à savoir :

- *Les prestations sociales, versées aux ménages, et définies comme les "transferts effectifs attribués personnellement aux ménages du fait de la réalisation d'un risque social limitativement défini". Ces prestations sociales sont versées par les régimes d'assurances sociales et les mutuelles (prestations liées à un circuit d'assurance sociale), par les employeurs (prestations directes d'employeurs) et par les administrations publiques et privées au titre de l'aide sociale en dehors de tout système de cotisations ou de lien au travail. Les prestations sociales ont atteint 1608 milliards de francs en 1991, soit près de 85 % de l'ensemble des prestations.*

- *Les prestations de services sociaux, qui correspondent à l'avantage constitué par l'accès à des services de protection sociale fournis gratuitement ou à prix réduit. Sont désormais comptabilisées dans cette catégorie, depuis 1981, les dépenses liées aux soins hospitaliers publics.*

Les prestations de services sociaux se sont élevées à 226 milliards de francs en 1991 (12 % du total des prestations), dont 181 milliards pour le budget global des hôpitaux.

- *Les prestations fiscales sont des exonérations et des réductions d'impôts liées à un risque de la protection sociale (par exemple, quotient familial). Elles sont évaluées à 60 milliards de francs en 1991 (3 % du total des prestations).*

Les prestations sociales versées aux ménages peuvent pour leur part être décomposées selon la nature du risque qu'elles sont destinées à couvrir. Ces "risques" sont essentiellement au nombre de quatre : la maladie, la vieillesse, la maternité et les charges de famille, le chômage ; les deux premiers totalisant à eux seuls 77,5 % des dépenses en 1991.

Le tableau et le graphique ci-après illustrent l'évolution depuis 1970 de la structure des prestations sociales reçues par les ménages selon le risque couvert.

Ensemble des régimes de protection sociale

Structure des prestations sociales reçues par les ménages selon le risque couvert

(en milliards de francs et en %)

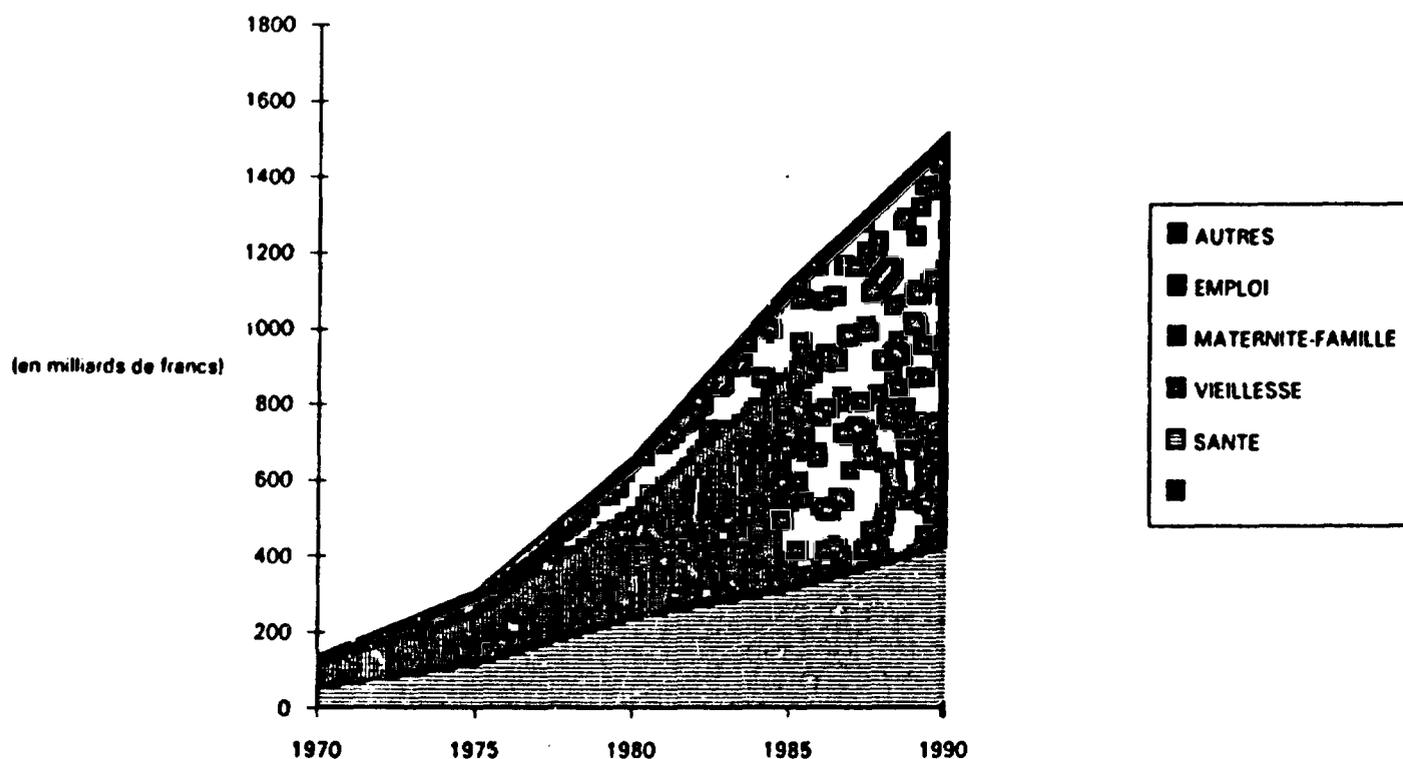
Années	Total des prestations sociales	Santé ⁽¹⁾	Vieillesse ⁽²⁾	Maternité-famille	Emploi
1970	140	51 36,4 %	58 41,4 %	26 18,6 %	3 2,1 %
1975	310	113 36,5 %	130 41,9 %	51 16,5 %	12 3,9 %
1980	663	232 35,0 %	282 42,5 %	97 14,6 %	45 6,8 %
1985	1 127	307 27,2 %	577 51,2 %	157 13,9 %	74 6,6 %
1990	1 516	421 27,8 %	760 50,1 %	198 13,1 %	110 7,3 %
1991	1 608	440 27,4 %	805 50,1 %	206 12,8 %	125 7,8 %

Source : Comptes de la Nation

(¹) y compris accidents du travail et, depuis 1981, hors hospitalisation publique

(²) pensions, allocations de vieillesse, préretraites, allocations de veuvage et capitaux décès

Evolution de la structure des prestations sociales



Les différentes catégories de prestations ont toutes connu une forte augmentation de leur volume ; mais leur rythme d'évolution a été plus ou moins rapide.

a) *Les prestations liées aux dépenses de santé* se sont accrues très rapidement, passant de 51 milliards de francs en 1970 à 440 milliards de francs en 1991. Cependant leur part relative a décliné, passant de 36,4 % à 27,4 %, au profit des prestations liées à l'assurance vieillesse et à l'assurance-chômage.

Cette décroissance relative est toutefois pour partie imputable au fait que les dépenses hospitalières publiques, qui se sont élevées à 181 milliards de francs en 1991, ne sont plus, depuis 1981, comptabilisées au sein des prestations sociales mais au sein des prestations de services sociaux. Il s'ensuit une sous-estimation notable du poids réel des dépenses liées au financement des dépenses de santé. Par ailleurs, ces chiffres ne recouvrent, bien évidemment, que les dépenses remboursées par la sécurité sociale et les mutuelles, et non l'ensemble des dépenses de santé.

b) *Les prestations liées à la vieillesse*, c'est-à-dire essentiellement les pensions de retraite, se sont également fortement accrues, passant de 58 milliards de francs en 1970 à 805 milliards en 1991.

Elles représentent désormais plus de 50 % des prestations, contre 41,4 % seulement en 1970.

Cette évolution est à relier à deux facteurs : d'une part, le vieillissement démographique de la population, joint à l'abaissement de l'âge moyen du départ à la retraite, qui a entraîné un accroissement substantiel du nombre des retraités ; d'autre part, une revalorisation du niveau des retraites, qui permet aujourd'hui d'assurer aux retraités un niveau de vie comparable à celui des actifs.

c) *Les prestations liées à la maternité et à la famille*, qui sont passées de 26 milliards de francs en 1970 à 206 milliards en 1991, se sont en revanche accrues moins rapidement et leur part relative a sensiblement diminué, de 18,6 % en 1970 à 12,8 % en 1991. Cette évolution peut s'expliquer par la baisse de la natalité et la diminution du nombre des familles nombreuses.

d) *Les prestations liées à l'emploi* (assurance chômage, pour l'essentiel), enfin, ont pour leur part connu une véritable explosion. De 3 milliards de francs seulement en 1970, soit 2 % du total des prestations, elles ont atteint 125 milliards en 1991, soit près de 8 % du total. Cette évolution s'explique facilement par la

dégradation de la situation de l'emploi et la montée du chômage au cours de la période.

3. Une structure de prestations comparable à celle des autres grands pays européens, mais un rythme d'accroissement plus rapide

Les statistiques élaborées par l'Office statistique des Communautés européennes permettent également de comparer l'évolution, dans les différents pays européens, des prestations de protection sociale par groupes de fonctions.

Le tableau ci-dessous récapitule cette évolution au cours de la décennie quatre-vingts.

**Comparaison européenne
Structure des prestations sociales par risque**
(en % du total des prestations)

	France	Allemagne	Grande-Bretagne	Italie	Moyenne C.E.E.
Santé					
1980	35,6	40,8	32,9	34,9	37,8
1985	33,9	40,5	28,7	32,0	35,0
1989	34,8	39,4	32,7*	33,8	36,2
Vieillesse					
1980	43,9	42,3	42,8	55,1	43,7
1985	45,6	42,1	41,9	58,7	44,9
1989	44,8	42,5	43,4*	59,6	45,9
Famille-Maternité					
1980	12,7	10,2	13,1	7,5	10,4
1985	11,1	7,8	11,8	5,8	8,7
1989	10,2	8,0	11,1*	4,8	7,9
Emploi-Chômage					
1980	5,1	4,5	9,6	2,3	6,3
1985	6,0	8,6	10,8	3,4	8,2
1989	6,6	6,3	8,2*	1,7	8,8
Autres					
1980	2,7	2,5	1,6	0,1	1,9
1985	3,4	3,1	7,9	0,2	3,3
1989	3,7	3,8	8,5*	0,0	3,3

* : 1988 pour la Grande-Bretagne.

Source : Eurostat

Pour les raisons précédemment évoquées, il est à noter que les résultats obtenus ne sont pas strictement comparables avec les données issues des Comptes de la Nation, qui viennent d'être présentées.

On constate que la structure des prestations sociales françaises, selon le risque couvert, est très proche de la moyenne européenne.

De même, les évolutions des parts relatives des différents "risques" sont similaires : réduction modérée de la part de la santé, alourdissement de la part de la vieillesse, déclin sensible des prestations liées à la maternité et de la famille, nette augmentation des prestations liées à l'emploi.

Cependant, cette similitude de structure ne doit pas cacher que le rythme d'augmentation des prestations sociales a été, en France, plus élevé que dans les autres pays européens, et ceci pour tous les postes.

Cette évolution est illustrée par le tableau ci-dessous, qui permet de comparer les taux d'accroissement des prestations observées entre 1980 et 1989.

Comparaison européenne des taux de variation
des prestations sociales par risque
(évolution 1989/1980)

	France	Allemagne	Grande-Bretagne	Italie	Moyenne C.E.E.
Total	+ 35,9	+ 13,7	+ 23,0	+ 59,5	+ 28,9
Santé	+ 32,8	+ 10,1	+ 22,2	+ 54,6	+ 24,3
Vieillesse-Survie	+ 38,2	+ 14,2	+ 25,0	+ 72,3	+ 35,2
Famille-Maternité	+ 9,4	- 10,7	+ 4,4	+ 2,2	- 2,1
Emploi-Chômage	+ 75,6	+ 61,5	+ 20,0	+ 17,9	+ 35,4
Autres	+ 90,5	+ 77,5	+ 396,1	- 32,8	+ 121,1

Source : Eurostat

Les prestations sociales ont globalement augmenté, au cours de cette période, de 35,9 % en France contre une moyenne de 28,9 % dans la C.E.E. L'écart est plus particulièrement marqué en ce

qui concerne les dépenses de santé : + 32,8 % contre + 24,3 %, qu'en ce qui concerne les prestations liées à la vieillesse : + 38,2 % contre + 35,2 %.

La comparaison avec l'Allemagne, qui constitue le principal partenaire économique de la France et dont le système de protection sociale est assez proche du système français, notamment en matière de santé, est particulièrement défavorable ; en effet, durant la même période, le taux d'augmentation des prestations sociales enregistré en Allemagne n'a été seulement que de 13,7 % pour le total, 10,1 % pour la santé et 14,2 % pour la vieillesse.

C. LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE A JUSQU'A PRESENT REPOSE ESSENTIELLEMENT SUR LES COTISATIONS

En France, le financement du système de protection sociale est d'abord assuré par des cotisations liées au travail, pesant pour une part sur les employeurs et pour une autre part sur les personnes protégées.

Ce mode de financement correspond en effet à la logique d'assurance dans laquelle se sont à l'origine développés les différents régimes de sécurité sociale.

1. La prépondérance des cotisations au sein des diverses sources de financement

En dehors des *cotisations*, principalement assises sur la masse salariale, dont le montant s'est élevé en 1991 à 1.538 milliards de francs, soit près de 70 % de l'ensemble des recettes, les autres ressources de la protection sociale sont constituées par les impôts et taxes affectés ainsi que par les contributions publiques, auxquels viennent s'ajouter divers transferts.

- Les *impôts et taxes affectés* correspondent au transfert permanent ou conjoncturel à certains régimes de protection sociale d'impôts ou de taxes traduisant une solidarité spécifique (notamment, depuis 1991, contribution sociale généralisée, C.S.G.) ou visant à

compenser certaines charges précises (taxes sur l'assurance automobile, sur les alcools).

- Les contributions publiques recouvrent le financement direct par les collectivités publiques de l'aide sociale, ainsi que la prise en charge par l'Etat de régimes propres à l'administration publique et l'aide qu'il apporte à certains régimes déficitaires.

Le tableau suivant retrace l'évolution, au cours des vingt dernières années, de ces différentes ressources et de leur part respective dans le financement de la protection sociale.

**Ensemble des régimes de protection sociale
Compte des opérations courantes**

(en milliards de francs et en % du total)

Années	Total des ressources	Cotisations	Impôts et taxes	Contributions publiques	Autres (dont transferts)
1970	167	122 73,1 %	0,4 n.s.	29 17,4 %	15,6 9,3 %
1975	381	266 69,8 %	5 n.s.	60 15,7 %	50 13,1 %
1980	831	593 71,3 %	3 n.s.	115 13,8 %	120 14,4 %
1985	1.560	1.070 68,6 %	41 2,6 %	230 14,7 %	219 14,0 %
1990	2.117	1.486 70,2 %	63 3,0 %	246 11,6 %	322 15,2 %
1991	2.215	1.538 69,4 %	85 3,8 %	252 11,9 %	340 15,4 %

- La part des cotisations qui sont passées de 122 milliards de francs en 1970, soit 73,1 % du total des ressources, à 1538 milliards en 1991, soit 69,4 % du total, reste prépondérante au cours de la période, quoiqu'en légère diminution.

- La part fiscale du financement de la protection sociale est longtemps restée négligeable. Elle tend cependant à s'accroître sensiblement au cours des dernières années, pour atteindre près de 4 % en 1991, ce qui représente une masse de 85 milliards de francs. Cette augmentation rapide doit être reliée à l'instauration, en 1991, de la contribution sociale généralisée, C.S.G., qui a rapporté plus de 30 milliards de francs au cours de cette même année.

- La part des contributions publiques a nettement diminué, passant de 17,4 % du total des ressources en 1970 à 11,9 % en 1991, ce qui représente une masse de 252 milliards de francs.

2. Une part croissante des cotisations sociales acquittées par les ménages

Le financement de la protection sociale a donc reposé, jusqu'à présent, essentiellement sur les cotisations.

L'évolution de leur montant et de leur structure au cours des vingt dernières années est retracée dans le tableau ci-dessous.

Ensemble des régimes de protection sociale Cotisations sociales

(en milliards de francs et en % du total)

Années	Total des cotisations	Cotisations à la charge des employeurs	Cotisations à la charge des personnes protégées	Dont cotisations des non-salariés
1970	123	92 74,8 %	31 25,2 %	8 6,5 %
1975	266	200 75,1 %	66 24,8 %	15 5,6 %
1980	593	417 70,3 %	176 29,7 %	36 6,1 %
1985	1.059	724 68,4 %	335 31,6 %	64 6,0 %
1990	1.470	951 64,7 %	519 35,3 %	94 6,4 %
1991	1.538	990 64,4 %	532 34,6 %	98 6,4 %

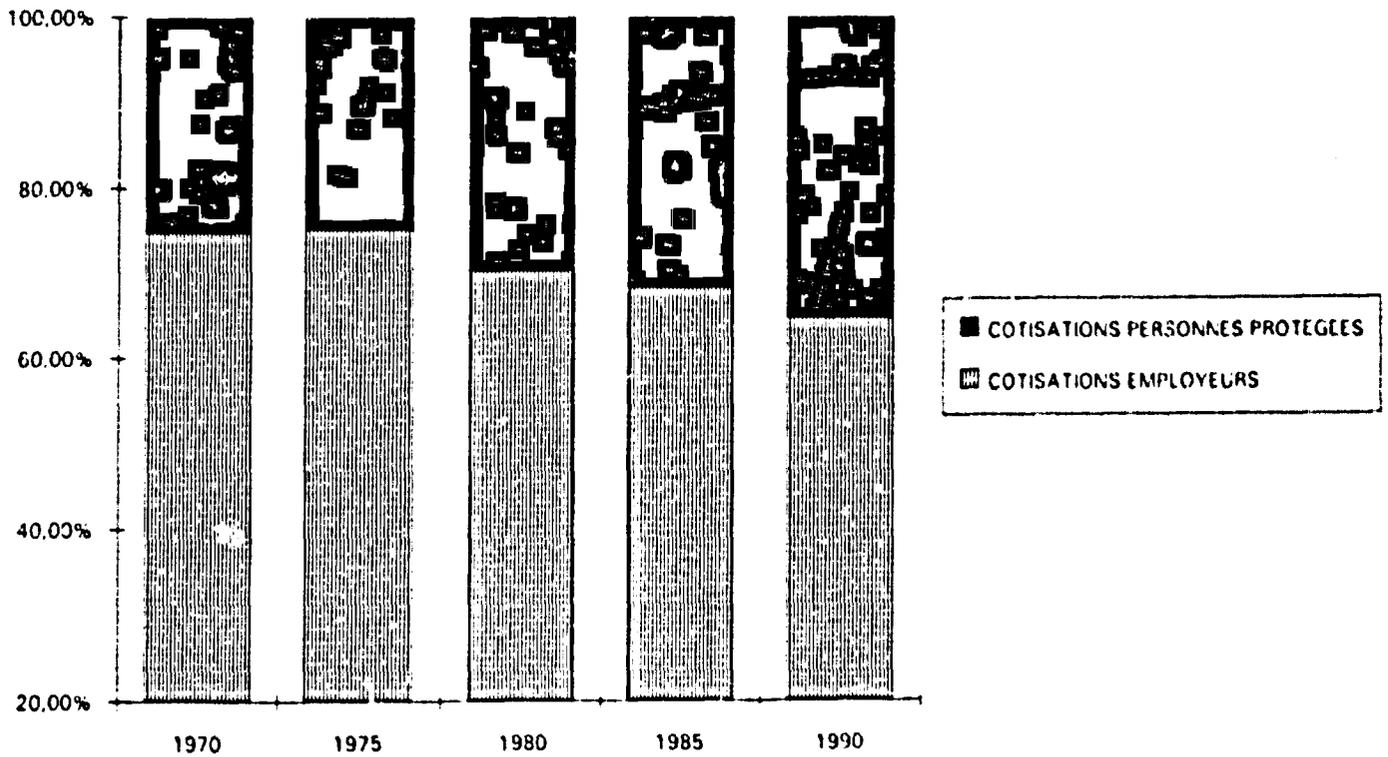
L'évolution de la structure des cotisations au cours de la période est marquée par un certain rééquilibrage entre les cotisations à la charge des employeurs et les cotisations à la charge des personnes protégées.

En effet, la part relative des cotisations à la charge des employeurs, qui reste prépondérante, a connu une nette diminution,

passant de 74,8 % en 1970 à 64,1 % en 1991, tandis que celle des cotisations à la charge des personnes protégées s'accroissait parallèlement, passant de 25,2 % en 1970 à 34,6 % en 1991.

Cette évolution signifie que les cotisations à la charge des salariés ont augmenté beaucoup plus rapidement que les cotisations à la charge des employeurs (la part des cotisations des travailleurs indépendants restant stable) et donc que le poids de l'augmentation des cotisations a pesé pour l'essentiel sur les ménages, comme l'illustre le graphique ci-après.

Evolution de la structure des cotisations (en pourcentage du total des cotisations)



3. Une structure de financement atypique comparativement aux autres pays européens

Les statistiques communautaires permettent de comparer la structure des recettes courantes de protection sociale dans les différents pays européens.

Les données fournies par l'O.S.C.E. différencient trois types de recettes : les cotisations sociales des employeurs, les cotisations sociales des personnes protégées et les contributions publiques au sens large (ce qui correspondrait approximativement à la somme des impôts et taxes affectés et des contributions publiques au sens de la comptabilité nationale française) ; les autres recettes, qui proviennent essentiellement de revenus de placement, occupant une place marginale.

Le tableau suivant décrit l'évolution de la structure des recettes de protection sociale dans les principaux pays européens au cours des années quatre-vingts.

Comparaison européenne
Structure des recettes courantes de protection sociale

(en % du total des recettes)

	France	Allemagne	Grande-Bretagne	Italie	Moyenne C.E.E.
Cotisations sociales des employeurs					
1980	55,5	41,4	33,4	59,9	45,2
1985	52,3	40,9	29,8	52,8	42,0
1989	51,7	40,4	29,2	52,6	42,2
Cotisations sociales des personnes protégées					
1980	21,3	28,0	14,8	13,9	22,1
1985	25,0	30,1	16,6	14,8	23,3
1989	28,7	30,5	17,3	14,7	24,0
Contributions publiques					
1980	17,3	27,0	43,2	27,0	28,1
1985	19,8	25,4	43,7	25,4	29,2
1989	17,2	26,2	41,3	26,2	28,4

Source : Eurostat

On constate que les structures des recettes de protection sociale, et donc les modalités de financement de la protection sociale,

sont beaucoup moins homogènes, en Europe, que les structures des prestations sociales.

A cet égard, si le poids global des dépenses liées à la protection sociale est en France à peu près équivalent à celui constaté dans les principaux pays de l'Europe du Nord, et notamment en Allemagne, le mode de financement de ces dépenses, caractérisé par une forte proportion de cotisations sociales obligatoires et une faible importance de la fiscalisation, s'apparente plutôt à celui des pays de l'Europe du Sud.

Le système français se caractérise en effet par un niveau de cotisations sociales généralement beaucoup plus élevé que dans les autres pays européens, tout particulièrement en ce qui concerne les cotisations à la charge des employeurs, dont la part atteignait 51,7 % en 1989, contre 42,2 % seulement pour la moyenne communautaire (la part des cotisations de personnes protégées atteignait respectivement 28,7 % et 24 %).

En revanche, la "fiscalisation" de la protection sociale est nettement plus modérée en France que dans la plupart des autres pays européens. La part des dépenses sociales financées par des recettes fiscales n'était que de 17,2 % en 1989, alors que la moyenne communautaire atteignait 28,4 %.

En ce qui concerne l'évolution dans le temps de la part des différentes sources de financement, elle présente une plus grande convergence. En effet, les mouvements observés en France se retrouvent dans les autres grands pays européens : diminution de la part des cotisations sociales à la charge des employeurs, augmentation de la part des cotisations à la charge des personnes protégées, et relative stabilité du financement par contributions publiques.

★

★ ★

Le système français de protection sociale se caractérise donc par un niveau de prélèvement élevé sur la richesse nationale et par un rythme de progression rapide de ses dépenses, même si une certaine stabilisation peut être observée depuis 1985.

La progression des dépenses a rendu nécessaire un accroissement parallèle des recettes, dont la charge pèse de plus en plus sur les ménages.

Les comparaisons internationales précédemment exposées montrent que la France reste l'un des pays européens où la part de la richesse nationale consacrée au financement de la protection sociale est la plus importante et où le rythme d'accroissement des dépenses a été le plus rapide au cours de la décennie quatre-vingts.

La France semble donc avoir moins bien maîtrisé la progression de ses dépenses sociales que d'autres pays de niveau de développement comparable.

PREMIERE PARTIE

II - UN SYSTEME DONT LA QUALITE N'EST PAS NECESSAIREMENT PROPORTIONNELLE A L'EFFORT FINANCIER ENGAGE : L'EXEMPLE DES DEPENSES DE SANTE

Le système français de protection sociale est, dans le monde, l'un des systèmes qui mobilise les masses financières les plus élevées. Pour autant, est-il l'un des plus performants et le niveau des dépenses est-il toujours synonyme de qualité ?

La réponse à cette question est malheureusement délicate, car l'état actuel des données de comparaisons internationales, particulièrement lacunaires dans le domaine de la protection sociale, ne permet pas d'établir une appréciation d'ordre qualitatif en ce domaine.

En effet, le secteur de la santé constitue actuellement le seul secteur pour lequel on dispose de données de comparaisons suffisamment fiables et exhaustives pour tenter d'établir une telle appréciation, qui ne peut en revanche être effectuée avec précision en ce qui concerne les retraites ou la politique familiale.

Cependant, l'étude du système de santé permet d'illustrer clairement l'absence de relation directe entre le niveau de dépenses et la qualité des prestations.

A. LA FRANCE EST L'UN DES PAYS LES PLUS GROS "CONSOMMATEURS DE SANTE" AU MONDE

La France se caractérise par un niveau de dépenses de santé parmi les plus élevés au monde. En outre, ces dépenses continuent à croître à un rythme rapide, contrairement à la stabilisation observée dans la plupart des autres pays de l'O.C.D.E.

1. Des dépenses de santé parmi les plus élevées au monde

Comme le montre le tableau ci-dessous, la France a atteint, en 1990, un niveau de dépenses de santé parmi les plus élevés des pays de l'O.C.D.E., tant par habitant qu'en part du P.I.B.

	France	Allemagne	Royaume- Uni	Italie	Etats- Unis	Japon
Dépense nationale de santé par habitant (en francs "parité de pouvoir d'achat")	10 176	9 498	6 711	8 215	18 937	3 213
Part des dépenses de santé dans le PIB (en %)	8,9	8,1	6,1	7,6	12,4	6,5

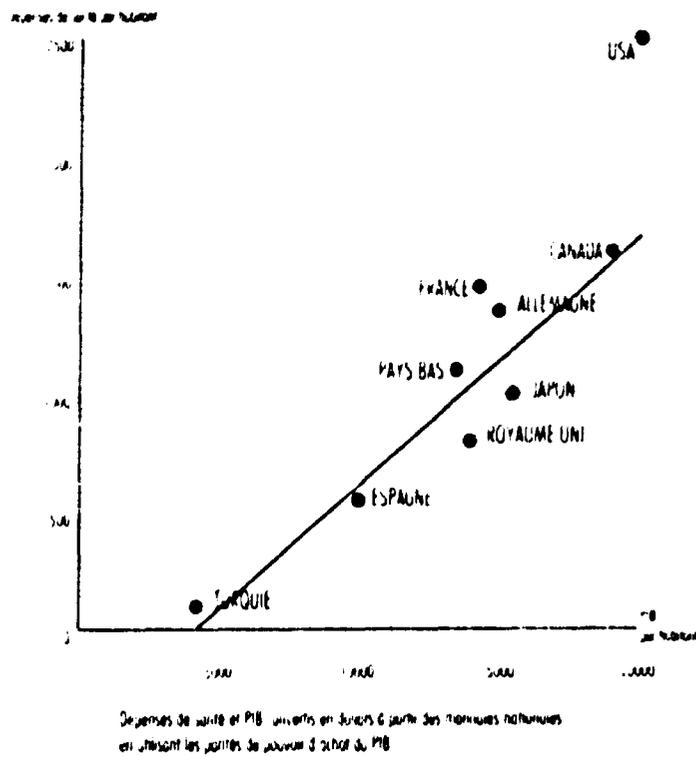
Source : O.C.D.E. Année de référence : 1990

En ce qui concerne la dépense nationale de santé par habitant, la France se situe, avec 10.176 francs par an, au cinquième rang mondial.

En ce qui concerne la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut, la France occupe, avec 8,9 %, le troisième rang mondial, derrière les États-Unis (12,4 %) et le Canada (9 %) ; alors que cette part s'est stabilisée autour d'une moyenne de 7,5 % dans les pays de l'O.C.D.E.

La France cumule un haut niveau de dépenses de santé en valeur absolue avec une part très élevée dans le P.I.B., comme l'illustre le graphique ci-dessous, qui met en relation les dépenses de santé et le P.I.B. par habitant en 1990 pour les principaux pays de l'O.C.D.E. (Source : *Dépenses de santé : un regard international - Rapport au Premier Ministre présenté par Yannick Moreau - 1991*).

Depenses de sante et PIB par habitant en 1990



2. Des dépenses de santé qui continuent à croître à un rythme plus rapide que dans les pays étrangers

Le tableau ci-dessous présente, pour quelques grands pays de l'O.C.D.E., l'élasticité moyenne des dépenses de santé par rapport au P.I.B., sur les périodes 1960-1975 et 1975-1990.

	France	Allema-gne	Royaume-Uni	Italie	Etats-Unis	Japon
1960-1975	1,90	2,32	2,10	2,24	2,50	1,68
1975-1990	1,79	0,98	1,33	1,52	2,30	1,33

Source : O.C.D.E.

On constate que sur la période 1975-1990, les dépenses de santé ont augmenté presque deux fois plus vite que la richesse nationale, et que l'élasticité n'a que faiblement diminué par rapport à

la période antérieure, contrairement à l'évolution constatée dans les autres pays (à l'exception des Etats-Unis).

Partie d'un niveau de croissance élevé, la France a fortement augmenté ses dépenses de santé dans les années 1960-1965 (+ 10,25 % par an en volume). Un ralentissement réel a ensuite été effectué, surtout à partir de 1975 (1965-1975 : + 7,45 % par an, 1975-1990 : + 4,25 % par an) ; mais ce ralentissement a été modeste par rapport à celui qui pu être constaté dans la plupart des pays dont la situation de départ était analogue.

Au cours des cinq dernières années, la part des dépenses de santé dans le P.I.B. a continué à augmenter en France (l'élasticité moyenne s'est élevée à 2,3 sur la période 1985-1990, ce qui correspond à un taux de croissance moyen de + 4 % par an en volume) ; alors que cette part s'est stabilisée ou est en baisse dans de nombreux pays tels que l'Allemagne, le Danemark, l'Irlande, la Suède, la Suisse, l'Australie, la Belgique, les Pays-Bas. A titre d'exemple, le taux d'évolution moyen des dépenses de santé en Allemagne a été de -1,44 % par an sur cette période 1985-1990.

B. CETTE SITUATION CORRESPOND A UNE INSUFFISANTE MAITRISE DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE

Personne ne conteste sérieusement la totale liberté des ménages d'affecter leurs revenus à différents postes de dépenses dont les dépenses de santé. Toutefois, il est nécessaire de considérer de façon particulière les dépenses financées par des prélèvements obligatoires et c'est le cas de l'Assurance-maladie.

Or, le niveau élevé des dépenses totales de santé observé en France coïncide avec un niveau également particulièrement élevé de financement public de ces dépenses tant en ce qui concerne la part atteinte par ce financement dans la richesse nationale que le montant des dépenses de santé "remboursées" par habitant.

- 1. Le financement public des dépenses de santé absorbe une part croissante de la richesse nationale, plus élevée que celle qu'y consacrent les autres grands pays développés**

Le tableau ci-après retrace l'évolution depuis 1970, dans quelques grands pays développés, de la part de la richesse nationale consacrée au financement public des dépenses de santé.

Evolution du financement public
des dépenses de santé
(en % du PIB)

	France	Allema- gne	Royaume- Uni	Italie	Etats- Unis	Japon
1970	4,3	4,1	3,9	4,5	2,7	3,1
1975	5,4	6,3	5,0	5,2	3,5	4,0
1980	6,0	6,3	5,0	5,6	3,9	4,5
1985	6,5	6,4	5,1	5,4	4,4	5,4
1990	6,6	5,9	5,2	5,9	5,2	5,9

Source : O.C.D.E.

On constate à la lecture de ce tableau que la France consacre, avec 6,6 % du PIB en 1990, une part de sa richesse nationale sensiblement plus élevée que dans les autres grands pays développés au financement public des dépenses de santé.

De plus, cette part n'a cessé de s'accroître au cours des vingt dernières années, passant de 4,3 % en 1970 à 6,6 % en 1990. Cette évolution contraste avec celle du principal partenaire économique de la France, l'Allemagne, qui a enregistré au cours des dernières années une régression de la part de la richesse nationale absorbée par le financement public des dépenses de santé, passée de 6,4 % du P.I.B. en 1985 à seulement 5,9 % en 1990.

2. Le montant des dépenses de santé "remboursées" par habitant s'est accru à un rythme rapide et atteint un niveau particulièrement élevé au sein de l'O.C.D.E.

Le tableau ci-après retrace l'évolution depuis 1970, pour quelques grands pays développés, du montant par habitant atteint par le financement public des dépenses de santé.

**Evolution des dépenses de santé
"remboursées" par habitant
(en dollars*)**

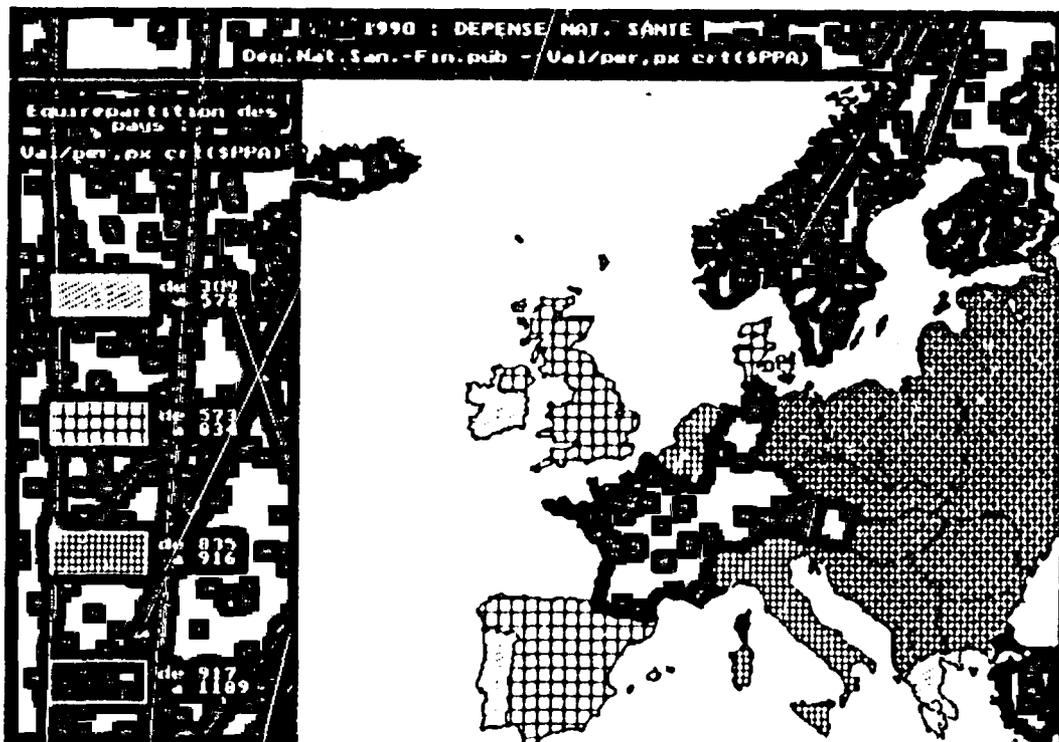
	France	Allema- gne	Royaume- Uni	Italie	Etats- Unis	Japon.
1970	143	138	125	127	129	88
1975	282	324	247	233	245	182
1980	517	555	398	444	447	365
1985	762	770	556	591	707	570
1990	1.022	935	772	865	1.089	830

Source : O.C.D.E.

* en dollars "constants pour le Japon" aux prix constants

- Les dépenses de santé financées sur des ressources publiques ont augmenté à un rythme particulièrement rapide en France. Exprimées en francs constants (base 1985), elles ont plus que doublé au cours des vingt dernières années, passant de 2.697 francs en 1970 à 3.804 francs en 1975, 4.818 francs en 1980, 5.541 francs en 1985 et 6.368 francs en 1990.

- La France a ainsi atteint le niveau de financement public des dépenses de santé, par habitant, le plus élevé de la Communauté économique européenne, comme l'illustre la carte ci-après.



Le haut niveau de financement public des dépenses de santé atteint par la France doit conduire à interpréter avec prudence les comparaisons internationales du niveau de prise en charge publique des dépenses, qui est souvent considéré comme un indice de l'efficacité d'un système de santé.

Le niveau de prise en charge publique des dépenses est apprécié, pour un pays donné, par le calcul de la part des dépenses "remboursées" au sein de la masse globale des dépenses de santé. Il doit donc être distingué du taux moyen de remboursement d'une prestation.

Selon les statistiques de l'O.C.D.E., cette proportion apparaît relativement faible en France. Avec un taux de 74,2 % en 1990, la France se situe au 14^e rang seulement au sein de l'O.C.D.E. ; ce taux est inférieur de dix points à la moyenne européenne.

Le niveau relativement faible de prise en charge publique des dépenses de santé en France doit être examiné en tenant compte du montant particulièrement élevé atteint par le total de ces dépenses dans ce pays.

Il ne signifie pas que la France dépense moins que les autres pays développés pour le financement de l'assurance maladie, puisque, comme on l'a constaté plus haut, le montant par habitant du financement public des dépenses de santé est en France le plus élevé de la Communauté économique européenne.

**C. LE NIVEAU ELEVE ET LE RYTHME
D'ACCROISSEMENT RAPIDE DES DEPENSES
D'ASSURANCE MALADIE NE SE TRADUISENT PAS
POUR AUTANT PAR UN ETAT SANITAIRE, NI UN
NIVEAU DE PRESTATIONS PARTICULIEREMENT
EXCEPTIONNELS**

L'ensemble des données de comparaison internationale qui viennent d'être présentées fait clairement apparaître la France, au sein de l'O.C.D.E., comme l'un des pays éprouvant le plus de difficultés à maîtriser l'évolution de ses dépenses publiques de santé.

Or, en dépit de ce niveau élevé de dépenses, au rythme de croissance exceptionnellement rapide, les résultats obtenus n'apparaissent pas manifestement meilleurs que dans les pays étrangers comparables.

En effet, les rigidités et les dysfonctionnements du système de santé français semblent conduire, en l'absence de mécanismes de régulation financière, à des gaspillages patents.

1. Les indicateurs disponibles ne montrent pas de corrélation, au sein des pays développés, entre le niveau des dépenses et l'état de santé des populations

L'état sanitaire de la population peut être considéré comme un bon témoin de la qualité d'un système de soins. Malheureusement, il est particulièrement délicat d'en effectuer une appréciation quantitative susceptible de permettre des comparaisons internationales. De plus, la plupart des données disponibles en la matière sont trop partielles et trop difficiles à interpréter pour que l'on puisse en tirer des conclusions définitives.

Cependant, les indicateurs globaux couramment utilisés, tels l'espérance de vie ou la mortalité infantile, ne montrent pas de corrélation, tout au moins en ce qui concerne les pays développés, entre le niveau de dépenses et l'état de santé.

Au sein de l'O.C.D.E., la France n'occupe que des rangs moyens selon ces indicateurs courants : 5e rang pour l'espérance de vie à la naissance des femmes (80,3 ans), mais 13e rang seulement pour l'espérance de vie à la naissance des hommes (72,0 ans) ; 6e rang pour le taux de mortalité infantile, mais 16e rang seulement pour le taux de mortalité périnatale (*Source : O.C.D.E. - chiffres de 1987*).

L'écart avec le Japon, dont les dépenses de santé sont nettement moins élevées, est frappant : 1,1 an pour l'espérance de vie des femmes à la naissance ; 3,6 ans pour l'espérance de vie des hommes à la naissance.

Ces résultats ne permettent donc pas en eux-mêmes de justifier un niveau particulièrement élevé de dépenses.

La signification des indicateurs utilisés doit toutefois être relativisée, car la qualité de la médecine n'en constitue pas le seul facteur explicatif ; bien d'autres facteurs devant être pris en compte, en ce qui concerne l'espérance de vie, tels l'alimentation ou le mode de vie (alcoolisme, tabagisme, accidents de la route...)

2. En l'absence de mécanismes de régulation financière, les rigidités et les dysfonctionnements du système de santé français conduisent à des gaspillages patents

Comme on vient de le constater, le niveau élevé du financement public des dépenses qui caractérise le système de santé français n'est pas forcément synonyme de qualité des soins et de résultats plus satisfaisants que ceux qui sont obtenus à l'étranger.

Cette situation peut s'expliquer par les effets pervers de l'absence de contrainte financière sur le "marché" de la santé, tout au moins en ce qui concerne la médecine ambulatoire ; les dépenses hospitalières ayant pour leur part été relativement maîtrisées grâce à la mise en place de la politique du "budget global".

Certes, la France dispose d'un système de médecine libérale, reposant sur le libre choix du médecin par le malade et sur la liberté de prescription du médecin, auquel la population est très attachée et dont il n'est pas question de remettre en cause les fondements.

Cependant, compte tenu de la nature très particulière du "marché" de la santé, le libre jeu du système de santé français, en l'absence de mécanismes de régulation financière, suscite des effets pervers générateurs de gaspillages.

a) La nature très particulière du "marché" de la santé

A bien des égards, le secteur de la santé ne constitue pas un secteur économique comme les autres.

Tout d'abord, le risque de la maladie mettant en cause la vie elle-même tend à exclure des raisonnements individuels, tant de la part du malade que du médecin, toute considération de nature économique ou financière ; il est en effet banal de rappeler que "la santé n'a pas de prix".

Cette situation rend nécessaire la mise en place de mécanismes d'assurance ou de solidarité collective.

Le "marché" de la santé présente en outre plusieurs spécificités qui le différencient d'un marché concurrentiel conduit par

le biais d'un prix d'équilibre à une allocation efficace des ressources et à une satisfaction optimale des agents :

- *Existence d'effets externes*, du fait de l'intervention autoritaire de l'Etat lorsque l'intérêt collectif diffère de la somme des intérêts individuels, comme l'illustre l'exemple des vaccinations obligatoires, l'intérêt individuel étant de ne pas se faire vacciner, en raison de la possibilité d'accidents.

- *Assymétrie de l'information des acteurs*

Il existe par définition une dissymétrie d'informations entre le malade et le médecin, qui fait que la relation malade-médecin diffère d'une relation consommateur-producteur classique. De ce point de vue, les médecins disposent d'un monopole qui rend nécessaire un mécanisme de contrôle pour éviter les abus de prescriptions inutiles, voire dangereuses. Or en France ce contrôle n'est à l'heure actuelle assuré efficacement ni par le Conseil de l'Ordre, ni par les médecins-conseils de la sécurité sociale.

- *Intervention de mécanismes d'assurances ou de prise en charge socialisée et théorie du "hasard moral"*

La mise en place de mécanismes d'assurances ou de prise en charge publique a pour effet de solvabiliser la demande et donc de créer une dynamique inflationniste, car il n'existe plus de frein naturel à la consommation et l'arbitrage habituel du consommateur, par les prix entre diverses consommations, ne se fait pas comme dans les autres secteurs.

En outre, elle induit un biais de comportement chez les individus qui tendent à être découragés de faire des efforts pour entretenir leur capital santé, puisqu'ils peuvent en tout état de cause compter sur la sécurité sociale pour financer leurs dépenses de santé (c'est la théorie du "hasard moral").

Ces spécificités propres au marché de la santé ont une double conséquence :

- la limitation des effets de la concurrence et l'absence d'allocation optimale des ressources par le seul jeu des règles du marché ;

- la nécessaire intervention de l'Etat et des mécanismes de couverture collectifs pour assurer une régulation de ce marché.

*b) Les effets pervers de l'absence de régulation financière
du système de santé : des gaspillages patents*

En l'absence de mécanismes de régulation, le système de santé français induit des effets pervers générateurs de gaspillage.

Le comportement du consommateur

La couverture généralisée par l'assurance maladie a pour conséquence indirecte une totale absence de responsabilisation du consommateur vis à vis de la dépense. Les médecins étant nombreux, le "malade" n'hésite pas à en changer fréquemment (pratique du "nomadisme médical"), à consulter plusieurs praticiens pour la même affection et à recourir plus volontiers à un médecin spécialiste (dont la consultation est plus onéreuse) qu'à un médecin généraliste. En raison du jeu de la concurrence et de la crainte de perdre leur clientèle, les médecins ont tendance à satisfaire toutes les demandes de prescriptions remboursées par la sécurité sociale, même médicalement infondées.

Le comportement des médecins

Il se trouve biaisé d'une part, par les incidences de la démographie médicale ; d'autre part, par leur mode de rémunération.

Les effectifs de médecins apparaissent en effet, si ce n'est globalement trop élevés, en tout cas mal répartis : les effectifs de médecins spécialistes sont souvent pléthoriques par rapport à ceux des médecins généralistes ; le nombre des médecins hospitaliers ou des médecins de santé publique est souvent insuffisant.

La densité de médecins en activité observée en France est le plus souvent sensiblement plus élevée que dans les autres pays développés : selon les statistiques de l'O.C.D.E., on comptait, en 1988, une moyenne de 2,9 médecins pour 1.000 habitants en France, contre seulement 2,3 aux Etats-Unis, 1,6 au Japon, 1,4 au Royaume-Uni ou 1,3 en Italie.

Cette situation, combinée aux modalités actuelles de rémunération des médecins : rémunération indifférenciée à l'acte, "sous-rémunération" relative des généralistes, aboutit à une inflation des prescriptions. Selon M. Jean de Kervasdoué, ancien directeur des Hôpitaux, la proportion de prescriptions inutiles, voire dangereuses, pourrait être évaluée à environ 10 %.

La consommation française de médicaments apparaît extrêmement élevée, comparativement aux autres pays développés :

toujours selon les statistiques de l'O.C.D.E., le Français consommait en moyenne, en 1987, 34 conditionnements achetés avec prescription sous les formes courantes, alors que l'Allemand n'en consommait que 12,2, l'Italien 19,3, le Britannique 7,5 et le Japonais 1,0.

Le nombre très élevé de spécialités pharmaceutiques en France est également générateur de gaspillages : il existe en effet environ 10.000 spécialités pharmaceutiques, composées à partir de 850 principes actifs seulement, et dont le coût est, à composition comparable, très variable.

Dans un récent rapport (1), M. Claude Béraud, ancien médecin-conseil de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (C.N.A.M.T.S.), affirme que : *"la comparaison des coûts des systèmes de soins français, japonais, belge, danois ou anglais, révèle que pour des résultats sanitaires comparables, les dépenses de santé sont en France supérieures de 20 %. Les 100 milliards de la différence, qui représentent le coût pour la collectivité et pour les malades des prestations sans utilité médicale, pourraient, autrement employés, accroître à la fois la qualité de la santé et la satisfaction des autres besoins de la population"*.

Il convient à cet égard de regretter que la polémique sur les jugements à l'emporte-pièce et les affirmations parfois excessives de ce rapport, imputant notamment la responsabilité de ces gaspillages à une improbable *"délinquance médicale"*, en ait occulté l'enseignement essentiel, à savoir l'existence de véritables gisements de productivité au sein du système de santé.

La gestion des hôpitaux

En ce qui concerne la gestion des hôpitaux, le surnombre des lits et l'irrationalité de leur occupation sont des données aujourd'hui largement reconnues. Le rapport de la Commission "protection sociale" du Commissariat général du Plan, présidée par M. René Teulade, évaluait les excédents à 60.000 lits de court séjour en juin 1989. D'après Mme Béatrice Majnoni d'Intignano, spécialiste de l'économie de la santé, ce surnombre pourrait être aujourd'hui de l'ordre de 30 %, alors qu'environ 40 % des lits dans les services de médecine interne seraient indûment occupés par des personnes âgées. Cette situation, dans un objectif de rationalisation financière, appellerait la fermeture d'un certain nombre d'établissements, ou leur restructuration, pour faire face à l'émergence d'un risque nouveau : la dépendance.

Par ailleurs, dans une optique de maîtrise des dépenses, le critère du prix de journée est inopérant, puisqu'il n'incite pas à une

1. *"La Secu c'est bien, en abuser ça craint"* août 1992.

minimisation du nombre de journées passées à l'hôpital, qui ne pourrait être rendue possible que par la détermination de coût à la pathologie.

★

★ ★

En l'absence de toute procédure fiable d'évaluation de l'efficacité des dépenses et faute de la fixation d'objectifs pour une véritable politique de santé, une réponse quelque peu anarchique à une demande croissante de soins ne peut qu'aboutir à une augmentation incontrôlée des dépenses d'assurance maladie en France, sans que cette augmentation ne soit nécessairement synonyme de qualité croissante, ni exempte de gaspillages.

Les comparaisons internationales qui peuvent être effectuées tendent à montrer qu'un effort de maîtrise du financement public des dépenses de santé, tel qu'il a été mis en place dans certains pays étrangers, n'entraînerait pas nécessairement une baisse de la qualité des prestations offertes.

S'il ne saurait être question de limiter la "consommation" totale de santé des Français, qui relève de l'arbitrage individuel, il apparaît en revanche nécessaire de parvenir à une maîtrise des dépenses d'assurance maladie, grâce à la correction des rigidités et des dysfonctionnements du système de santé français qui sont aujourd'hui générateurs de gaspillages.

Une marge de manoeuvre existe donc pour une rationalisation financière du système français de protection sociale.

PREMIERE PARTIE

III - L'INCONTOURNABLE CONTRAINTE ECONOMIQUE D'UNE MAÎTRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES SOCIALES

En l'absence de mécanismes de régulation des dépenses (cf. la deuxième partie du présent rapport), l'indispensable équilibre "ex post" des comptes de la protection sociale n'a pu jusqu'ici être obtenu que par un ajustement automatique des recettes aux dépenses, calculé à partir du déficit prévisionnel résultant de la différence entre les rythmes spontanés d'évolution des recettes et des dépenses.

Or, cette "solution" palliative au problème lancinant du financement de la protection sociale trouve aujourd'hui ses limites. En effet, l'augmentation continue des prélèvements sociaux a constitué la principale cause de l'alourdissement des prélèvements obligatoires constaté au cours des vingt dernières années.

Cette évolution constitue à terme une menace pour la compétitivité de l'économie française et de ses entreprises. Elle a pour conséquence, dans le partage de la richesse nationale, un arbitrage défavorable au financement d'autres fonctions collectives telles l'éducation ou la recherche. Enfin, elle a une incidence défavorable sur le revenu des ménages, le partage de la valeur ajoutée devenant en effet de plus en plus défavorable aux actifs.

L'impossibilité économique de la poursuite des tendances générales actuellement constatées met ainsi en évidence la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses sociales.

A. UNE AUGMENTATION CONTINUE DES PRELEVEMENTS SOCIAUX

Comme le montre l'évolution des recettes de protection sociale (cf. supra I - C), le financement de la croissance des dépenses sociales a jusqu'à présent, pour l'essentiel, reposé sur les cotisations sociales qui ont pour leur quasi-totalité un caractère obligatoire dans le système français. La part des cotisations volontaires versées aux mutuelles ou à des organismes d'assurance privés demeure en effet marginale, contrairement à d'autres pays où elle représente une part importante du financement des retraites, -lorsque les régimes complémentaires ne sont pas obligatoires (Allemagne, États-Unis)-, voire du système de santé (États-Unis).

1. Une croissance significative des prélèvements sociaux au sein de l'ensemble des prélèvements obligatoires

Conséquence d'un rythme de croissance des prélèvements sociaux nettement supérieur à celui des autres catégories de prélèvements, le poids des cotisations sociales n'a cessé de s'alourdir au sein de l'ensemble des prélèvements obligatoires, qui peuvent être définis comme la somme totale des contributions à caractère obligatoire versées par les agents économiques aux différentes administrations publiques.

Cette évolution est retracée pour les vingt dernières années dans le tableau ci-après.

**Evolution des prélèvements obligatoires
en France depuis 1971**

(en milliards de francs)

Année	Total des prélèvements obligatoires		Dont cotisations sociales		
	Montant	% du PIB	Montant	% du PIB	% du total des prélèvements obligatoires
1971	305,9	35,0	114,6	13,1	37,5
1972	346,3	35,3	129,6	13,2	37,4
1973	397,3	35,7	149,2	13,4	37,6
1974	464,4	36,3	179,3	14,0	38,6
1975	543,4	37,4	221,9	15,3	40,8
1976	660,5	39,4	265,8	15,9	40,3
1977	742,8	39,4	311,3	16,6	41,9
1978	845,6	39,5	357,9	16,7	42,1
1979	1.001,4	41,0	427,9	17,5	42,7
1980	1.171,4	41,7	500,1	17,8	42,7
1981	1.325,8	41,9	562,4	17,8	42,4
1982	1.552,9	42,8	663,9	18,3	42,8
1983	1.746,0	43,6	755,4	18,9	43,3
1984	1.944,2	44,6	837,4	19,2	43,1
1985	2.089,5	44,5	905,1	19,2	43,3
1986	2.229,4	44,0	955,3	18,9	42,9
1987	2.372,5	44,5	1.019,2	19,1	43,0
1988	2.514,4	43,8	1.086,9	19,0	43,2
1989	2.690,5	43,7	1.179,6	19,2	43,8
1990	2.835,5	43,7	1.253,8	19,3	44,2
1991	2.967,5	43,9	1.304,0	19,3	43,9

Source : Comptes de la nation

Remarque : Rupture de série en 1980
(modification du cadre comptable)

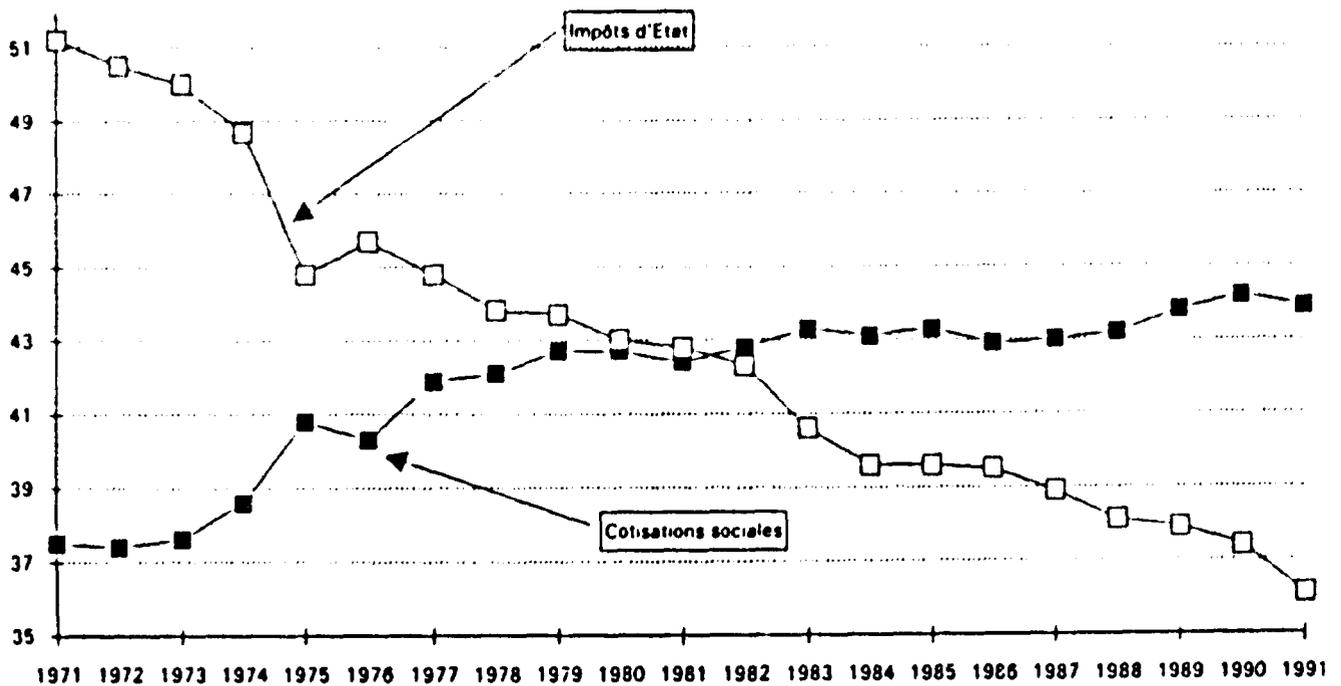
Rapporté au P.I.B, le poids des cotisations sociales s'est fortement alourdi, passant de 13 points en 1971 à plus de 19 points aujourd'hui.

De même, la part relative des cotisations sociales au sein des prélèvements obligatoires s'est fortement accrue au cours de cette période, atteignant 43,9 % en 1991, contre 37,5 % seulement en 1971.

Cette hausse rapide et incontrôlée contraste avec l'évolution des autres composantes des prélèvements obligatoires, et tout particulièrement avec celle des impôts d'Etat, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

En effet, la pression fiscale de l'Etat (montant des impôts d'Etat rapporté au P.I.B.) est restée relativement stable sur l'ensemble de la période et connaît une légère diminution depuis quelques années (18 % en 1971 et 1980, 15,8 % en 1991). Cette évolution a permis la diminution régulière de la part des impôts d'Etat au sein des prélèvements obligatoires, passant de 51,2 % en 1971 à 36,1 % en 1991.

Evolution comparée de la part respective, appréciée en pourcentage, des impôts d'Etat et des cotisations sociales dans le total des prélèvements obligatoires



Un double constat s'impose donc :

- la croissance rapide des cotisations sociales a été la principale responsable de l'alourdissement du taux des prélèvements obligatoires au cours des vingt dernières années ;

- la stabilisation récente de ce taux n'a pu être obtenue que grâce à un effort de maîtrise relative des prélèvements de l'État contrastant avec la poursuite de l'alourdissement des autres types de prélèvements, et tout particulièrement de ceux destinés au financement de la protection sociale.

2. Un taux particulièrement élevé de prélèvements obligatoires et sociaux au sein des pays industrialisés

L'évolution qui vient d'être décrite a amené la France à atteindre, au sein des pays industrialisés, un taux de prélèvements obligatoires et sociaux particulièrement élevé.

Cette constatation est mise en évidence par le tableau ci-dessous, élaboré à partir des statistiques de l'O.C.D.E., dont le système de comptabilité harmonisée permet d'effectuer des comparaisons internationales. Ce système peut toutefois induire de légères différences avec les chiffres issus des comptabilités nationales et notamment de la comptabilité nationale française.

**Evolution du taux de prélèvements obligatoires (1)
et du taux de pression des cotisations sociales (2)
dans les grands pays industrialisés depuis 1970**

Années	France	Allema- gne	Royaume- Uni	Italie	Etats- Unis	Japon	Moyenne CEE	Moyenne OCDE
1970	35,1 (12,7)	32,9 (10,0)	36,9 (5,1)	26,1 (9,9)	29,2 (5,6)	19,7 (4,4)	30,9 (7,8)	30,0 (5,8)
1975	36,9 (15,0)	35,7 (12,0)	35,7 (6,2)	26,2 (12,0)	29,0 (7,1)	20,9 (6,1)	33,4 (9,7)	32,7 (7,4)
1980	41,7 (17,8)	38,0 (13,1)	35,4 (5,8)	30,2 (11,5)	29,5 (7,7)	25,5 (7,4)	36,4 (10,5)	34,9 (8,2)
1985	44,5 (19,3)	38,0 (13,9)	37,9 (6,7)	34,4 (11,9)	29,2 (8,6)	27,6 (8,4)	39,5 (11,6)	36,9 (8,9)
1986	44,0 (18,8)	37,6 (14,0)	37,6 (6,8)	36,1 (12,4)	28,9 (8,6)	28,4 (8,5)	40,1 (11,5)	37,8 (9,0)
1987	44,5 (19,1)	37,7 (14,1)	37,0 (6,8)	36,3 (12,4)	30,2 (8,7)	29,7 (8,5)	40,5 (11,7)	38,2 (9,1)
1988	43,9 (19,0)	37,4 (14,0)	37,0 (6,9)	37,0 (12,3)	29,8 (8,8)	30,3 (8,5)	40,6 (11,5)	38,3 (9,1)
1989	43,8 (19,2)	38,1 (13,8)	36,5 (6,4)	37,8 (12,5)	30,1 (8,8)	30,6 (8,5)	39,9 (11,3)	38,4 (9,0)
1990*	43,8 (19,4)	37,7 (13,8)	36,8 (6,4)	39,5 (12,9)	n.d. n.d.	n.d. n.d.	n.d. n.d.	n.d. n.d.

(1) Total des recettes fiscales (cotisations sociales comprises) en % du PIB

(2) Cotisations de sécurité sociale en % du PIB (entre parenthèses dans le tableau)

* Estimations

Source : OCDE - Statistiques des recettes publiques des pays membres - 1965-1990

Le taux de prélèvements obligatoires atteint par la France est le plus élevé parmi les grands pays industrialisés (43,8 % en 1989 contre 38,1 % en Allemagne, 36,5 % au Royaume-Uni, 30,1 % aux États-Unis, 30,6 % au Japon).

Il est également nettement supérieur à la moyenne communautaire (39,9 %) et à la moyenne des pays de l'O.C.D.E. (38,4 %).

A l'intérieur de l'O.C.D.E., ce taux n'est dépassé que par quelques pays de l'Europe du Nord : Suède (56,1 %), Danemark (49,9 %), Norvège (45,5 %), Pays-Bas (46 %), Belgique (44,3 %).

Par ailleurs, en raison de l'accroissement très rapide des prélèvements obligatoires en France, l'écart entre les taux atteints par la France et ses principaux partenaires économiques s'est fortement creusé au cours des vingt dernières années ; en effet, les taux constatés en 1970 en France, en Allemagne et au Royaume-Uni étaient très voisins, de l'ordre de 35 %.

Le taux de prélèvements français s'est accru de 6 points entre 1978 et 1988, alors que les taux allemand et américain restaient stables.

Cette évolution est très largement liée à l'originalité de la structure du système français de prélèvements obligatoires qui, hormis une importance plus réduite qu'ailleurs des impôts directs, se caractérise essentiellement par une proportion beaucoup plus élevée des cotisations sociales qui, en 1989, représentaient 14,2 points de P.I.B. (soit 43,9 % du total), alors que la moyenne de la C.E.E. s'établit à 11,3 points de P.I.B. (soit 28,5 % du total) et celle de l'O.C.D.E. à 9 points de P.I.B. (soit 23,2 % du total) seulement.

Les grandes disparités constatées dans la structure des prélèvements obligatoires entre les différents pays doivent donc conduire à relativiser quelque peu l'approche globale du taux de prélèvements obligatoires.

Les écarts constatés sont pour partie la conséquence de systèmes institutionnels différents, et tout particulièrement de systèmes de financement de la protection sociale différents. En effet, les niveaux de prise en charge publique des dépenses sociales, au moyen de contributions à caractère obligatoire, sont très variables selon les pays. De même, à l'intérieur de cette prise en charge publique, les niveaux de fiscalisation du financement des dépenses sociales divergent considérablement.

A titre d'exemple, l'écart important des taux de prélèvements obligatoires français et allemand qui s'élevaient respectivement à 43,8 % et 37,7 % en 1990, est pour l'essentiel imputable aux cotisations sociales obligatoires qui représentaient, en 1990, 19,4 points de P.I.B. en France contre seulement 13,8 en Allemagne, alors que les masses financières affectées à la protection sociale sont à peu près équivalentes dans les deux pays ; le financement par cotisations volontaires occupant une place plus importante en Allemagne.

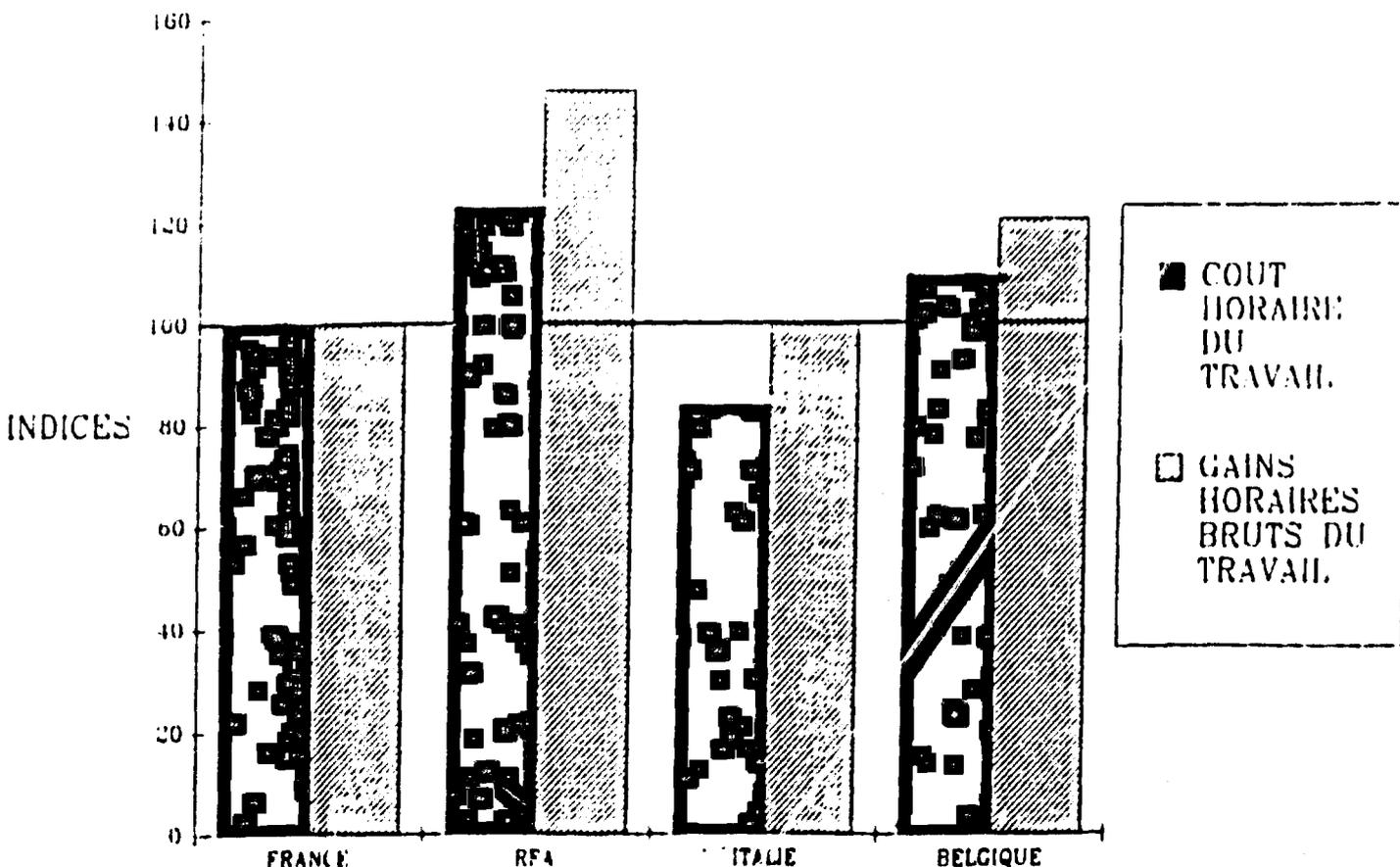
B. LES INCIDENCES MACROECONOMIQUES DU FINANCEMENT DE LA PROGRESSION DES DEPENSES SOCIALES CONSTITUENT A TERME UNE MENACE POUR LA COMPETITIVITE DE L'ECONOMIE FRANCAISE

L'accroissement très rapide des prélèvements sociaux rendu nécessaire par le financement du système de protection sociale n'est pas sans incidences sur le fonctionnement de l'économie. Même s'il ne peut être établi de manière certaine, jusqu'ici, que cette croissance ait obéré la compétitivité de l'économie, la poursuite de cette évolution tendancielle n'en aurait pas moins des conséquences préoccupantes pour l'avenir.

1. Jusqu'ici la croissance des prélèvements sociaux ne paraît pas avoir obéré de manière certaine le coût du travail

Si l'on s'en tient au seul coût du travail, qui est le seul à pouvoir faire l'objet d'une évaluation quantifiée, la compétitivité de l'économie française ne semble pas s'être érodée par rapport à celle des pays européens, en dépit d'un accroissement plus rapide des charges sociales.

Comme l'illustre le graphique ci-dessous, le coût horaire du travail en France n'est en effet pas supérieur à celui qui peut être constaté chez ses principaux partenaires européens.



La croissance des prélèvements sociaux a donc pu s'opérer sans effet défavorable sur le coût du travail.

Ce constat, qui peut à priori paraître surprenant, s'explique :

- d'une part, par le recours à des ajustements monétaires jusqu'au début des années 1980 ;

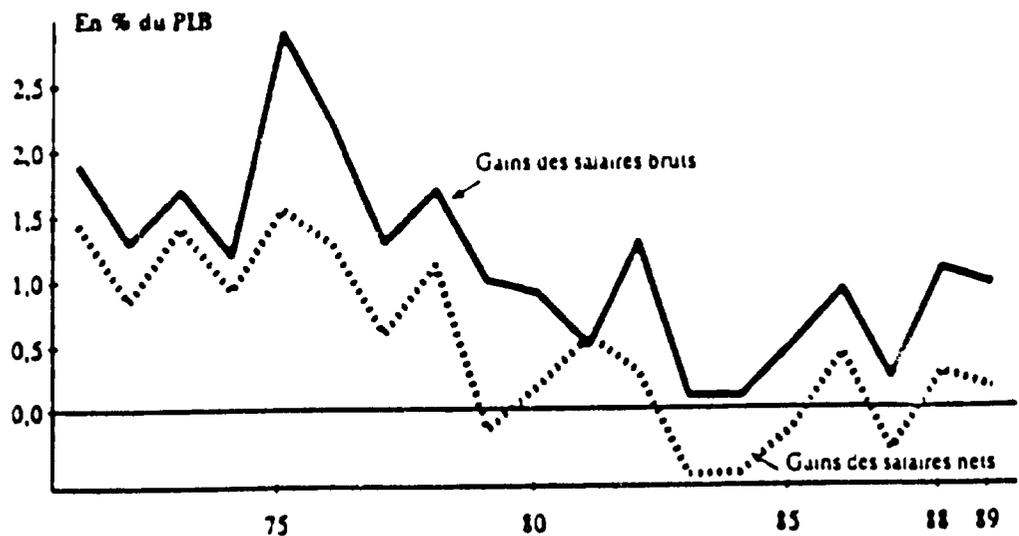
- d'autre part, par le fait que, depuis lors, l'augmentation des cotisations sociales, qui a pour l'essentiel pesé sur les salariés, s'est imputée sur l'évolution globale de leur rémunération.

2. La croissance des prélèvements sociaux a toutefois pesé sur les salaires directs

Comme on l'a vu précédemment (cf. I - C - 2), les cotisations à la charge des salariés ont augmenté beaucoup plus rapidement que les cotisations à la charge des employeurs, qui se sont stabilisées depuis 1985.

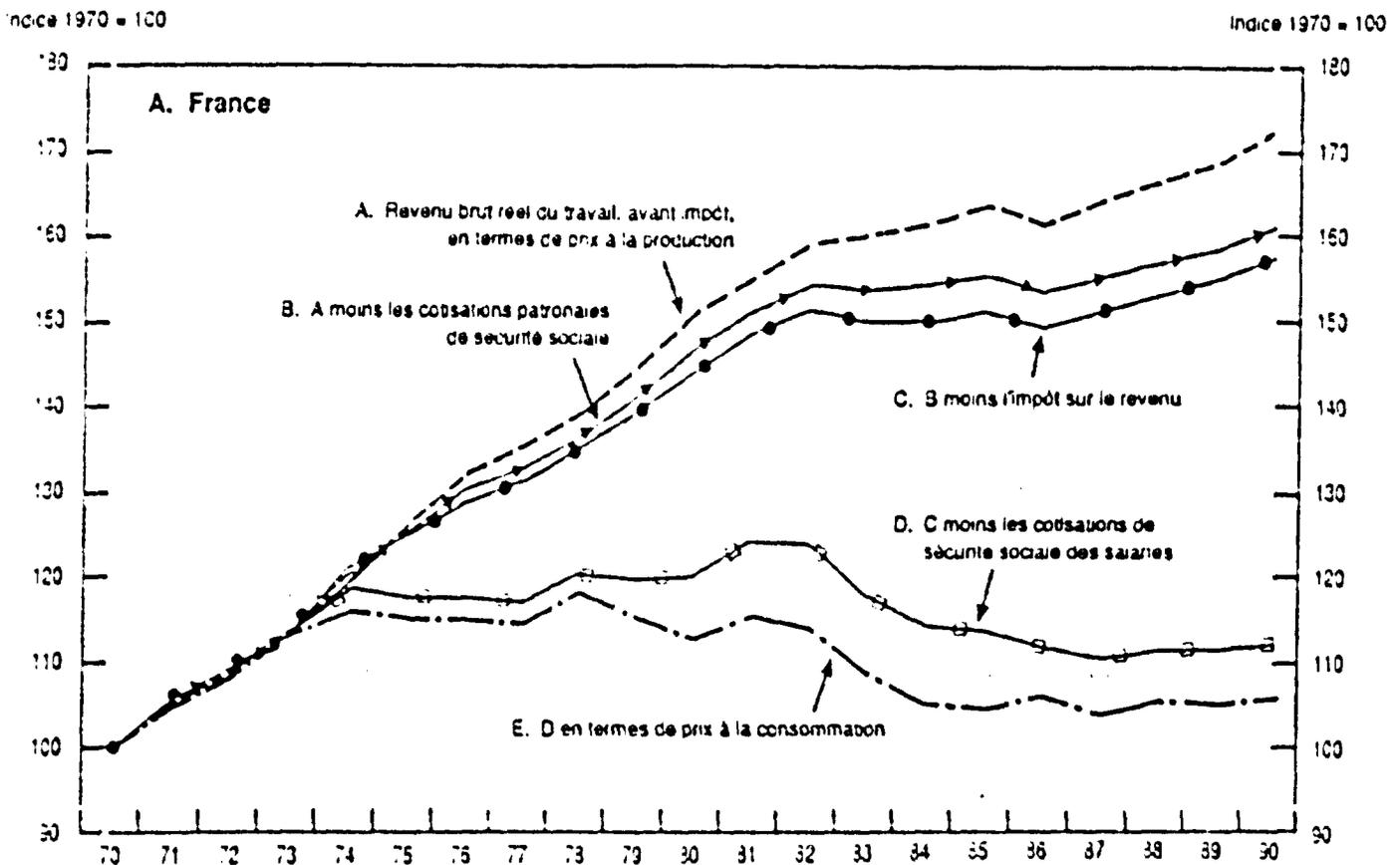
Or l'augmentation des cotisations sociales à la charge des salariés n'a pas entraîné d'alourdissement du coût du travail, car les salaires nets ont connu une croissance nettement plus faible que les salaires bruts, comme l'illustre le graphique suivant :

Rémunération
brute du travail
salarié et gains
des salaires nets



Source : Direction de la Prévision. 1989

Le revenu réel du travail, exprimé en termes de pouvoir d'achat, a même légèrement diminué depuis le début des années 1980, comme le montre le graphique ci-dessous.



Source : O.C.D.E.

Les salariés ont donc dû accepter un infléchissement de l'évolution globale de leur rémunération. Toutefois, cet infléchissement a été toléré car l'augmentation des cotisations semble jusqu'ici avoir été perçue comme constituant un salaire différé.

De fait, une grande part des gains de pouvoir d'achat constatés au cours des dernières années est imputable aux transferts sociaux. La part des prestations sociales dans le revenu disponible brut des ménages a en effet considérablement augmenté, passant de 21,6 % en 1970 à 26,9 % en 1980 et 31,2 % en 1990.

3. Les incidences macroéconomiques du financement de la progression des dépenses sociales apparaissent de ce fait préoccupantes à long terme

La croissance incontrôlée des prélèvements sociaux ne saurait être considérée comme économiquement neutre.

a) En raison du poids plus élevé qu'ailleurs des charges sociales dans les coûts salariaux, la compétitivité de l'économie française, en termes de coût du travail, ne peut être préservée que par le maintien des salaires bruts à un niveau inférieur à celui des principaux pays concurrents.

Une telle situation est susceptible d'entraîner, dans le cadre du marché unique européen, des délocalisations progressives du facteur travail, tout particulièrement en ce qui concerne la main-d'oeuvre qualifiée, dans certaines catégories professionnelles recherchées, pour laquelle l'accroissement des cotisations sociales sans compensation salariale peut entraîner une certaine démotivation.

b) La compétitivité de l'économie ne saurait par ailleurs se limiter au seul aspect du coût du travail.

Dans une économie mondiale hautement concurrentielle, d'autres facteurs, tels l'investissement, la recherche-développement ou la formation, apparaissent déterminants en matière de compétitivité.

Or, l'importance de la part de l'accroissement de la richesse nationale consacrée au financement de la protection sociale (selon M. Patrice Vial, ancien directeur de la Prévision, pour un taux de croissance annuelle de 3 % du P.I.B., cette part pourrait actuellement être évaluée autour de 0,6 à 0,8 point de P.I.B.) ne peut qu'avoir une incidence défavorable sur l'effort financier susceptible d'être consacré par la collectivité nationale aux autres fonctions collectives telles que l'éducation ou la recherche.

c) La contrainte du financement de la protection sociale entraîne une évolution du partage de la valeur ajoutée de plus en plus défavorable aux actifs, et de moins en moins acceptable pour eux.

On peut en effet légitimement craindre que les salariés ne deviennent de plus en plus réticents à répercuter sur l'évolution de

leur rémunération les hausses de prélèvements obligatoires nécessaires au rééquilibrage des régimes de protection sociale.

En raison de la modification du rapport démographique entre les actifs et les inactifs au détriment des premiers, et de l'alourdissement des transferts entre générations qui en résulte, la perception des cotisations risque de se modifier : celles-ci n'apparaîtraient alors plus comme un salaire différé mais comme un véritable prélèvement.

Les actifs pourraient réagir, face à cette évolution, par des revendications de compensations salariales, ce qui serait susceptible d'avoir des répercussions inflationnistes et de mettre en danger la compétitivité de l'économie française dont la marge de manoeuvre serait de plus en plus réduite, avec la perspective de la mise en place de l'union économique et monétaire européenne.

**C- L'IMPERIEUSE NECESSITE D'UNE MAÎTRISE DES
DEPENSES SOCIALES APPARAÎT CLAIREMENT A LA
LUMIERE DES RESULTATS D'UNE PROJECTION A
MOYEN TERME DE L'EVOLUTION SPONTANEE DES
COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE**

Les résultats présentés ici sont ceux d'une projection à l'horizon 2000 des comptes des administrations de sécurité sociale, réalisée, à la demande du groupe de travail de la commission des finances, par le Service des Études législatives du Sénat (Cellule économique) en juin 1992. Cette projection a été mise en oeuvre avec le concours de la direction de la prévision, et à l'aide du modèle "Amadeus" de l'INSEE.

Il ne s'agit pas d'une prévision à proprement parler mais seulement d'une projection tendancielle des évolutions actuellement constatées. En effet, aucune rupture n'a été introduite par rapport aux tendances constatées dans un passé récent en ce qui concerne les variables conditionnant l'évolution des comptes sociaux. En particulier, les taux de prélèvements sociaux sont supposés invariants au cours de la période.

A l'examen de ces résultats il apparaît :

- qu'en dépit d'hypothèses macro-économiques relativement favorables...

...la projection à moyen terme des évolutions tendanciennes actuellement constatées met en évidence un besoin de financement très élevé...

...qui, malgré les incertitudes inhérentes à ce genre d'exercice, paraît en tout état de cause difficilement supportable pour la collectivité nationale.

1. En dépit d'hypothèses macro-économiques relativement favorables...

a) Les hypothèses macroéconomiques d'ensemble

Les principales hypothèses macroéconomiques servant de base à la projection réalisée sont récapitulées dans le tableau ci-dessous :

PRINCIPALES VARIABLES MACROECONOMIQUES
SERVANT DE BASE A LA PROJECTION DES FINANCES PUBLIQUES
(Variations annuelles moyennes en %)

	1992-1996	1997-2000
- Prix à la consommation	3,2	3,3
- PIB	2,4	2,4
- Salaire brut moyen par tête (pouvoir d'achat)	1,9	1,9
- Masse salariale (pouvoir d'achat)	2,2	2,2
- Effectifs salariés des entreprises non financières non agricoles	0,4	0,4
	1992	2000
- Chômage (en milliers)	2 886	3 205
- Demandes d'emplois en fin de mois		

Le taux de croissance retenu pour l'économie française à l'horizon 2000, -qui constitue le principal déterminant des résultats de la projection des comptes sociaux-, est certes modéré : + 2,5 % en moyenne.

Cependant, un certain nombre d'hypothèses favorables tendent à limiter la dégradation des comptes sociaux, à savoir :

- le "contenu en emplois" de la croissance serait relativement élevé (les effectifs salariés progresseraient de 0,4 % par an) ;

- le "traitement social" du chômage serait intensifié de sorte que le nombre des demandeurs d'emploi ne serait "que" de 3,2 millions en 2000 ;

- le pouvoir d'achat du salaire brut moyen par tête augmenterait de 1,8 % par an en moyenne ;

- rapportée au P.I.B., la masse salariale s'accroîtrait, ce qui aurait pour conséquence de soutenir le rendement des cotisations sociales dont la masse salariale constitue l'essentiel de l'assiette.

b) Les hypothèses spécifiques aux finances sociales

* Les principales hypothèses retenues quant à l'évolution des dépenses sont les suivantes :

- Dépenses de santé :

- Dépenses hospitalières : outre l'effet d'une croissance des salaires légèrement supérieure à celle du P.I.B. et la prise en compte du "glissement vieillesse-technicité" concernant l'ensemble de la fonction publique, on a supposé que la "marge de croissance en volume" des budgets des hôpitaux serait de 1 % l'an.

- Autres dépenses de santé : poursuite des tendances actuelles de la croissance de la consommation médicale, à taux de remboursement constants : +7,7 % par an en francs courants pour les remboursements d'honoraires et les remboursements de prescriptions pharmaceutiques ; +10 % par an en francs courants pour les autres prestations d'assurance maladie.

- Dépenses de la branche famille :

Maintien du pouvoir d'achat des prestations familiales.

- Prestations-vieillesse :

Revalorisation du pouvoir d'achat des pensions de retraite du régime général et de l'A.R.R.C.O. limitée à + 0,45 % par an.

• Assurance-chômage :

Indexation des prestations d'assurance-chômage sur les prix.

* En ce qui concerne l'évolution des recettes, on a supposé qu'à partir de 1993 la législation demeurerait inchangée et les taux de cotisations stables, à leur niveau actuel. (Pour 1992, les effets des mesures décidées pour équilibrer les comptes sociaux en 1991 ont été pris en compte).

2....La projection à moyen terme des évolutions tendanciennes actuellement constatées met en évidence un besoin de financement très élevé...

a) L'évolution des dépenses

Compte tenu de l'ensemble des hypothèses qui viennent d'être présentées, les résultats obtenus quant à l'évolution des dépenses sont récapitulés dans les deux tableaux suivants :

**TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN
EN FRANCS CONSTANTS
DES PRESTATIONS SOCIALES
ET DES DOTATIONS AUX HOPITAUX
VERSEES PAR LES REGIMES D'ASSURANCES
ENTRE 1991 ET 2000**

(Nomenclature de la Comptabilité nationale)

SANTÉ	
Hospitalisation	23
Autres dépenses	37
Ensemble des dépenses	33
FAMILLE	
	02
VIEILLESSE-SURVIE	
Tous régimes, y compris pré-retraites	27
Tous régimes, hors pré-retraites	29
Régime général seul	36
CHOMAGE - Assurance :	
	22
ENSEMBLE	
Joint	27
Dépenses du régime général	32
<i>Pour mémoire</i>	
Taux de croissance du PIB	24

**PRESTATIONS SOCIALES ET DOTATIONS AUX HOPITAUX
VERSEES PAR LES REGIMES D'ASSURANCES SOCIALES (1)**

	En milliards de francs			En % du PIB		
	1991	1996	2000	1991	2000	Variation 1991-2000
SANTE	542,1	749,4	977,2	4	9,1	+ 1,1
dont :						
- Hospitalisation	243,5	329,7	420,9	3,6	3,9	+ 0,3
- Autres dépenses	298,6	419,7	556,3	4,4	5,2	+ 0,8
FAMILLE	144,6	110,9	97,6	2,1	1,8	- 0,3
VIEILLESSE	595,1	813,8	1017,1	3,3	9,5	+ 0,7
dont :						
- Prestations versées par le régime général	334,7	341,4	331,9	3,5	3	+ 0,5
- Pré-retraites	260,4	472,4	685,2	2,1	6,5	+ 2,1
CHOMAGE (Assurances)	55,2	116,4	140,9	0,3	1,3	0
TOTAL	1368	1850,5	2332,8	20,2	21,7	+ 1,5
dont :						
Charges du régime général	796,4	1098,4	1395,2	11,6	13	+ 1,4

(1) Ce tableau n'inclut pas les prestations sociales versées par l'Etat et les Collectivités locales.

• Dépenses de santé :

Le taux de croissance moyen des dépenses de santé serait de + 3,3 % par an en francs constants : + 2,9 % pour les dépenses hospitalières et + 3,7 % pour les autres dépenses.

La part des dépenses de santé dans le P.I.B. progresserait de 1,1 point au cours de la période et atteindrait 9,1 % en l'an 2000.

• Dépenses de la branche famille :

Les dépenses de la branche ne progresseraient que de + 0,2 % par an en francs constants, les allocations familiales diminuant même légèrement en volume, et la part de ces dépenses s'infléchirait (2,1 % en 1991 et 1,8 % en l'an 2000).

• Prestations vieillesse :

L'ensemble des prestations vieillesse s'accroîtrait au rythme de 2,7 % l'an en francs constants (+ 3,6 % pour le seul régime général) et leur part dans le P.I.B. progresserait de + 0,7 point pour atteindre 9,5 % en l'an 2000.

Cette progression est pour une large part imputable à un facteur-volume qui recouvre la hausse du nombre des retraités et l'amélioration des droits à pension due à l'allongement de la période moyenne de cotisation.

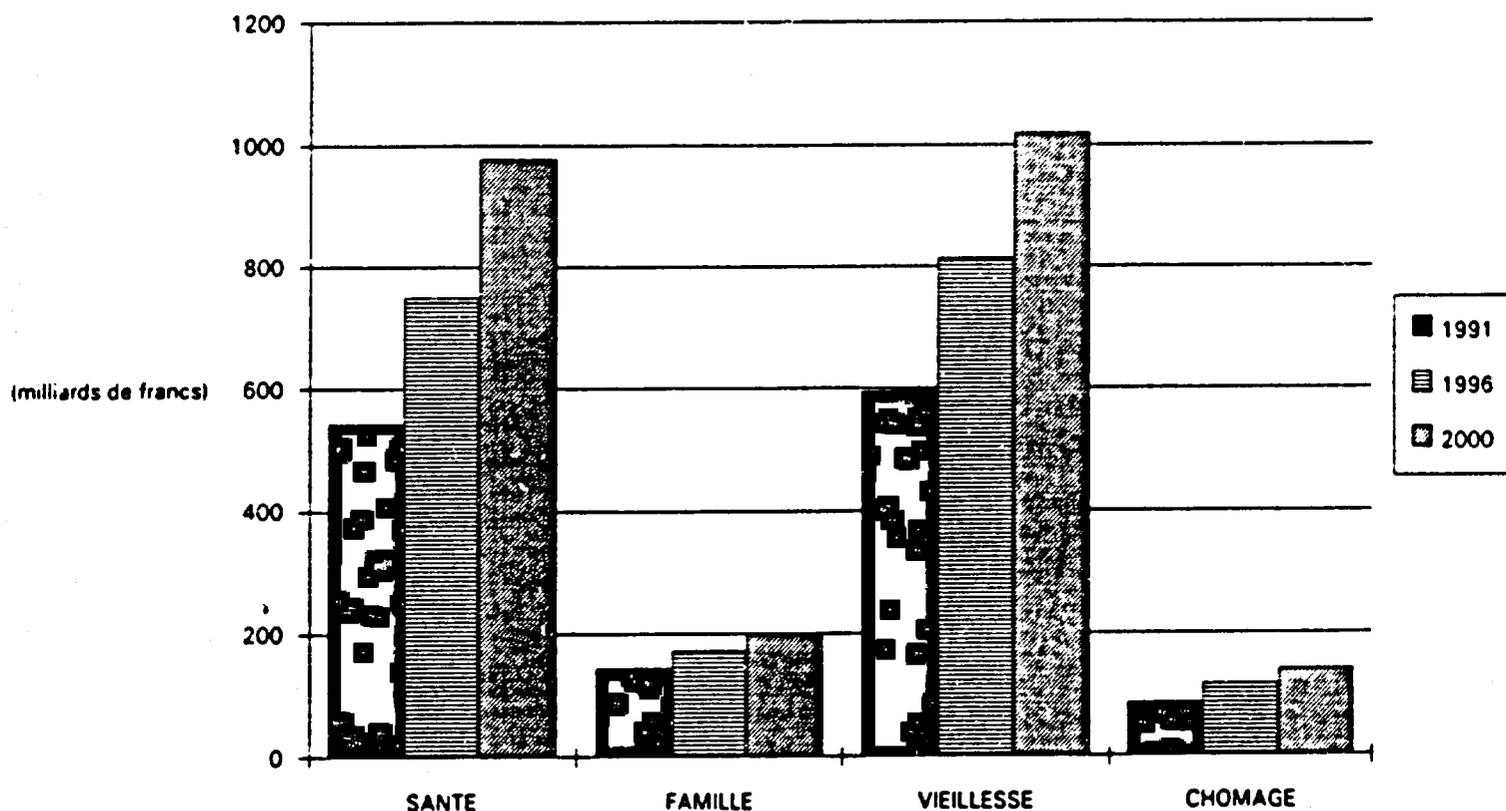
• Assurance-chômage :

La croissance en volume des dépenses d'assurance-chômage serait en moyenne de + 2,2 % en francs constants et la part de ces dépenses dans le P.I.B. resterait stable (1,3 %).

Au total, l'ensemble des charges des administrations de sécurité sociale progresserait de 2,7 % par an et leur part dans le P.I.B. s'accroîtrait de 1,5 point, passant de 20,2 % en 1991 à 21,7 % en 2000.

L'évolution en volume des différentes catégories de dépenses est illustrée par le graphique ci-dessous :

Prévisions d'évolution des prestations sociales versées par les régimes d'assurance sociale à l'horizon 2000



b) L'évolution des recettes

Compte tenu de l'hypothèse favorable d'une croissance de la masse salariale un peu plus rapide que celle du P.I.B., on observerait, en dépit de la stabilisation supposée des taux de prélèvements sociaux, une légère progression spontanée (+ 0,75 point) de la part de ces prélèvements dans le P.I.B., qui passerait de 19,45 % en 1991 à 20,2 % en 2000.

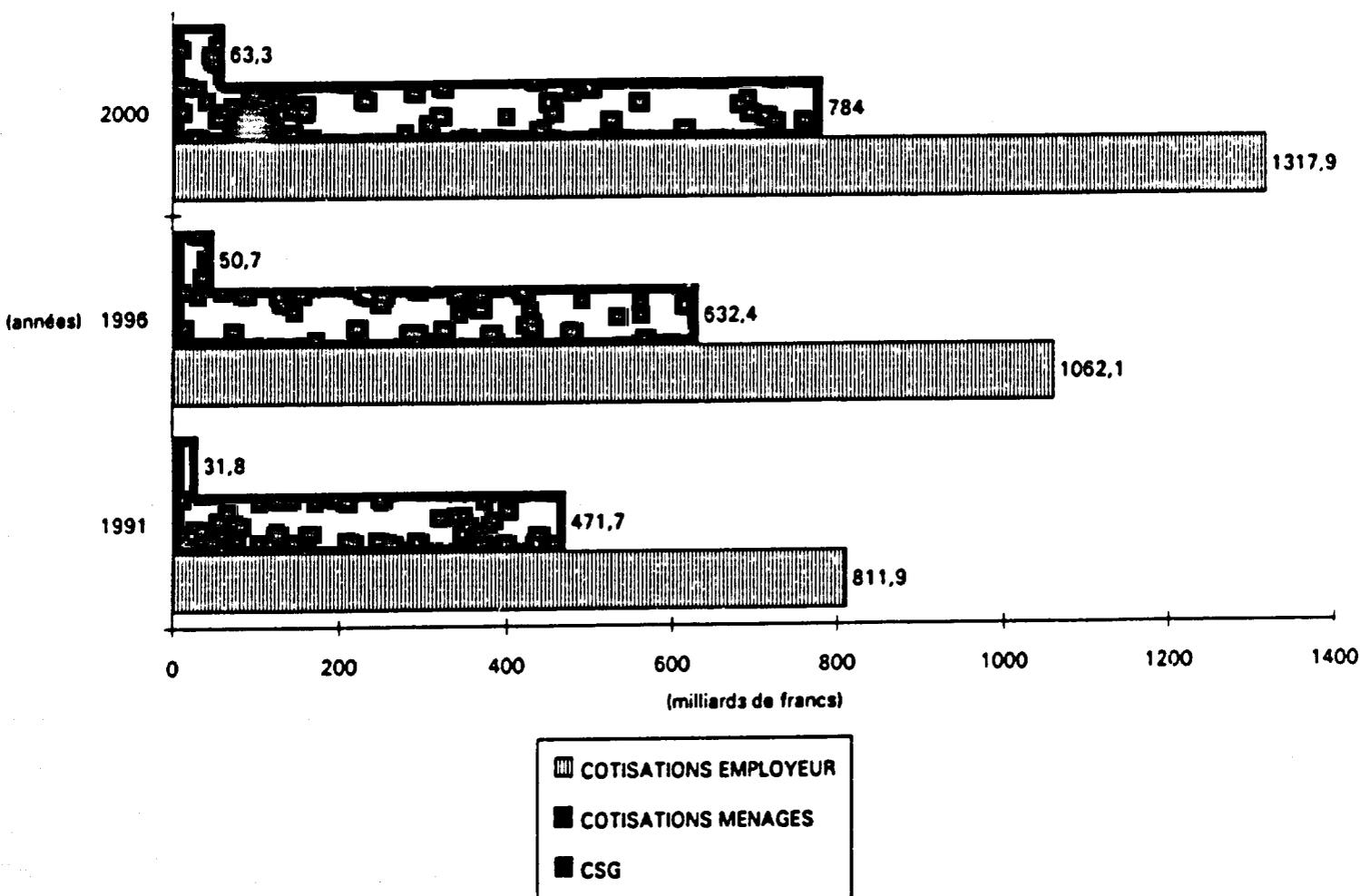
Les résultats sont récapitulés dans le tableau et le graphique ci-dessous :

**PRELEVEMENTS OBLIGATOIRES
AFFECTÉS AUX RÉGIMES D'ASSURANCES SOCIALES**

	En milliards de francs			En % du P.I.B.		
	1991	1996 (1)	2000 (1)	1991	1996 (1)	2000 (1)
Cotisations sociales des employeurs	811,9	1 062,1	1 317,9	12	12,2	12,3
Prélèvements directs sur les ménages						
1° - Cotisations sociales	471,7	632,4	784	7	7,2	7,3
2° - C.S.G.	31,8	50,7	63,3	0,45	0,6	0,6
Total	503,5	683,1	847,3	7,45	7,8	7,9
TOTAL	1 315,4	1 745,2	2 165,2	19,45	20	20,2

(1) sur la base des taux en vigueur en 1992.

Prévisions d'évolution des principaux prélèvements obligatoires affectés au financement des régimes d'assurance sociale



c) L'évolution des soldes

Malgré ce relatif "dynamisme" de l'évolution des prélèvements sociaux, la progression spontanée des recettes resterait beaucoup moins rapide que celle des dépenses.

Il s'ensuivrait le creusement d'un déficit qui atteindrait respectivement, pour l'ensemble des administrations de sécurité sociale et le seul régime général, 41,7 et 34 milliards de francs en 1996 ; 81,2 et 70,6 milliards en 2000.

**CAPACITE DE FINANCEMENT DES ADMINISTRATIONS
DE SECURITE SOCIALE**
(en milliards de francs courants)

	1991	1996	2000
Ensemble	- 28	- 41,7	- 81,2
Régime général seul	- 14,9	- 34	- 70,6

Encore ces montants, déjà considérables, ne représentent-ils que les seuls besoins de financement annuels -qui, en l'absence de mesures de redressement, s'additionneraient,- et non les déficits cumulés.

L'alourdissement du déficit à partir de 1996 résulte de l'effet "boule de neige" de l'application d'évolutions tendanciennes inchangées sur la période à des valeurs nominales plus élevées en fin de projection.

A titre illustratif, l'équilibre du seul régime général nécessiterait en l'an 2000, soit de relever le taux de contribution sociale généralisée, C.S.G. de 1,22 point, soit de prendre des mesures d'économie d'effet équivalent.

En ce qui concerne le régime général, les résultats de la projection permettent d'affiner les besoins de financement par branche :

**CAPACITE DE FINANCEMENT
DU REGIME GENERAL PAR RISQUES**
(en milliards de francs courants)

	1991	1996	2000
C.N.A.F.	+ 5,9	+ 2,6	+ 48,1
C.N.A.V.	- 19,6	- 46,6	- 67,5
C.N.A.M.	- 1,3	- 16,1	- 55,2
Accidents du travail ...	+ 0,1	+ 2,7	+ 4,4
	- 14,9	- 34	- 70,2

On constate à la lumière de ce tableau que les excédents des branches "accidents du travail", et surtout "famille" (respectivement + 4,4 et + 48,1 milliards de francs en 2000) permettent de combler partiellement les déficits très lourds des branches "maladie" et "vieillesse" (respectivement - 55,2 et - 67,5 milliards de francs en 2000). Le total de ces deux derniers déficits représenterait, pour la seule année 2000, 1,15 % du P.I.B. et équivaldrait à 2,1 points supplémentaires de contribution sociale généralisée.

A première vue, le déficit de l'assurance vieillesse est supérieur à celui de l'assurance maladie, mais les tendances de l'un et de l'autre sont différentes : le déficit de l'assurance vieillesse est pratiquement stabilisé à l'horizon de la projection (la tendance à l'aggravation ne devant reprendre qu'avec l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du "baby-boom"); en revanche, celui de l'assurance-maladie s'accroît continûment.

3. ...qui, malgré les incertitudes inhérentes à ce genre d'exercice, paraît en tout état de cause difficilement supportable pour la collectivité nationale.

Ces résultats chiffrés ne doivent toutefois pas faire oublier les limites d'un tel exercice de projection.

Tout d'abord, ils sont largement dépendants des hypothèses macroéconomiques retenues, qui en l'occurrence apparaissent relativement optimistes en matière de croissance et d'emploi, et relativement prudentes en matière d'évolution des prestations. Avec des hypothèses moins favorables, les déficits obtenus seraient encore plus élevés que ceux, déjà considérables, que fait apparaître la projection qui vient d'être présentée.

D'autre part, la fiabilité de la projection est très largement limitée aux comptes du régime général ; la complexité et la multiplicité des autres régimes rendant extrêmement délicate une projection d'ensemble fiable.

Les résultats obtenus, en valeur absolue, n'ont donc qu'une signification toute relative.

Mais ces résultats ont le mérite de mettre en évidence l'ampleur des besoins de financement à venir et l'urgence de réformes de structure, car le financement des déficits cumulés exigerait des hausses répétées et sans limites des prélèvements obligatoires, qui seraient en tout état de cause difficilement supportables pour la collectivité nationale.

*

* *

Les limites d'une augmentation continue des prélèvements obligatoires et l'ampleur des besoins de financement à venir montrent clairement l'impossibilité pratique d'une poursuite à moyen terme de la dérive engagée et l'impérieuse nécessité de la mise en place d'une véritable politique de maîtrise des dépenses de protection sociale prises en charge par la collectivité publique.

DEUXIEME PARTIE

**L'ABSENCE DE MECANISMES
EFFICACES DE REGULATION**

Depuis l'origine, l'ajustement à la croissance rapide des dépenses sociales a été essentiellement assuré dans notre pays par une augmentation continue des prélèvements correspondants et, plus particulièrement, des cotisations.

Or, s'il ne peut être établi avec certitude que la croissance rapide des prélèvements sociaux ait jusqu'ici obéré la compétitivité de l'économie française, la poursuite des évolutions tendanciennes actuellement constatées s'avérerait très préoccupante pour l'avenir, compte tenu, d'une part, de la contrainte d'ajustement que représente désormais la mise en place du Marché unique européen et, d'autre part, de la diminution des salaires directs corrélative à l'augmentation des cotisations sociales.

Ainsi, l'heure n'est plus, aujourd'hui, au développement quantitatif de notre système de protection sociale, mais à sa restructuration, sa mutation et son adaptation qualitative dans le cadre de l'enveloppe financière que la collectivité nationale entend consacrer à son financement.

Le système français de protection sociale est donc aujourd'hui confronté à une triple nécessité, à savoir :

- **disposer d'outils fiables et pertinents** lui permettant d'appréhender efficacement la réalité de sa situation financière ;

- **adapter le rythme de progression des dépenses sociales à celui de la richesse nationale ;**

- **prendre en compte l'impératif de gestion afin, d'une part, de lutter contre les gaspillages et, d'autre part, de pouvoir face à l'émergence de nouvelles demandes.**

La gestion se définit, en ce domaine, par la recherche de l'adéquation entre les objectifs et les moyens disponibles.

A cet égard, comment porter un jugement éclairé sur la gestion de la sécurité sociale alors qu'elle n'a ni objectifs clairement définis, ni indicateurs fiables de son activité, ni responsable véritable ?

Dominé par le primat d'une diversité mal maîtrisée, le système français de protection sociale souffre en effet aujourd'hui de l'absence préoccupante de mécanismes efficaces de connaissance et de régulation, se traduisant principalement par :

- la confusion des rôles des différents acteurs concernés ;
- la difficile prise de conscience d'un problème structurel de financement ;
- l'échec des mesures palliatives de financement.

DEUXIEME PARTIE

1 - LA CONFUSION DES RÔLES

"Le maquis des institutions et la dilution des lieux de décision rendent le système à la fois opaque pour ses interlocuteurs et administré plus que géré par les pouvoirs publics."⁽¹⁾

"Le partage des rôles entre les différents acteurs : Etat (Gouvernement, Parlement) et caisses (nationales et locales) est souvent ambigu. Une telle incertitude sur les responsabilités des uns et des autres ne favorise pas la bonne gestion de notre système de protection sociale."⁽²⁾

Les institutions actuelles de la Sécurité sociale conservent la marque de leurs origines et celles-ci sont, pour la plupart, d'ordre professionnel.

L'extension progressive de la protection sociale à l'ensemble de la population française au cours de ces quarantes dernières années s'est accomodée de ce caractère professionnel.

Or, confronté à une réalité qui le menace de plus en plus d'obsolescence, celui-ci favorise la confusion des rôles, et se révèle, par là même, préjudiciable à la définition d'objectifs généraux communément acceptés.

A l'examen, il apparaît que l'Etat assume aujourd'hui l'essentiel des responsabilités en ce qui concerne la gestion de

1. J. De Kervasdoué. Rapport Commission Teulade 1989

2. Rapport du Comité des Sages de 1987

la sécurité sociale, sans nécessairement disposer des moyens adaptés à l'étendue de ses interventions.

A. L' ETAT ASSUME AUJOURD'HUI L'ESSENTIEL DES RESPONSABILITES

1. La fiction de l'autonomie des organismes sociaux

L'autonomie des partenaires sociaux assurant, dans le cadre du paritarisme, la gestion de la Sécurité sociale constitue l'un des principes fondateurs de notre système de protection sociale.

Il convient de citer, à cet égard, l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale :

L'organisation nouvelle "doit être faite d'institutions vivantes, se renouvelant par une création continue des intéressés chargés, par leurs représentants, d'en assurer directement la gestion". Ces organismes "ne doivent pas être de simples agents d'exécution " et leurs conseils d'administration "doivent assurer la gestion efficace de la Sécurité sociale". "L'Administration voyant son rôle limité au contrôle et à la coordination des efforts des différents organismes, en même temps qu'à la préparation des textes généraux qui définissent le statut d'ensemble de ces prestations".

Dans les faits, on ne peut manquer de relever une contradiction entre :

- d'une part, la proclamation de ce principe d'autonomie ;
- et, d'autre part, le constat d'un système unifié de prestations et de cotisations déterminées par l'État.

En réalité, la Sécurité sociale obéit depuis sa création à un système de régulation qui la situe à mi-chemin entre un modèle de gestion purement étatique et un modèle de gestion autonome librement assurée par les partenaires sociaux, comme c'est le cas, par exemple, des régimes complémentaires de retraite des salariés.

Cette dilution excessive des responsabilités dans le domaine social, si elle donnait périodiquement lieu à quelques conflits, n'a pas présenté d'inconvénients majeurs aussi longtemps

qu'une forte croissance économique autorisait la poursuite d'un mouvement continu d'amélioration du niveau des prestations.

Les inconvénients de cette situation apparaissent aujourd'hui clairement, les relèvements de cotisations ayant cessé d'être "indolores" en raison du tassement du pouvoir d'achat et les décisions d'aménagement des régimes visant plus fréquemment à réorganiser la couverture sociale qu'à l'accroître.

Dans ce contexte, les conseils d'administration des caisses, composés majoritairement de représentants des principales organisations syndicales :

- n'ont pas, dans la plupart des cas, le pouvoir de prendre les décisions majeures de gestion des régimes, notamment, la détermination du niveau des prestations et des cotisations. Il convient également de rappeler à cet égard que le directeur des caisses n'est pas désigné par le conseil d'administration mais nommé par le ministre de tutelle ;

- s'abstiennent généralement de faire usage des prérogatives qui leur sont parfois reconnues en ce domaine, comme le démontre l'exemple de la branche maladie du régime général pendant plus de vingt ans⁽¹⁾ ;

- voient leur légitimité et leur représentativité de plus en plus contestées, compte tenu de leurs modalités de désignation, de l'élargissement continu du champ de la protection sociale, qui en altère inexorablement le caractère professionnel, et, enfin, de la diminution de l'audience syndicale dans notre société.

La "fiction" de l'autonomie de gestion des organismes sociaux a donc pour conséquence :

- de cantonner *"les partenaires sociaux dans un rôle secondaire, au demeurant encadré. Lorsqu'il s'agit de préparer les évolutions nécessaires, le système est orienté selon des directives mal perçues, et sans concertation véritable"*⁽²⁾,

- de favoriser à l'excès le développement des procédures administratives en ce qui concerne la régulation et la gestion de notre système de protection sociale ;

1. Les ordonnances de 1967 avaient confié à la Caisse nationale d'assurance maladie, entre autres attributions, la responsabilité de "maintenir l'équilibre financier" des risques (article l211.1 du Code la Sécurité sociale). La conclusion, le 25 octobre 1991, de l'accord de maîtrise négociée des dépenses de santé avec le Gouvernement a constitué, tout au moins en son principe, la première tentative concrète de mise en oeuvre de cette disposition.

2. Rapport de la "Mission Retraites" présidée par M. Robert Cottave

- de conduire l'Etat à être "omniprésent dans le fonctionnement quotidien de la Sécurité sociale, à un point que l'on a du mal à imaginer quand on ne le vit pas tous les jours".⁽¹⁾

Dans les faits, "c'est bien le directeur de la Sécurité sociale, personnage peu visible politiquement, qui commande aux caisses, et il rend compte directement au cabinet du ministre responsable, lui-même soumis aux décisions du ministre des Finances, qui est le véritable directeur de la protection sociale dans son ensemble".⁽²⁾

Or, "en matière de Sécurité sociale comme dans d'autres secteurs, étatisation a un peu tendance à rimer avec déresponsabilisation".⁽³⁾

2. Une organisation centralisée des ressources financières de la sécurité sociale

L'omniprésence de l'Etat se traduit également par une organisation centralisée des ressources financières de la sécurité sociale.

La collecte et la distribution des ressources des organismes de protection sociale sont établies sur une base centralisée pour la plupart des régimes et, en particulier, pour le régime général.

Un organisme unique, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (A.C.O.S.S.), centralise ainsi les cotisations sociales de toutes natures (maladie, vieillesse, prestations familiales), prélevées localement par des institutions qui ne jouent, sur le plan financier, qu'un rôle d'intermédiaire (les Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, U.R.S.S.A.F). Cet organisme entretient des relations directes avec les organismes payeurs (par exemple, les caisses primaires d'assurance-maladie). La nature de ces relations, purement financière, ne s'apparente cependant pas à un quelconque mécanisme de répartition territoriale, l'A.C.O.S.S. étant d'abord chargée d'assurer au mieux la gestion de trésorerie de la sécurité sociale et de délivrer aux caisses, suivant le rythme de leurs appels de fonds, les

1.M. Dominique Coudreau, ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

2.N. Murard - La protection sociale (La découverte 1989)

3.M. D. Coudreau

sommes nécessaires pour régler les factures ou les demandes de remboursement qui leur sont adressées.

Du point de vue de la seule gestion de trésorerie, un tel système présente d'incontestables avantages. On peut néanmoins noter que ce système :

- rend malaisé (sinon pratiquement inexistant) le rapprochement, au plan local, entre les cotisations perçues et les prestations versées ;

- enlève, en l'absence de mécanismes objectifs de répartition, toute signification à la comparaison territoriale des volumes de dépenses des caisses, celles-ci n'ayant pas de politique propre de prestations, et n'étant nullement tenues d'assurer l'équilibre financier de fonds qui ne leur sont pas affectés individuellement.

Il convient de rappeler que ce constat s'applique plus particulièrement au régime général. En effet, le mode de gestion d'autres régimes et, notamment, de la mutualité sociale agricole, fait intervenir plus directement des notions d'équilibre local des prestations et des recettes, en laissant une plus grande marge d'autonomie aux caisses locales, organisées dans le cadre d'une structure plus "fédérale".

Toutefois, d'une manière générale, le financement de la sécurité sociale apparaît très centralisé, les mécanismes définis en la matière ne permettant guère de moduler les prestations selon des critères locaux et de sanctionner, ou d'encourager, des politiques particulières de distribution des services.

B. L'ETAT NE DISPOSE PAS NÉCESSAIREMENT DES MOYENS ADAPTÉS À L'ÉTENDUE DE SES INTERVENTIONS

L'action, prépondérante, de l'Etat dans le secteur social se heurte toutefois à deux obstacles essentiels qui en limitent singulièrement l'efficacité.

Outre une légitimité fragile et souvent contestée, qui le prive parfois de la maîtrise directe de l'application effective de ses décisions, l'Etat est en effet handicapé en ce domaine par :

- l'inadaptation de ses moyens administratifs ;

- les limites inhérentes à toute gestion centralisée.

1. Des moyens administratifs inadaptés

Bien qu'assumant la responsabilité réelle de la gestion de notre système de protection sociale, l'Etat se trouve aujourd'hui dépourvu des moyens lui permettant de faire face aux exigences qualitatives auquel ce dernier est confronté.

La "grande misère" de l'administration des Affaires sociales se révèle notamment par l'insuffisance:

- de ses instruments d'analyse et de prévision. A cet égard, il convient de signaler que :

"La division des études économiques et statistiques du ministère des Affaires sociales et de l'intégration a perdu 40% de ses effectifs depuis 1984. Cette division compte aujourd'hui 17 agents, dont la plupart (soit 14 au total) sont des agents mis à disposition qui se caractérisent par la précarité de leur situation. Ainsi, par exemple, l'établissement des comptes prévisionnels de l'assurance maladie est assuré par un agent du CNRS dont le départ, toujours menaçant, serait susceptible de paralyser totalement cette activité"(1)

"Alors que le seul secteur de la santé représente environ 9% du P.I.B, contre 4% seulement pour l'agriculture, le ministère des Affaires sociales comprend dix fois moins de statisticiens que celui de l'agriculture"(2)

Dans son rapport de juillet 1992, M. le rapporteur général de la Commission des comptes de la Sécurité sociale soulignait *"qu'outre les menaces qu'elles font peser sur la fiabilité de l'outil technique sur lequel s'appuie le Gouvernement quel qu'il soit, de telles conditions de travail affectent en effet l'information de la commission et, à travers elle, celle de l'opinion publique, sur les comptes de la sécurité sociale dont elles ne contribuent pas à faciliter la compréhension. La qualité du débat dont, dans une démocratie, ceux-ci font légitimement l'objet, ne peut qu'en être altérée".*

1 M. Jean Marmot, secrétaire général de la commission des comptes de la Sécurité sociale - Audition du 2 octobre 1991

2 M. Jean de Kervasdoué, ancien directeur des hôpitaux - Audition du 21 janvier 1992

- des moyens humains mis à sa disposition.

En effet, *"Qu'il s'agisse des conditions matérielles de travail, des rémunérations ou des perspectives de carrière, la situation qui est faite aux cadres administratifs ou médicaux qui exercent (au ministère des Affaires sociales) se compare défavorablement à celle de la plupart des autres ministères. Rien d'étonnant dès lors à ce que les moyens mis en oeuvre apparaissent bien souvent dérisoires au regard des enjeux"*⁽¹⁾

De même, *"les agents chargés de missions de contrôle et de tutelle n'ont pas un statut équivalent à celui de ceux qu'ils contrôlent et nettement inférieur à celui d'agents ayant des tâches analogues aux leurs dans d'autres structures"*⁽²⁾

Par ailleurs, *"la répartition des agents des services dans les différentes catégories met en évidence un sous-encadrement préoccupant. Le pourcentage d'agents de catégorie A s'établit à 19,7% contre 27,8% pour l'ensemble de la fonction publique, les mêmes pourcentages pour la catégorie B s'établissant à 24,3% et 32% et pour les catégories C et D à 56% et à 40,2%"*⁽³⁾.

Or, et à la faveur de la faiblesse des moyens de l'administration, les cabinets ministériels ont considérablement étendu leur influence en ce domaine, diminuant d'autant l'intérêt des tâches administratives.

On peut ainsi estimer que *"les autorités responsables de la gestion de notre système de protection sociale sont devenus progressivement amnésiques et ont perdu de vue les grandes lignes directrices de leur action"*⁽⁴⁾

2. Les limites inhérentes à toute gestion centralisée

L'action de l'Etat dans le domaine de la protection sociale est également contrariée par les inconvénients inhérents à toute gestion centralisée.

Certes, une telle gestion présente l'avantage d'une grande "maniabilité" technique en fonction de la conjoncture. Par

1 M. Jean de Kervasdoué

2 Note interne du ministère des Affaires sociales - 1989

3 Idem

4 M. Jean Marmot - Auditon du 8 octobre 1991

exemple, il suffit de modifier, par circulaire ou par un texte réglementaire, un taux directeur, un taux de remboursement de soins ou des effectifs hospitaliers pour obtenir un effet à court terme sur l'évolution des dépenses d'assurance-maladie.

Il est donc incontestablement plus aisé, pour l'administration, de modifier un taux réglementaire global que d'examiner au cas par cas les réponses devant être apportées à une multitude de situations spécifiques. Or, si la manipulation par l'Etat d'instruments de maîtrise plus souples et plus précis s'impose aujourd'hui, cette évolution paraît difficilement envisageable sans modifier les conditions actuelles d'organisation et de fonctionnement des institutions. L'Etat, mettant à profit une meilleure connaissance du fonctionnement des services, sera en effet conduit à surveiller plus directement leur gestion. Il y sera également incité par la situation de plus en plus difficile de certains établissements ou services qui auront particulièrement pâti des contraintes aujourd'hui uniformément imposées. Par ailleurs, de nombreuses situations nouvelles, de nature purement locale, ou liées à des phénomènes plus généraux comme le vieillissement démographique, nécessiteront un traitement particulier.

L'évolution des modalités d'intervention de l'Etat dans le domaine social suppose donc que soit résolue, au préalable, l'alternative suivante :

- ou bien, considérant la "maniabilité financière" globale du système comme sa qualité essentielle, les décisions continuent d'être prises au niveau central. L'Etat court le risque, dans ce cas, de renforcer les procédures administratives qui n'ont jamais été un instrument efficace de maîtrise des dépenses sociales sur le moyen et long terme ;

- ou bien, au contraire, on confie de réelles responsabilités aux instances locales afin de favoriser l'adaptation inéluctable du système de protection sociale.

DEUXIEME PARTIE

II - LA DIFFICILE PRISE DE CONSCIENCE D'UN PROBLÈME STRUCTUREL DE FINANCEMENT

Outre une répartition trop imprécise des compétences et des responsabilités entre ses principaux acteurs, notre système de protection sociale se caractérise également par son émiettement qui contrarie la prise de conscience du problème global du financement auquel celui-ci se trouve aujourd'hui confronté.

Cet état de fait paraît essentiellement imputable à :

- la persistance de certaines ambiguïtés juridiques et conceptuelles ;
- l'absence de comptes cohérents et fiables ;
- l'existence de circuits financiers complexes, dont les difficultés, réelles, de mise en oeuvre entravent à l'excès la prise de conscience d'un problème structurel de financement.

A. LA PERSISTANCE DE CERTAINES AMBIGUITES JURIDIQUES ET CONCEPTUELLES

L'extension de la sécurité sociale aux différentes catégories socio-professionnelles fut progressivement réalisée à partir de 1945 et, aujourd'hui, la quasi-totalité de la population

française (99%) est couverte par un régime d'assurances sociales.

Toutefois, cette extension n'a pu être effectuée dans les conditions initialement prévues par l'ordonnance du 4 octobre 1945, c'est à dire par une généralisation progressive du régime général à l'ensemble de la population française essentiellement pour des raisons :

- conjoncturelles : la loi du 22 mai 1946 liant l'extension du régime général à la hausse de l'indice des prix industriels, la stagnation de la production industrielle des années 1947-1948 a entraîné l'échec de cette mesure ;

- liées au maintien d'avantages jugés supérieurs à ceux du nouveau régime, notamment dans le cadre de certains régimes spéciaux de salariés (SNCF, Mines, EDF, fonctionnaires, etc...);

- catégorielles : les différentes catégories professionnelles non salariés, non agricoles, refusant d'être affiliées au régime obligatoire d'assurances sociales des salariés.

En conséquence, le système français de protection sociale paraît souffrir d'une double ambiguïté :

- juridique, dans la mesure où sa diversité institutionnelle se traduit par l'hétérogénéité des prestations et des cotisations ;

- et conceptuelle, les missions qui lui sont aujourd'hui imparties ne correspondant plus nécessairement à ses principes fondateurs.

1. Un système particulièrement émietté

La généralisation des assurances sociales s'est concrétisée, en France, par la juxtaposition de régimes distincts. Cette construction progressive s'est faite le plus souvent au détriment du souci d'harmonisation, chaque régime s'étant doté de ses propres règles, aussi bien dans le domaine de la définition des prestations que dans celui du calcul des cotisations.

a) L'hétérogénéité des prestations

L'étendue de la protection accordée dans le cadre du système français varie, parfois considérablement, selon les catégories socio-professionnelles considérées.

Les salariés bénéficient ainsi de la protection obligatoire la plus complète :

- soit dans le cadre du régime général, le "risque chômage" faisant seul l'objet d'un dispositif propre, en marge de la sécurité sociale ;

- soit dans le cadre du régime agricole (salariés agricoles) ;

- soit dans le cadre de régimes spéciaux (Mines, SNCF, fonction publique...). Dans ce cas, les prestations sont versées, soit par l'entreprise, soit par des caisses spéciales ; mais, pour certains risques, les bénéficiaires d'un régime spécial peuvent être rattachés au régime général.

Les travailleurs non salariés bénéficient quant à eux :

- d'une protection contre les risques vieillesse et maladie dans le cadre de régimes autonomes ;

- des prestations familiales dans le cadre du régime général ; pour les exploitants agricoles, les cotisations et les prestations sont gérées par l'intermédiaire des organismes de la mutualité sociale agricole (M.S.A).

Les autres catégories socio-professionnelles :

- soit exercent une activité professionnelle donnant lieu à assujettissement à des régimes spécifiques ;

- soit n'exercent aucune activité ; elles peuvent alors bénéficier du rattachement au régime général pour certaines prestations ou d'assurances volontaires (risques vieillesse et accidents du travail) et personnelles (risques maladie et maternité) à caractère volontaire et facultatif.

Par ailleurs, en dehors des prestations familiales légales qui sont les mêmes pour l'ensemble de la population, et en dépit d'un effort continu en faveur d'une meilleure harmonisation, cette diversité de régimes d'affiliation s'accompagne également de l'hétérogénéité des prestations servies, qu'il s'agisse :

- de l'assurance maladie (prestations en nature ou prestations en espèces) ;

- ou, plus encore, de l'assurance vieillesse où l'on constate les écarts les plus importants, tant en matière de droits directs (âge d'ouverture du droit, durée minimale d'affiliation au régime, mode de calcul du montant de la pension, référence en matière de revenu antérieur, etc...) que de droits dérivés (pension de réversion, condition de ressources personnelles, etc...).

b) La disparité des efforts contributifs :

Par ailleurs, l'hétérogénéité des régimes sociaux conduit également à une extraordinaire disparité des efforts contributifs demandés aux différentes catégories socio-professionnelles.

Cette disparité affecte :

- soit l'assiette même des cotisations (celles-ci sont en effet assises sur le salaire brut pour les salariés, les traitements indiciaries pour les fonctionnaires, le bénéfice fiscal pour les professions indépendantes non agricoles, le bénéfice d'exploitation pour les exploitants agricoles, le "salaire forfaitaire" pour les marins, les émoluments proportionnels et le salaire pour les clercs de notaires...);

- soit la période de référence (le salaire ou le traitement mensuel pour les salariés, les revenus de l'année n-2 ou n-1 pour les professions indépendantes non agricoles);

- soit, enfin, le taux des cotisations, qu'il s'agisse du montant de ces taux ou, pour les salariés, de la répartition de ces taux entre les salariés et les employeurs, qui diffèrent profondément d'un régime à l'autre.

Toutefois, la comparaison objective de l'effort contributif global entre les différents régimes n'est réalisable qu'aux prix de multiples hypothèses et conventions.

Il paraît intéressant de signaler à cet égard que la dernière étude exhaustive réalisée en ce domaine est déjà vieille d'une dizaine d'années. En 1982, en effet, le centre d'étude des revenus et des coûts (CERC) avait comparé les cotisations des différents régimes à un taux théorique d'équilibre et en avait conclu à une insuffisance nette d'efforts contributifs (1) de la part de certaines catégories socio-

1. L'effort contributif était défini par la part de revenu, estimée par le CERC, que les assurés actifs d'un régime consacraient au financement de ce dernier.

professionnelles et, principalement, des professions indépendantes.

En dépit des difficultés d'ordre méthodologique inévitablement rencontrées dans ce type d'étude et de l'ancienneté des résultats disponibles, cette étude demeure, dans son principe, toujours actuelle. Elle avait en effet mis en évidence l'un des aspects les plus méconnus du système français de protection sociale, à savoir l'hétérogénéité des prestations servies et la diversité des efforts contributifs demandés aux différentes catégories d'assurés.

Or, les ressentiments qui en résultent, en favorisant les querelles et les revendications catégorielles, contribuent à contrarier la prise de conscience du problème global de financement auquel est aujourd'hui confrontée la sécurité sociale.

2. Deux notions imparfaitement appréciées : solidarité et assurance

Héritier d'une forte tradition mutualiste, le système français de protection sociale fut fondé, à l'origine, sur le principe de l'assurance professionnelle dont ses institutions actuelles conservent aujourd'hui la marque. Dans le cadre de ce principe, les actifs, qu'ils soient ou non salariés, doivent bénéficier d'une protection contre les différents "risques" (maladie, vieillesse, maternité, accidents du travail...) susceptibles de les priver temporairement ou définitivement des revenus tirés de leur activité professionnelle. Cette protection peut également être étendue à leurs proches ("ayants-droit").

Toutefois, l'extension des assurances sociales à l'ensemble de la population française ne s'est pas seulement traduite par la juxtaposition progressive de régimes professionnels diversifiés, mais également par la définition de nouvelles prestations relevant davantage de la "solidarité nationale" (effort particulier consenti par la collectivité en faveur de certaines catégories de la population indépendamment de tout effort contributif de ces dernières) que de "l'assurance professionnelle" (droits aux prestations acquis proportionnellement aux cotisations préalablement versées).

Les structures institutionnelles et les modalités de financement du système français de protection sociale peuvent donc apparaître, pour partie, inadaptées à la réalité présente des missions qui lui sont confiées.

D'aucuns préconisent à cet égard de "recentrer" la sécurité sociale sur ses principes fondateurs afin d'en assurer la pérennité et l'équilibre financier.

Arguant d'une analyse théorique qui présente le double avantage de la simplicité et de la cohérence intellectuelle, les partisans de cette solution opposent ainsi les "droits contributifs" de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse, qui relèveraient de l'assurance et de la solidarité professionnelle, aux "droits non contributifs", à la politique familiale et à l'aide sociale qui seraient l'affaire de la Nation toute entière et devraient être pris en charge par la "solidarité nationale", c'est-à-dire par l'impôt. Dans cette acception restreinte, la solidarité nationale est, en fait, limitée à la redistribution.

Il convient toutefois de remarquer à ce sujet qu'étymologiquement le mot "solidarité" signifie : consistance, solidité. Il désigne donc tout ce qui donne à une société de la solidité, ce qui la rend résistante, ce qui conduit ses membres à "faire bloc".

De ce point de vue, les mécanismes d'assurance, qui mettent en oeuvre la loi des grands nombres, le respect des contrats à long terme, les échanges de bons procédés entre tous les membres de la communauté nationale, et notamment entre les différentes générations, méritent autant que l'assistance et la redistribution d'être intégrés dans la notion générale de "solidarité". Le malade et le bien portant sont solidaires grâce à l'assurance-maladie, celui qui meurt jeune et celui qui vit âgé le sont grâce aux rentes viagères, dans le respect des règles actuarielles et des contrats ; la redistribution est nécessaire pour que la solidarité soit complète, mais elle ne détient aucun monopole en la matière.

Ainsi, la sécurité sociale ne peut se résumer à une seule "logique d'assurance". On doute *"dès lors qu'une telle approche puisse déboucher sur des conclusions incontestables et véritablement opératoires en ce qui concerne l'architecture générale du système de sécurité sociale"*⁽¹⁾, même si *"des reclassements limités pourraient cependant en résulter"*⁽²⁾.

En toute hypothèse, ces reclassements limités ne sauraient détourner l'attention des problèmes de financement auxquels se trouve confronté, dans sa globalité, notre système de protection sociale.

Leur résolution suppose, au préalable, que la collectivité nationale dispose d'indicateurs fiables en ce domaine.

1 Rapport du comité des Sages 1987

2 Idem

B. LES LIMITES DE L'APPROCHE COMPTABLE

Comme le rappelle avec pertinence la Commission des comptes de la sécurité sociale: *'Les comptes de la sécurité sociale suscitent plus de controverses sur les mesures que leurs résultats appellent -ou paraissent appeler- que de réflexions sur leur signification et leur mode d'établissement. Les décideurs et, au delà l'opinion publique, sont dès lors, généralement peu conscients des sérieuses imperfections qui affectent encore ces instruments d'aide à la décision.'*(1)

Or, l'opacité des comptes sociaux se traduit notamment par :

- l'absence d'agrégats comptables homogènes ;
- l'interférence de considérations d'ordre politique.

1. L'absence d'agrégats comptables homogènes

a) S'agissant tout d'abord des comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale, il convient de souligner que ces régimes :

- ne sont pas tenus de mettre en oeuvre le même plan comptable ;

- ne respectent pas les mêmes principes comptables fondamentaux, notamment en ce qui concerne le fait générateur de comptabilisation des produits et des charges.

Ainsi, les régimes complémentaires obligatoires de retraite des salariés et les différents régimes gérés par la Caisse des Dépôts et Consignations comptabilisent leurs opérations selon le principe du droit constaté, c'est à dire dès la naissance de la créance ou de la dette.

En revanche, et à l'exception des gestions dites budgétaires, le régime général comptabilise ses opérations (et donc spécialement celles relatives à la gestion technique des risques) selon

les encaissements ou décaissements effectivement constatés au cours d'une année donnée.

Or, "si ce mode de comptabilisation est une application exacte des dispositions du code de la Sécurité sociale, il n'est conforme ni au plan comptable général en vigueur dans notre pays, ni aux pratiques internationales en usage tant en matière de comptabilité publique ou privée"(1).

En conséquence, l'établissement des comptes consolidés de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale s'avère impossible. La consolidation des comptes, qui nécessite une présentation homogène des comptes des différents organismes sociaux, n'est d'ailleurs prévue par aucun texte.

Par ailleurs, les informations actuellement disponibles sur certains régimes fort importants, tel celui des pensions civiles et militaires, sont encore très insuffisantes.

Afin de pouvoir présenter à la Commission des comptes de la sécurité sociale des comptes ayant un minimum d'homogénéité et de cohérence, les administrations compétentes sont donc contraintes, en pratique, à retraiter les comptes des organismes ou gestions tenus en droits constatés pour les adapter selon le principe des encaissements-décaissements appliqué au régime général.

Comme le souligne donc la Commission des comptes de la sécurité sociale :

"Cette situation est à l'origine de déplorables confusions. Les partenaires sociaux, en tant qu'administrateurs du régime général, approuvent dans leurs organismes des comptes qui font apparaître comme résultat une variation de fonds de roulement. En tant qu'administrateurs des régimes complémentaires, ils débattent du résultat net (au sens comptable du terme). Enfin, en tant que membres de la commission des comptes de la sécurité sociale, les partenaires sociaux discutent des résultats d'ensemble sous la forme de solde des opérations courantes, lequel est, bien sûr, différent de la variation de fonds de roulement ou du résultat net. Les journalistes et l'opinion publique reçoivent donc une série de résultats non homogènes et non identiques selon l'émetteur"(2).

Consciente de ces imperfections, la commission des comptes de la sécurité sociale avait demandé, et obtenu, la constitution d'un groupe de travail, présidé par M. Robert Mazars, et chargé d'examiner les différents problèmes méthodologiques affectant

1 Rapport Commission des comptes sécurité sociale - juin 1991

2 Rapport janvier 1992

l'établissement et la consolidation des comptes définitifs des organismes de sécurité sociale.

Etabli en décembre 1990, le rapport du groupe de travail présidé par M. Mazars attend encore, à la date de rédaction du présent rapport, un début d'application.

Un tel retard paraît d'autant plus incompréhensible que l'austérité technique du rapport Mazars, dont les principales propositions sont exposées ci-après, ne doit pas en masquer l'importance pour l'établissement de comptes et de bilans consolidés, sincères et fiables des organismes de sécurité sociale.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT MAZARS

Dans son rapport de décembre 1990, le groupe de travail, présidé par M. Mazars, après avoir constaté la diversité des modes de comptabilisation des opérations des organismes de sécurité sociale et leur inadaptation à la démarche de consolidation de ces comptes, exprime le souhait que soient retenus les principes suivants :

1. Comptabilisation des opérations des organismes de sécurité sociale en droits constatés, selon le principe posé par le plan comptable général de 1982.

La mise en oeuvre de ce principe devra, de l'avis du groupe, se traduire par la concentration de l'impact des changements de méthodes comptables sur un seul exercice et l'établissement d'un bilan d'ouverture de cet exercice. Le code de la sécurité sociale devra être réformé en conséquence pour intégrer ce principe.

2. Généralisation d'un plan comptable revu et adapté, conforme au plan comptable général, à l'ensemble des organismes entrant dans le périmètre de consolidation des organismes de sécurité sociale et prioritairement aux caisses du régime général.

3. Fixation par instruction interministérielle, des règles et du champ de la consolidation des premier, deuxième et troisième niveaux (branche, régime, ensemble des régimes).

Ce texte devrait abroger les circulaires du 30 avril 1981 et de septembre 1984.

4. Aménagement du "tableau de financement" pour permettre une analyse des variations de trésorerie, document de synthèse rendu obligatoire pour le nouveau plan comptable revu et adapté. Les dispositions appropriées devraient être prises pour assurer la continuité des exercices et la comparabilité avec la comptabilité nationale en maintenant le rôle central du "solde des opérations courantes" dans la présentation des résultats des caisses et des régimes.

b) *En ce qui concerne par ailleurs les comptes du seul régime général, il convient également de souligner qu'aucun bilan ou compte annuel de résultats consolidés de l'ensemble des branches du régime général n'est actuellement établi. Les plans comptables des différents organismes ne sont, à ce stade, ni totalement homogènes, ni totalement satisfaisants concernant la description de la gestion technique des risques.*

Pour comptabiliser leurs opérations les plus importantes (gestion technique des risques), les caisses du régime général sont en effet tenues, en application des dispositions du Code de la sécurité sociale, de respecter le principe de l'encaissement-décaissement (c'est à dire d'enregistrer les créances et les dettes au moment de leur règlement financier, et non au moment de leur naissance). En conséquence, leur comptabilité, limitée à une simple comptabilité de caisse ne décrit, par exemple, ni les cotisations appelées par les U.R.S.S.A.F. mais non encaissées, ni les dettes contractées par les caisses mais non payées (par exemple, les feuilles de soins reçues mais non liquidées).

Ainsi, *"quels que puissent être le dévouement et la compétence des agents comptables des organismes du régime général, les comptes qu'ils établissent apparaissent abscons du fait des règles qu'ils sont tenus de respecter"*⁽¹⁾.

D'une manière générale, *"les conditions actuelles d'élaboration des comptes définitifs du régime général entretiennent inutilement la confusion sur les résultats des différentes branches et des différents exercices annuels et nourrissent des polémiques stériles sur les "dettes patronales" et les "créances du régime général sur l'Etat"*⁽²⁾.

2. 1. Interférence de considérations d'ordre politique

Outre les conditions techniques présidant à leur établissement, l'opacité des comptes sociaux est parfois aggravée par l'intervention de divers facteurs qui paraissent relever davantage de l'opportunité politique que d'un quelconque impératif de gestion. On peut noter principalement en ce domaine :

1. Commission des comptes de la sécurité sociale.

22. *Idem*

- le rôle joué ces dernières années par "l'effet de structure" dans l'évaluation des recettes prévisionnelles du régime général ;

- le calendrier irrégulier des réunions de la commission des comptes de la sécurité sociale.

a) *"L'effet de structure" et son évolution*

Depuis 1987, et dans le cadre de la prévision des recettes du régime général, les administrations compétentes ajoutent parfois aux hypothèses de croissance de la masse salariale retenues par les comptes nationaux, un "effet de structure" d'une importance au demeurant variable. Le recours à cet "effet de structure" fut initialement justifié par une sous-estimation de la progression de la masse salariale par les comptes nationaux, compte tenu de la date d'établissement des comptes sociaux.

Or, *"sans nier qu'il puisse y avoir des différences, notamment de champ, entre les facteurs analysés par les comptes nationaux et ceux pesant sur les recettes du régime général, il est permis de s'étonner des variations de "l'effet de structure" pris en compte pour les rapprocher (Cf tableau ci-après). Dans ces conditions, ledit "effet de structure" risque d'apparaître, à certains esprits critiques, comme une simple variable d'ajustement permettant à l'Administration de colorer, de façon plus ou moins pessimiste selon ses convenances du moment, les prévisions de recettes du régime général."*(1)

HYPOTHESES SUCCESSIVES D'EVOLUTION DE LA MASSE SALARIALE

en milliards

	1988		1989		1990		1991		1992	
	Hypothèse	effet de structure								
Loi de finances octobre 1987	3,8									
Loi de finances avril 1988	3,8		3,3							
CCSS juillet 1988	5,1	1,3	3,3	0						
Loi de finances octobre 1988	4,8		4,5							
CCSS janvier 1989	5,3	0,5	5,1	0,6						
Loi de finances avril 1989	5,3		5,1							
CCSS juillet 1989	5,3	0	6,4	1,3						
Loi de finances octobre 1989			6,8		5,4					
CCSS novembre 1989			7,3	0,5	5,8	0,4				
Loi de finances avril 1990			7,3		6,1		5,1			
CCSS juillet 1990			7,6	0,3	7,5	1,4	5,6	0,5		
Loi de finances octobre 1990					7,2		5,5			
CCSS février 1991					8,0	0,8	6,4	0,9		
Loi de finances mars 1991					7,9		5,8		5,1	
CCSS juin 1991					7,8	0,1	5,8	0	5,6	0,5

Il convient toutefois de noter à cet égard que la prise en compte de "l'effet de structure" n'a jamais conduit à surestimer de façon significative les prévisions de recettes par rapport aux résultats définitifs constatés.

b) L'irrégularité des réunions de la Commission des comptes de la sécurité sociale

L'importance des masses financières mobilisées au titre de la sécurité sociale et la fragilité de son équilibre nécessite la communication régulière et systématique d'informations statistiques fiables et actualisées.

Il convient en ce domaine de rendre un hommage tout particulier à la Commission des Comptes de la Sécurité sociale et, plus particulièrement, à son secrétaire général, M. Jean Marmot, et à son équipe qui, dans des conditions

matérielles difficiles, élaborent à chaque fois un rapport de haute tenue et de grande qualité technique.

On ne peut donc que regretter, par ailleurs, l'irrégularité du calendrier des réunions de cette Commission des comptes, dont la convocation relève de la seule responsabilité du Ministre des Affaires sociales.

Certes, la règle selon laquelle cette commission doit se réunir *"au moins au moins deux fois par an, à l'initiative de son président"*, a toujours été formellement respectée (1).

Toutefois, le contenu et les délais séparant ces réunions furent toujours éminemment variables et, parfois, visiblement influencés par la conjoncture politique ou l'évolution des comptes sociaux.

L'établissement d'un calendrier plus régulier des réunions de la Commission des comptes de la sécurité sociale, et mieux synchronisé, d'une part avec celui de la Commission des comptes de la Nation et, d'autre part, avec la session budgétaire du Parlement, contribuerait donc certainement à améliorer la pertinence et la fiabilité des comptes des régimes sociaux.

1. Décret n° 87-441 du 23 juin 1987 relatif à la composition, aux attributions et au fonctionnement de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

**C. DES CIRCUITS FINANCIERS COMPLEXES, DONT LES
DIFFICULTÉS RÉELLES DE MISE EN OEUVRE
ENTRAVENT LA PRISE DE CONSCIENCE D'UN
PROBLÈME STRUCTUREL DE FINANCEMENT**

Le système français de protection sociale est, on l'a vu, caractérisé par une multiplicité de régimes organisés sur une base socio-professionnelle parfois restreinte. Les évolutions démographiques et économiques des quarante-cinq dernières années ayant altéré la possibilité, pour certains régimes, de s'équilibrer à partir des seules cotisations de leurs ressortissants, il a été nécessaire de faire appel à des financements externes et, notamment aux transferts de compensation. Dans le cadre de cette compensation, les régimes déficitaires reçoivent des transferts financiers de la part des régimes plus riches au nom de la solidarité entre les régimes sociaux.

Or, ce principe général :

- se concrétise par un dispositif complexe ;
- se heurte à des difficultés réelles de mise en oeuvre qui entravent parfois la prise de conscience d'un problème structurel de financement ;
- mais qui ne sauraient toutefois aboutir à la remise en cause d'un dispositif ayant fait la preuve de son utilité et de son efficacité.

1. Un dispositif complexe : la compensation entre les régimes sociaux

A la différence de l'intégration financière, qui est réalisée lorsque deux régimes sociaux mettent en commun leurs dépenses et leurs recettes (1), leurs prestations et leurs cotisations étant alors calculées sur des bases homogènes, la compensation inter-régimes a un objectif plus limité. Il s'agit en effet de compenser partiellement un déficit d'exploitation sur le fondement de critères objectifs. En ce sens, la compensation peut être définie comme l'organisation d'une solidarité restreinte à la prise en compte de certaines disparités (essentiellement démographiques). Cette prise en compte est réalisée

1. Par exemple, depuis 1963, le régime des salariés agricoles est intégré financièrement au régime général qui en assure l'équilibre.

par une technique de calcul indépendante de la réalité des régimes compensés.

On distingue traditionnellement en ce domaine :

- les compensations bilatérales du risque maladie ;
- la compensation démographique entre les régimes d'assurance maladie, d'une part, et la compensation démographique entre les régimes d'assurance vieillesse, d'autre part ;
- la compensation spécifique entre les régimes spéciaux d'assurance vieillesse.

a) Les compensations bilatérales du risque maladie

Ces compensations, qui s'effectuent entre le régime général et sept régimes spéciaux de salariés, portent sur la partie des recettes et des dépenses afférente aux prestations en nature d'assurance maladie-maternité.

Elles relèvent pour six de ces régimes d'une logique identique. En revanche, le régime des clercs de notaires bénéficie d'un système différent, proche du mécanisme de la compensation démographique.

S'agissant des autres régimes (Banque de France, Militaires, Mines, SNCF, RATP, Marins), la compensation avec le régime général vise à déterminer ce que serait l'équilibre financier de chacun des régimes spéciaux, s'il fonctionnait dans les mêmes conditions que ce dernier, tant en ce qui concerne les cotisations que le taux moyen de remboursement des prestations. Si le solde ainsi dégagé est excédentaire, cet excédent est reversé au régime général. Dans le cas contraire, le plus fréquent, le régime général comble le déficit ainsi calculé.

b) La compensation démographique en matière d'assurance maladie et d'assurance vieillesse

- la compensation démographique entre les régimes d'assurance maladie

Instituée en 1974, cette compensation s'effectue entre l'ensemble des régimes de salariés, d'une part, et chacun des deux régimes de non-salariés (C.A.N.A.M. et exploitants agricoles), d'autre

part, sur une base uniquement démographique tenant compte des actifs cotisants et des personnes protégées.

Le principe de cette compensation consiste à créer un régime fictif, dans lequel chaque cotisant verserait une cotisation uniforme, de façon à couvrir des prestations en nature d'assurance-maladie-maternité, également uniformes, servies à l'ensemble des personnes protégées. Les trois parties concernées (régimes de salariés, C.A.N.A.M. et exploitants agricoles) sont débitrices ou créditrices selon que leur rapport démographique est meilleur ou, au contraire, moins favorable que la moyenne.

Le solde dégagé entre les cotisations que recevrait un régime et les prestations qu'il verserait dans le cadre de ce régime fictif est reversé au fonds de compensation s'il est excédentaire. Dans le cas contraire, le régime concerné bénéficie d'un transfert dont le montant correspond au déficit ainsi calculé. La charge que représente cette compensation pour les régimes de salariés est répartie entre ces derniers au prorata de leurs masses salariales respectives.

• **la compensation démographique entre les régimes d'assurance vieillesse**

Cette compensation s'effectue suivant les mêmes principes que la compensation démographique du risque maladie. Elle comporte cependant un étage supplémentaire, puisqu'elle organise, d'une part, une compensation entre l'ensemble des régimes de salariés et chacun des régimes de non-salariés et, d'autre part, une compensation purement interne aux régimes de salariés.

c) La surcompensation entre les régimes spéciaux d'assurance vieillesse

Cette surcompensation s'ajoute depuis 1985 à la compensation démographique vieillesse pour les régimes spéciaux de salariés. Le principe en est notablement différent. Il s'agit en effet de créer un régime fictif qui servirait à chaque retraité de droit direct âgé de soixante ans et plus, ainsi qu'à chaque retraité de droit dérivé, non plus une pension minimale, mais une pension égale à la moyenne des pensions servies dans ces régimes. Les cotisations nécessaires à l'équilibre de ce régime fictif sont calculées sur l'assiette effective des cotisations vieillesse reçues par les régimes en cause.

Il convient de rappeler que l'origine de ce dispositif est purement budgétaire. En effet, l'État supportant, sous

forme de subventions, la contrainte de l'équilibre de certains régimes déficitaires (S.N.C.F., Mines), il fut jugé judicieux de faire partager ce fardeau à des régimes spéciaux réputés riches car bénéficiant d'un régime démographique favorable et, principalement, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (C.N.R.A.C.L.).

2. Des difficultés de mise en oeuvre entravant parfois la prise de conscience d'un problème structurel de financement

A l'examen, les mécanismes de la compensation financière inter-régimes s'avèrent donc particulièrement complexes. De ce fait, leur mise en oeuvre soulève de nombreuses difficultés favorisant le développement de critiques, certes pertinentes, mais qu'il convient toutefois de relativiser.

a) Des difficultés certaines de mise en oeuvre...

Le groupe de travail constitué en 1987 sur l'évaluation des mécanismes de la compensation entre régimes de sécurité sociale, et présidé par M. Bougon, conseiller-maître à la Cour des comptes, a mis en évidence les principales difficultés rencontrées en ce domaine et notamment :

- les conséquences, qui ne sont pas toujours cohérentes ou rationnelles, de la combinaison de quatre catégories de compensation (compensations bilatérales en assurance maladie ; compensation généralisée comprenant elle-même deux mécanismes distincts ; compensation spécifique entre les régimes spéciaux d'assurance-vieillesse) ;

- l'imparfaite réalisation des objectifs initialement assignés à la compensation, à savoir, d'une part, la prise en compte des disparités des charges démographiques des régimes et, d'autre part, l'intégration de la capacité contributive de leurs affiliés dans les calculs mis en oeuvre (celle-ci n'étant prise en compte que pour la compensation entre salariés) ;

- l'incidence de la charge de compensation sur l'équilibre financier de certains régimes. En effet, l'application des critères de calcul est automatique et ne tient pas compte de la situation financière des régimes. Par ailleurs, la compensation est

devenue une charge structurelle pour certains régimes et elle les conduit donc à la recherche de nouvelles ressources pour maintenir leur propre équilibre financier ;

- les lacunes et les insuffisances des règles de comptabilisation des effectifs.

b)...favorisant le développement de critiques, certes pertinentes, mais qu'il convient toutefois de relativiser

La complexité et les insuffisances des mécanismes de compensation sont fréquemment mises en avant par les partenaires sociaux qui :

- en critiquent les fondements (les syndicats de salariés considérant qu'il s'agit d'une charge indue pour le régime général) ;

- contestent l'iniquité de ses principes (les capacités contributives des non-salariés ne sont pas réellement connues et ont été écartées de la compensation) ;

- dénoncent la fragilité des données servant de base aux calculs (les statistiques portant sur le nombre de cotisants et de bénéficiaires étant parfois sujettes à caution).

L'ampleur des flux financiers en cause alimente ce débat, toujours passionné, et volontairement ou involontairement, confondu avec celui relatif au déficit du régime général.

3. Des critiques qui ne sauraient toutefois aboutir à la remise en cause d'un dispositif ayant fait la preuve de son utilité et de son efficacité

Il convient toutefois de souligner que les mécanismes de compensation sont *"la conséquence inéluctable des changements intervenant dans la composition de la population active. S'il n'y avait qu'un seul régime de sécurité sociale, les compensations s'effectueraient exclusivement en son sein."*(1)

En d'autres termes, les difficultés, réelles, rencontrées dans la mise en oeuvre de la compensation rendent

incontestablement nécessaires la définition de solutions techniques adaptées.

En aucun cas, elles ne sauraient servir d'alibi :

- d'une part, à une remise en cause du dispositif même de la compensation ;

- d'autre part, à la non-résolution du problème structurel de financement auquel, par delà les querelles catégorielles, et envisagé dans sa globalité, notre système de protection sociale se trouve aujourd'hui confronté, et dont la persistance traduit l'échec des mesures palliatives définies en ce domaine.

DEUXIEME PARTIE

III - LE NECESSAIRE DEPASSEMENT DES MESURES PALLIATIVES

En l'absence de mécanismes efficaces de régulation, la maîtrise financière du système français de protection sociale fut essentiellement recherchée par la mise en oeuvre de mesures palliatives.

Or, ces mesures palliatives :

- s'avèrent incapables d'assurer durablement un véritable équilibre financier ;

- mettent en évidence, de ce fait, la nécessité d'engager des réformes structurelles en ce domaine.

A. UN IMPOSSIBLE ÉQUILIBRE FINANCIER ?

A intervalles plus ou moins réguliers, un important déficit de la sécurité sociale est annoncé. Mais cette prévision n'est pas toujours vérifiée, sans que l'on sache exactement faire la part, dans les évolutions constatées, de ce qui relève des mesures arrêtées ou encouragées par les pouvoirs publics, de la prise en compte de phénomènes conjoncturels ou de l'erreur de prévision.

L'apparition (et la disparition) périodique et mystérieuse du "déficit de la sécurité sociale" déconcerte ainsi l'opinion et la conduit à s'interroger sur sa réalité. Toutefois, il paraît incontestable

que le système français de protection sociale est aujourd'hui confronté à un problème financier structurel de financement, dont la persistance même trahit l'efficacité limitée des plans ponctuels de financement.

1. Le "déficit de la sécurité sociale" : mythes et réalité

Dans son acception courante, le "déficit de la sécurité sociale" correspond, en fait, au déficit du régime général de la sécurité sociale. Il convient donc de s'interroger, tout d'abord, sur la pertinence de cet indicateur pour apprécier la situation financière de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale, avant de mettre en évidence les principales causes des évolutions constatées.

a) Un indicateur pertinent

On assimile souvent le régime général à la "sécurité sociale" et, prenant la partie pour le tout, on déduit de l'examen de celui-ci des enseignements pour le système de protection sociale considéré dans son ensemble.

Cette vision, à priori simpliste, repose néanmoins sur des bases solides.

En termes de masses financières, le régime général occupe en effet une place croissante au sein des régimes de sécurité sociale. Selon les dernières données disponibles à la date de rédaction du présent rapport ⁽¹⁾, il représente ainsi :

- 80 % des prestations servies en assurance maladie ;
- 47 % du nombre des retraites versées par les différents régimes de base ;
- 100 % des prestations familiales ;
- 70% de l'ensemble des cotisations perçues.

En termes de risques couverts :

- la caisse nationale d'allocations familiales retrace les comptes de la branche famille pour l'ensemble de la population. Par

1. Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale - Juillet 1992

ailleurs, environ 45 millions de personnes sont affiliées à la caisse nationale d'assurance-maladie et les évolutions, de comportement ou épidémiques, observées dans cette population sont transposables aux autres régimes d'assurance maladie ;

- le régime général se trouve structurellement en position de débiteur net dans la cadre des différents mécanismes de compensation mis en oeuvre entre les régimes de sécurité sociale. Ainsi, en 1990, environ 66 milliards de francs ont été versés par le régime général aux autres régimes, soit 7% de ses dépenses totales. De ce fait, le régime général prend en charge des dépenses sociales au-delà du domaine de compétence qui lui est à priori attribué ;

- enfin, les mesures significatives de rééquilibrage financier sont prioritairement définies dans le cadre du régime général.

Pour l'ensemble de ces raisons, il est donc légitime de prêter une attention particulière au solde du régime général et de le considérer comme un bon indicateur de l'état du financement des dépenses sociales.

b) A structure constante, des déficits et des excédents inéluctables

Les causes du déficit du régime général de la sécurité sociale sont aisément identifiables. Celui-ci résulte en effet de l'inadéquation des recettes et des dépenses qui évoluent selon leur logique propre.

En ce qui concerne les dépenses, celles-ci évoluent ainsi en fonction de divers facteurs, tels :

- la revalorisation des prestations existantes ou la définition de nouvelles prestations ;

- les taux de prise en charge et les conditions d'attribution (proportion de chômeurs indemnisés, proportion de retraités parmi les personnes de plus de 60 ans, taux de remboursement des dépenses de santé) ;

- les comportements démographiques, économiques et sociaux de la population affiliée.

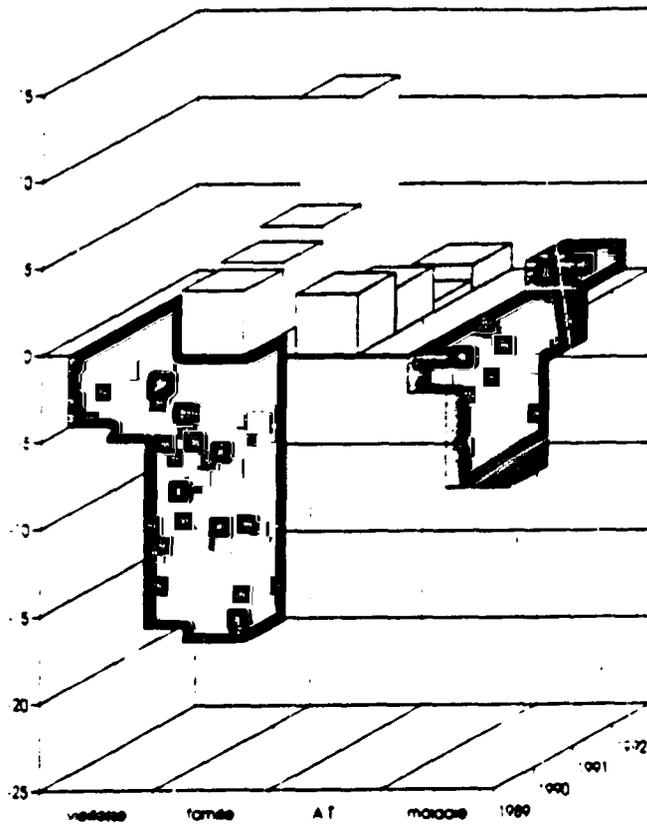
En revanche, l'évolution des recettes est tributaire de la sensibilité des cotisations aux aléas conjoncturels. Le fait que ces cotisations, qui assurent plus de 80% des recettes du régime général,

soient assises sur les revenus salariaux explique que leur rendement financier évolue parallèlement aux fluctuations desdits revenus et du nombre total des actifs. La masse salariale constitue un indicateur économique dont l'influence est déterminante sur le volume des recettes du régime général, l'évolution de ces dernières étant par ailleurs totalement indépendante des facteurs structurels qui influent sur l'évolution des dépenses.

En d'autres termes, le déficit du régime général est l'expression de la sensibilité des recettes de ce dernier aux aléas de l'activité économique.

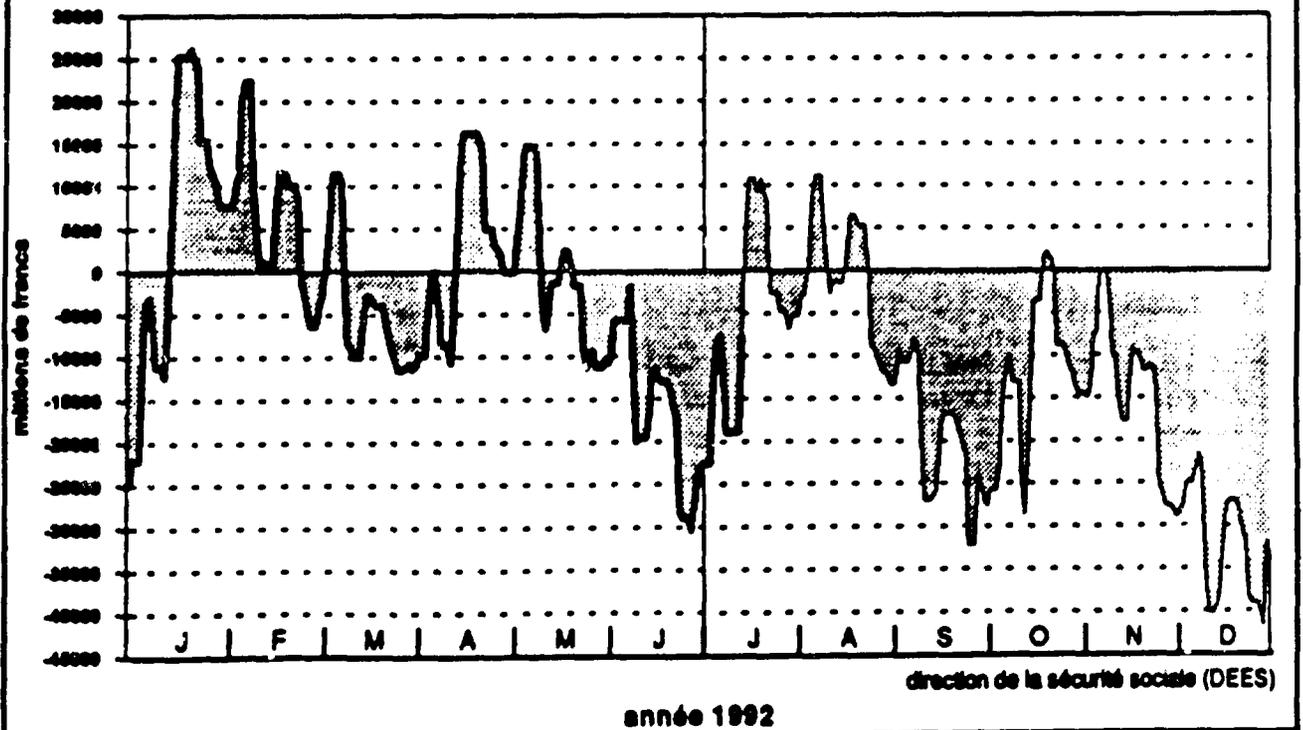
Cette "sensibilité" aux aléas conjoncturels s'est notamment traduite par la dégradation du solde (évalué en variation du fonds de roulement) des différentes branches du régime général au cours de ces dernières années (cf graphique ci-après).

**Évolution du solde des opérations courantes
du régime général de 1987 à 1991 (en milliards de francs)**



La dégradation continue de la situation financière du régime général, constatée au cours des deux dernières années, se traduit notamment par une situation de trésorerie de plus en plus critique.

**TRESORERIE QUOTIDIENNE DU RÉGIME GÉNÉRAL
prévision annuelle 1992¹**



1. hors avancement des règlements de l'Etat

Les projections réalisées en ce domaine par la Commission des comptes de la sécurité sociale pour l'année en cours met ainsi en évidence que *"la gestion de la trésorerie du régime général sera encore plus difficile au cours du deuxième semestre 1992, les creux de trésorerie (...) pourront atteindre, voire dépasser, 40 milliards de francs dans le courant du mois de décembre 1992"* (1).

L'acuité de la crise de trésorerie à laquelle se trouve aujourd'hui confronté le régime général traduit, notamment, l'efficacité limitée des multiples plans ponctuels de financement mis en oeuvre au cours des quinze dernières années.

2. La confirmation de l'efficacité limitée des plans de ponctuels de financement

Depuis une quinzaine d'années (cf tableau ci-après), divers plans ponctuels de financement ont été définis et mis en oeuvre afin de maîtriser la progression des dépenses sociales. Diversifiés dans leurs dispositions concrètes, ces plans partagent tous, néanmoins, quelques caractéristiques générales, à savoir :

- l'augmentation des prélèvements sociaux, et la définition corrélative de mesures d'économies ;

- un effort prioritairement supporté par le régime général et, plus particulièrement, par l'assurance-maladie ;

- un "coup d'arrêt" plus ou moins significatif, et plus ou moins long, à la progression des dépenses sociales, ne parvenant pas, toutefois, à enrayer réellement les tendances "lourdes" observées sur le moyen et long terme comme l'illustre, par exemple, l'évolution comparée du Produit intérieur brut et de la consommation médicale au cours des vingt dernières années (cf graphique page 130).

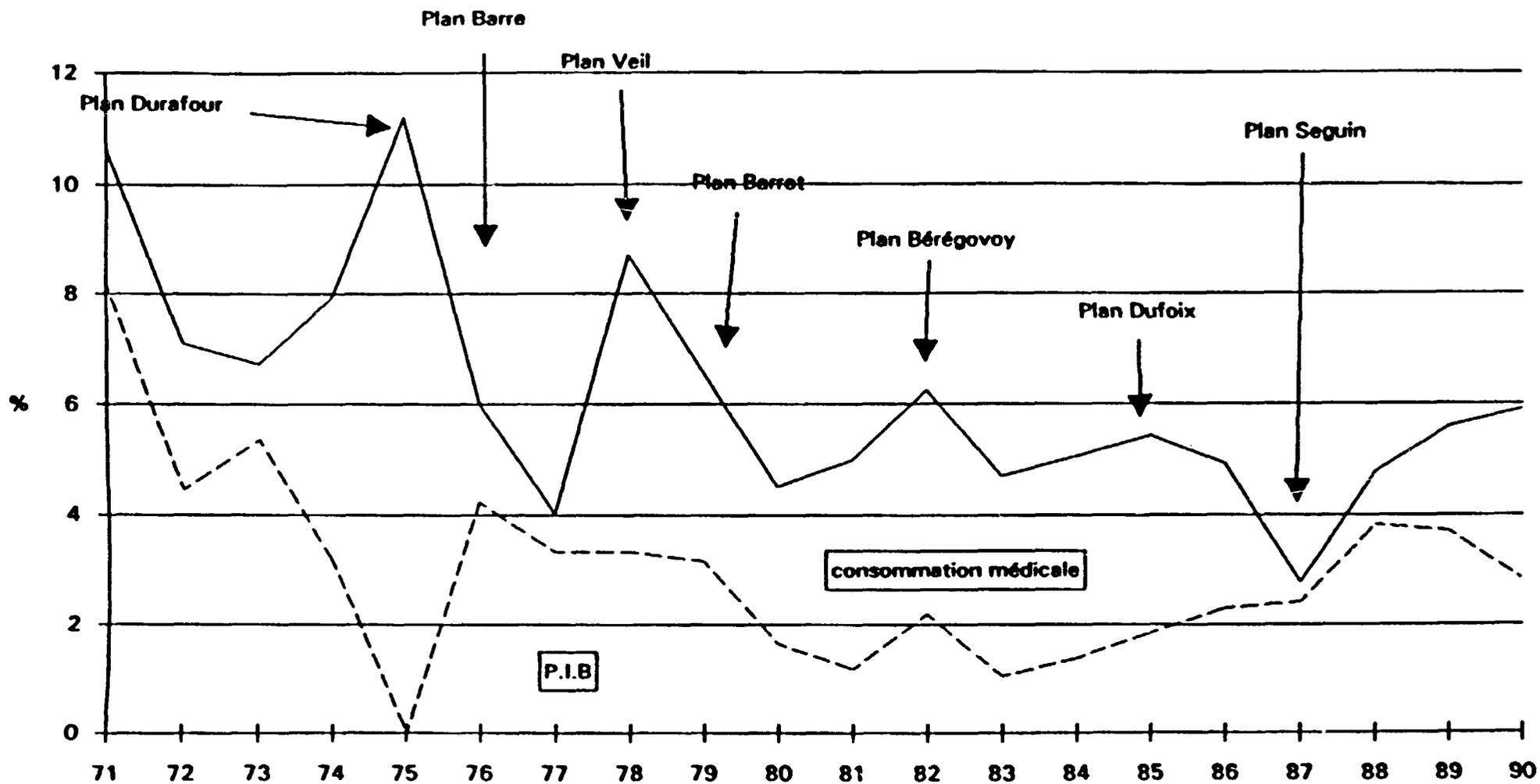
Il est par ailleurs instructif de comparer (cf tableau ci-après) :

- d'une part, la multiplicité des plans ponctuels de financement avec la richesse de la réflexion théorique en ce qui concerne la réforme du système français de protection sociale ;

- d'autre part, "l'impuissance française" avec l'engagement de véritables réformes structurelles dans la plupart des autres pays industrialisés.

Il convient à cet égard de souligner que les pays les plus "retardataires", ou les plus imprévoyants, sont contraints de mettre en oeuvre des mesures de rationnement d'une grande brutalité, comme l'a illustré récemment l'exemple italien.

Evolution comparée de la consommation médicale et du P.I.B (en pourcentage annuel d'augmentation)



FRANCE		AUTRES PAYS INDUSTRIALISES	
Plans ponctuels de financement	Rapports et études officiels sur la réforme de la protection sociale	Réforme des régimes publics de retraite	Réforme des systèmes de santé
<p>1977-78 - PLAN VEIL <i>Premier ministre : Raymond Barre. Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale : Simone Veil.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des cotisations d'assurance vieillesse. • Déplafonnement des cotisations d'assurance maladie des salariés. • Remboursement à 40 % au lieu de 70 % des médicaments dits "de confort". <p>Juillet 1979 - PLAN BARROT <i>Premier ministre : Raymond Barre. Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale : Jacques Barrot.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La cotisation salariale d'assurance maladie est augmentée de 1 % (supprimée à la veille des élections présidentielles et rétablie par le gouvernement de Pierre Mauroy). • Une cotisation d'assurance maladie est désormais acquittée par les retraités. • Le budget des hôpitaux publics est bloqué. 	<p>1974 Boubtien Léon, Rapport sur les problèmes posés par le mode de calcul des cotisations de Sécurité sociale notamment au regard des industries de main-d'oeuvre. Rapport du CES, JO, 1974. Boubtien Léon, les problèmes posés par la Sécurité sociale, Rapport du CES, JO, 1974.</p> <p>1977 Granger, Rapport de la commission chargée d'étudier un aménagement de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale, ministère des Affaires sociales. Ripert Jean, Assiette des charges sociales et industries de main-d'oeuvre, Rapport au Premier ministre, Commissariat général du Plan, 1977.</p> <p>1979 Nora S., Naouri J.C., Note sur le financement des dépenses de santé, Inspection générale des Finances, 1979 Calvez Corentin, L'assiette des charges sociales et les industries de main-d'oeuvre, Rapport du CAS, JO, 1979 Bourson Pierre-Alexandre, Rapport à l'Assemblée nationale sur la gestion de la Sécurité sociale, JO, 1979</p>		<p>1977 ALLEMAGNE : Institution de la "Conférence nationale pour l'action concertée" (Maîtrise des dépenses d'assurance-maladie). GRANDE BRETAGNE : "Pharmaceutical price regulation scheme" (Régulation des prix du médicament et incitation à la recherche développement).</p> <p>1978 : PAYS-BAS Loi sur la planification hospitalière.</p>

FRANCE		AUTRES PAYS INDUSTRIALISES	
Plans ponctuels de financement	Rapports et études officiels sur la réforme de la protection sociale	Réforme des régimes publics de retraite	Réforme des systèmes de santé
<p>• Il est institué un système d'enveloppe globale annuelle pour les honoraires et les prescriptions.</p> <p>Novembre 1981 - PLAN QUESTIAUX DE FINANCEMENT <i>Premier ministre : Pierre Mauroy. Ministre de la Solidarité nationale : Nicole Questiaux. Ministre de la Santé : Jack Ralite.</i></p> <p>• Déplafonnement de 3,5 points des cotisations d'assurance maladie payées par les employeurs. Recette : 9,1 milliards</p> <p>• Diverses mesures concernant l'assiette et le taux des cotisations patronales. Recette : 6,5 milliards.</p> <p>• Relèvement d'un point du taux de cotisation d'assurance maladie des salariés. Recette : 14 milliards.</p> <p>• Diverses mesures concernant l'assiette et les taux de cotisation des salariés : 2,85 milliards</p> <p>• Doublement de la taxe sur les primes d'assurance automobile. Recette : 1 milliard</p> <p>• Dotation du budget de l'Etat pour 1982 : 2,5 milliards</p>	<p>1981 INSEE, Effets macroéconomiques et sectoriels d'un déplafonnement des cotisations sociales versées par les employeurs, Commissariat général du Plan, 1981.</p> <p>Maillet V., Eléments de réflexion sur la réforme de l'assiette des cotisations sociales, Rapport au ministre de la Solidarité, 1981.</p>		

FRANCE		AUTRES PAYS INDUSTRIALISES	
Plans ponctuels de financement	Rapports et études officiels sur la réforme de la protection sociale	Réforme des régimes publics de retraite	Réforme des systèmes de santé
<p>Novembre 1982 - PLAN BEREGOVY DE FINANCEMENT ET D'ECONOMIE Premier ministre : Pierre Mauroy. Ministre des Affaires sociales : Pierre Bérégovoy.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création d'une contribution de 1 % sur le revenu des personnes physiques pour le financement des régimes de la Sécurité sociale. Prévue pour un an, elle sera reconduite avec des aménagements l'année suivante. • Les préretraités dont la pension est supérieure au SMIC seront dorénavant assujettis à la cotisation de maladie au taux de 5,5 %. • Modification de l'assiette des cotisations des travailleurs indépendants. • Création d'une taxe sur le tabac et l'alcool appelée "cotisation" d'un montant de 10 francs par bouteille d'alcool de plus de 25°, et de 25 % du prix du tabac (mise en place progressive en deux ans). • Une taxe sur la publicité des industries pharmaceutiques est créée. Elle se montera à 5 % des frais de publicité et concernera les entreprises dont le chiffre d'affaires est supérieur à 50 millions de francs, ou leurs filiales. 	<p>1982 Peskin J., Les charges sociales des entreprises et le financement de la protection sociale, Rapport au ministre de la Solidarité, <i>Droit social</i>, 1982. De Castries Henri, Les possibilités et les conséquences d'un changement d'assiette des cotisations patronales de Sécurité sociale, Inspection générale des Finances, 1982. Peskin J., Rapport du Groupe quantitatif sur la protection sociale, Commissariat général du Plan, 1982. Direction de la Prévision, Développement des prestations sociales et modes alternatifs de leur financement. Evaluation macroéconomiques d'ensemble, Direction de la prévision, 1982.</p>	<p>1982 : ETATS-UNIS Commission nationale sur la réforme de la sécurité sociale (Commission GREENSPAN).</p>	

FRANCE		AUTRES PAYS INDUSTRIALISES	
Plans ponctuels de financement	Rapports et études officiels sur la réforme de la protection sociale	Réforme des régimes publics de retraite	Réforme des systèmes de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un forfait hospitalier journalier de 20 francs payé par les personnes admises dans les hôpitaux et exonérées du ticket modérateur. • Mise en place du budget global des hôpitaux à partir du 1er juillet 1984. • 1258 spécialités antérieurement remboursables à 70 % passent à 40 %. <p>Mars 1983 - PLAN BEREGOVY D'ECONOMIE <i>Premier ministre : Pierre Mauroy.</i> <i>Ministre des Affaires sociales : Pierre Bérégovoy.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Report d'une hausse de prix pharmaceutiques qui avait été annoncée au 1er juillet 1983. Economies attendues : 150 millions. • Les pharmaciens devront effectuer une "remise conventionnelle" de 250 millions de francs à la Sécurité sociale dans des conditions qui seront déterminées avec eux. • Pour tenir compte de la baisse du prix du métal argent -à la base de la confection des films radiologiques- la cotation des actes radiologiques est révisée à la baisse. Economie : 300 millions. 	<p>1983 Bazy-Malaurie C.-du Buisson- de Courson C.A., Rapport d'étape sur l'extension de l'assiette des cotisations sociales à la valeur ajoutée, ministère des Affaires sociales, 1983. Lescure G., Strauss-Khan D., Etude pour une réforme de l'assiette du prélèvement social, Commissariat général du Plan, 1981 : <i>Droit social</i>, août 1983. Ministère des Affaires sociales, Livre blanc sur la protection sociale, JO, 1983.</p>	<p>1983 ETATS UNIS Adoption par le Congrès du plan de réforme du système public de pensions, préparé par la commission GREENSPAN.</p>	<p>1983 PAYS BAS Budget global hospitalier.</p> <p>GRANDE BRETAGNE Mise en oeuvre progressive des recommandations de Sir Roy Griffith visant à introduire des méthodes de management et de gestion inspirés du secteur privé dans le fonctionnement du "National Health Service" (service public de santé).</p>

FRANCE		AUTRES PAYS INDUSTRIALISES	
Plans ponctuels de financement	Rapports et études officiels sur la réforme de la protection sociale	Réforme des régimes publics de retraite	Réforme des systèmes de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Un projet d'amélioration du remboursement des appareils d'orthopédie faciale et de lunetterie est reporté à l'année suivante. Economie attendue : 1,3 milliard. • Réduction des prêts à taux réduits consentis par les caisses régionales d'assurance maladie aux établissements sanitaires et médico-sociaux. Economie pour 1983 : 450 millions. • Réduction des dépenses hospitalières. Economie : 1 milliard <p>Juin 1985 - PLAN DUFOIX D'ECONOMIE <i>Premier ministre : Laurent Fabius.</i> <i>Ministre des Affaires sociales : Georgina Dufoix.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 379 spécialités antérieurement remboursées à 70 % passent à 40 % <p>Juillet 1986 - PLAN DE FINANCEMENT DU DEFICIT <i>Premier ministre : Jacques Chirac.</i> <i>Ministre des Affaires sociales : Philippe Seguin.</i> <i>Ministre de la Santé : Michèle Barzach.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La contribution sur les revenus créée en 1983, puis supprimée en 1985, est rétablie pour un an au taux de 0,4 %. • La cotisation vieillesse des salariés est augmentée de 0,7 %. 	<p>1986 Louvot Pierre, Rapport d'information sur les effets macroéconomiques d'une prise en charge par l'Etat du financement des allocations familiales, Rapport du Sénat, JO, 1986.</p> <p>"Vieillir solidaires" Rapport du commissariat général au Plan.</p>	<p>1985: JAPON Réforme du régime public de retraite (entrée en vigueur : avril 1986).</p> <p>GRANDE BRETAGNE Livre blanc sur les retraites.</p> <p>:1986: GRANDE BRETAGNE Social Security Act (Réforme du système de pension britannique).</p>	<p>1984: ALLEMAGNE Aménagement de la maîtrise concertée des dépenses de santé (enveloppe globale pour les honoraires de médecine ambulatoire ; budget flexible pour les hôpitaux ; blocage des prix des médicaments sur la période 1985 - 1988).</p>

FRANCE		AUTRES PAYS INDUSTRIALISES	
Plans ponctuels de financement	Rapports et études officiels sur la réforme de la protection sociale	Réforme des régimes publics de retraite	Réforme des systèmes de santé
<p>Décembre 1986 - PLAN SEGUIN D'ECONOMIE <i>Premier ministre : Jacques Chirac. Ministre des Affaires sociales : Philippe Seguin. Ministre de la Santé : Michèle Barzach.</i></p> <p>Un décret daté du 31 décembre 1986 précise que l'exonération du ticket modérateur pour longue maladie ne s'applique que pour les frais relatifs au traitement de l'affection ayant motivé l'octroi du 100 %. En outre, les médicaments de confort -normalement remboursés à 100 %- ne pourront plus donner lieu à une prise en charge à ce taux. En février 1987 le remboursement à 100 % des médicaments de confort est toutefois autorisé dans certains cas : les antinauséux chez les cancéreux ou les femmes enceintes par exemple. En outre, le droit au 100 % sur tous les frais sera rouvert pour les malades souffrant d'une affection de longue durée et ayant des revenus inférieurs à 82.340 francs par an.</p> <p>Le plan Seguin aurait dû faire économiser environ 5 milliards à la Sécurité sociale. En fait, on peut estimer, <i>a posteriori</i>, que l'effet mécanique du plan a été amplifié par un important effet psychologique, poussant les malades à limiter leurs dépenses. Au total, la plupart des experts estiment qu'il a permis de réaliser une économie globale de l'ordre de 10 milliards de francs en un an.</p>			

FRANCE		AUTRES PAYS INDUSTRIALISES	
Plans ponctuels de financement	Rapports et études officiels sur la réforme de la protection sociale	Réforme des régimes publics de retraite	Réforme des systèmes de santé
<p>Mai 1987 - PLAN DE FINANCEMENT DU DEFICIT <i>Premier ministre : Jacques Chirac. Ministre des Affaires sociales : Philippe Seguin. Ministre de la Santé : Michèle Barzach.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le plan Seguin n'ayant pas suffi à rétablir l'équilibre, le gouvernement est obligé de recourir à une augmentation des recettes pour résorber le déficit. • Les cotisations d'assurance maladie des salariés sont augmentées de 0,4 % pour une période exceptionnelle d'un an, tandis que les cotisations vieillesse sont augmentées pour la même période de 0,2 %. La cotisation maladie passe de 5,5 % à 5,9 %, tandis que la cotisation vieillesse passe de 6,4 à 6,6 %. Recettes supplémentaires : 10,4 milliards sur un an. • Le prélèvement de 0,4 % sur les revenus imposables de 1985 est reconduit pour une année. Rendement attendu : 5 milliards. Il est institué un prélèvement supplémentaire de 1 % sur les revenus du capital financier et immobilier. Rendement : 1,7 milliard. • La TVA sur les médicaments passe de 7 % à 5,5 % : 0,5 milliard pour le régime général. 	<p>1987 Etats Généraux de la Sécurité sociale, Rapport du Comité des Sages, ministère des Affaires sociales, 1987.</p>		<p>1987 : PAYS BAS Propositions de la commission Dekker visant à la réforme du système de santé.</p>

FRANCE		AUTRES PAYS INDUSTRIALISES	
Plans ponctuels de financement	Rapports et études officiels sur la réforme de la protection sociale	Réforme des régimes publics de retraite	Réforme des systèmes de santé
<p>• Le prix du tabac est augmenté de 2 % au profit du régime général. Gain de 0,5 milliard.</p> <p>• Les dépenses de "sectorisation psychiatrique" seront progressivement p.is en charge par l'Etat. Gain : 3,2 milliards de francs pour la CNAMTS au titre des exercices 1987 et 1988.</p> <p>Au total, le plan devait rapporter 21,3 milliards à la Sécurité sociale.</p> <p>Septembre 1988 - AMENDEMENT DU PLAN SEGUIN <i>Premier ministre</i> : Michel Rocard. <i>Ministre des Affaires sociales</i> : Claude Evin.</p> <p>• Le plan Seguin est amendé, le 100 % est rétabli pour les maladies de longue durée. Coût théorique pour l'assurance maladie : 2 milliards.</p>	<p>1988 Chotard Yvon, Avant-Projet du rapport sur la Sécurité sociale, Conseil économique et social, 1988.</p>		<p>1988 ALLEMAGNE : Réforme "Blüm" (Mesures d'économie et intéressement aux gains de productivité). PAYS BAS : Projet de réforme du système de santé, présenté par le Gouvernement, et notamment inspiré des conclusions de la Commission Dekker (Cette réforme sera progressivement mis en oeuvre à partir de 1989). GRANDE BRETAGNE : Comité interministériel sur la réforme du NHS. CANADA : Commission royale d'enquête sur le fonctionnement du système de santé.</p>
<p>Décembre 1989 - PLAN EVIN D'ECONOMIE <i>Premier ministre</i> : Michel Rocard. <i>Ministre des Affaires sociales</i> : Claude Evin.</p>	<p>1989 Rapport de la commission "Protection sociale" du Xème Plan 1989.</p>	<p>1989 - 1990 : ALLEMAGNE Définition des principaux éléments d'une réforme des systèmes d'assurance vieillesse régie par la loi.</p>	<p>1989 : GRANDE BRETAGNE Projet de réforme du National Health Service.</p>

FRANCE		AUTRES PAYS INDUSTRIALISES	
Plans ponctuels de financement	Rapports et études officiels sur la réforme de la protection sociale	Réforme des régimes publics de retraite	Réforme des systèmes de santé
<p>• La cotation des actes de biologie est baissée dans des proportions pouvant atteindre 35 %. La baisse totale de chiffre d'affaires des laboratoires de biologie est de 18 % environ pour l'assurance maladie l'économie sera de 1,6 milliard de francs en 1991.</p> <p>• Le forfait salle d'opération est gelé. En 1991, les sommes versées à chaque clinique au titre de ce forfait, qui est payé chaque fois qu'il y a utilisation du bloc opératoire, ne pourront excéder le montant versé en 1990. Au-delà de l'économie que doit rapporter la mesure - 1 milliard par an - l'intention du Gouvernement est de contraindre les syndicats de cliniques à négocier un accord global de réduction des dépenses.</p> <p>• Limitation du remboursement des préparations pharmaceutiques. Alors que ces préparations magistrales réalisées par les pharmaciens dans leurs officines étaient toutes remboursées, un arrêté établit une liste des préparations remboursables. Economie : 400 millions de francs en année pleine.</p> <p>Décembre 1990 - PLAN EVIN D'ECONOMIE <i>Premier ministre : Michel Rocard.</i> <i>Ministre des Affaires sociales : Claude Evin.</i> <i>Ministre délégué à la Santé : Bruno Durieux.</i></p>	<p>1990 INSEE, L'avenir des retraités, 1990.</p>		<p>1990 CANADA : Projet de réforme des services de santé et des services sociaux ("Projet de loi 120"). La version définitive de ce projet sera publiée en 1991.</p>

FRANCE		AUTRES PAYS INDUSTRIALISES	
Plans ponctuels de financement	Rapports et études officiels sur la réforme de la protection sociale	Réforme des régimes publics de retraite	Réforme des systèmes de santé
<p>• Un décret ministériel augmente la taxe sur la publicité des laboratoires pharmaceutiques de 5 % avec effet rétroactif sur l'exercice 1990, et intègre dans l'assiette de la taxe les salaires et frais des visiteurs médicaux.</p> <p>• Une série d'économies sont annoncées, qui devront être négociées avec les professionnels. Sont visés les biologistes et les cliniques, qui seront mis sous enveloppe globale au début de 1991, et les laboratoires pharmaceutiques qui devront réduire leur chiffre d'affaires de 2,5 % en 1991.</p> <p>Mars 1991 - DÉREMBOURSEMENT DES ANTI-ASTHÉNIQUES <i>Premier ministre</i> : Michel Rocard. <i>Ministre des Affaires sociales</i> : Claude Evin. <i>Ministre délégué à la Santé</i> : Bruno Durieux.</p> <p>Juin 1991 - PLAN BIANCO DE FINANCEMENT ET D'ECONOMIE <i>Premier ministre</i> : Edith Cresson. <i>Ministre des Affaires sociales</i> : Jean-Louis Bianco. <i>Ministre délégué à la Santé</i> : Bruno Durieux.</p>	<p>1991 Livre blanc sur les retraites, 1991. Y. Moreau, Dépenses de santé - Un regard international, 1991. Rapport de la Mission Retraites ("Mission Cottave"), 1991.</p>		<p>GRANDE BRETAGNE : Adoption par le Parlement du projet de réforme du National Health Service (National Health Service and Community Care Act).</p>

FRANCE		AUTRES PAYS INDUSTRIALISES	
Plans ponctuels de financement	Rapports et études officiels sur la réforme de la protection sociale	Réforme des régimes publics de retraite	Réforme des systèmes de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Les cotisations d'assurance maladie des salariés augmentent de 0,9 % au 1er juillet 1991. Le taux de cotisation s'assurance maladie des salariés passe de 5,9 % à 6,8 % du salaire. La mesure doit rapporter 8 milliards de francs en 1991 et 23 milliards en 1992. • Le versement des cotisations sociales pour les entreprises de 50 à 399 salariés est avancé du 15 au 5 de chaque mois. Ces P.M.E. sont donc dorénavant alignées sur les entreprises de plus de 400 salariés. La mesure, jugée "inacceptable" par le C.N.P.F., coûte 300 millions de francs en trésorerie aux 33.000 entreprises concernées. Elle permet en revanche à l'A.C.O.S.S. de récupérer 15 milliards de francs dix jours plus tôt, chaque mois. • Le forfait hospitalier -payé par les assurés exonérés du ticket modérateur pour chaque jour d'hospitalisation- passe de 33 à 50 francs par jour à compter du 1er juillet 1991. Le gain pour l'assurance maladie est de 1,5 milliard en année pleine. • Il est demandé aux laboratoires pharmaceutiques de proposer eux-mêmes une autoréduction de leur chiffre d'affaires sur les spécialités remboursables de 2,5 %. 			

FRANCE		AUTRES PAYS INDUSTRIALISES	
Plans ponctuels de financement	Rapports et études officiels sur la réforme de la protection sociale	Réforme des régimes publics de retraite	Réforme des systèmes de santé
<p>Cette réduction concerne tous les laboratoires réalisant plus de 100 millions de francs de chiffre d'affaires avec les médicaments remboursés par la Sécurité sociale, c'est-à-dire une centaine de laboratoires. Ils pourront jouer sur le déremboursement de certaines spécialités ou la baisse des prix. Au total, cette réduction de dépenses devrait représenter 1,3 milliard de francs pour l'assurance maladie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les grossistes répartiteurs participent à la politique d'économie, tandis que les revenus des pharmaciens seront également limités (suppression du supplément d'honoraires). • Les médicaments à base d'oligo-éléments et de magnésium ne sont plus remboursés. Economie : 350 millions de francs en année pleine. • La nomenclature des actes de radiologie est révisée. Gain : 700 millions en année pleine. <p>Au total les économies réalisées sont estimées à 9 milliards de francs pour les années 1991 et 1992.</p>	<p>1992 Rapport Bruhnes sur les retraites, 1992.</p>	<p>1992 : ITALIE Augmentation progressive de l'âge de la retraite (de 60 à 65 ans).</p>	<p>1992 : ITALIE Réductions drastiques dans les prestations et les budgets de santé (ex : au-delà d'un revenu annuel de 200.000 francs, un ménage ne pourra plus bénéficier de la gratuité des médicaments).</p>

B. LA NÉCESSITÉ DE L'ENGAGEMENT DE RÉFORMES STRUCTURELLES

Les nombreuses critiques adressées aux modalités de financement de la protection sociale, et les difficultés rencontrées pour en assurer durablement l'équilibre financier, ont suscité une importante réflexion théorique soulignant la nécessité de procéder à des aménagements structurels en ce domaine.

Toutefois, cet effort conceptuel s'accompagne d'avancées limitées en ce qui concerne la mise en oeuvre concrète des réformes envisagées.

1. Le financement de la protection sociale : une réforme à l'ordre du jour depuis 1945

Depuis 1945, près de trente rapports officiels ont été consacrés à la réforme du financement de la protection sociale. Il convient néanmoins de distinguer à ce sujet trois périodes distinctes, à savoir :

a) Jusqu'au début des années 1970, le débat porte essentiellement sur la fiscalisation du financement de la protection sociale.

Divers rapports officiels (Commissariat général au plan; Conseil économique et social) proposent ainsi de faire appel au budget de l'Etat, soit pour couvrir l'augmentation constatée des prestations, soit pour financer des prestations nouvelles. Les deux principaux arguments invoqués à l'appui de ces propositions sont :

- d'une part, d'ordre institutionnel (les cotisations doivent financer les prestations relevant de l'assurance professionnelle, la "solidarité nationale" étant garantie par le budget de l'Etat);

- d'autre part, d'ordre économique, la fiscalisation progressive du financement des prestations étant censée corriger les distorsions économiques engendrées par les cotisations sociales.

Le III^{ème} Plan (1958-1961) propose ainsi de transférer "une partie des prestations sociales sur un financement soit par l'impôt direct, soit par l'élévation des taux de T.V.A sur les besoins non essentiels."

Le rapport de la commission des prestations sociales du Vème Plan (1966-1970) suit une démarche identique et souligne la nécessité, pour la France, de rapprocher la structure de financement de son système de protection sociale de celle des autres pays européens.

b) Au cours des années 1970, la réflexion théorique s'oriente vers, d'une part, le problème du déplafonnement des cotisations et, d'autre part, le remplacement partiel de la cotisation employeur par une cotisation sur la valeur ajoutée.

S'agissant tout d'abord du déplafonnement des cotisations sociales, l'abandon du plafond est d'abord suggéré pour les seules prestations en nature de l'assurance-maladie (Vème Plan), puis pour l'ensemble des cotisations, à l'exception de l'assurance-vieillesse pour laquelle l'existence de régimes complémentaires obligatoires constitue un obstacle technique difficilement surmontable.

Les simulations réalisées en ce domaine par l'INSEE en 1981 mettent en évidence :

- qu'un déplafonnement intégral (maladie, vieillesse, famille) non compensé par une baisse des taux, améliore les comptes des régimes sociaux mais provoque un ralentissement de la croissance, une hausse des prix et la détérioration du marché de l'emploi ;

- qu'en revanche, un déplafonnement compensé par une baisse des taux n'engendre que des transferts de charges relativement modérés.

D'autres études proposent d'aller au-delà d'un simple déplafonnement compensé par une réduction des taux.

Le rapport Maillet ⁽¹⁾ préconise ainsi que le déplafonnement ne soit pas indifférencié selon les branches mais porte seulement sur certaines d'entre elles afin de disposer d'un instrument plus efficace dans le cadre de la politique de l'emploi. Les rapports de Castries ⁽²⁾ et Peskine ⁽³⁾ suggèrent la création d'un

1. M. Maillet Elements de réflexion sur la réforme de l'assiette des cotisations sociales . Rapport au ministre de la solidarité 1981

2. M. de Castries Les possibilités et les conséquences d'un changement d'assiette des cotisations patronales de sécurité sociale Inspection générale des Finances 1982

3. M. Peskine Rapport du groupe quantitatif sur la protection sociale Commissariat général au Plan 1981

abattement à la base, exonérant de cotisation une fraction initiale du salaire. Cette mesure est envisagée afin de donner un caractère progressif aux cotisations sociales, celles-ci s'élevant proportionnellement au montant du salaire perçu.

Cette idée d'une modulation du taux des cotisations selon le montant des salaires fut également reprise en 1988 par une commission préparatoire au Xème Plan ("Il n'est pas sûr que les cotisations sociales doivent rester assises sur les salaires dès le premier franc").

En ce qui concerne par ailleurs le remplacement d'une partie des cotisations assises sur les salaires par une cotisation sur la valeur ajoutée, cette solution fut préconisée par certains experts jusqu'au début des années 1980 en fonction des différents avantages qui en étaient attendus, et notamment :

- la neutralité de cette cotisation au regard des facteurs de production utilisés ;

- la préservation de la spécificité du prélèvement social par rapport aux autres prélèvements fiscaux (la cotisation sur la valeur ajoutée pouvant être collectée par les U.R.S.S.A.F.) ;

- la suppression des plafonds préexistants ;

- les résultats des simulations réalisées en ce domaine à l'aide des modèles économétriques de l'I.N.S.E.E., mettant principalement en évidence des effets favorables sur l'emploi et les industries de main d'oeuvre.

Toutefois, la cotisation sur la valeur ajoutée fit l'objet de vives critiques (transferts de charges au détriment des entreprises bénéficiaires et les plus dynamiques ; conclusions contradictoires de simulations économétriques ; définition problématique de l'assiette de la nouvelle cotisation et coûts de gestion élevés) et fut, en définitive, **abandonnée au profit de l'idée d'une cotisation proportionnelle sur l'ensemble sur les revenus.**

c) A partir du début des années 1980, l'idée d'un prélèvement proportionnel sur le revenu des ménages s'affirme progressivement et aboutit à la création de la contribution sociale généralisée (C.S.G).

La création d'une cotisation proportionnelle sur le revenu est proposée en 1981 dans une note au commissariat général du Plan

(1), le livre blanc de la protection sociale (1983) et les travaux préparatoires au IXème Plan. Les rapports Louvot (2), du comité des Sages (1987) et l'avant-projet du rapport Chotard (1988) reprennent également à leur compte cette proposition de réforme du financement de la protection sociale.

Ces propositions, qui devaient aboutir à la création, en 1991, de la contribution sociale généralisée, se caractérisent essentiellement par :

- la création d'une cotisation proportionnelle sur les revenus des ménages ;

- l'élargissement de l'assiette de cette nouvelle cotisation à l'ensemble des revenus. Pour le comité des Sages, ce prélèvement *"s'analyse en définitive comme la juxtaposition nécessaire, et non plus, comme actuellement, fortuite, d'un prélèvement se rapprochant de l'actuelle cotisation d'assurance maladie, étendue à tous les revenus de remplacement et d'un prélèvement sur les revenus du capital mobilier et immobilier"*;

- l'affectation du produit de cette cotisation, au financement de la branche famille du régime général, afin d'assurer la cohérence de son mode de financement avec la finalité de ses prestations ;

- la neutralité économique de ce mode de prélèvement, qui n'a pas de lien direct avec les coûts de production. Le comité des Sages estime ainsi que *"les nouveaux prélèvements nécessaires devraient désormais peser sur les particuliers et sur toutes les formes de revenus sans que les entreprises, prises globalement, aient à supporter une charge supplémentaire."*

2. Des aménagements concrets limités

Par contraste avec la richesse de la réflexion théorique, les modifications concrètes apportées aux modalités de financement de la protection sociale au cours des dernières décennies apparaissent d'ampleur limitée.

1.G. Lescure et D Strauss-Kahn Etude pour une réforme de l'assiette du prélèvement social commissariat général au Plan 1981

2.M. Louvot Rapport d'information sur les effets macro-économiques d'une prise en charge par l'Etat du financement des allocations familiales Senat 1986

On peut principalement relever en ce domaine :

a) Le déplafonnement progressif des cotisations de sécurité sociale

Entrepris en 1967, ce déplafonnement se développe à partir de la fin des années 1970. Une première opération de déplafonnement des cotisations d'allocations familiales avait certes été envisagée en 1958, mais elle avait été rapidement reportée en raison des fortes oppositions que son principe même avait suscité.

A l'occasion de la réforme du régime général de 1967, un premier déplafonnement des cotisations d'assurance-maladie sera réalisé ; il sera poursuivi en 1979 et sera totalement réalisé en 1983. Le déplafonnement intégral des cotisations d'allocations familiales sera effectif à partir de 1989. En 1991, à l'occasion de la création de la contribution sociale généralisée, un déplafonnement partiel des cotisations employeurs d'assurance vieillesse est amorcé.

Vingt-trois ans ont été ainsi nécessaires pour réaliser le déplafonnement des cotisations d'assurance-maladie et d'allocations familiales, proposé pourtant dans la plupart des projets de réforme.

b) La concrétisation imparfaite de l'idée d'une cotisation sociale sur l'ensemble des revenus : la contribution sociale généralisée

Pendant une dizaine d'années, le projet d'une cotisation sur la valeur ajoutée fut analysé et discuté avant d'être, finalement, abandonné. Une contribution proportionnelle au revenu est proposée en 1981 au Plan.

En 1983, une cotisation proportionnelle de 1% est effectivement mise en place sur l'ensemble des revenus imposables, avant d'être restreinte, en 1985, aux seuls revenus des valeurs mobilières. Cette cotisation est rétablie en 1986 pour les revenus salariaux, mais au taux de 0,4%. Au total, ces deux cotisations représentaient, en 1988, 0,9% des recettes du régime général.

Enfin, à compter du 1er février 1991, la contribution sociale généralisée fut instituée au taux de 1,1% sur l'ensemble des revenus. Ce nouveau prélèvement étant censé être créé à niveau constant de prélèvements obligatoire, la contribution sociale de 0,4 %

sur les revenus fut supprimée et divers aménagements furent apportés aux taux de cotisations.

Toutefois, et à la différence des réflexions ou des projets préexistants en ce domaine qui, tous, s'attachaient à définir un nouvel outil de financement au profit de la Sécurité sociale, la contribution sociale généralisée ne fut envisagée, lors de sa mise en oeuvre concrète, que sous l'angle de la redistribution.

TROISIEME PARTIE

LES PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL.

ou

**L'IDENTIFICATION DES ELEMENTS
FONDAMENTAUX
D'UNE REFORME DU SYSTEME FRANCAIS
DE PROTECTION SOCIALE**

TROISIEME PARTIE

"Tout doux, Monsieur le philosophe ! Vous écrivez sur le papier, qui supporte tout, tandis que, moi, j'écris sur la peau humaine qui est autrement chatouilleuse."

Réponse de Catherine II à Diderot lui soumettant un projet de réforme de l'empire russe

"Chez nous, s'il est d'usage de comprendre promptement ce qui est bien, il est aussi d'usage de discuter longtemps sur ce qu'il faut faire ; on dresse des programmes ingénieux, mais on ne passe à l'action que sous le coup d'une urgente nécessité, ou sous l'influence d'un génie qui entraîne tout à sa suite."

Baron Haussmann, préfet de la Seine de 1853 à 1870

La sécurité sociale constitue l'une des grandes réussites collectives de la société française d'après-guerre.

Toutefois, l'accroissement continu des prélèvements collectifs affectés à son financement est aujourd'hui confronté à une contrainte :

- **d'ordre économique** : le relèvement de ces prélèvements, en période de croissance nulle ou réduite du pouvoir d'achat, peut, à terme, se répercuter sur le niveau des salaires versés par les entreprises et handicaper, de ce fait, la compétitivité de celles-ci sur les marchés mondiaux;

- **d'ordre social**, l'augmentation substantielle des prélèvements destinés aux transferts sociaux s'effectuant inévitablement au détriment du financement d'autres fonctions collectives.

La maîtrise de l'évolution des prélèvements sociaux :

- apparaît ainsi comme la condition première de la pérennité de notre système de protection sociale ;

- se traduit nécessairement, en ce domaine, par l'affirmation d'un impératif de gestion.

Toutefois, avant d'examiner en détail les différentes mesures concrètes envisageables en ce domaine, il paraît nécessaire d'identifier au préalable les principes généraux et les choix fondamentaux qui donnent à ces mesures leur logique d'ensemble et leur justification.

TROISIEME PARTIE

I - LA DETERMINATION DU CHAMP DES POSSIBLES

L'identification des éléments fondamentaux d'une réforme du système français de protection sociale suppose la résolution préalable d'un choix fondamental, à savoir :

- soit la définition et la mise en oeuvre de solutions extrêmes, qui bouleversent et altèrent profondément la nature intrinsèque de la sécurité sociale telle qu'elle fut instituée dans notre pays en 1945, considérée comme désormais inadaptée à la réalité présente de notre société;

- soit l'aménagement du système existant par la définition de mécanismes régulateurs devant permettre de maîtriser l'évolution des prélèvements collectifs affectés à son financement.

A. L'IMPOSSIBILITE PRATIQUE ET POLITIQUE DES SOLUTIONS EXTRÊMES

1. Les systèmes de protection sociale : un essai de typologie

Dans la plupart des grands pays développés, la définition et la mise en oeuvre d'un système organisé de protection sociale furent réalisées selon des modalités fort diverses, tenant à la variété des conditions économiques, politiques et sociales de chacun des pays concernés.

A ce stade de la réflexion, il ne paraît toutefois pas inutile de tenter d'en dresser une typologie, nécessairement sommaire et réductrice, afin d'identifier les voies sur lesquelles pourrait éventuellement s'engager une réforme radicale de la protection sociale dans notre pays.

Trois catégories principales peuvent être définies en ce domaine, à savoir :

a) *Les systèmes de protection sociale "étatisés"*(1), dont le fonctionnement obéit, pour l'essentiel, à une logique administrative et dont le financement est principalement assuré par l'impôt. Le modèle théorique de ces systèmes est le "welfare state" assurant la protection des individus "from womb to tomb" et son illustration pratique la plus fidèle en demeure le "National Health Service" britannique, du moins dans sa version initiale.

b) *Les systèmes dits "bismarckiens"*

Héritiers des assurances sociales mises en oeuvre en Allemagne dès les années 1880 et, dans une moindre mesure, de la tradition mutualiste, ces systèmes sont organisés sur la base de caisses professionnelles dont les ressources proviennent majoritairement des cotisations perçues sur le revenu du travail de leurs assujettis.

En dépit, d'une part, de l'inspiration initiale de ses concepteurs (Plan Beveridge) et, d'autre part, du rôle prépondérant assumé par l'État, le système français de protection sociale paraît pouvoir être rangé dans cette catégorie.

c) *Les systèmes du "contrat minimum" ou "à l'américaine"* (2) faisant cohabiter, d'une part, des assurances d'entreprises ou privées dont le bénéfice est ouvert à une grande majorité de la population (classes moyennes, notamment) et, d'autre part, des prestations minimales réservées aux plus âgés ou aux plus pauvres.

1. Ce terme est ici utilisé pour la commodité de la démonstration et n'implique donc aucun jugement de valeur.

(2) Ce terme est ici utilisé pour la commodité de la démonstration et n'implique donc aucun jugement de valeur.

Il convient toutefois de souligner que le concept de "protection sociale" relève davantage de l'héritage des sociétés européennes que de la tradition américaine.

Compte tenu de cette typologie, l'adoption, en France, de solutions extrêmes en matière de protection sociale pourrait donc conduire soit à une large étatisation du système existant, soit à une libéralisation de grande ampleur.

2. Les tentations impossibles du système français de protection sociale

Confrontée à la nécessité de procéder à l'adaptation institutionnelle et financière de son système de protection sociale, et davantage par inertie que par choix conscient, la collectivité nationale pourrait être tentée de laisser celui-ci dériver :

- soit vers une étatisation accrue qui, en prenant acte du rôle déjà prédominant de l'Etat dans ce domaine et de l'extension de la couverture sociale à la quasi-totalité de la population, s'accompagnerait d'une fiscalisation progressive de son financement;

- soit vers une évolution à "l'américaine", la non résolution, en temps utile, des problèmes financiers des régimes sociaux obligatoires conduisant ceux-ci à se replier peu à peu sur le noyau restreint des prestations jugées irréductibles.

A l'examen, ces deux alternatives se révèlent toutefois insatisfaisantes et peu opérationnelles.

Tous les pays développés sont aujourd'hui confrontés aux mêmes défis et aux mêmes exigences, qu'il s'agisse, notamment, du vieillissement de leur population ou de la part sans cesse croissante des dépenses de santé dans la consommation des ménages. Aucun d'entre eux ne peut donc prétendre disposer d'une solution idéale en ce qui concerne l'organisation et le financement de la protection sociale, comme en témoigne, par exemple, la réforme du "National Health Service" britannique, l'essoufflement de la maîtrise négociée des dépenses de santé en Allemagne ou la place centrale occupée par la question de l'assurance maladie dans l'actuelle campagne électorale américaine.

Ainsi, le choix éventuel des solutions extrêmes :

- bouleverserait profondément les structures et les modalités de fonctionnement de notre système de protection sociale sans nécessairement garantir, à terme, une amélioration substantielle de sa situation financière et de son efficacité ;

- exacerberait inutilement les inquiétudes toujours latentes de la population en ce domaine ;

- se heurterait à d'innombrables difficultés pratiques de mise en oeuvre susceptibles de gêner, de manière ponctuelle et aléatoire, le fonctionnement quotidien du système existant et qui pourraient ternir, dans l'esprit de l'opinion publique, le crédit attendu de la mise en oeuvre d'une réforme ambitieuse.

A l'évidence, la mutation, par ailleurs inévitable, du système français de protection sociale doit donc faire abstraction d'une quelconque référence théorique ou d'ordre "idéologique" et s'incarner dans un aménagement pragmatique et raisonné de l'existant.

B - UNE SOLUTION DE BON SENS : L'AMÉNAGEMENT PRAGMATIQUE ET RAISONNÉ DU SYSTÈME EXISTANT

La réforme du système français de protection sociale doit avoir pour objectif principal de définir, par l'aménagement du système existant, les mécanismes régulateurs permettant de maîtriser à l'avenir les ressources publiques affectées à son financement. Cette solution, certes moins "dramatique" et, par là même, moins exaltante que les solutions extrêmes précédemment exposées, présente néanmoins le double avantage du pragmatisme et de l'efficacité.

Cet aménagement pragmatique paraît pouvoir s'articuler autour de deux principes essentiels, à savoir :

- d'une part, considérer que le niveau actuel des prélèvements obligatoires affectés au financement de la protection sociale, apprécié en pourcentage de la richesse nationale, doit désormais suffire pour assurer durablement les solidarités essentielles ;

- d'autre part, favoriser la complémentarité de l'action des différents acteurs susceptibles de participer, plus ou moins directement, à la gestion de la protection sociale (État, organismes de sécurité sociale, collectivités locales, mutuelles, sociétés d'assurance, etc...).

1. **Le niveau actuel des prélèvements obligatoires affectés au financement de la protection sociale, apprécié en pourcentage de la richesse nationale, doit suffire pour assurer durablement les solidarités essentielles**

Au lieu de concevoir une réforme fondamentale et définitive du système français de protection sociale, il convient plutôt :

- d'éviter que la prise en charge collective des dépenses sociales ne continue à progresser de façon quasi-mécanique au cours des années à venir ;

- de considérer, par conséquent, que le niveau actuel des prélèvements obligatoires affectés au financement de ces dépenses, apprécié en pourcentage de la richesse nationale, doit suffire pour assurer durablement les solidarités essentielles.

Dans cette hypothèse :

- le surcroît éventuel de dépenses lié à la persistance d'arbitrages individuels favorables à la croissance desdites dépenses devrait alors relever de la responsabilité individuelle ;

- les demandes du corps social relatives à la définition de nouveaux services ou de nouvelles prestations devraient être satisfaites par l'aménagement ou le redéploiement des moyens financiers et administratifs déjà disponibles.

Ainsi, par exemple, la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes devrait-elle être réalisée par adaptation des structures existantes, et dans le cadre de l'enveloppe financière globalement affectée, aujourd'hui, au financement de notre système de protection sociale.

Cette solution n'impose pas nécessairement de bouleverser le système existant, mais elle n'en modifie pas moins sur un point essentiel sa logique de fonctionnement.

En effet, la fraction de la richesse nationale actuellement affectée au financement public des dépenses sociales ne découle d'aucun choix explicite de la Nation mais résulte automatiquement de la mise en oeuvre de règles juridiques définissant les conditions de prise en charge. En revanche, dans l'hypothèse où le niveau actuel des prélèvements sociaux serait désormais considéré comme devant suffire pour assurer durablement les solidarités essentielles, le système de financement serait ainsi doté d'un facteur exogène et contraignant de régulation.

Quatre objections, nullement irréfutables, peuvent être formulées à l'encontre de cette solution, à savoir :

a) Le caractère illicite de toute limitation à priori du niveau des prélèvements collectifs affectés au financement de la protection sociale

Cette critique ne vaudrait que s'il s'agissait de maîtriser indifféremment la progression de l'ensemble des dépenses, publiques ou privées, consacrées au financement du système de protection sociale. Or, il s'agit ici uniquement de permettre à la collectivité nationale, confrontée par ailleurs au besoin de financement d'autres fonctions collectives (éducation, sécurité publique, etc...), de déterminer le niveau des prélèvements publics qu'elle entend affecter à la fonction sociale.

Serait-il donc à ce point irréaliste de souhaiter qu'à l'avenir la détermination du niveau des prélèvements sociaux procède de choix explicites et conscients, résultant d'arbitrages entre les différentes fonctions collectives et les différentes priorités de la Nation ? Serait-il déraisonnable de penser que, dans la situation actuelle de l'économie française, et face aux multiples défis que notre pays doit relever pour améliorer sa compétitivité et préserver sa cohésion sociale, les prélèvements sociaux doivent cesser de progresser au rythme constaté au cours des vingt dernières années ?

b) Les effets éventuellement néfastes de la détermination "ex ante" d'une limite à la progression des prélèvements sociaux, les gestionnaires du système de protection sociale pouvant être alors contraints d'appliquer aveuglement des normes contraignantes et réduites, de ce fait, "à gérer la pénurie"

A l'examen, de tels arguments paraissent peu convaincants. Disposer, sous la forme d'un budget prévisionnel, d'un cadre de référence est la condition même de toute gestion. Par ailleurs, loin d'être un facteur de gestion uniforme et centralisé, le système proposé pourrait au contraire être mis au service d'une gestion plus responsable et décentralisée, principalement dans le domaine de l'assurance-maladie.

c) Les conséquences sociales de la solution préconisée

Dans l'hypothèse où les dépenses sociales progressent plus rapidement que l'enveloppe collective affectée à leur financement, une augmentation des dépenses restant à la charge des assurés sera logiquement inévitable et cette évolution pourrait ainsi placer les plus démunis d'entre eux dans une situation défavorable. Ce risque est réel mais il paraît toutefois pouvoir être prévenu par la généralisation des couvertures complémentaires et par la mise en place de dispositifs garantissant aux plus pauvres ou aux plus malades l'accès aux prestations sociales.

d) Le niveau actuel des prélèvements collectifs affectés au financement de la protection sociale, apprécié en pourcentage de la richesse nationale, ne correspond par lui-même à aucun optimum économique ou social

Si ce constat paraît à première vue incontestable, il convient toutefois de souligner que :

- les évolutions financières actuellement observées ne correspondent guère à la recherche consciente d'un quelconque optimum, mais paraissent plutôt traduire la réalité d'un système "livré à lui-même" ;

- l'introduction d'un facteur exogène et contraignant de régulation, à savoir l'alignement absolu de la croissance des prélèvements sociaux sur le rythme de progression de la richesse nationale, peut permettre de déterminer et d'atteindre plus rapidement un optimum dans l'allocation des ressources publiques affectées au financement de la protection sociale.

2. La complémentarité de l'action des différents acteurs susceptibles de participer, plus ou moins directement, à la gestion de la protection sociale, doit être favorisée

Les difficultés auxquelles est actuellement confronté notre système de protection sociale résultent, pour l'essentiel, de l'inadéquation entre, d'une part, ses principes fondateurs et ses objectifs initiaux et, d'autre part, la réalité de son fonctionnement et la diversité des nouvelles demandes qui lui sont adressées par le corps social.

L'heure paraît donc venue de promouvoir et d'organiser la complémentarité de l'action des différents acteurs susceptibles d'intervenir dans le secteur social. En d'autres termes, il s'agit de favoriser la transition entre un système administré à vocation généraliste, qui atteint aujourd'hui ses limites, et un système caractérisé par la "mixité" des intervenants et des modes d'intervention.

Une telle évolution pourrait s'articuler essentiellement autour de trois lignes directives, à savoir :

- la consolidation des régimes obligatoires de sécurité sociale par l'aménagement, progressif et simultané, des modalités d'organisation et de fonctionnement des différents risques ;
- l'élargissement organisé du champ ouvert aux choix volontaires et individuels ;
- la participation effective des différents acteurs concernés au processus décisionnel, condition première de leur responsabilisation.

a) La consolidation des régimes obligatoires de sécurité sociale par l'aménagement, progressif et simultané, des différents risques

Financés principalement par des cotisations, et garantissant les solidarités essentielles déterminées par la collectivité nationale, les régimes obligatoires de sécurité sociale ont vocation à demeurer le "noyau central" d'un système de protection sociale rénové.

La consolidation des régimes obligatoires suppose toutefois que les réformes structurelles indispensables à leur pérennité soient engagées sans délai.

A l'évidence, ces réformes doivent être réalisées de manière :

- progressive, afin d'en favoriser l'acceptation par l'opinion publique et d'en apprécier, avec pragmatisme, les premiers effets ;
- et simultanée, l'aménagement des modalités d'organisation et fonctionnement de chacun des risques (assurance maladie, assurance vieillesse, etc.), aussi spécifique soit-il, ayant nécessairement des incidences sur l'équilibre financier global de la sécurité sociale.

b) L'élargissement organisé du champ ouvert aux choix volontaires et individuels

Les régimes obligatoires de sécurité sociale ayant pour vocation d'assurer durablement les solidarités essentielles, le surcoût éventuel de dépenses sociales lié à la persistance d'arbitrages individuels favorables à la croissance desdites dépenses devrait alors relever de la responsabilité individuelle.

Cet élargissement du champ ouvert à la responsabilité individuelle pourrait notamment se traduire, dans le domaine de la santé, par le recours accru au secteur mutualiste et, en ce qui concerne l'assurance-vieillesse, par l'encouragement à la création de fonds de pension. Toutefois, cet élargissement ne saurait en aucun cas aboutir à la définition de modes d'organisation concurrents des régimes obligatoires.

Toutefois, une telle évolution devra être :

- organisée dans le cadre d'une législation nationale, afin d'en limiter les éventuels effets pervers ;
- encouragé par des incitations fiscales significatives (par exemple : déduction de l'assiette de l'impôt sur le revenu des cotisations individuelles versées aux mutuelles ou aux fonds de pension).

c) La participation effective des différents acteurs concernés au processus décisionnel, condition première de leur responsabilisation.

En dépit de son rôle prépondérant, l'Etat ne dispose guère de moyens lui permettant une gestion optimisée de notre système de protection sociale. A l'évidence, celle-ci nécessite :

- au niveau national : l'information et l'association active du Parlement à la détermination des orientations stratégiques et aux grands arbitrages financiers ;
- au niveau local : l'exercice des responsabilités menées par les principaux acteurs concernés, qu'il s'agisse des services extérieurs de l'Etat, des organismes sociaux, des collectivités locales ou, par exemple, des professions de santé.



Après avoir ainsi défini et justifié les principes généraux susceptibles d'inspirer un aménagement pragmatique et raisonné de notre système de protection sociale, il convient donc, désormais, d'en identifier les éléments fondamentaux, à savoir :

- les modalités d'une adaptation progressive des régimes de retraite ;

- la responsabilisation des acteurs du système de santé ;

- la rénovation des finalités et du mode de financement des prestations familiales ;

- la définition des procédures permettant d'associer, en toute transparence, la Nation à la gestion de la protection sociale.

TROISIEME PARTIE

II - LES MODALITES D'UNE ADAPTATION PROGRESSIVE DES REGIMES DE RETRAITE

L'adaptation des régimes de retraite aux défis démographiques et financiers auxquels ils sont confrontés constitue aujourd'hui le terrain privilégié d'une importante réflexion théorique et polémique. Celle-ci paraît toutefois davantage dominée par l'échange d'anathèmes (répartition contre capitalisation) sur fond d'apocalypse (la faillite annoncée des régimes existants) que préoccupée par la mise en oeuvre immédiate et concrète de solutions pratiques.

A l'examen, cette adaptation paraît pouvoir s'articuler autour de deux propositions fondamentales, à savoir :

- L'incontestable succès des régimes de retraite par répartition ne saurait en aucun cas servir d'alibi à l'immobilisme actuellement observé en ce domaine.

La réforme de ces régimes de retraite par répartition s'avère aujourd'hui impérative, sous peine d'en menacer la pérennité. La dégradation de leur situation financière ayant déjà commencé depuis quelques années, l'immobilisme et le maintien en l'état constitueraient le plus sûr moyen d'aboutir à leur remise en cause.

En effet, il paraît difficile d'imputer aux seuls actifs la charge croissante de l'équilibre de ces régimes. L'alourdissement continu des cotisations se révélerait tôt ou tard économiquement et socialement insupportable. Il pourrait ainsi conduire les actifs à

remettre en cause la solidarité intergénérationnelle qui est au coeur des régimes existants.

La réforme des régimes de retraite par répartition devra par ailleurs satisfaire à une exigence fondamentale, à savoir le maintien du pouvoir d'achat des pensions.

- Le recours au complément volontaire de l'épargne retraite ne saurait être éludé plus longtemps.

Parallèlement à la réforme des régimes obligatoires, le recours à l'épargne retraite, considérée comme un complément volontaire aux prestations légales et non comme un mode d'organisation concurrent, doit être encouragé, notamment par la définition d'un cadre fiscal adapté.

A. LA REPARTITION : UN INCONTESTABLE SUCCÈS QU'IL CONVIENT DÉSORMAIS DE CONFORTER

En 1956, la situation des personnes âgées était jugée si préoccupante qu'elle justifiait la mise en place d'un Fonds national de solidarité, F.N.S., dont le financement devait être alors assuré par la "vignette" automobile.

Or, aujourd'hui, alors que l'on constate une diminution constante du nombre des bénéficiaires du F.N.S, on ne peut continuer à assimiler de façon générale vieillesse et pauvreté. En effet, la conjonction de facteurs démographiques, économiques et sociaux favorables a heureusement permis au niveau de vie des retraités de rejoindre globalement celui des actifs.

Toutefois, le maintien en son état actuel des dispositifs existants pourrait conduire, à terme, à une remise en cause des progrès ainsi accomplis.

1. Le constat du succès des régimes de retraite par répartition

Selon le livre blanc sur les retraites publié par le gouvernement au printemps 1991, les régimes de retraite par répartition mis en oeuvre depuis 1945 ont atteint "leur objectif essentiel, qui était d'assurer à tous les Français la sécurité du lendemain".

La situation actuelle des retraités peut en effet être appréciée à partir de deux éléments principaux : le niveau moyen des retraites et les ressources globales des retraités.

a) Le niveau moyen des retraites

Selon les résultats d'une enquête statistique menée par le SESI (1), la retraite moyenne mensuelle d'un ouvrier salarié du secteur privé ayant une carrière complète s'élevait en 1988 à 7149 francs.

Niveau moyen mensuel des pensions (hommes et femmes) carrière complète - 1988

Fonctionnaires	10.026
Salariés de l'industrie et du commerce	7.149
Artisans/commerçants	2.858
Exploitants agricoles	1.720

Source : SESI

Pour la génération la plus récente étudiée dans le cadre de l'enquête du SESI (2), le taux de remplacement du dernier salaire par la retraite est de 81 % (dans le cas de retraités totalisant une carrière complète et ayant occupé en dernier lieu un emploi salarié dans le secteur privé).

1. Service des Etudes, des statistiques et des systèmes d'information du ministère des Affaires sociales

2. Retraites nées en 1922

D'une manière générale, on constate une amélioration continue de la pension de retraite moyenne servie aux générations successives de retraités.

Année de naissance du retraité

1988 en francs par mois	1906 (82 ans)	1912 (76 ans)	1918 (70 ans)	1922 (66 ans)	Ensemble
Ensemble des retraités	4.323	4.821	5.248	5.227	5.002
Retraités carrière complète	4.706	5.618	6.321	6.293	5.982

Source : SESI

Corrélativement à cette montée en charge des régimes de retraite et à l'extension continue de la couverture du risque vieillesse, le nombre des bénéficiaires du minimum vieillesse a été divisé par deux entre 1960 et 1989 (2,5 millions en 1960 contre 1,3 million en 1989).

Il convient toutefois de noter à ce sujet :

- d'une part, qu'une personne âgée sur huit bénéficie encore aujourd'hui du minimum vieillesse (il s'agit pour l'essentiel d'une population féminine, isolée et âgée de plus de 75 ans) ;

- d'autre part, que l'élévation continue du niveau moyen des pensions de retraite recouvre de grandes disparités en fonction des catégories socioprofessionnelles considérées. Selon les dernières enquêtes statistiques disponibles en ce domaine ⁽¹⁾, les pensions de retraite des agriculteurs étaient ainsi, en 1984, inférieures de plus de moitié à celles des anciens salariés (cf tableau ci-après).

En 1984, les pensions de retraite des agriculteurs sont inférieures de plus de moitié à celles des anciens salariés

	Pension annuelle par personne (1) (F)	Nombre de personnes
Hommes		
Anciens agriculteurs	29 238	544 251
Retirés des affaires	50 794	258 834
Retirés du secteur public	82 285	603 847
Anciens salariés du secteur privé	70 807	1 067 392
dont anciens cadres	138 667	152 783
Autres inactifs	49 030	113 501
Ensemble des hommes	63 478	3 188 529
Femmes		
Anciens agriculteurs	20 031	877 383
Retirés des affaires	28 907	216 683
Retirés du secteur public	87 832	448 208
Anciens salariés du secteur privé	38 038	2 234 478
Autres inactifs	33 903	704 666
Ensemble des femmes	38 507	4 182 382
Tous sexes		
Anciens agriculteurs	24 487	1 121 614
Retirés des affaires	40 842	478 517
Retirés du secteur public	71 851	1 052 752
Anciens salariés du secteur privé	52 040	3 901 887
Autres inactifs (2)	38 002	818 187
Ensemble	49 174	7 370 817
1 Pensions contributives, y compris de réversion		
2 Principalement des femmes n'ayant jamais cotisé personnellement et des personnes en invalidité permanente		

Source : Enquête sur les
revenus fiscaux des
ménages en 1984

Catégorie : bénéficiaires de
pensions inactifs, âgés de
plus de 60 ans

b) Les ressources des retraités et leur niveau de vie

Une appréciation de la globalité des ressources des personnes âgées permet de mieux mesurer le niveau de vie respectif des actifs et des retraités.

Revenu disponible par unité de consommation (indice base 100 = ensemble des familles dont le chef est salarié)

	dans le ménage	dans le foyer
Foyers fiscaux dont le chef est un actif âgé de plus de 60 ans :		
Ensemble dont :	102	100
Foyers isolés	105	105
Foyers cohabitants	99	84
Foyers fiscaux dont le chef est salarié :		
Ensemble dont :	100	
Couples 2 actifs :	113	
sans enfant	139	
avec 1 enfant	113	
avec 2 enfants	104	
avec 3 enfants et plus	90	
Couples d'un actif et d'une active :	84	
sans enfant	127	
avec 1 enfant	87	
avec 2 enfants	79	
avec 3 enfants et plus	63	
Personnes seules avec enfants	84	

Source : Enquête sur les revenus fiscaux des ménages en 1984.

A l'examen, il apparaît ainsi que le niveau de vie d'un foyer de retraités âgés de plus de 60 ans est aujourd'hui en moyenne :

- sensiblement plus élevé que celui des personnes seules avec enfant :

- plus élevé que celui des couples composés d'un actif et d'un inactif ayant un enfant ou plus :

- pratiquement équivalent à celui des couples composés de deux actifs et ayant un enfant.

Certes, cette analyse globale de la situation des retraités ne saurait faire oublier les difficultés réelles auxquelles certains d'entre eux sont confrontés, notamment dans la génération des octogénaires et des nonagénaires.

Toutefois, "ces réalités ne doivent pas dissimuler aux yeux des Français la transformation historique de la situation des retraités à laquelle on a assisté depuis une quarantaine d'années" (1).

2. L'identification des perspectives à moyen et long terme

Pendant plus de trente ans, des cotisants plus nombreux et mieux rémunérés ont permis d'attribuer à des retraités plus nombreux des pensions plus élevées.

"Mais ce mouvement, qui a porté les dépenses de retraite dans le P.I.B. de 5,1 % en 1960 à 10,3 % en 1980, et qui paraissait s'entretenir de lui-même, s'est enrayé depuis une quinzaine d'années et est à l'origine du débat sur les retraites qui anime notre pays : comment faire face, avec des ressources progressant moins vite du fait du ralentissement de la croissance des cotisants et de leurs revenus d'activité à des dépenses de retraite croissant sous le triple effet de l'arrivée à maturité des régimes de retraite, de l'allongement de l'espérance de vie et d'un nombre de retraites plus élevé ?" (1).

a) Un vieillissement démographique inéluctable

Même dans l'hypothèse d'un contexte économique favorable, les régimes de retraite vont être confrontés à un problème structurel de financement, résultant de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses de l'après-guerre.

En effet, le vieillissement de la population apparaît inéluctable. Le rapport : Population de 60 ans et plus / Population de 15 ans et plus, actuellement de 23,9 %, se dégradera fortement à partir de 2010 (environ 27 %) pour atteindre 35,6 % en 2040 dans l'hypothèse d'un taux de fécondité stabilisé à 1,8 enfant par femme. Une remontée du taux de fécondité à 2,1 ne réduirait que faiblement cette dégradation (32,2 % en 2040).

**Population âgée de 60 ans et plus
Population âgée de 15 ans et plus**

	1990	2000	2005	2010	2020	2040
Fécondité = 1,8	23,9	25,2	25,3	27,4	31,3	35,6
Fécondité = 2,1	23,9	25,2	25,1	27,0	30,2	32,2

Certes, la prévision des évolutions démographiques pour les quarante ou cinquante prochaines années peut apparaître comme un exercice difficile et périlleux. Le "baby boom" de l'après guerre n'a-t-il pas démenti les conclusions alarmistes des démographes des années trente ?

Toutefois, et quelles que soient les évolutions à venir de la fécondité, le vieillissement de la population française au cours de la première moitié du XXI^{ème} siècle paraît inéluctable. D'une part, le vieillissement des personnes déjà nées est prévisible et, d'autre part, "les enfants qui ne sont pas nés depuis vingt-cinq ans ne naîtront jamais"¹⁾.

La population active (actifs employés + demandeurs d'emploi) continuera, quant à elle, à croître à un rythme soutenu jusque 2005 (+ 144.000 par an) mais aura tendance, à compter de cette date, à diminuer. Ce n'est que dans l'hypothèse d'un taux de fécondité à 2,1 et d'une remontée sensible des taux d'activité aux âges élevés dès 2005 que la population active pourrait, sur la période 2010-2040, échapper à la diminution et connaître une croissance faible (+ 24.000 par an).

Une réduction rapide du chômage permettrait d'obtenir une forte augmentation des effectifs de cotisants jusqu'en 2005, qui atténuerait quelque peu les effets de la rupture des années 2005-2010 mais, au-delà, ne modifierait que marginalement la tendance lourde à la diminution des effectifs de cotisants.

D'une manière générale, le ratio cotisants / retraités ne devrait cesser de se dégrader au cours des prochaines décennies. On comptait ainsi trois cotisants pour un retraité en 1970. On n'en comptera plus que 1,9 en 2010 et 1,7 en 2010 dans les circonstances les plus favorables (1,3 dans le cas contraire).

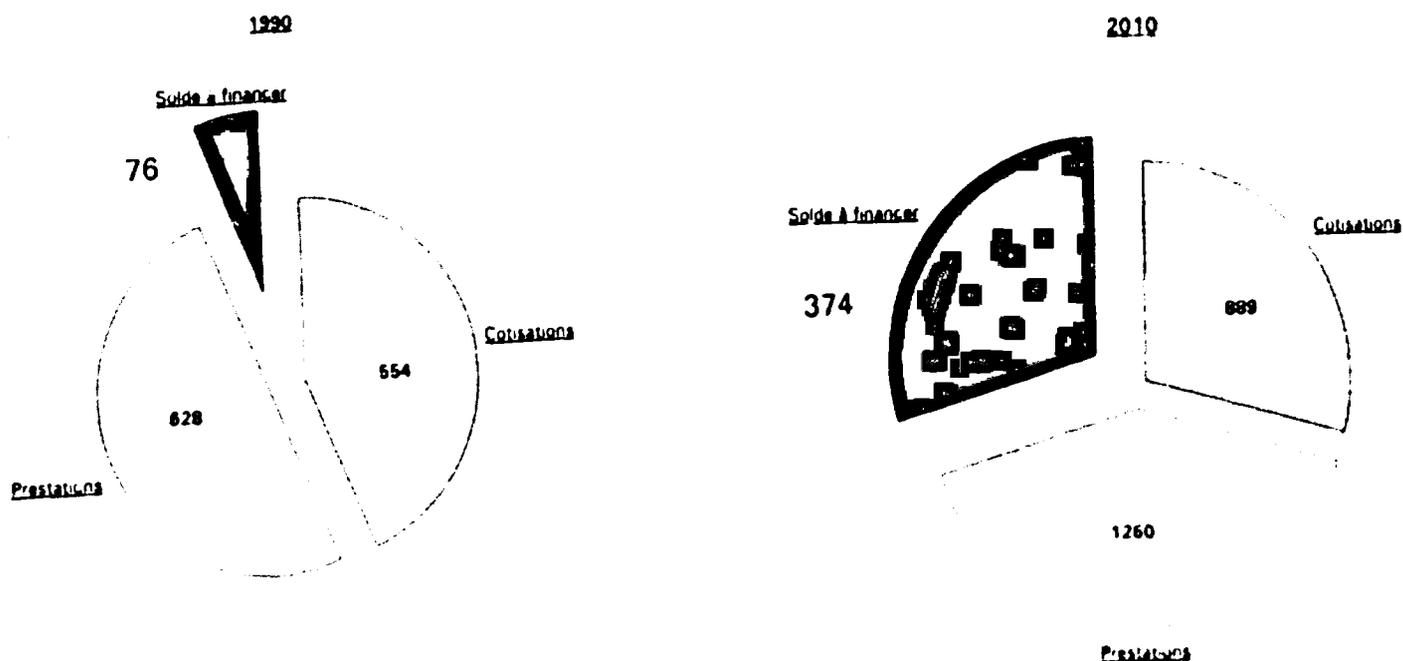
b) Les perspectives financières des régimes de retraite à législation inchangée

Les évolutions démographiques prévisibles affecteront profondément l'équilibre financier des régimes de retraite.

De 1989 à 1992, le besoin de financement de la branche vieillesse du seul régime général est ainsi passé de 4,1 milliards de francs à 20,2 milliards de francs.

La vigueur des évolutions tendanciennes aujourd'hui constatées ne cesse d'être préoccupante pour l'avenir.

**LE BESOIN DE FINANCEMENT
ensemble des régimes - en milliards de francs
(prévisions 2010 à législation inchangée)**



En 1990, le total des prestations servies par l'ensemble des régimes obligatoires de retraite atteint 628 milliards de francs. Le montant total des cotisations étant de 554 milliards, le solde à financer s'établit à 76 milliards de francs.

En 2010, le total des cotisations et des prestations devrait atteindre respectivement 889 et 1260 milliards, le solde à financer dépassant alors 370 milliards de francs.

A législation inchangée, et dans l'hypothèse la plus défavorable, le taux de cotisation devrait, tous régimes confondus, doubler à l'horizon 2040.

Le taux de cotisation moyen sur les salaires passerait ainsi de 18,9 % aujourd'hui à 25 % en 2010, et pourrait atteindre 35 % en 2040.

Il convient par ailleurs de noter que ces prévisions, déjà préoccupantes, publiées en 1991 dans le cadre du Livre blanc sur les retraites, semblent aujourd'hui pêcher par excès d'optimisme. En effet, l'aggravation récente de la récession économique n'a pu qu'altérer les hypothèses macro-économiques qui les sous-tendent.

c) Les conséquences économiques et sociales d'une évolution non maîtrisée des dépenses des régimes de retraite

Parallèlement à une approche strictement financière, la croissance non maîtrisée de la masse des pensions de retraite doit également être appréciée dans ses effets économiques et sociaux, à savoir :

- la déformation continue du partage du revenu national au bénéfice des retraités et au détriment des actifs. Le tableau ci-après indique ainsi que, partant d'une base 100 en 1990, le rapport de la pension de retraite moyenne au revenu brut moyen d'activité passerait à 118,7 en 2010 et à 132,9 en 2040.

En d'autres termes et à législation inchangée, le niveau moyen des pensions de retraite, ressource principale des retraités, s'améliorerait de 33 % environ par rapport au salaire brut moyen des actifs.

- les risques de dégradation de la compétitivité de l'économie française pouvant résulter :

- d'une part, de la hausse des prélèvements obligatoires, inéluctables à législation inchangée ;

- d'autre part, de l'incidence des revenus de transfert, d'un montant élevé, sur les comportements d'épargne et d'activité des agents économiques.

d) L'effritement insidieux du pouvoir d'achat des pensions servies par le régime général

Le refus d'engager les réformes indispensables de l'assurance vieillesse, conjugué à la nécessité impérieuse d'en maîtriser plus ou moins l'évolution financière, aboutit également à la mise en oeuvre de mesures palliatives aux effets parfois insidieux.

A cet égard, les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale fournissent des informations préoccupantes sur l'évolution du pouvoir d'achat des pensions de retraite servies par le régime général.

Depuis plusieurs années, et par souci d'économie, les pensions de retraite et les salaires inscrits aux comptes individuels des assurés⁽¹⁾ sont indexés sur l'évolution des prix, les revalorisations correspondantes étant biennuelles (au 1er janvier et au 1er juillet).

Or, l'analyse de l'évolution du pouvoir d'achat des pensions de retraite du régime général au cours de ces trois dernières années permet d'établir le constat suivant :

- en 1990, les pensions de retraite ont été revalorisées conformément à la hausse des prix alors prévue en moyenne annuelle (soit + 2,5 %). La hausse réelle constatée ayant été de 3,4 %, une stricte indexation des pensions sur les prix aurait ainsi nécessité un rattrapage de 0,9 % ;

- en 1991, les pensions de retraite ont été revalorisées de 2,9 %, les prix ayant en fait augmenté de 3,0 % en moyenne annuelle ;

- en 1992, et sur la base d'une hausse prévisionnelle des prix de 2,8 %, les pensions ont été revalorisées de 2,3 % en moyenne annuelle.

"En supposant que la hausse des prix pour 1992 soit exactement égale à celle prévue (soit + 2,8 % en moyenne annuelle), on peut au total évaluer à 6,3 milliards de francs l'économie réalisée par le régime général en 1991 et 1992 du fait du mode d'indexation

1. Les comptes individuels servent à déterminer les droits acquis par les salariés tout au long de leur vie professionnelle.

des pensions retenu par rapport aux dépenses qu'il aurait eu à supporter dans l'hypothèse d'un strict maintien du pouvoir d'achat des retraites par indexation sur les prix" (1).

En d'autres termes, le mode de revalorisation des pensions de retraite du régime général permet à celui-ci et, plus particulièrement, à la branche vieillesse, de dégager des économies appréciables au détriment du maintien du pouvoir d'achat des pensions.

3. Une évolution raisonnable : l'adaptation des régimes de retraite par répartition à leur nouvel environnement

En raison de ses spécificités, l'assurance vieillesse autorise une action relativement précise sur des paramètres (ex : conditions d'octroi et de calcul des pensions) dont les effets sont généralement aisés à déterminer.

Cette situation explique probablement que les remèdes à apporter et les solutions à mettre en oeuvre font aujourd'hui l'objet d'un relatif consensus (2) qui rend d'autant plus inexcusable le retard aujourd'hui apporté à leur mise en oeuvre.

L'inéluctable adaptation des régimes de retraite par répartition devra donc se caractériser tout à la fois par :

1°) l'affirmation d'une double garantie, à savoir :

- d'une part, celle de la pérennité des régimes de retraite par répartition qui ont vocation à assurer durablement la gestion d'une part prépondérante des pensions d'assurance vieillesse ;

- d'autre part, celle du maintien du pouvoir d'achat des pensions de retraite, la collectivité nationale devant légitimement donner aux retraités (et aux futurs retraités) des garanties quant à l'évolution de leurs ressources.

2°) la définition d'une méthode aboutissant à :

1. Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale - juillet 1992.

2. Rapport du Commissariat général au Plan (Vieillesse solidaires) 1986 ; Rapport du Comité des Sages - 1987 ; Rapport de la commission "Protection sociale" du Xème Plan ; INSEE : L'avenir des retraites - 1990 ; Livre blanc sur les retraites 1991 ; Mission Cottave et Rapport Brunhes - 1992.

- une mise en oeuvre effective dans les délais les plus brefs afin :

- . d'en favoriser la "lisibilité" par les assurés et d'orienter, ainsi, leur comportements ;

- . de rassurer l'opinion publique sur l'avenir des régimes obligatoires de retraite, la confiance des cotisants en constituant un élément essentiel.

A cet égard, il convient de regretter le retard pris par notre pays par rapport à d'autres pays industrialisés (par exemple, l'Allemagne, les États-Unis d'Amérique ou le Japon) qui se sont déjà engagés dans cette voie ;

- une réalisation progressive dans le cadre d'une programmation à moyen terme en raison :

- . de l'impossibilité, en ce qui concerne l'assurance vieillesse, de procéder à des ajustements immédiats de l'ensemble des droits servis. Ces ajustements, qui ne doivent s'appliquer qu'aux nouveaux bénéficiaires, ne produiront leurs effets que d'ici une quinzaine ou une vingtaine d'années ;

- . de la nécessité de laisser aux assurés le temps de s'adapter aux nouvelles règles ;

- . de la priorité que constitue l'aménagement des règles applicables au régime général des salariés, l'adaptation des régimes spéciaux pouvant être engagée ultérieurement, et uniquement en tant que de besoin.

3°) L'identification des principales modalités d'un aménagement des régimes de retraite par répartition, à savoir :

a) Garantir le maintien du pouvoir d'achat des pensions de retraite en indexant effectivement celles-ci sur l'évolution des prix.

Il convient de noter à ce sujet que la revalorisation des pensions de retraite en fonction de l'évolution constatée des prix :

- . est d'ores et déjà pratiquée dans la plupart des pays développés ;

- . est techniquement moins complexe à mettre en oeuvre que les autres modes de revalorisation envisageables en ce domaine (indexation sur les salaires nets, avec ou non prise en compte

des effets de structure, introduction d'un correctif à l'indexation sur les prix pour tenir compte des progrès de l'économie, etc...).

b) Modifier progressivement les conditions d'ouverture des droits à pension à taux plein, conséquence inéluctable de l'allongement de la durée de vie.

Cet aménagement pourrait notamment résulter :

- du relèvement de la condition de durée d'assurance (actuellement : 150 trimestres dans l'ensemble des régimes), qui devrait être privilégié par rapport au relèvement uniforme de l'âge minimum exigé afin :

- de préserver la liberté de choix des assurés,
- de ne pas pénaliser ceux d'entre eux justifiant des vies professionnelles les plus longues.

- de la prise en compte des prolongations d'activité dans le calcul de la pension afin de ne plus dissuader les assurés souhaitant prolonger leur activité. Dans ce cas, une majoration du taux de la pension pourrait être envisagée.

c) Reconsidérer certaines règles extrêmement favorables définies au cours des "trente glorieuses" pour compenser, à l'époque, la faible durée des carrières validées.

Compte tenu du fait que les nouveaux retraités ont cotisé pendant une carrière complète, il paraît désormais justifié :

- de réviser les conditions retenues pour la validation des trimestres d'assurance, dont le maintien est devenu aujourd'hui peu justifié en raison de leur caractère trop favorable⁽¹⁾

- de remettre en cause la référence au salaire annuel moyen des dix meilleures années, soit par son élargissement (20 ou 25 meilleures années), soit par l'exclusion des dix années les plus défavorables de la vie professionnelle.

d) Assouplir la frontière entre activité et retraite en autorisant, par exemple, une transition progressive.

1. Validation au titre des droits à pension d'un trimestre entier pour seulement 200 heures d'activité payées au S.M.I.C.

e) Analyser la faisabilité et l'intérêt :

- d'une part, d'une éventuelle transformation des régimes de base en régimes à points, dans lesquels la pension est le produit du nombre de points (unité de compte) par la valeur de celui-ci à la date de la liquidation, et non, comme cela est actuellement le cas pour les régimes de base, calculée en pourcentage d'un salaire moyen de référence ;

- d'autre part, de la clarification entre les dépenses d'assurance vieillesse relevant de l'assurance professionnelle (dépenses dites "contributives") et celles relevant de la solidarité (dépenses dites "non contributives"), la gestion de ces dernières pouvant être assurées, non plus par les organismes sociaux, mais par un fonds spécial relevant directement de l'Etat.

S'agissant de cette dernière proposition, qui fut notamment formalisée dans l'avant projet de rapport de M. Chotard (Conseil économique et social - 1988) et dans le rapport de la "Mission Cottave", il convient toutefois de souligner que :

- le financement du fonds de solidarité nécessitera le dégagement d'importantes ressources budgétaires ou fiscales (la part des dépenses "non contributives" ayant été évaluée à environ 50 milliards de francs) ;

- la distinction entre les dépenses "d'assurance" et les dépenses de "solidarité", essentiellement conceptuelle, ne répond que très imparfaitement à une exigence aujourd'hui fondamentale, à savoir la maîtrise de l'évolution des prélèvements collectifs affectés au financement de l'assurance vieillesse considérée dans sa globalité.

Aussi, la création d'un fonds de solidarité, destiné à accueillir les prestations "non contributives" de l'assurance vieillesse, ne doit-elle être envisagée qu'à niveau constant de prélèvements sociaux. En aucun cas, cette création ne doit entraîner, à court ou moyen terme, une augmentation des prélèvements obligatoires globalement affectés au financement de la protection sociale.

B. L'ÉPARGNE RETRAITE : UN COMPLÉMENT VOLONTAIRE DEVANT ÊTRE ENCOURAGÉ

Les régimes de retraite par répartition, aménagés selon les principes généraux exposés ci-dessus, ont vocation à assurer durablement la gestion d'une part prépondérante des pensions d'assurance vieillesse.

Cette prépondérance ne saurait toutefois conduire à négliger plus longtemps l'incontestable intérêt que présente le recours à l'épargne retraite afin d'autoriser la recherche volontaire d'un revenu de complément destiné à s'ajouter, le moment venu, aux prestations légales de l'assurance vieillesse.

Notre pays se caractérise, en ce domaine, par son retard par rapport aux autres pays industrialisés où l'épargne retraite et les fonds de pension ont connu un développement plus précoce et plus important.

Les mentalités françaises commencent toutefois à évoluer en ce domaine, comme l'atteste, par exemple, le projet élaboré en commun, et sous l'égide de l'Association française des entreprises privées (A.F.E.P.), par soixante-six grands groupes privés et la Fédération française des sociétés d'assurance.

Il convient donc de déterminer dès aujourd'hui les modalités générales selon lesquelles pourraient être créés des fonds de pension dans notre pays.

On peut notamment envisager à cet égard :

- la création de fonds collectifs dans un cadre professionnel, regroupant les salariés d'une même entreprise, d'un même secteur professionnel, les non-salariés d'un même secteur d'activité ou les assurés d'un même régime de retraite obligatoire (de base ou complémentaire) ;

- une démarche contractuelle associant les partenaires sociaux (ou les représentants qualifiés des professions indépendantes) en ce qui concerne, d'une part, la création de ces fonds, et d'autre part, la surveillance de leur gestion administrative et financière ;

- l'affirmation du principe de l'adhésion facultative pour les entreprises, les actifs ou les assurés. L'affiliation aux fonds de pension pourrait ainsi, à la différence des régimes de retraite par répartition, ne pas être générale et comporter divers niveaux

permettant de prendre en compte la diversité des situations individuelles ;

- la définition de mesures prudentielles destinées à garantir la fiabilité et la sécurité des fonds de pension, conditions essentielles de leur crédibilité ;

- la deductibilité fiscale, dans la limite d'un plafond, des cotisations patronales ou individuelles versées à ces fonds de pension ;

- la transférabilité des droits et des provisions. En cas de changement d'entreprise, le salarié pourrait ainsi choisir, soit de conserver les droits acquis dans le cadre de son fonds de pension d'origine, soit de transférer la provision correspondante au fonds de pension de sa nouvelle entreprise ;

- la sortie en rentes viagères, avec possibilité de réversion en faveur du conjoint survivant, l'objectif de ces fonds étant d'assurer aux futurs retraités un revenu complémentaire sûr et régulier.

S'agissant du statut de ces fonds de pension proprement dit, il paraît opportun de laisser aux partenaires concernés le soin de choisir, dans le cadre d'un dispositif législatif d'ensemble, entre les différentes formules envisageables en ce domaine, à savoir :

- soit la constitution de fonds de pension proposés, en plus des prestations légales, aux assurés des régimes obligatoires de retraite (de base ou complémentaire) et gérés par ces derniers ;

- soit la constitution de fonds de pension sur le modèle anglo-saxon, c'est à dire une caisse séparée des comptes de l'entreprise, les capitaux étant placés sur les marchés financiers ou immobiliers ;

- soit la constitution, selon le modèle allemand, de provisions inscrites directement au bilan de l'entreprise. Celle-ci utilise alors ces provisions pour pensions comme ses capitaux propres. Cette dernière solution facilite donc l'autofinancement de l'entreprise.

Toutefois, et quelles que soient les modalités concrètes retenues, la faillite de l'entreprise peut avoir pour résultat la perte d'une partie ou de la totalité des droits acquis par les salariés et la réduction ou la suspension des pensions en cours de versement.

Aussi, l'introduction en France de régimes d'entreprises devra-t-elle s'accompagner, comme en Allemagne ou aux États-Unis, de la définition législative d'un système de réassurance obligatoire garantissant les droits ou les pensions des salariés.

TROISIEME PARTIE

III - LA RESPONSABILISATION DES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE

Dans une société libre et démocratique, aucune autre limite que celle résultant du libre choix du citoyen ne peut être légitimement opposée à la croissance des dépenses de santé.

En revanche, la contrainte d'une maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance-maladie paraît justifier, d'une part, le principe d'une détermination consciente et organisée du montant des prélèvements collectifs que la Nation entend consacrer, concurremment à d'autres fonctions collectives, à son financement et, d'autre part, la prise en compte d'un impératif de gestion.

Or, en l'absence d'un aménagement substantiel de ses modalités d'organisation et de fonctionnement, la poursuite des évolutions tendanciennes actuellement constatées dans le domaine de l'assurance-maladie aboutira inévitablement :

- soit à un rationnement brutal et autoritaire des soins, selon un scénario que l'on peut désormais qualifier, compte tenu de l'actualité récente, de "scénario à l'italienne";

- soit à une médecine "à deux vitesses", dont le niveau et la qualité des prestations seraient strictement proportionnels au niveau des revenus.

Afin d'éviter le recours à de telles extrémités, contraires à l'essence et à la vocation de notre système de protection sociale, il convient donc de mettre dès maintenant à profit les gisements de productivité que recèle notre système de santé.

En raison de l'ampleur et de la technicité des questions à examiner en ce domaine, qui excède par ailleurs largement les limites d'une analyse strictement financière, le présent rapport ne saurait prétendre à l'exhaustivité. Il se propose, plus modestement, de poser les jalons d'une réflexion sur de nouvelles modalités de gestion de l'assurance-maladie :

- en identifiant quelques principes fondamentaux ;

- en dressant l'esquisse d'un nouvel équilibre institutionnel et financier.

A. L'IDENTIFICATION DE QUELQUES PRINCIPES FONDAMENTAUX

Les modalités actuelles de régulation mises en oeuvre dans le domaine de l'assurance-maladie se caractérisent par :

- la conjonction d'une centralisation excessive des décisions et d'une dilution paradoxale des responsabilités ;

- la définition de mécanismes administratifs et juridiques de régulation au détriment de l'affirmation d'un impératif de gestion ;

- la complexité croissante des paramètres sanitaires, sociaux et financiers qui les rendent de plus en plus difficiles à appréhender et à contrôler dans un cadre centralisé.

En d'autres termes, le renforcement progressif du rôle de l'Etat dans le secteur sanitaire n'a pas abouti à donner au système de santé les moyens et les outils d'une gestion optimisée.

La redéfinition de l'action étatique est donc bien au coeur de l'avenir de notre système de santé.

Cette redéfinition peut s'articuler autour de quelques principes essentiels, à savoir :

1. Le respect du caractère libéral de l'activité médicale

Le système français de santé se caractérise par la conjonction d'une activité libérale (ou privée) et d'un financement socialisé (ou public). Or, cette conjonction ne constitue pas une contradiction insurmontable.

Le caractère libéral de l'activité médicale doit donc être préservé et respecté. Il devra, cependant, être concilié avec la nécessité, pour l'Etat, de veiller à une allocation et à une gestion optimales des ressources de la collectivité nationale.

2. La participation effective du corps médical à la définition des objectifs du système de santé

Afin notamment de le convaincre que les exigences d'une bonne gestion ne sont nullement incompatibles avec le maintien d'une grande qualité de soins, il convient d'associer plus étroitement le corps médical au fonctionnement concret du système de santé.

Il ne s'agit pas de favoriser en ce domaine une quelconque confusion des rôles qui ne pourrait déboucher que sur la rancœur ou la frustration des différents partenaires concernés.

En d'autres termes, les médecins soignent et les responsables "administratifs" (État, organismes sociaux) gèrent.

Toutefois, l'activité thérapeutique ayant une incidence sur l'évolution des dépenses publiques, il paraît inévitable que le corps médical et les gestionnaires se rencontrent et définissent ensemble les objectifs assignés en priorité à notre système de santé.

Cette association plus étroite du corps médical à la définition des objectifs du système de santé pourrait notamment se concrétiser par :

- sa représentation au sein des conseils d'administration des caisses d'assurance-maladie;
- la création de nouvelles structures spécifiques de concertation, telle la conférence régionale de santé ou le conseil d'administration de l'établissement régional des hôpitaux publics.

3. L'affirmation d'un impératif de gestion

On peut définir la gestion comme la recherche d'une adéquation entre, d'une part, des choix stratégiques consciemment définis et, d'autre part, les moyens financiers disponibles pour leur réalisation.

S'agissant de l'assurance-maladie, il ne paraît nullement incongru d'envisager que la collectivité nationale détermine par un choix conscient, et selon une procédure annuelle s'apparentant à l'adoption d'un budget :

- d'une part, ses priorités dans le domaine de la santé afin de répondre aux besoins de la population et de procéder à l'adaptation correspondante des établissements ou des services sanitaires;

- d'autre part, la part des prélèvements collectifs qu'elle entend consacrer, par arbitrage avec d'autres fonctions collectives, au financement public des dépenses de santé.

Il paraît utile de souligner ici l'aspect novateur d'une telle conception. En effet, actuellement, le montant total des dépenses d'assurance-maladie acquittées chaque année par la collectivité nationale est simplement constaté ex post et résulte, d'une manière automatique et incontrôlée, de la simple application des modalités de remboursement et des conditions de prise en charge.

4. La régionalisation des structures et des procédures décisionnelles

Afin d'éviter une "étatisation" de notre système de santé, qui serait inefficace et contraire à ses principes fondateurs, l'affirmation de l'impératif de gestion au niveau national doit nécessairement s'accompagner d'une redéfinition des structures et des procédures décisionnelles au niveau local.

En d'autres termes, la détermination des objectifs sanitaires nationaux et des moyens financiers correspondants ne doit pas être l'apanage exclusif d'une administration centralisée, ignorante de la diversité des situations locales et conduite, de ce fait, à appliquer d'une manière uniforme et aveugle des "quotas" ou des "taux directeurs" contraignants.

Il convient donc d'envisager une réorganisation de notre système de santé au niveau régional. L'échelon régional présente en effet d'incontestables avantages en ce domaine, et principalement, la variété et l'étendue des équipements permettant de constituer un espace sanitaire suffisamment autonome et cohérent.

Par ailleurs, la régionalisation de notre système de santé :

- répondrait, dans le domaine sanitaire, à la nécessité générale de rapprocher la gestion des grands services publics de la vie quotidienne des populations;

- permettrait de confier à des décideurs locaux, nettement identifiés, et mieux informés des réalités locales qu'une administration centrale, des responsabilités effectives d'arbitrage dans l'emploi des ressources publiques affectées au financement des dépenses de santé;

- autoriserait la mise en oeuvre d'un dialogue et d'un processus itératif et concerté de négociation entre les acteurs locaux et les responsables nationaux, notamment pour la détermination des objectifs sanitaires et du montant annuel des prélèvements collectifs affectés aux dépenses de santé.

5. La prise en compte des spécificités du système de santé

Tout aménagement des modalités d'organisation et de fonctionnement de notre système de santé doit nécessairement prendre en compte sa réalité actuelle, et principalement :

- **son extrême complexité institutionnelle** due, notamment, à l'existence d'un financement spécifique dont la gestion n'est pas intégrée à celle des finances publiques, à l'enchevêtrement des responsabilités entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale;

- **le caractère libéral de l'activité médicale**, se traduisant notamment par la coexistence d'une activité privée et d'un financement socialisé;

- **l'existence d'un important système hospitalier public**, déjà soumis à la contrainte du budget global, et dont la réforme pourrait constituer le "laboratoire" d'une régionalisation étendue, le cas échéant, à l'ensemble du secteur sanitaire;

- **le "traumatisme" du corps médical**, échaudé par une succession de réformes brutales et de maladroits procès d'intentions.

A l'évidence, ces spécificités conduisent à envisager des conditions particulières pour la mise en oeuvre d'une régionalisation du système de santé. Elles plaident ainsi en faveur de la définition progressive et pragmatique d'un nouvel équilibre institutionnel et financier.

B. LA DEFINITION PROGRESSIVE ET EMPIRIQUE D'UN NOUVEL EQUILIBRE INSTITUTIONNEL ET FINANCIER

L'aménagement de notre système de santé doit être réalisé de manière progressive. Dans un premier temps, et afin de procéder à une évaluation concrète et objective des nouveaux principes d'organisation, il conviendra donc :

- d'une part, de procéder à la régionalisation des structures et des modalités d'organisation du secteur hospitalier;

- d'autre part, de définir, sur une base volontaire et non contraignante, les premiers jalons d'une autorégulation de la médecine de ville.

Cette première étape, encore modeste, doit permettre de démontrer, notamment au corps médical, que la bonne gestion n'est nullement incompatible avec la qualité des soins.

1. La régionalisation des structures et des modalités d'organisation du système hospitalier

L'organisation actuelle du système hospitalier et, plus particulièrement, du secteur hospitalier public, se caractérise essentiellement par :

- la contrainte, aveugle et uniforme, du budget global qui, dans ses modalités actuelles, pénalise paradoxalement les établissements les plus dynamiques et les plus efficaces;
- une planification sanitaire encore trop souvent coupée des réalités locales ou établie selon des indicateurs fragmentaires;
- la recherche d'une régulation par l'édition de multiples règles normatives, au détriment de la prise en compte de l'impératif de gestion.

Les limites et les effets pervers des mécanismes administratifs de régulation mis en oeuvre dans ce domaine ont abouti :

- à l'émiettement du système hospitalier, caractérisé par la conjonction paradoxale d'un excédent global de lits de court séjour et de disparités d'équipement selon les régions françaises ;
- à une rigidité excessive limitant les adaptations et les mutations pourtant indispensables.

Par ailleurs, et en dépit des objectifs proclamés, la dernière loi hospitalière ne paraît guère avoir rompu avec la logique d'un secteur hospitalier "administré" et non géré.

Il paraît donc utile de concevoir dès maintenant de nouvelles modalités de gestion du secteur hospitalier selon les principes suivants :

a) Une gestion déconcentrée et fondée sur la reconnaissance de trois niveaux complémentaires de décision, à savoir :

• au niveau national : L'État détermine chaque année les objectifs généraux de la politique hospitalière et le montant global des ressources publiques que la Nation entend consacrer à son financement.

L'ensemble des ressources publiques affectées au financement du secteur hospitalier (public ou privé) pourraient en effet être globalisées au niveau national dans le cadre d'une "dotation hospitalière nationale" avant d'être réparties, entre les différentes régions, sous la forme de "dotations hospitalières régionales".

Cette "dotation hospitalière nationale " pourrait être déterminée chaque année par le Parlement, en fonction des arbitrages rendus par le ministère de la Santé entre, d'une part, les objectifs définis à l'échelon national et, d'autre part, les orientations stratégiques et les demandes budgétaires de chaque région.

• au niveau régional : la "dotation hospitalière régionale" est gérée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (D.R.A.S.S). Celle-ci détermine, par arbitrage, les orientations stratégiques au niveau régional et répartit la dotation correspondante entre deux nouvelles institutions, à savoir :

- pour le secteur public : l'établissement régional des hôpitaux publics qui supervise l'évolution et le redéploiement des capacités hospitalières publiques, détermine les orientations stratégiques régionales et procède à la répartition de la dotation hospitalière régionale publique entre les différents établissements. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces établissements régionaux sont déterminées par l'État.

Ces modalités pourraient utilement s'inspirer de l'exemple de l'Assistance Publique de Paris ou des Hospices de Lyon qui, s'il n'est pas exempt de tout reproche, n'en constitue pas moins une approche efficace, originale et novatrice du problème de la gestion hospitalière.

- pour le secteur privé : la conférence régionale des établissements hospitaliers privés qui procède, en toute autonomie et en toute liberté, à la répartition de la dotation hospitalière régionale privée entre les établissements représentés en son sein. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette conférence sont déterminées par les établissements privés.

Il convient de noter à ce sujet que les limites de la "région hospitalière" ainsi définie ne correspondent pas nécessairement à celles de la région en tant que collectivité locale. Une région hospitalière pourrait ainsi, le cas échéant, et en fonction des besoins et de la répartition des établissements, regrouper les hôpitaux de plusieurs régions administratives.

• au niveau local : chaque établissement hospitalier définit sa stratégie propre et les grandes lignes de l'évolution de ses activités, par arbitrage et négociation entre les différents services.

Le plan stratégique de chaque établissement doit nécessairement s'inscrire dans le cadre de la stratégie globale définie au niveau régional. Au début de chaque exercice, l'établissement hospitalier négocie avec l'établissement régional des hôpitaux

publics, et par l'intermédiaire de son directeur, ses orientations stratégiques et la part de la dotation régionale qui lui est attribuée.

En revanche, à l'issue de cette négociation, chaque établissement dispose d'une grande liberté dans l'utilisation de l'enveloppe budgétaire annuelle qui lui est allouée, sous réserve d'un contrôle à posteriori de la pertinence des choix budgétaires au regard, d'une part, des objectifs définis au début de chaque exercice et, d'autre part, d'indicateurs comparatifs de gestion.

Par ailleurs, les gains de productivité dûment constatés demeurent acquis à l'établissement concerné et peuvent être, le cas échéant, "récompensés" par une majoration de la dotation annuelle versée l'année suivante.

b) Une procédure itérative et concertée de négociation

S'agissant plus particulièrement du secteur hospitalier public, la réforme des structures du système hospitalier doit nécessairement s'accompagner de la mise en oeuvre d'une procédure itérative et concertée de négociation permettant d'en exploiter au mieux les potentialités. Cette procédure pourrait se décomposer en plusieurs étapes, selon le schéma général suivant :

- élaboration des orientations stratégiques et des demandes budgétaires correspondantes au sein de chaque établissement, par négociation et arbitrage entre les différents services ;

- recensement des demandes par l'établissement régional des hôpitaux publics qui transmet ensuite à chaque établissement une lettre de cadrage exposant les grands choix stratégiques en fonction des demandes et des besoins recensés au niveau régional ;

- conférences budgétaires avec chacun des établissements publics afin d'intégrer leurs objectifs spécifiques dans la stratégie définie au niveau régional et de garantir, par la-même, la cohérence des choix budgétaires;

- négociation du montant de la dotation hospitalière de chaque région, via la D.R.A.S.S., avec l'administration centrale du ministère de la santé sur la base du budget ainsi élaboré au niveau régional;

- vote par le Parlement du montant annuel de la dotation nationale hospitalière compte tenu, d'une part, des objectifs généraux du Gouvernement en ce domaine et, d'autre part, de la confrontation des différents projets régionaux;

- répartition par l'administration centrale du ministère de la santé de la dotation hospitalière nationale entre les différentes régions;

- ultimes arbitrages de l'établissement régional des hôpitaux publics en fonction de l'enveloppe financière obtenue auprès des pouvoirs publics et répartition de la dotation annuelle entre les établissements.

c) Un arbitre unique et nettement identifié

Toujours dans le secteur hospitalier public, la régionalisation et la mise en oeuvre d'une procédure de négociation à tous les niveaux ne sauraient fournir, par elles-mêmes, la garantie d'un optimum de gestion. Elles doivent donc s'accompagner, à chaque échelon du processus décisionnel (national, régional, local) de l'identification précise d'un responsable unique qui détermine, en dernier ressort, les ultimes arbitrages stratégiques et financiers préalablement identifiés par négociation avec l'ensemble des partenaires concernés.

Sont ainsi investis de cette responsabilité :

- **au niveau national : le directeur des hôpitaux du ministère de la Santé, dont les décisions sont susceptibles d'appel auprès du ministre chargé de la Sécurité sociale;**

- **au niveau régional : le directeur de l'établissement régional des hôpitaux publics, nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale et révocable par lui seul. Il détermine les orientations stratégiques au niveau régional et négocie avec les pouvoirs publics le montant annuel de la dotation régionale.**

Le directeur de l'établissement régional consulte et prend avis d'un conseil d'administration assurant la représentation des différents partenaires concernés. Ce conseil est composé, pour un premier tiers, de représentants des élus locaux, pour un second tiers, des représentants du corps médical hospitalier élus par les commissions médicales consultatives d'établissements et, pour un dernier tiers, et selon une pondération à déterminer, des représentants des caisses d'assurance maladie, des personnels hospitaliers et de la médecine de ville. Les litiges éventuels entre le directeur et le conseil d'administration sont tranchés par le directeur de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

- **au niveau local : le directeur de chaque établissement hospitalier public, qui, d'une part, détermine les grandes orientations stratégiques de l'établissement par négociation et arbitrage entre les différents services et, d'autre part, négocie la dotation annuelle de l'établissement auprès du directeur de la conférence régionale des établissements publics. Ce dernier tranche les litiges éventuels avec le conseil d'administration de l'établissement.**

Il convient de noter que la mise en oeuvre effective de l'ensemble de ce dispositif nécessite l'embauche de gestionnaires de

qualité, compétents et motivés. Le "profil" de carrière des emplois publics correspondants devra être suffisamment attractif en termes de rémunération et de responsabilités pour attirer les "talents" indispensables.

2. Les premiers jalons d'une autorégulation des dépenses de médecine ambulatoire

Autre volet des dépenses d'assurance maladie, la médecine ambulatoire est aujourd'hui un secteur "à vif", la définition parfois brutale de mécanismes de régulation ayant eu, apparemment, pour seul résultat d'aviver le mécontentement du corps médical et de nourrir sa méfiance à l'égard des pouvoirs publics.

En ce domaine, il convient donc de laisser les plaies se cicatriser.

L'association de la médecine de ville à la gestion du secteur hospitalier public, par l'intermédiaire de ses représentants au conseil d'administration de l'établissement régional des hôpitaux publics, constitue un premier pas en ce domaine.

Un second pas pourrait être franchi par la participation, sur une base volontaire et non contraignante, des médecins à une conférence sanitaire régionale :

- réunissant l'ensemble des confédérations syndicales des professionnels concernés ;

- synthétisant les avis et les informations recueillies, au préalable, au sein de comités départementaux ;

- permettant aux médecins de confronter l'évolution de leurs pratiques et d'échanger diverses informations ;

- identifiant et définissant les éléments d'une négociation, au niveau national, avec l'État et les régimes sociaux.

Il convient de noter à cet égard que l'accord récemment conclu entre, d'une part, le Gouvernement, et, d'autre part, la totalité des syndicats médicaux français :

- constitue, du moins dans son principe, une avancée intéressante en affirmant la nécessité d'un contrôle médicalisé, et non strictement comptable, des dépenses d'assurance maladie ;

- traduit une évolution des esprits en ce domaine, 64 % des médecins se déclarant favorables au principe de cet accord.

Toutefois, à la date de rédaction du présent rapport (28 octobre 1992), les informations relatives aux modalités concrètes de mise en oeuvre dudit accord sont encore trop incomplètes pour

pouvoir porter un jugement objectif sur l'ensemble du dispositif prévu. Il conviendra donc, le moment venu, d'examiner l'adéquation entre, d'une part, ces modalités et, d'autre part, les principes aujourd'hui proclamés.

Parallèlement à la mise en place, empirique et non contraignante, de ce mécanisme de concertation et d'information réciproques entre les médecins, il conviendrait de s'attacher à résoudre le plus rapidement possible les problèmes plus spécifiques relatifs à :

a) la démographie médicale : un large consensus s'accorde à reconnaître que le nombre des médecins est, dans notre pays, d'ores et déjà trop élevé et que les "excédents" prévus en ce domaine au cours des vingt prochaines années ne manqueront pas de poser de graves problèmes.

La situation actuelle est, à bien des égards, paradoxale. Le nombre global des médecins est jugé trop élevé et, parallèlement, on constate des carences préoccupantes, d'une part, en ce qui concerne la médecine d'intérêt collectif (médecine scolaire, médecine du travail, médecine préventive, médecins hospitaliers à temps plein etc...) et d'autre part, entre les différentes régions françaises.

Outre l'adaptation du "numerus clausus" à l'entrée des études médicales, il conviendrait donc de définir les modalités permettant :

- à certains médecins généralistes d'acquérir les compétences requises dans les différents secteurs de la médecine d'intérêt collectif, sans pour autant les exclure de leur pratique médicale habituelle;

- d'inciter financièrement les praticiens et, notamment, les plus jeunes d'entre eux, à venir s'installer dans les régions actuellement défavorisées, en termes d'effectifs médicaux, par rapport à la moyenne nationale.

b) la révision de la nomenclature des actes professionnels afin, notamment, de revaloriser l'acte intellectuel.

Depuis de nombreuses années, la rémunération des actes techniques des médecins de ville a été favorisée, entraînant, de ce fait, leur multiplication destinée à compenser la relative faiblesse de la rémunération de l'acte intellectuel.

En conséquence, il conviendrait plutôt de revaloriser cette dernière tout en supprimant, dans la plupart des cas, la rémunération distincte des actes techniques.

TROISIEME PARTIE

IV- LA RENOVATION DES FINALITES ET DU MODE DE FINANCEMENT DE LA BRANCHE FAMILLE

La France est l'un des pays développés consacrant une part significative de ses ressources à la politique familiale. Toutefois, la persistance des excédents de la branche famille, qui gère l'ensemble des prestations familiales servies sur le territoire français, traduit l'inadaption actuelle de ses finalités et de son mode de financement à la réalité présente de notre société.

A. LA RATIONALISATION NÉCESSAIRE DU SYSTÈME DE PRESTATIONS FAMILIALES

La réorganisation du dispositif actuel des prestations familiales paraît pouvoir obéir à un certain nombre de principes simples, à savoir :

- l'affirmation prioritaire du renforcement de l'aide à la venue du troisième enfant, compte tenu des formes que revêt, dans notre pays, la baisse de la fécondité qui a pour principale cause la chute des naissances dites de "troisième rang". Cette évolution s'explique en partie par d'importantes contraintes matérielles (fréquente interruption de l'activité professionnelle de la mère accompagnée de la perte du second salaire, difficultés de garde, recherche d'un logement plus grand) que la politique familiale devrait désormais, à titre prioritaire, compenser ;

- la poursuite de l'effort déjà entrepris en faveur d'une simplification des prestations familiales qui s'impose, notamment, dans un souci de justice sociale. Ce sont en effet les familles les plus modestes qui rencontrent les plus grandes difficultés pour faire valoir leurs droits, leur manque de ressources se conjuguant fréquemment avec une mauvaise information, voire l'isolement. Cette simplification s'avère tout particulièrement indispensable dans le domaine de l'aide au logement ;

- la définition de mécanismes permettant à l'un ou l'autre des parents de choisir librement d'exercer ou non une activité professionnelle. Trop souvent, la politique familiale paraît encore inspirée par un modèle de référence qui ne correspond plus tout à fait à la réalité de notre société, à savoir celui où la mère de famille n'exerce pas d'activité professionnelle. Or, quand le travail féminin tend à devenir la norme sociale, il convient de concevoir les mécanismes permettant de compenser, au moins partiellement, le sacrifice consenti par l'un ou l'autre des parents renonçant à l'exercice d'une activité rémunérée ;

- l'étude des conditions susceptibles d'autoriser une éventuelle suppression des conditions de ressources dans l'octroi des prestations familiales (l'ensemble de celles-ci pouvant alors être parallèlement incluses dans le revenu imposable).

B. LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA BRANCHE FAMILLE

Adoptée à l'occasion de la loi de finances pour 1991, la contribution sociale généralisée est affectée au financement de la caisse nationale d'allocations familiales. Le dispositif ainsi défini s'inspire, pour partie, de la proposition faite en 1987 par le comité des sages en faveur d'un prélèvement proportionnel sur l'ensemble des revenus dont le produit serait versé à la branche famille en remplacement du système de cotisations en vigueur.

A l'examen, les deux arguments invoqués à l'époque en faveur de cette solution conservent toute leur pertinence, à savoir :

- l'inadéquation entre un mode de financement à base professionnelle et des prestations servies à l'ensemble de la population résidant sur le territoire français ;

- le poids anormal des cotisations patronales sur les industries dites de "main d'oeuvre" et, plus particulièrement, sur les entreprises à bas salaires.

Toutefois, aujourd'hui, la contribution sociale généralisée ne contribue encore que pour partie (soit 30 milliards de francs en 1991 contre 126 milliards de francs pour les seules cotisations employeurs) au financement de la branche famille.

La réalisation effective de la réforme envisagée en ce domaine par le comité des sages pourrait donc se concrétiser par la substitution progressive, dans le cadre d'un accord pluriannuel à moyen terme négocié avec les partenaires sociaux, de la contribution sociale généralisée aux cotisations actuellement versées à la caisse nationale d'allocations familiales.

Diverses études ou projets ont proposé d'affecter le revenu supplémentaire ainsi dégagé sous la forme d'une augmentation des salaires directs, des mécanismes incitatifs devant conduire les salariés à affecter l'augmentation de leur revenu au financement de fonds de pension fonctionnant selon le principe de la capitalisation.

Un tel schéma présente un caractère incontestablement novateur et cohérent.

Certaines difficultés pratiques semblent toutefois en interdire la mise en oeuvre à court ou moyen terme, et, notamment, l'impossibilité de contrôler que la totalité du revenu supplémentaire dégagé au profit des salariés soit effectivement affecté au financement des fonds de pension et non, directement, à la consommation des ménages.

TROISIEME PARTIE

V - LA DEFINITION DE PROCEDURES PERMETTANT D'ASSOCIER, EN TOUTE TRANSPARENCE, LA NATION A LA GESTION DE LA SECURITE SOCIALE

La mise en oeuvre des mécanismes de régulation précédemment définis ne pourra être effective que si elle s'accompagne d'une véritable prise de conscience, par la Nation, de leur nécessité et de leur utilité.

Il paraît donc indispensable de définir les outils et les procédures permettant, d'une part, d'associer plus étroitement les citoyens à la gestion de la Sécurité sociale et, d'autre part, de disposer d'une vision d'ensemble, fiable et cohérente, de sa situation financière.

La réalisation de ce double objectif passe prioritairement par :

- l'aménagement de la composition et des modalités de désignation des membres des conseils d'administration des organismes sociaux ;

- l'établissement d'indicateurs financiers cohérents et pertinents ;

- la création d'un organisme spécifique incarnant l'unité de la sécurité sociale ;

- la définition d'un mécanisme solennel de vérification annuelle de l'adéquation de l'évolution de la sécurité sociale à son environnement.

A. DU PARITARISME A LA GESTION TRIPARTITE

En 1945, la gestion des organismes sociaux fut confiée aux organisations syndicales, représentatives des salariés, et aux employeurs réunis au sein des conseils d'administration.

Ce mode d'organisation était à l'époque parfaitement justifié en raison :

- de la nature même du système de sécurité sociale mis en oeuvre, à savoir la création d'assurances professionnelles dont le financement était assuré par des cotisations assises sur le revenu du travail ;

- de la vaste audience recueillie au sein du monde du travail et de la société dans son ensemble, par les organisations syndicales représentatives de salariés.

Depuis lors, notre système de protection sociale a connu un élargissement continu de son champ d'application, tant en ce qui concerne les risques couverts que les populations protégées. Cette évolution a progressivement remis en cause la nature strictement professionnelle de la solidarité ainsi mise en oeuvre.

A cet égard, l'exemple le plus caractéristique est fourni par la branche famille du régime général dont les allocations sont susceptibles, depuis 1978, d'être versées à toute personne résidant sur le territoire national.

Les assurés ne sont donc plus seulement des travailleurs. La procédure de représentation par les seules organisations syndicales constitue, de ce fait, une modalité en partie dépassée.

De même, l'évolution générale de notre société a considérablement réduit l'audience et la représentativité des principales organisations syndicales qui, si elles demeurent très attachées à leur présence au sein des conseils d'administration, n'assurent plus de véritables responsabilités en ce qui concerne la gestion des organismes sociaux.

Par ailleurs, les pouvoirs publics, qui contrôlent pourtant de nombreux éléments influant sur l'équilibre et l'évolution de la sécurité sociale, demeurent dans la *"position inconfortable de tuteurs qui regardent le jeu et le confisquent parfois"*(1).

Le monopole actuel des organisations syndicales au sein des conseils d'administration des organismes sociaux, et plus particulièrement, du régime général, devra inéluctablement, à terme, être adapté et modifié.

Il convient donc d'envisager dès aujourd'hui l'aménagement de la composition desdits conseils en associant :

- les représentants élus des assurés, que leur candidature ait été ou non présentée par une organisation syndicale représentative ;

- les représentants des entreprises car, quelles que soient les évolutions futures du mode de financement, celui-ci continuera à reposer largement sur leur activité ;

- des administrateurs représentant l'Etat.

Cet aménagement de la composition des conseils d'administration devrait ainsi permettre :

- d'associer davantage les assurés à la gestion et à la réflexion sur l'avenir de la sécurité sociale ;

- à l'Etat de définir et de mettre en oeuvre une politique globale cohérente, notamment face à l'émergence de nouveaux risques sociaux ;

- de responsabiliser l'ensemble des partenaires concernés et de réduire notablement un certain anonymat administratif qui entache aujourd'hui l'image des régime sociaux.

Cet aménagement pourrait également ne pas être uniforme dans ses modalités et s'adapter, au contraire, aux spécificités de chaque branche.

Ainsi, par exemple, il convient de prévoir une représentation effective du corps médical au sein des conseils d'administration des caisses d'assurance-maladie.

B. L'ETABLISSEMENT D'INDICATEURS FINANCIERS COHERENTS ET PERTINENTS

Dans de nombreux rapports, la Commission des comptes de la sécurité sociale a déjà eu l'occasion d'indiquer que les indicateurs financiers actuellement disponibles étaient loin de

constituer de véritables "instruments d'aide à la décision" (cf 2ème partie du présent rapport).

L'opacité actuelle des comptes sociaux et des mécanismes de compensation doit donc être impérativement corrigée par la mise en oeuvre rapide :

- des recommandations du groupe de travail présidé par M. Mazars et relatif à l'harmonisation des modes de comptabilisation des opérations de l'ensemble des régimes sociaux. Ce groupe de travail a en effet préconisé la comptabilisation des opérations des organismes de sécurité sociale en droits constatés et la généralisation d'un plan comptable revu et adapté à l'ensemble des organismes entrant dans le périmètre de consolidation desdits organismes ;

- des conclusions du groupe de travail présidé par M. Bougon (1987) et destinées à clarifier les mécanismes de compensation entre les régimes de sécurité sociale ;

- de la séparation de la gestion de la trésorerie des différentes branches du régime général afin, d'une part, d'évaluer objectivement leur situation respective et, d'autre part, d'éviter que les excédents d'une branche (par exemple : la branche famille) ne puissent encore être utilisés pour combler le déficit d'une autre branche (par exemple : la branche vieillesse).

C. LA CRÉATION D'UN ORGANISME SPECIFIQUE INCARNANT L'UNITE DE LA SECURITE SOCIALE^{1/}

En 1987, le comité des sages, constitué dans le cadre des États généraux de la sécurité sociale, avait constaté la nécessité de doter celle-ci d'un "Conseil national" symbolisant son unité. Cette proposition a conservé toute sa pertinence, et paraît même confortée par les récentes conclusions de la mission Cottave⁽²⁾ visant à la création d'un "observatoire général des retraites".

Le Conseil national de la sécurité sociale :

a) serait ainsi composé d'un petit nombre de personnalités dont le mode de désignation, le statut et les moyens de travail garantirait l'indépendance. On pourrait à

1. Cette unité doit être entendue ici au sens comptable et conceptuel, et non dans une acception administrative ou organisationnelle.

2. Rapport de la mission sur les retraites présidée par M. Cottave - décembre 1991

cet égard envisager un Conseil national de 12 membres désignés, par tiers, par le Président de la République, le Président du Sénat et le Président de l'Assemblée nationale.

b) exercerait principalement un rôle d'expertise et de conseil indépendant s'incarnant notamment dans les missions suivantes :

"-conseiller les Pouvoirs publics dans l'orientation générale de la politique de la sécurité sociale en fonction de l'évolution démographique, économique et sociale :

"- constituer un observatoire objectif de la protection sociale à l'étranger, et notamment dans la Communauté européenne, à l'effet d'établir, à partir de sources multiples, une base de comparaison solide, détaillée par branches, de la situation française et de la faire connaître aux responsables politiques et aux acteurs socio-économiques :

"- proposer, le cas échéant, après expertise, des mécanismes incitant à une gestion plus active du risque maladie par les différents organismes de base grâce à une procédure d'allocation des ressources encourageant les efforts de rationalisation de la dépense :(...)

"- veiller à l'harmonisation des efforts contributifs demandés aux ressortissants des différents régimes de base selon le principe : à prestations égales, cotisations égales :

"- s'assurer de l'exacte application des mécanismes de compensation existant entre les divers régimes: (...)

"- contribuer à une plus grande efficacité de la gestion des organismes de sécurité sociale de base en assurant, dans des conditions d'objectivité reconnue, la publicité de leurs principaux indicateurs de gestion et des taux de leurs cotisations de gestion administrative et d'action sanitaire et sociale."⁽¹⁾

D. LA DÉFINITION D'UN MÉCANISME SOLENNEL DE VÉRIFICATION ANNUELLE DE L'ADÉQUATION DE L'ÉVOLUTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE À SON ENVIRONNEMENT

"Dans une société démocratique, il appartient aux Français de décider solennellement, par le truchement de la représentation nationale, de l'opportunité de payer - ou non - le prix du maintien des libertés que ménage à tous - professionnels et patients - l'organisation
1 Rapport du comité des sages - 1987.

actuelle de notre système de santé, d'assumer - ou non - les conséquences financières de l'inadaptation de leurs régimes de retraites à l'évolution de la situation démographique ou économique, d'accepter - ou non - les charges résultant d'une politique familiale ambitieuse."⁽¹⁾

Or, la connaissance par la Nation, de la situation financière de la sécurité sociale et de l'équilibre général des comptes sociaux, se heurte aujourd'hui à certaines limites qu'il convient de dépasser.

1. Des limites à la transparence des comptes sociaux...

a) S'agissant tout d'abord de la **Commission des comptes de la sécurité sociale**, l'irrégularité du calendrier de ses deux réunions annuelles (cf : deuxième partie du présent rapport) a pour principale conséquence de dissocier à l'excès la présentation des prévisions relatives aux recettes des régimes sociaux de la présentation des hypothèses établies par la **Commission des comptes de la Nation** quant à l'évolution de la masse salariale.

b) En ce qui concerne par ailleurs le Parlement, celui-ci dispose :

- **d'un pouvoir constitutionnel limité**. En vertu de l'article 34 de la Constitution, il "détermine les principes fondamentaux de la sécurité sociale". Le Parlement ne détermine donc ni les taux de cotisations, ni le montant des prestations, ces responsabilités incombant au pouvoir réglementaire. Ce partage des compétences aboutit parfois à des situations paradoxales, le Parlement étant conduit à débattre des mesures sociales sans pouvoir en contrôler certains paramètres fondamentaux ;

- **d'une information encore parcellaire** : la représentation nationale n'est qu'imparfaitement informée de l'évolution de la protection sociale en dépit de l'ampleur des masses financières en jeu.

En effet, ni les dispositions de la loi du 31 juillet 1968 (loi de ratification des ordonnances de 1967) prévoyant le dépôt, lors de la première session ordinaire du Parlement, d'un rapport retraçant l'évolution financière des différentes prestations sociales lors de l'année précédente, ni la disposition

de la loi de finances pour 1980 prévoyant un vote annuel sur l'évolution des recettes et des dépenses constituant l'effort social de la Nation, ni l'article 135 de la loi de finances pour 1991 fixant le principe d'un rapport et d'un débat annuel sur les finances sociales n'ont été appliqués à ce jour.

Ainsi, depuis 1958, seules ont connu une application effective les dispositions :

- de la loi du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les français, invitant le Gouvernement à fournir au Parlement des éléments statistiques mettant en évidence l'effort social de la Nation au cours des trois années précédentes ;

- du décret du 22 mars 1979 portant création d'une Commission des comptes de la sécurité sociale, à laquelle participent huit parlementaires (quatre députés et quatre sénateurs), et appelée à rendre un rapport bi-annuel sur les comptes des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette limitation des pouvoirs et des capacités d'investigation des assemblées parlementaires dans le domaine social apparait contraire à la fois :

- **aux exigences de la démocratie**, l'opinion publique ne pouvant s'exprimer à ce sujet par l'intermédiaire de ses représentants élus ;

- **à la vocation fondamentale du Parlement**, en l'empêchant de contrôler la gestion et l'affectation de recettes et de dépenses dont le montant est aujourd'hui supérieur à celui du budget de l'Etat.

2. ...qui doivent impérativement être dépassées

Afin d'améliorer la connaissance, par la Nation, de la situation financière des régimes sociaux envisagés dans leur globalité, il convient de dépasser les limites existantes en définissant **un mécanisme solennel de vérification annuelle de l'adéquation de l'évolution de la sécurité sociale à son environnement.**

Outre le Gouvernement et les administrations, qui conserveraient toutes leurs prérogatives en ce domaine (et, notamment, l'établissement des **comptes prévisionnels des régimes sociaux**), la mise en oeuvre de cette vérification et de cette évaluation

annuelles des comptes sociaux pourrait être répartie entre trois acteurs privilégiés, à savoir :

1° La Cour des Comptes, chargée d'établir un rapport général sur la situation financière et la gestion de l'ensemble des régimes sociaux obligatoires au cours de l'année N-2.

Ce rapport serait établi et soumis au vote du Parlement dans des conditions et selon une procédure similaires à celles actuellement suivies, en matière budgétaire, pour l'examen des lois de règlement.

2° La Commission des comptes de la sécurité sociale, analysant et expertisant les comptes prévisionnels des régimes sociaux obligatoires pour les années N-1, N et N + 1.

Il conviendra à cet égard :

- de réaffirmer, par des mesures adaptées, l'indépendance statutaire de la Commission des comptes de la sécurité sociale ;

- de synchroniser plus étroitement le calendrier de ses réunions avec celui de la Commission des comptes de la Nation, un texte réglementaire devant rapidement définir les dispositions nécessaires en ce domaine.

3° Le Parlement, dont le renforcement des compétences dans le domaine social pourrait principalement se traduire par l'instauration effective d'un débat annuel.

A cette occasion, la représentation nationale :

- voterait sur le rapport élaboré par la Cour des Comptes (cf ci-dessus) ;

- prendrait connaissance du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale sur la situation financière des régimes sociaux au cours des années N-1, N et N + 1 ;

- analyserait les solutions préconisées par le Conseil national de la sécurité sociale pour l'orientation générale de la politique de la sécurité sociale en fonction de l'évolution démographique, économique et sociale ;

- fixerait le montant de la "dotation nationale hospitalière" (cf III de la présente partie : la responsabilisation des acteurs du système de santé) et, le cas échéant, le taux de la contribution sociale généralisée pour l'année à venir ;

- apprécierait et déterminerait l'ensemble des dotations versées par l'État aux régimes de protection sociale.

Ces aménagements présenteraient l'avantage :

- de clarifier le partage des responsabilités entre l'État et les partenaires sociaux sur les conditions de l'équilibre financier des régimes sociaux ;

- de permettre à la Nation de procéder, par l'intermédiaire de ses représentants élus, à un véritable arbitrage entre le financement de la protection sociale et celui d'autres fonctions collectives.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le 28 octobre après-midi sous la présidence de M. François Trucy, secrétaire, la commission, après avoir salué la présence d'une délégation du Sénat de Mauritanie, a procédé à l'examen des conclusions du groupe de travail sur les aspects financiers de la protection sociale, sur le rapport de M. Jacques Oudin, président du groupe de travail.

En préambule, M. Jacques Oudin, rapporteur, a effectué un quadruple constat, à savoir :

- la réussite collective qu'incarne le système français de protection sociale ;

- le niveau élevé de protection atteint ;

- la contrainte de financement qu'entraîne aujourd'hui le ralentissement de la croissance ;

- l'inaptitude manifestée par la France à concrétiser des réformes en ce domaine, en dépit des nombreux rapports de réflexion publiés sur ce thème.

Il a indiqué que le groupe de travail avait retenu quatre grands principes devant servir de base à toute réforme :

- ne plus accroître les prélèvements sociaux, sans pour autant réduire le niveau des prestations ;

- éviter les solutions extrêmes tout en améliorant l'existant ;

- associer les différents partenaires concernés ;

- mettre en oeuvre avec progressivité dans le temps les adaptations nécessaires.

A partir de ces grands principes, M. Jacques Oudin, rapporteur, a proposé quatre axes prioritaires d'intervention, concernant respectivement la clarté des comptes et de l'information fournie au Parlement, l'adaptation du système de retraites, la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé et la réforme de la branche famille.

M. Jacques Oudin, rapporteur, a ensuite évoqué les conditions de l'extension progressive, depuis 1945, du système de protection sociale à l'ensemble de la population, rappelant la très grande diversité institutionnelle et la complexité des circuits financiers qui en ont résulté.

Il a constaté que la protection sociale mobilisait des masses financières considérables, beaucoup plus élevées que celles qui sont consacrées aux dépenses du budget de l'État, et qui n'ont cessé de s'accroître au cours des vingt dernières années, pour atteindre en 1991 un montant global de 2.215 milliards de francs, soit près de 33 % du P.I.B., contre 21 % seulement en 1970.

Il a observé que le niveau global des dépenses sociales atteint par la France, mesuré tant en part du produit intérieur brut que par habitant, était plus élevé que celui qu'on peut constater dans les autres grands pays européens.

S'agissant de la nature des dépenses, après avoir rappelé le poids du coût de la gestion, il a indiqué que si la structure des prestations, selon les risques couverts, était globalement comparable à celle des autres pays européens, le rythme d'accroissement de ces prestations avait en revanche été plus rapide en France au cours des dix dernières années.

En ce qui concerne l'exemple particulier des dépenses de santé, M. Jacques Oudin, rapporteur, a constaté que la France était l'un des pays les plus gros "consommateurs de santé" du monde et que cette situation correspondait à une absence de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, sans pour autant se traduire par un état sanitaire, ni par un niveau de prestations particulièrement exceptionnels, mettant ainsi en évidence l'existence de gaspillages par ailleurs fréquemment dénoncés.

S'agissant de la nature des recettes, il a noté la prépondérance des cotisations sociales au sein des diverses sources de financement et, en conséquence, le caractère atypique de la structure française de financement de la protection sociale. Il a également précisé que le poids de l'augmentation des cotisations avait pesé pour l'essentiel sur les ménages au cours des vingt dernières années.

M. Jacques Oudin, rapporteur, a d'autre part indiqué que le financement des dépenses sociales avait entraîné une augmentation significative de la part des prélèvements sociaux au sein des prélèvements obligatoires, qui représentent aujourd'hui près de 44 % du P.I.B. Il a souligné qu'un tel accroissement des prélèvements sociaux s'était opéré au détriment du financement d'autres fonctions collectives, avait pesé sur les salaires directs et entraîné une évolution du partage de la valeur ajoutée

défavorable aux actifs, et que la poursuite de cet accroissement constituait à terme une menace pour la compétitivité de l'économie française.

M. Jacques Oudin, rapporteur, a ensuite analysé l'absence de mécanismes efficaces de régulation de l'évolution des dépenses sociales. Il a, à cet égard, déploré la confusion des rôles en matière de gestion, la fiction de l'autonomie des organismes sociaux et les limites inhérentes à une organisation centralisée, l'Etat ne disposant pas des moyens adaptés à l'étendue de ses interventions.

M. Jacques Oudin, rapporteur, tout en regrettant l'absence d'agrégats comptables homogènes, a également constaté qu'en l'absence de l'engagement de réformes structurelles, le creusement des déficits sociaux apparaissait inéluctable.

M. Jacques Oudin, rapporteur, a ensuite présenté les propositions du groupe de travail, fondées sur le refus des solutions extrêmes au profit d'un aménagement pragmatique et progressif du système existant, étant entendu que le niveau actuel des prélèvements obligatoires affectés au financement de la protection sociale, apprécié en pourcentage de la richesse nationale, est considéré comme suffisant pour assurer durablement les solidarités essentielles.

En ce qui concerne les retraites, il a estimé que les régimes de répartition, qui ont fait la preuve de leur succès, pourraient faire l'objet d'adaptations permettant de préserver leur équilibre aujourd'hui menacé, tout en garantissant le maintien du pouvoir d'achat des pensions de retraite grâce à des mesures telles qu'une modification progressive des conditions d'ouverture des droits à pension à taux plein, une reconsidération des règles de validation des carrières ou un assouplissement de la frontière entre activité et retraite. Par ailleurs, le recours au complément volontaire de l'épargne retraite devrait être encouragé.

En ce qui concerne les dépenses de santé, sans remettre en cause le caractère libéral du système médical français, M. Jacques Oudin, rapporteur, a indiqué que la maîtrise concertée de leur évolution pourrait être obtenue par la mise en oeuvre, dans le cadre d'une enveloppe financière globalement limitée, de trois orientations :

- la participation effective du corps médical à la définition des objectifs du système de santé ;

- la régionalisation des structures et des modalités d'organisation du système hospitalier ;

- la contractualisation des rapports entre les autorités de tutelle et les différents partenaires appelés à gérer le système de santé.

Le rapporteur a ensuite envisagé une réforme du financement des prestations familiales, qui relèvent de la solidarité nationale. Cette adaptation pourrait consister à substituer progressivement la contribution sociale généralisée aux cotisations actuellement versées par les entreprises dans le cadre d'une politique familiale rénovée accordant une priorité renforcée au troisième enfant.

Enfin, M. Jacques Oudin, rapporteur, a souligné que la Nation devrait être mieux associée à la gestion de la protection sociale, grâce à la participation conjointe des assurés, des entreprises et de l'État, à la clarification des conditions d'élaboration des comptes sociaux, à la création d'un organisme spécifique incarnant l'unité de la sécurité sociale et à l'organisation d'un débat annuel au Parlement sur la base d'un rapport présenté par la commission des comptes de la sécurité sociale, dont le rôle serait renforcé.

A l'issue de cette présentation, un débat s'est instauré au sein de la commission.

M. Jean-Pierre Masseret s'est déclaré en accord avec les conclusions du rapporteur quant à l'opportunité d'un renforcement de la participation du Parlement, et plus généralement de la Nation, à la réflexion sur l'avenir de la protection sociale. Il a par ailleurs souhaité que les propositions présentées par le groupe de travail soient soumises à un large débat, soulignant la nécessité de ne pas opposer l'approche économique et l'approche sociale des problèmes.

M. Robert Vizet a exprimé ses réserves vis-à-vis des propositions présentées par le rapporteur. Il a notamment fait part de son attachement à l'unité de la sécurité sociale et au principe de la solidarité sur lequel elle est fondée. Il a par ailleurs fait observer qu'un retour à la croissance et au plein emploi, associé à un assainissement de la gestion, permettrait d'assurer la pérennité du système existant.

En réponse à ces interrogations et aux observations formulées par MM. Jean Arthuis, rapporteur général, et François Trucy, M. Jacques Oudin, rapporteur a précisé que, compte tenu du niveau atteint par les prélèvements sociaux, la contrainte financière à laquelle est aujourd'hui confrontée la sécurité sociale apparaît incontestable. Il a également estimé que sur la base du diagnostic élaboré par le "Livre blanc", une réforme du système de retraites, qui devrait concerner, dans un premier temps, le régime général, était particulièrement urgente et que la baisse des cotisations à la charge des entreprises qu'entraînerait une fiscalisation des prestations familiales devrait permettre une valorisation des salaires directs et un encouragement à la retraite par capitalisation.

Concernant les progrès réalisés dans le sens d'une réduction des coûts de gestion, M. Jacques Oudin, rapporteur, a souligné qu'ils restaient très variables selon les caisses.

Par ailleurs, M. Jacques Oudin, rapporteur, a indiqué que :

- les perspectives prochaines d'évolution de la situation financière de la sécurité sociale étaient celles d'une forte dégradation du déficit de trésorerie, qui pourrait atteindre 45 à 50 milliards de francs en fin d'année, avec le risque de déboucher sur une cessation de paiement ;

- la signature récente d'un accord sur le contrôle médicalisé des dépenses de santé constitue, dans son principe, une avancée intéressante, quelles que soient les incertitudes afférentes à cet accord ;

- la régionalisation du système hospitalier, basée sur le "modèle" de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, constitue une solution cohérente en vue d'une gestion plus rationnelle des ressources disponibles ;

- le rythme de croissance annuel des dépenses de santé, aujourd'hui de l'ordre de 7 %, a certes légèrement décru, mais sa poursuite reste difficilement envisageable et appelle une maîtrise globalisée et contractualisée.

La commission a, ensuite, décidé d'une part, de publier les conclusions du groupe de travail sous la forme d'un rapport d'étape ; d'autre part, de prolonger la mission dudit groupe de travail afin que celui-ci puisse consulter l'ensemble des acteurs concernés par la maîtrise financière des dépenses sociales et les propositions qu'il a formulées à ce sujet.

A N N E X E I

Observations de M. Jean-Pierre MASSERET,
membre du groupe de travail et représentant le groupe
socialiste

Dans l'hypothèse arrêtée par le rapporteur Jacques Oudin d'un aménagement du système de protection sociale plutôt que d'un bouleversement en profondeur, la première proposition est une stabilisation des prélèvements sociaux sans pour autant diminuer les prestations.

Ce souci est celui de tous les gouvernants.

Le constat établi par le rapporteur est incontestable : les dépenses sociales progressent plus rapidement que l'enveloppe collective affectée à leur financement, l'augmentation de l'effort collectif qui en découle ne doit pas pénaliser les plus pauvres.

Les remèdes :

La complémentarité des financements peut se concevoir, certes, mais elle peut engendrer des effets pervers : la multiplication des modes d'intervention peut conduire à des blocages en l'absence d'un consensus généralisé ; le parti pris de choix volontaires et individuels peut entraîner de graves dérives, voire un système de protection sociale à deux vitesses, voire un repli de la solidarité collective au profit de la protection individuelle.

Les aménagements présentés par le rapporteur s'inscrivent dans le droit fil des débats et des réformes engendrés sur le financement de la protection sociale.

Au-delà des aménagements et inflexions insatisfaisants depuis quarante-cinq ans, la réforme du financement de la protection n'a pas eu lieu.

De fiscalité, il en est largement question quand on pose la question du financement de la protection sociale.

Bon nombre préconisent une grande réforme ; de nombreux rapports officiels en attestent, mais il y a toujours eu paralysie dans la mise en oeuvre de celle-ci.

Les explications sont nombreuses et connues : l'opposition de différents groupes sociaux selon les périodes et les propositions, la préférence de la société française pour l'impôt indirect... mais peut-être surtout l'aversion pour le risque !!!

A. En ce qui concerne les régimes de retraite les propositions du rapporteur sont consensuelles :

- Pérennité des régimes de retraite par répartition

Accord sur la séparation au sein du régime général des pensions non contributives (solidarité), des pensions contributives (dépendances assurance vieillesse).

Accord sur le relèvement de la condition d'assurance.

- Maintien du pouvoir d'achat des pensions de retraite

Là où la divergence apparaît, c'est sur la question de l'épargne retraite. L'épargne retraite, contrairement à ce que prétend le rapport, n'est en aucune manière la solution. Il y a supercherie à prétendre que l'on pourrait mettre en place un système supplémentaire de capitalisation, alors que la préoccupation fondamentale inscrite dans le rapport est aujourd'hui de consolider les régimes de base et les régimes complémentaires.

Il est illusoire de prétendre que la capitalisation serait plus supportable économiquement que la répartition alors que, dans les deux cas, les retraites de l'année sont nécessairement financées par un prélèvement sur les richesses produites dans l'année, à cette différence près que dans un cas, le prélèvement et la distribution se font à travers un système de cotisation qui concerne tout le monde et qui bénéficie à tout le monde, alors que dans l'autre cas, l'opération est réalisée à travers des taux d'intérêt qui ne peuvent profiter qu'à ceux qui ont eu la capacité d'épargner.

B. Le système de santé

On peut s'interroger sur le fait que ce rapport ne se limite dans ses conclusions qu'à procéder à la régionalisation des structures et à l'organisation du secteur hospitalier d'une part, et d'autre part, à poser les premiers jalons d'une autorégulation de la médecine de ville sans véritablement poser le problème.

La mise en place de la nouvelle planification issue de la loi de juillet 1991 est encore trop récente pour examiner profondément les effets ; par contre, comme le souligne le rapport, il est à craindre que les moyens budgétaires destinés aux services de tutelle pour la mise en oeuvre de la réforme hospitalière soient insuffisants.

En ce qui concerne la maîtrise des dépenses de santé il est à regretter qu'il n'y ait pas de proposition de fond.

C. Le financement de la branche famille

Les objectifs présentés par le rapporteur en matière de politique familiale sont tout à fait recevables. Ils s'inscrivent dans la poursuite de l'effort déjà entrepris.

En ce qui concerne le financement de la branche famille, le rapport souligne le poids anormal des cotisations patronales. Si l'on est en accord avec ce constat, il est opportun de souligner qu'au cours des dernières années la tendance constante a été une diminution de la part des cotisations d'employeurs et une augmentation des autres sources de financement (C.S.G.).

C'est sur l'utilisation de ces autres sources que des divergences apparaissent.

En effet, si le rapport préconise d'affecter le revenu supplémentaire ainsi dégagé sous la forme d'une augmentation des salaires directs au financement d'un fonds de pension fonctionnant selon le principe de la capitalisation, les commissaires socialistes ont toujours défendu que ce revenu supplémentaire devra permettre de diminuer d'un montant égal les cotisations patronales, puis d'augmenter parallèlement leurs contributions aux différentes branches d'assurance vieillesse sans pour autant accroître leurs charges globales.

A l'heure où les régimes de sécurité sociale ont besoin d'être consolidés, la proposition du rapporteur d'alimenter un fonds de

pension apparait préjudiciable au but recherché et en contradiction complète avec les principes annoncés en introduction.

ANNEXE II

**Observations de M. Robert VIZET,
membre du groupe de travail et représentant le groupe
communiste**

Je pense que le groupe de travail sur le financement de la protection sociale a fait un travail de recherche important, aidé en cela par les nombreuses auditions auxquelles ont répondu les responsables de l'ensemble des organismes sociaux.

Je regrette toutefois que les représentants des organisations syndicales concernées n'aient pu être entendus comme cela avait été prévu.

Ceci dit, tout en partageant l'idée que certaines critiques émises n'étaient pas sans valeur, je ne peux me ranger de l'avis du groupe de travail tant en ce qui concerne les causes des difficultés de financement et de gestion des organismes sociaux, que les solutions à y apporter, pour les raisons suivantes :

1°) sur la mutation des régimes de retraite

Le principe de solidarité actif-retraité est toujours, à mon avis, d'actualité. La diversité des régimes rend difficile l'appréciation globale sur le niveau de vie des retraités. Mais des éléments concrets démontrent, au contraire du rapport, les atteintes à leur pouvoir d'achat, par ponctions, moindre remboursement et faible revalorisation des pensions. Ce qui est vrai encore, c'est que la rémunération du travail est extrêmement insuffisante (SMIC : 5.756 F) et rend la comparaison inappropriée.

A côté des salaires, de la croissance économique, le renouvellement des générations est sans doute un facteur d'équilibre. Toutefois, sans contester les chiffres, et comme le rapport le reconnaît lui-même, d'une part, la faiblesse relative du taux de fécondité est causée par l'inquiétude des couples pour leur avenir : elle n'est donc pas fatale, et d'autre part, une politique de plein emploi, parfaitement réalisable, (donc d'accroissement du nombre de cotisants), assureraient la pérennité des régimes.

Je crois aussi qu'il faut arrêter ce glissement du paiement des cotisations des entreprises vers les salariés. Depuis quinze ans, la part des cotisations prise sur le salaire direct a augmenté de 71 % et celle des entreprises a régressé de 8 %.

Il faut encore absolument rejeter la disposition scandaleuse du projet de loi relatif au temps partiel imposant une perte sèche à la Sécurité sociale de 30 % sur les cotisations des salariés concernés.

Vous comprenez, dès lors, que je ne peux soutenir les propositions du groupe de travail sur ce point, notamment l'éclatement de la Sécurité sociale dont une partie des ressources serait fiscalisée, donc reportée à la charge des ménages, l'autre n'entraînerait plus que des prestations limitées.

Cela pour laisser le terrain libre à l'épargne-retraite, gérée par des groupes privés, et ne garantissant que ceux dont les moyens le permettront.

2°) sur la régionalisation du système de santé

Le rapport conclut dans le prolongement de la réforme hospitalière que mon Groupe a condamnée et dont la mise en oeuvre confirme nos craintes.

La philosophie est la même : il s'agit de substituer à la notion de Service public celle de rentabilité. Je ne dis pas qu'une bonne gestion est incompatible avec la qualité des soins, au contraire, mais elle n'est pas une fin en soi, selon moi donc d'assurer un profit, elle n'est, pour moi, que le moyen d'optimiser la qualité d'un service.

Par ailleurs, la démocratisation du système hospitalier ne passe pas par une telle régionalisation où les élus locaux et les professionnels s'emparent du pouvoir de décision mais par un accroissement des pouvoirs des conseils d'administration des caisses élus par les travailleurs et sous le contrôle de ceux-ci.

3°) sur la rénovation de la branche Famille

Là encore, je constate la mise en place d'une protection à deux vitesses : l'une pour les familles les plus modestes serait transférée sur le fonds d'assistance créé par l'Etat avec augmentation de la C.S.G. ; l'autre, pour les seuls actifs. La cotisation patronale serait remplacée par une augmentation du salaire direct (globalement inférieure aux cotisations employeurs actuelles) mais ce salaire serait immédiatement affecté à un fonds destiné soit aux compagnies d'assurances qui s'estiment les plus compétentes pour gérer des fonds à long et moyen terme, soit à rester dans l'entreprise

comme fonds propre qui connaîtrait les mêmes risques que ladite entreprise.

Il s'agit là d'une dénaturation complète de la protection familiale et je ne saurais y apporter la moindre approbation.

En conclusion, je voudrais rappeler que si effectivement des mesures doivent être prises pour assainir, moderniser notre système de santé, (et j'ai fait des propositions allant dans ce sens dans mes notes précédentes), l'avenir de la protection sociale repose sur une autre politique économique à forte croissance, une politique de plein emploi, de rémunérations supérieures, de formation qualifiante et adaptée.

Je ne peux donc en conséquence qu'émettre un avis négatif sur les propositions déposées par le groupe de travail de notre Commission.

A N N E X E III

**Comptes rendus des auditions du groupe de travail
sur les aspects financiers de la protection sociale**

Mardi 10 septembre 1991

et Mardi 1er octobre 1991

**Audition de M. Michel LAGRAVE,
Directeur de la Sécurité sociale
au ministère des Affaires sociales et de l'intégration**

M. Michel Lagrave a tout d'abord indiqué que le budget de la Sécurité sociale avait atteint, hors UNEDIC, 1.542 milliards de francs en 1990. Ce chiffre est à comparer, pour la même année, au montant du budget de l'Etat (1.518 milliards de francs) et du produit intérieur brut de la France (environ 6.500 milliards de francs).

Le régime général des salariés du commerce et de l'industrie représente à lui seul :

- **57 % des dépenses de la Sécurité sociale (soit 881 milliards de francs) ;**
- **100 % des prestations familiales légales ;**
- **77 % des prestations maladie, maternité, invalidité ;**
- **75 % des prestations d'accidents du travail ;**
- **33 % des prestations vieillesse.**

Analysant ensuite le contexte général dans lequel s'inscrit l'évolution de la situation financière des régimes de Sécurité sociale, M. Michel Lagrave a précisé que le niveau des prélèvements obligatoires était demeuré stable entre 1989 et 1990, les prélèvements représentant 43,8 % du P.I.B. à cette date. Cette stabilité s'explique à la fois :

- **par la diminution des prélèvements fiscaux (24,4 % du P.I.B. en 1990 contre 24,6 % en 1989),**
- **par l'augmentation des prélèvements sociaux (19,4 % en 1990 contre 19,2 % en 1989).**

En ce qui concerne les prélèvements sociaux à la charge des employeurs, on constate également une croissance moins soutenue des cotisations sociales obligatoires par rapport aux cotisations sociales conventionnelles (chômage, retraites complémentaires, mutuelles). Ainsi, de 1981 à 1990, la part des cotisations sociales obligatoires dans le P.I.B. est passée de 12,1 % à 11,5 %. Au cours de la même période, la part des cotisations sociales conventionnelles augmentait de 2,1 % à 2,5 % du P.I.B.

S'agissant des hypothèses macro-économiques retenues pour l'établissement des comptes prévisionnels de la Sécurité sociale en 1991 et 1992, M. Michel Lagrave a essentiellement souligné le ralentissement de la croissance de la masse salariale (+ 7,8 % en 1990, + 5,8 % en 1991, + 5,6 % en 1992) qui a des conséquences directes sur l'évolution des recettes de la Sécurité sociale.

M. Jacques Oudin a demandé à ce sujet des informations complémentaires sur le coût réel du chômage pour les régimes de Sécurité sociale.

Par ailleurs, les revalorisations des prestations intervenues depuis le début de l'année (soit + 1,7 % au 1er janvier 1991 et + 0,8 % au 1er juillet) sont censées correspondre à l'augmentation prévisionnelle des prix en 1991 et 1992 (soit + 2,8 %).

Dans ce contexte, l'analyse des soldes des différentes branches du régime général révèle des évolutions tendancielle.s préoccupant.s.

Avant mesures de financement, le solde du régime général, apprécié en variation du fonds de roulement, devrait être ainsi déficitaire de 23 milliards de francs en 1991 et de 26,4 milliards de francs en 1992. La dégradation de la situation financière de la branche maladie (- 11,4 milliards de francs en 1991 ; - 17 milliards de francs en 1992) et de la branche vieillesse (- 18,4 milliards de francs en 1991 ; - 21,1 milliards de francs en 1992) n'est que très partiellement atténuée par les excédents de la branche famille (+ 11 milliards de francs en 1992) et de la branche accidents du travail (+ 0,7 milliard en 1992).

Par ailleurs, le solde réel de la trésorerie de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (1) devrait être, à prestations constantes, négatif de 34 milliards de francs au 31 décembre 1991 et de 59 milliards de francs au 31 décembre 1992.

1. L'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (A.C.O.S.S.) est investie d'une double mission : d'une part, exercer son contrôle sur les unions de recouvrement (U.R.S.S.A.F.) et, d'autre part, assurer la gestion de la trésorerie des différents fonds de gestion du régime général.

L'avance susceptible d'être consentie à l'A.C.O.S.S. par la Caisse des dépôts ne pouvant excéder 11,7 milliards de francs, les crises de trésorerie de juin et d'août 1991 ont été surmontées par des avances exceptionnelles du Trésor.

Répondant aux interrogations de MM. Henri Collard et Robert Vizet, M. Michel Lagrave a indiqué que le montant et les modalités de cette avance étaient définies dans le cadre d'une convention souscrite entre l'A.C.O.S.S. et la Caisse des dépôts (l'intérêt versé à la Caisse des dépôts correspondant au taux du marché monétaire).

M. Michel Lagrave a ensuite évoqué les diverses mesures prises par le Gouvernement afin de rétablir l'équilibre financier du régime général, à savoir :

- l'augmentation de 0,9 % de la cotisation salariale maladie (le produit de cette mesure étant estimé à 8 milliards de francs en 1991 et à 23 milliards de francs en 1992) ;

- des mesures d'économie sur les dépenses maladie (soit 2 milliards de francs fin 1991 et 7 milliards de francs sur l'ensemble de l'année 1992).

Les effets prévisionnels de ces différentes mesures sur les soldes du régime général ont été évalués comme suit :

Par ailleurs, le déficit du solde de la trésorerie du régime général devrait être réduit à 24 milliards de francs au 31 décembre 1991 et à 19 milliards de francs au 31 décembre 1992. On doit noter que la modification de la date d'exigibilité des cotisations des entreprises de 50 à 400 salariés, qui est avancée du 15 au 5 du mois, n'a pas d'effet sur le solde global, mais déplace vers le début du mois une masse financière de l'ordre de 10 à 15 milliards de francs pour faciliter le paiement des pensions à l'échéance autour du 10 du mois.

M. Michel Lagrave a ensuite analysé la situation financière de chacun des risques du régime général dont les masses financières respectives (1) sont :

- pour la branche maladie : 450 milliards de francs,
- pour la branche vieillesse : 280 milliards de francs,
- pour la branche famille : 190 milliards de francs,
- pour la branche accidents du travail : 50 milliards de francs.

Après avoir été excédentaire de 2,1 milliards de francs en 1988, le solde des opérations courantes de la branche maladie connaît depuis cette date une détérioration préoccupante (- 2,3 milliards de francs en 1989 ; - 8,9 milliards de francs en 1990 ; - 11 milliards de francs en 1991 et - 16,6 milliards prévus pour 1992).(2)

Cette évolution s'explique essentiellement par la forte croissance en volume des prestations de soins de santé, qu'il s'agisse :

- des honoraires (+ 7,1 % en 1989 ; + 4,3 % en 1990 ; + 5,9 % en 1991 et + 6,1 % prévus pour 1992)

- des autres soins de santé, tels les frais de transport des malades ou de cures thermales (+ 10,2 % en 1989 ; + 7,6 % en 1990 ; + 10,3 % en 1991 et + 7,7 % prévus pour 1992) ;

- des prescriptions (+ 15,1 % en 1989 ; + 8 % en 1990 ; + 11,7 % en 1991 et + 10,8 % prévus pour 1992) et, notamment, de la pharmacie (+ 16,6 % en 1989 ; + 9,1 % en 1990 ; + 11,5 % en 1991 et + 10,4 % prévus pour 1992).

1. Les chiffres communiqués ci-dessus correspondent à la totalité des dépenses constatées pour chacune des branches du régime général.

2. Les données communiquées sont extraites du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

MM. Jacques Oudin et Henri Collard ont souligné la nécessité de déterminer, pour chaque poste de dépenses, les causes des évolutions ainsi mises en évidence.

M. Philippe Adnot a demandé que soient communiquées au groupe de travail des précisions sur les masses financières correspondantes aux pourcentages d'augmentation présentés.

En ce qui concerne les dépenses d'hospitalisation, on constate les évolutions suivantes :

(en % annuel)

	1990	1991	1992
Maladie (hors DOM)	+ 7,2	+ 7,1	+ 7,1
Hospitalisation publique	+ 7,8	+ 5,7	+ 4,4
Hospitalisation privée	+ 7,6	+ 5,2	+ 7,4

Afin de contenir cette progression des dépenses de santé, le Gouvernement a choisi de cibler son action sur la régulation de l'offre de soins. En effet, selon le Gouvernement, l'action sur la demande, c'est-à-dire l'augmentation de la participation financière directe des assurés, ne constitue pas un facteur déterminant pour la maîtrise des dépenses de santé. Ainsi, aux Etats-Unis d'Amérique, une forte participation financière des assurés (notamment par l'intermédiaire des H.M.O (1).) se conjugue avec un niveau élevé de dépenses. En revanche, au Royaume-Uni, la quasi-gratuité des soins s'accompagne d'une maîtrise satisfaisante desdites dépenses.

Sur la base de cette analyse, le Gouvernement a donc entrepris :

- d'une part, de réduire, par des mesures ponctuelles, les dépenses de prestations maladie en 1991 et 1992 ;

- d'autre part, de mettre en oeuvre des mesures structurelles visant à réguler la progression des dépenses de l'assurance maladie sur le moyen et long terme.

S'agissant tout d'abord des mesures d'économies annoncées pour 1991 et 1992, on peut notamment distinguer :

1. Health Maintenance Organisation (réseaux coordonnés de soins).

1° - La mise à contribution de l'industrie pharmaceutique, par le biais de la politique du "Menu". Chaque laboratoire pharmaceutique s'engage ainsi à réduire son chiffre d'affaires, le choix des moyens pour y parvenir lui appartenant en propre, qu'il s'agisse du retrait du marché de certaines spécialités pharmaceutiques, du déremboursement de certains médicaments par la Sécurité sociale ou de la diminution du prix d'autres spécialités. Cette mesure devrait dégager 300 millions de francs d'économies en 1991 et un milliard de francs en 1992.

Répondant à une interrogation de M. Robert Vizet, M. Michel Lagrave a indiqué que ce dispositif devait s'appliquer à l'ensemble des laboratoires exerçant leur activité sur le territoire national, y compris les filiales françaises des laboratoires étrangers.

2° - La contribution exceptionnelle des grossistes (prélèvement de 0,6 %) et le plafonnement des ristournes consenties par ceux-ci aux pharmaciens. Cette mesure devrait dégager 300 millions de francs d'économies en 1991.

3° - L'action sur les marges des pharmaciens (900 millions d'économies prévus pour 1992).

4° - L'actualisation de la nomenclature des actes de radiologie (330 millions de francs d'économies prévus pour 1991 et 700 millions de francs pour 1992).

5° - Le relèvement de 33 à 50 francs du forfait journalier hospitalier (750 millions de francs d'économies prévus pour 1991 et 1,5 milliard de francs prévus pour 1992).

6° - La maîtrise négociée des dépenses de santé (2,3 milliards de francs d'économies prévus pour 1992). Il convient toutefois de signaler à ce sujet que le montant des économies susceptibles d'être réalisées à ce titre doit être précisé par la suite. Par ailleurs, la mise en oeuvre de la convention médicale, qui en constitue le cadre contractuel, est particulièrement complexe en raison de la signature, avec des organisations syndicales différentes, de deux avenants aux principes sensiblement divergents.

Parallèlement à ces mesures ponctuelles, le Gouvernement a entrepris de réguler, par des actions structurelles, l'offre de soins.

Ces actions concernent principalement :

1° - La prévention et la politique de santé publique. A cet égard, la résorption des sureffectifs actuellement constatés dans la médecine libérale pourrait être réalisée, conformément aux

conclusions du rapport LAZAR (1) et du rapport GIRARD (2), par un redéploiement en faveur de la santé publique et de la médecine scolaire, encouragé par des incitations financières. On évalue ainsi à 15.000 le nombre de postes susceptibles d'être pourvus dans ces secteurs.

Le coût de ce redéploiement est évalué à 3,3 milliards de francs mais la diminution corrélative du nombre des praticiens libéraux pourrait permettre de réaliser une économie de 21 milliards de francs sur les prescriptions remboursées par la Sécurité sociale.

2° - La maîtrise négociée des dépenses de santé, organisée selon le principe d'une "enveloppe globale" de remboursements, versée par la Sécurité sociale à chaque profession de santé. Le dépassement éventuel du montant de cette enveloppe est sanctionné par le versement de ristournes à la Sécurité sociale.

M. Roland du Luart a souligné la similitude de ces mesures avec les mécanismes mis en oeuvre dans le cadre de la politique agricole commune afin de réguler la production.

Ce dispositif, qui a pour vocation de promouvoir une régulation contractuelle des dépenses de santé, à déjà fait l'objet de deux accords, l'un avec les biologistes, l'autre avec les cliniques privées. Son extension à l'ensemble des professionnels de santé s'effectue par l'intermédiaire de groupes de travail tripartites réunissant l'Etat, la Sécurité sociale et les représentants de chacune des professions concernées. Les accords issus des travaux de ces groupes de travail devraient être soumis à l'examen du Parlement à la fin de l'année 1991. Par ailleurs, la mise en oeuvre de ces accords serait supervisée par des chambres professionnelles.

3° - La réforme hospitalière qui, par des réformes structurelles, et une plus grande souplesse de gestion du secteur public, devrait favoriser le redéploiement des capacités excédentaires et le contrôle de l'évolution des dépenses du secteur hospitalier.

4° - La politique du médicament se caractérisant essentiellement par la création d'une agence du médicament (responsable de tous les aspects scientifiques du médicament), la promotion du bon usage du médicament (en concertation avec les organismes de Sécurité sociale, la Mutualité, les médecins, les pharmaciens et les industriels), la maîtrise contractualisée de la progression des dépenses de médicaments et l'incitation à l'innovation pharmaceutique.

1 M. Philippe LAZAR, directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

2 M. Jean-François GIRARD, directeur général de la santé au ministère des Affaires sociales et de l'intégration.

A l'issue de cet exposé, et compte tenu de l'importance des sujets évoqués, le principe d'un second entretien avec M. Michel Lagrave, directeur de la Sécurité sociale au ministère des Affaires sociales et de l'intégration, a été arrêté.

Reprenant l'analyse de la situation financière des différentes branches du régime général de la Sécurité sociale entreprise lors de la précédente audition, M. Michel Lagrave a souligné la dégradation préoccupante du solde de la branche vieillesse, dont le déficit devrait passer de - 6,2 milliards de francs en 1990 à - 17,7 milliards de francs en 1991 et -20,4 milliards de francs en 1992.

Les évolutions tendanciennes d'ores et déjà perceptibles s'aggraveront brutalement dans les années 2005-2010, c'est-à-dire lors de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du "baby boom" d'après-guerre. Les prévisions réalisées à ce sujet font apparaître qu'à législation inchangée, cette rupture démographique aurait pour effet :

- d'accroître de 300 milliards de francs les dépenses de la branche vieillesse du régime général (dont le total atteint aujourd'hui 280 milliards de francs) ;

- de rendre nécessaire une augmentation de 8 à 10 points des cotisations et de multiplier par deux les cotisations employeurs.

La sauvegarde de l'équilibre financier des régimes de retraite rend donc indispensable l'engagement de réformes structurelles dont les diverses modalités, parfaitement identifiées depuis une dizaine d'années (1), ont été synthétisées dans le livre blanc sur les retraites publié par le Gouvernement au printemps dernier.

Le débat organisé à ce sujet à l'Assemblée Nationale le 14 mai 1991 a permis de faire apparaître un large accord sur cinq points principaux, à savoir :

- la nécessité de l'engagement rapide de réformes structurelles ;

- l'utilité d'un indice stable de revalorisation des pensions, qu'il s'agisse d'une indexation sur les salaires nets ou d'un indice spécifique élaboré par l'I.N.S.E.E. ;

1. Notamment dans le cadre de la Commission Tabah (1987) ou des travaux du Xe Plan (1989)

- la réaffirmation du principe de la répartition pour les régimes de base, ceux-ci pouvant être éventuellement complétés par des régimes complémentaires de capitalisation selon des modalités à définir ;

- le maintien du droit à la retraite à 60 ans (dans la mesure où ce droit ne constitue pas une obligation) ;

- l'indispensable révision des conditions d'ouverture des droits à la retraite et des modalités de calcul de la pension.

A l'issue de ce débat, la mission présidée par M. Cottave (1), a ensuite engagé, à la demande du Gouvernement, une vaste consultation des partenaires sociaux sur l'avenir des régimes de retraite et les conclusions du livre blanc. Cette mission devrait déposer son rapport d'ici la fin de l'année 1991. Par ailleurs, les éléments de solution ayant fait l'objet d'un consensus pourront également être mis en oeuvre dans le même délai.

Répondant aux questions de MM. Jacques Oudin, Henri Collard et Philippe Adnot, sur les différents scénarii envisageables en la matière, M. Michel Lagrave a indiqué que les principales hypothèses relatives à l'évolution de la situation démographique et financière des régimes de retraite étaient d'ores et déjà exposées dans le livre blanc.

Les membres du groupe de travail ont donc décidé d'analyser avec attention, au cours d'une de leurs prochaines réunions, les scénarii disponibles ou réalisables à ce sujet.

Répondant enfin à une question de M. Robert Vizet sur le déplafonnement éventuel des cotisations d'assurance vieillesse, M. Michel Lagrave a précisé qu'un tel déplafonnement aboutirait à remettre en cause les régimes complémentaires de retraite, dont l'assiette est calculée à partir du plafond de la sécurité sociale. Cette situation spécifique explique que les cotisations d'assurance-vieillesse n'aient pas été déplafonnées, à la différence des cotisations des autres branches du régime général.

Passant ensuite à la présentation de la situation financière de la branche famille, M. Michel Lagrave a mis en évidence la persistance d'importants excédents (3,8 milliards de francs en 1989, 4,7 milliards de francs en 1990), appelés à croître au cours des prochaines années (6,1 milliards de francs prévus pour 1991 et 11,1 milliards de francs pour 1992).

Une partie de cet excédent est utilisé afin d'assurer le financement :

- des mesures définies en 1990 en faveur des familles (prolongation de la limite d'âge des versements des prestations familiales,

du versement de l'allocation de rentrée scolaire, etc...) et dont le coût global est évalué à 1 milliard de francs ;

- de l'alignement des prestations familiales des départements d'Outre-Mer sur celles de la métropole, cette parité devant être établie progressivement de 1991 à 1995 pour un coût total d'un milliard de francs.

MM. Jacques Oudin, Philippe Adnot et Henri Collard sont alors intervenus pour souligner la nécessité d'utiliser les excédents de la branche famille du régime général en faveur d'une politique familiale plus ambitieuse.

M. Michel Lagrave a indiqué qu'une réflexion était entreprise en ce domaine, comme en témoigne :

- le projet de loi-cadre sur les familles élaboré par l'Union Nationale des Associations familiales ;

- le récent rapport du Conseil économique et social sur la politique familiale ;

- la mise en place du groupe de travail sur les minimas sociaux, présidé par M. Fragonard, délégué interministériel au R.M.I., et dont la réflexion s'attachera notamment à déterminer les éléments d'une meilleure coordination entre l'allocation de parent isolé et le R.M.I.

S'agissant enfin de la branche accidents du travail, **M. Michel Lagrave** a souligné la résorption des excédents (0,8 milliard de francs prévu pour 1992 contre 3,6 milliards de francs en 1988) résultant de la diminution du nombre des accidents du travail et des taux de cotisation, déplafonnés en 1991.

M. Jacques Oudin a indiqué à ce sujet que les conclusions du groupe de travail créé en 1989 au sein de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale, et présidé par M. Pierre Bougon, avait permis d'établir qu'une répartition contestable des dépenses communes de la branche maladie et de la branche des accidents du travail avait pour conséquence d'alourdir de 3,5 milliards de francs les charges imputées à la branche des accidents du travail, et d'alléger d'autant celles de la branche maladie.

M. Michel Lagrave a par ailleurs précisé que la réforme de la réglementation des accidents du travail était actuellement à l'étude. Cette réforme pourrait s'organiser autour de quelques principes essentiels, à savoir :

- l'adaptation des conditions d'indemnisation ;

- la mise à jour de la définition des maladies professionnelles ;

- l'alignement du régime des accidents de travail sur le droit commun ;

- la simplification technique des modalités de calcul des indemnités journalières.

M. Michel Lagrave s'est ensuite attaché à analyser la gestion administrative et financière du régime général de la Sécurité sociale.

Les dépenses de gestion du régime général représentent 40 milliards de francs. Leur part relative dans le total des dépenses (qui atteignent près de 1.000 milliards de francs) ne cesse de diminuer au cours de ces dernières années, passant ainsi de 5,1 % en 1985 à 3,9 % en 1992.

Un important effort de productivité a été entrepris, et les effectifs du régime général ont ainsi diminués de 5,5 % en 6 ans. Cette tendance générale recouvre toutefois des évolutions contrastées selon les différents risques, tenant essentiellement au mode d'organisation et au degré de centralisation des branches concernées. Ainsi, au cours de la période considérée, les effectifs de la branche maladie ont diminué de 5,7 %, contre - 3,4 % pour la branche famille et - 1,8 % pour la branche vieillesse.

M. Michel Lagrave a ensuite présenté les principales réformes entreprises dans ce domaine au cours des dernières années, à savoir :

1°/ **La réorganisation de l'U.C.A.N.S.S. (1)** à l'issue d'une longue crise qui en perturba le fonctionnement en 1990. Les conclusions de la mission Lavergne (septembre 1990), l'accord du 6 décembre 1990 et la loi du 18 janvier 1991 ont abouti, d'une part, et conformément au souhait du C.N.P.F., au rétablissement du paritarisme au sein du conseil d'administration de cet organisme et, d'autre part, à l'allègement de la tutelle de l'Etat.

2°/ **La réforme de l'Agence centrale des Organismes de Sécurité sociale (A.C.O.S.S.) (2)**

A l'égal des autres caisses nationales de Sécurité sociale, le président de l'A.C.O.S.S. est désormais élu par le conseil d'administration et n'est plus, comme antérieurement, un fonctionnaire désigné par les autorités de tutelle. Par ailleurs, les pouvoirs de l'A.C.O.S.S. sur les unions locales de recouvrement (URSSAF) ont été accrus.

1.1. Union des Caisses Nationales de la Sécurité sociale est notamment chargée des problèmes touchant le statut du personnel (négociation des conventions collectives, formation, etc...) et la gestion immobilière.

2.1. L'A.C.O.S.S. est chargée de la gestion de la trésorerie des différentes branches du régime Général.

3° La nouvelle classification et la personnalisation des salaires des agents de direction ayant fait l'objet d'un avenant récemment agréé ;

4° L'agrément, pour 1991, d'un amendement salarial tri-annuel.

M. Michel Lagrave a rappelé par ailleurs que les modalités de gestion des caisses de Sécurité sociale avaient fait l'objet de diverses adaptations visant à une plus grande efficacité.

Des protocoles d'accord ont ainsi été conclus entre les autorités ministérielles et les organismes du régime général. Ces contrats ouvrent la voie à un mode d'exercice de la tutelle caractérisé par des règles de gestion plus souples, un allègement de la tutelle a priori et un renforcement du contrôle a posteriori. Les orientations budgétaires adoptées par les conseils d'administration des organismes nationaux sont établis dorénavant dans le cadre d'un plan pluriannuel.

Mercredi 18 septembre 1991

**Audition de M. Patrice VIAL,
Directeur de la Prévision
au ministère de l'Économie, des Finances
et du Budget**

Après que M. Jacques Oudin, président, eut rappelé les objectifs du groupe de travail sur les aspects financiers de la protection sociale constitué au sein de la Commission des Finances du Sénat, M. Patrice Vial a effectué un triple constat :

1. Jusqu'à aujourd'hui il ne peut être établi avec certitude que la croissance très rapide des prélèvements sociaux ait obéré la compétitivité de l'économie française.

2. En revanche, la poursuite d'une croissance des dépenses au rythme actuel serait préoccupante pour l'avenir, compte tenu de la contrainte d'ajustement que représente la mise en place de l'Union économique et monétaire européenne.

3. A long terme, l'accroissement des cotisations n'est pas une solution et une réforme en profondeur s'impose pour une meilleure maîtrise des dépenses, tant en ce qui concerne la santé que les retraites ; dans cette perspective, les réformes déjà entreprises à l'étranger, en particulier en Europe, sont riches d'enseignements.

Répondant aux questions de MM. Jacques Oudin et Robert Vizet s'interrogeant sur le poids des dépenses sociales et des prélèvements correspondants et sur leur évolution, en comparaison avec les autres pays européens, M. Patrice Vial a fait remarquer que si le poids global des dépenses liées à la protection sociale était en France à peu près équivalent à celui constaté dans les principaux pays de l'Europe du Nord et notamment de l'Allemagne, le mode de financement de ces dépenses, caractérisé par la forte proportion de cotisations sociales obligatoires et une faible importance de la fiscalisation, s'apparentait plutôt à celui des pays de l'Europe du Sud.

Concernant l'évolution des dépenses, il a précisé que depuis quelques années de nombreux pays avaient pris des mesures structurelles tendant à un infléchissement des rythmes de croissance, notamment en

matière de retraites. En France, la question d'une réforme des retraites a été posée par le "Livre blanc".

Concernant le niveau des prélèvements sociaux, il a rappelé que des différences de définition et de structure des prélèvements obligatoires selon les pays rendent délicates les comparaisons internationales ; par exemple, la part plus importante des cotisations volontaires en Allemagne, notamment pour les régimes de retraite d'employeurs, contribue à expliquer que le poids des cotisations sociales (obligatoires), exprimé en pourcentage du P.I.B., soit supérieur de 5 points en France, pour un niveau global de protection sociale comparable. L'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale fait, par ailleurs, apparaître un niveau de fiscalisation relativement faible en France (18,2 % des recettes de la protection sociale).

Selon M. Patrice Vial, la croissance rapide des dépenses sociales a pu être, jusqu'ici, financée sans conséquences notables sur la compétitivité de l'économie française, grâce aux ajustements monétaires jusqu'au début des années 80 et, depuis lors, parce que les augmentations de cotisations sociales ont peu porté sur les employeurs dont la charge est stabilisée depuis 1985.

Cette évolution a pu s'opérer sans effet défavorable sur le coût du travail, les salariés ayant accepté que l'alourdissement de leurs cotisations s'impute sur l'évolution globale de leur rémunération. En effet, cette augmentation des cotisations semble jusqu'ici avoir été perçue comme du salaire différé. Au cours des dernières années, une grande part des gains de pouvoir d'achat a été de ce fait imputable aux transferts sociaux. Le salaire net a connu une croissance nettement plus faible que le salaire brut.

Ceci explique que le coût salarial moyen en France reste en ligne avec celui constaté en Allemagne et aux Pays-Bas et que la compétitivité de l'économie française, à s'en tenir à son aspect coût, ne se soit pas érodée par rapport à celle des autres pays européens.

M. Philippe Adnot ayant fait remarquer que ce raisonnement ne s'appliquait pas aux industries de main d'oeuvre comme celles du secteur textile touchées par la concurrence des pays asiatiques, M. Patrice Vial a noté qu'au niveau mondial les fluctuations du cours du dollar avaient à court terme des répercussions plus importantes en termes de compétitivité.

M. Jacques Oudin a, quant à lui, mis en avant les autres facteurs déterminants en matière de compétitivité, globalement défavorables à la France, tels l'investissement, la recherche-développement ou la formation. M. Patrice Vial a alors indiqué que si la compétitivité prix était facile à mesurer, son aspect qualitatif était en revanche difficilement quantifiable.

Répondant aux questions de MM. Jacques Oudin et Philippe Adnot sur les conséquences du niveau des charges sociales en matière d'emploi, M. Patrice Vial a ensuite souligné que le mode de financement actuel de la protection sociale alourdissait le coût du travail pour les emplois à faible niveau de qualification mais qu'une réduction des charges sociales pesant sur ce type d'emploi, qui permettrait d'agir favorablement sur le niveau du chômage, nécessite des précautions, compte tenu de son coût potentiel pour l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Il a par ailleurs rappelé que pour un pays développé comme la France, l'orientation de long terme devrait plutôt être de chercher une élévation du niveau de la qualification.

A ce sujet, M. Robert Vizet a suggéré que les entreprises de main d'oeuvre soient taxées moins lourdement que les autres pour le financement de la protection sociale et M. Jacques Oudin s'est demandé si un accroissement de la fiscalisation, traditionnellement limitée en France à l'équilibre de certains régimes particuliers, ne pourrait pas constituer une solution à ce problème.

Il a ensuite interrogé M. Patrice Vial sur les conséquences de l'aggravation du chômage sur l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

M. Patrice Vial a répondu que la complexité des mécanismes macro-économiques en jeu rendait difficile de donner une réponse simple par un chiffre unique.

Le chômage a un impact direct sur les dépenses, essentiellement par l'intermédiaire de l'U.N.E.D.I.C. Pour le reste, c'est via une révision à la baisse de la masse salariale, donc des recettes de la Sécurité sociale, que se produisent les effets. Une variation de 1 % de celui-ci suscite une variation d'environ 7 milliards de francs des recettes du régime général. Dès lors, le ralentissement de la croissance a un impact global négatif qui ne se limite pas à une diminution éventuelle du nombre des personnes employées. Il peut agir également sur les salaires, à effectifs inchangés. On constate par exemple que la progression de l'assiette des recettes est passée d'environ 8 % par an en 1989-1990 à près de 5,5 % en 1991.

Dans le cadre d'une évolution salariale maîtrisée, un ralentissement de la dynamique des dépenses est donc indispensable. A défaut des tensions sur le financement de la sécurité sociale pourraient apparaître.

M. Jacques Oudin a enfin interrogé M. Patrice Vial sur l'impact prévisible de la mise en place du marché unique européen sur le système français de protection sociale. Cet impact devrait, à court terme, être limité, d'après M. Patrice Vial ; les contraintes d'ajustement très lourdes de l'Union économique et monétaire rendant difficilement envisageable une harmonisation rapide de la protection sociale.

Cependant, à plus long terme, une réforme des régimes de retraite ainsi qu'une politique d'autorégulation des dépenses de santé devraient s'imposer, allant dans le sens d'une harmonisation "de facto".

A propos d'une remarque de M. Jacques Oudin concernant la politique familiale et les possibilités d'action des pouvoirs publics en faveur d'une meilleure compatibilité entre travail féminin et natalité, M. Patrice Vial a rappelé l'incertitude actuelle concernant l'évolution démographique, la chute de la fécondité constatée pouvant s'analyser comme le résultat d'un retard de l'âge de la procréation, retard peut-être dû au développement du travail féminin.

En conclusion, M. Patrice Vial a mis en lumière l'importance de la part de l'accroissement de la richesse nationale consacrée au financement de la protection sociale. En effet, on estime par exemple que, pour un taux de croissance annuelle de 3 % du PIB, cette part atteint 0,6 à 0,8 point de PIB. 1,5 % environ étant consacrés à la mise en oeuvre de nouveaux facteurs de production (embauches supplémentaires, investissements nouveaux...), seuls 0,7 à 0,8 % de croissance restent disponibles pour être distribués aux actifs. On peut donc légitimement s'interroger sur la possibilité d'une poursuite durable d'une évolution du partage de la richesse nationale si défavorable aux actifs. Le danger serait que ceux-ci réagissent en exigeant une compensation salariale, ce qui serait susceptible d'avoir des répercussions inflationnistes et de nuire à la compétitivité de l'économie française. Ceci est une raison de fond qui milite pour une certaine discipline des dépenses sociales. Acquiesçant en ce sens, M. Jacques Oudin a évoqué le "syndrome de la révolte des actifs" suscité par le décalage de niveau de vie constaté entre les jeunes ménages surendettés et les retraités.

Mercredi 2 octobre et

Mardi 8 octobre 1991

**Audition de M. Jean MARMOT,
Conseiller-maitre à la Cour des Comptes,
Secrétaire Général de la Commission des comptes de la Sécurité
sociale
et de M. Christian BÉCHON.**

A l'occasion d'une première audition, tenue le mercredi 2 octobre 1991, M. Jean Marmot a tout d'abord présenté la composition et le fonctionnement de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Instituée en 1979, la Commission des comptes de la Sécurité sociale a vu sa composition et ses compétences modifiées par le décret n° 87-441 du 23 juin 1987.

La Commission, qui comprend notamment huit parlementaires (soit 4 députés et 4 sénateurs), doit au moins tenir deux réunions par an afin d'examiner les comptes des régimes de Sécurité sociale établis pour l'année antérieure et les comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année suivante(1).

La compétence de la Commission des comptes de la Sécurité sociale s'étend à l'ensemble des régimes obligatoires de la Sécurité sociale, qu'il s'agisse des régimes de base ou des régimes complémentaires de retraite (soit au total 538 régimes).

La Commission n'élabore pas elle-même les comptes correspondants, mais analyse ceux qui lui sont communiqués par les administrations compétentes (ceux-ci différant par ailleurs, des comptes établis par les agents comptables des différents régimes).

Selon le calendrier indicatif présenté par M. Claude Evin en juillet 1989, la tenue des réunions de la Commission des comptes devrait obéir à une certaine régularité soit, au mois de mai de chaque année, l'examen des comptes du seul régime général et, au mois de novembre, l'analyse des comptes de l'ensemble des régimes de Sécurité sociale. Or, l'expérience des deux dernières années a montré que l'organisation des réunions de la Commission des comptes de la Sécurité sociale était tributaire de trois éléments, à savoir :

1. article D 114-3 du Code de la Sécurité Sociale

1°) La publication des hypothèses macro-économiques de la Commission des comptes de la Nation, qui intervient en mars et en octobre de chaque année ;

2°) le délai nécessaire à l'établissement des comptes des différents régimes de Sécurité sociale par les administrations compétentes ;

3°) Les contraintes spécifiques de la session budgétaire.

S'agissant de l'établissement des comptes, tant rétrospectifs que prévisionnels, M. Jean Marmot a exprimé sa plus vive inquiétude concernant l'insuffisance des moyens dont disposent les administrations concernées.

Ainsi, la division des études économiques et statistiques du ministère des Affaires sociales et de l'intégration a perdu 40 % de ses effectifs depuis 1984. Cette division compte aujourd'hui 17 agents, dont la plupart (soit 14 au total) sont des agents mis à disposition qui se caractérisent par la précarité de leur affectation. Ainsi, par exemple, l'établissement des comptes prévisionnels de l'assurance maladie est assuré par un agent au C.N.R.S. dont le départ, toujours menaçant, serait susceptible de paralyser totalement cette activité.

A la faveur de la faiblesse des moyens de l'administration, les cabinets ministériels ont étendu considérablement leur influence dans la gestion directe de la Sécurité sociale, diminuant d'autant l'intérêt des tâches proprement administratives.

En conséquence, on peut estimer que les autorités responsables de la Sécurité sociale sont devenues progressivement amnésiques et ont perdu de vue les grandes lignes directrices de leur action en ce domaine.

M. Jean Marmot a donc souligné la nécessité absolue de reconstituer les moyens nécessaires à :

- la définition de véritables réflexions stratégiques en ce qui concerne l'évolution de la Sécurité sociale ;

- l'application rapide et efficace des décisions prises par le Gouvernement en la matière.

Répondant à une question de M. Jacques Oudin, M. Jean Marmot a précisé que l'insuffisance des moyens entravait également l'activité des services compétents du ministère de l'Economie, des Finances et du Budget.

M. Jean Marmot a également souligné la nécessité d'établir, en ce qui concerne les régimes de Sécurité sociale, des comptes constituant de véritables instruments d'aide à la décision.

Ainsi, en leur état actuel, les comptes rétrospectifs présentés à la commission diffèrent de ceux établis par les agents comptables des différents régimes. Les différences ainsi constatées s'expliquent par des retraitements comptables correspondant :

1°) pour les 9/10èmes d'entre eux, à des opérations purement techniques destinées à rendre possible la comparaison des dépenses et des prestations entre les différents régimes de la Sécurité sociale ;

2°) pour le reste, à des opérations relevant davantage de l'opportunité que de la nécessité technique proprement dite. Il s'agit :

a.) d'une part, de la répartition de certaines charges entre la branche maladie et de la branche accidents du travail du régime général, au détriment de cette dernière. Selon les conclusions du rapport BOUGON (juillet 1989), les charges imputables à la branche des accidents du travail sont ainsi anormalement alourdies d'environ 3,5 milliards de francs (les charges de la branche maladie étant allégées d'autant) ;

b.) la définition et l'utilisation des excédents de la branche famille.

M. Jean Marmot a donc affirmé la nécessité de parvenir à une définition stricte des charges et des produits des différents branches se traduisant par une véritable répartition comptable qui n'empêcherait nullement d'avoir une vision d'ensemble de la situation financière de la Sécurité sociale.

Interrogé par MM. Jacques Oudin et Henri Collard au sujet des comptes établis par les agents comptables des différents régimes, M. Jean Marmot a indiqué que ces comptes :

- étaient contrôlés, soit directement par la Cour des comptes (tous les cinq ans), soit pour les régimes de base, par les comités départementaux d'examen des comptes des organismes de Sécurité sociale (C.O.D.E.C.), présidés par les trésoriers payeurs généraux, et dont les rapports sont transmis à la Cour des comptes.

Interrogé également sur la pertinence des comptes ainsi établis par les agents comptables, M. Jean Marmot a par ailleurs précisé qu'à l'exception des gestions dites budgétaires (qui, en valeur relative, sont les moins importantes), le régime général comptabilise ses opérations (et donc spécialement celles relatives à la gestion technique des risques) selon les encaissements ou décaissements effectivement constatés au cours d'une année donnée.

Or, si ce mode de comptabilisation est une exacte application des dispositions du code de la sécurité sociale, il n'est conforme ni au plan comptable général en vigueur dans notre pays, ni aux pratiques internationales en usage tant en matière de comptabilité publique que de comptabilité privée, selon lesquelles l'enregistrement des opérations en comptabilité est effectué dès la naissance du droit.

Par ailleurs, la comptabilisation des produits et des charges des régimes complémentaires de salariés s'effectuant déjà selon le principe du droit constaté, l'établissement de comptes comparables avec ceux du régime général nécessite aujourd'hui d'importants retraitements comptables.

Interrogé par M. Jean-Pierre Masseret sur les conséquences financières d'une modification des règles comptables du régime général, M. Jean Marmot a estimé à 3 milliards de francs le montant du solde susceptible d'être dégagé la première année d'une éventuelle mise en oeuvre de cette modification.

S'agissant des modalités concrètes d'une telle modification, M. Jean Marmot a exposé les principes généralement admis en la matière et dont certains ont d'ailleurs été formalisés dans le rapport du groupe de travail présidé par M. Robert Mazars, à savoir :

1°) la comptabilisation des opérations des organismes de sécurité sociale en droits constatés et la généralisation d'un plan comptable revu et adapté, conforme au plan comptable général ;

2°) la clarification des relations entre l'Etat et le régime général en ce qui concerne la gestion de certaines prestations (R.M.I., allocations aux adultes handicapés, fonds national de solidarité, etc...) ;

3°) la réforme des procédures de vérification et de certification des comptes (qui pourraient être, le cas échéant, confiées à des experts privés et indépendants, jouant le rôle de commissaires aux comptes auprès de chaque organisme) ;

4°) l'amélioration des délais de transmission des informations nécessaires à l'établissement des comptes par l'ensemble des acteurs concernés. Les retards répétés qui affectent la mise au point des comptes de la Caisse nationale d'allocations familiales, en raison notamment du retard mis par les services de l'Etat à produire les données relatives aux agents publics, sont à cet égard significatif des dysfonctionnements qu'il convient de corriger.

Répondant ensuite aux questions de MM. Jacques Oudin et Roland du Luart sur l'éventuelle simplification institutionnelle et le regroupement des régimes de Sécurité sociale, M. Jean Marmot a estimé que ce regroupement, souhaitable à moyen et long terme, ne saurait en

aucun cas aboutir à un régime unique de Sécurité sociale couvrant l'ensemble des bénéficiaires et servant l'ensemble des prestations, certains régimes spécifiques comme celui des exploitants agricoles n'étant pas nécessairement menacés de disparition.

Il paraît plus raisonnable d'envisager d'ici une cinquantaine d'années :

- le maintien d'un régime unique d'allocations et de prestations familiales ;

- la constitution d'un régime de base d'assurance vieillesse commun à l'ensemble des bénéficiaires et la diversification des régimes complémentaires à caractère professionnel ;

- le regroupement des régimes d'assurance maladie en trois pôles distincts (salariés, non salariés, exploitants agricoles).

En ce qui concerne l'assurance maladie, M. Jean Marmot a également estimé nécessaire de préparer, dès aujourd'hui, l'établissement de comptes régionaux de la santé afin de remédier à la centralisation excessive résultant de l'organisation actuelle.

Répondant à une question de M. Philippe Adnot sur l'existence et le montant des fonds propres du régime général, M. Christian Béchon a indiqué que :

- le "déficit" de la Sécurité sociale était en fait un déficit prévisionnel qui se réalise rarement, le gouvernement prenant toujours les mesures financières nécessaires pour rétablir l'équilibre en fin d'exercice ;

- depuis 1945, et du fait du mécanisme exposé ci-dessus, le régime général de la Sécurité sociale avait, en moyenne, dégagé chaque année un léger excédent qui augmente ses fonds propres. Ainsi, par exemple, les réserves financières du seul fonds national de l'assurance maladie peuvent être évaluées à environ 1 milliard de francs. De même, les réserves financières du fonds d'action sanitaire et sociale sont évaluées à 20 milliards de francs.

En d'autres termes, le déficit du régime général de la Sécurité sociale doit s'analyser comme un déficit de trésorerie dont l'aggravation récente s'avère d'ailleurs préoccupante.

Au cours d'une seconde audition tenue le mardi 8 octobre 1991, M. Jean Marmot s'est attaché à analyser les conditions actuelles d'établissement des comptes prévisionnels de la Sécurité sociale.

Soulignant l'effort d'harmonisation déjà entrepris depuis le début des années 80, M. Jean Marmot a souligné deux catégories de problèmes demeurant à résoudre en ce domaine, à savoir :

1°) l'évaluation des recettes du régime général qui dépend de l'hypothèse retenue par la Commission des comptes de la Nation quant à l'évolution de la masse salariale. Or, à l'examen, il apparaît que ce dernier indicateur, qui ne constitue pas un élément essentiel de la réflexion d'ensemble des comptes nationaux, s'est toujours avéré très différent de la réalité effectivement observée. En conséquence, les autorités responsables de l'établissement des comptes prévisionnels de la Sécurité sociale ont recouru, de manière parfois arbitraire, à un "effet de structure" afin d'ajuster les prévisions d'évolution de la masse salariale établies par les comptes nationaux.

Toutefois, et si le recours à cet "effet de structure" est difficilement justifiable, il convient de signaler qu'il a eu pour effet, jusqu'à présent, de permettre l'établissement de prévisions de recettes supérieures aux recettes effectivement constatées. Ce constat doit toutefois être tempéré en ce qui concerne les prévisions de recettes élaborées pour 1992, l'hypothèse de croissance de la masse salariale retenue pour cette année (soit + 5,6) étant incomparablement supérieure à celle retenue dans le cadre du projet de loi de finances pour 1992 (soit + 4,8).

2°) l'évaluation de l'impact financier des mesures prises en matière de Sécurité sociale, qui s'avère toujours extrêmement difficile, compte tenu des délais nécessaires à leur "montée en charge". Ainsi, par exemple, la réforme de la nomenclature des actes des biologistes aurait entraîné, selon les prévisions initiales, une économie de 18 % de la dépense totale correspondante. En cours d'exercice, cette prévision fut révisée à la baisse et l'économie correspondante fut estimée à 800 millions de francs. En définitive, l'économie réalisée à ce titre atteignit 1,4 milliards de francs, soit 14 % de la dépense totale correspondante.

D'autres exemples, tels l'appréciation des conséquences financières des mesures prises à l'égard des pharmaciens ou des cliniques privées⁽¹⁾ illustrent également les difficultés constatées en ce domaine.

M. Jacques Oudin a souligné à ce sujet les problèmes similaires concernant la pertinence des précisions présentées à l'appui du projet de loi de finances. Il a également estimé que la Commission des comptes de la Sécurité sociale contribuait, par son existence même, à attirer davantage l'attention sur les prévisions établies en ce domaine.

M. Jean Marmot a par ailleurs indiqué que les difficultés actuellement rencontrées dans l'établissement des comptes des

1. M. Jean Marmot a indiqué à ce sujet qu'il était personnellement favorable au développement du secteur hospitalier privé à but non lucratif.

organismes sociaux n'avaient pas pour effet de "gauchir ou de déformer les problèmes existants". Toutefois, l'adoption de règles comptables plus satisfaisantes, en réduisant l'opacité des comptes sociaux, favoriserait une prise de conscience de la réalité objective desdits problèmes et, par là même, contribuerait à la mise en oeuvre des solutions indispensables.

En conclusion de son exposé, M. Jean Marmot a ensuite soumis aux membres du groupe de travail quelques réflexions concernant :

1°) l'évolution récente du rôle de la Caisse des dépôts et consignations qui, compte tenu des difficultés financières auxquelles se trouvent confronté le régime général, tend à consentir à celui-ci une avance permanente et non plus des facilités ponctuelles de trésorerie ;

2°) les prélèvements parfois effectués au profit du budget de l'Etat, sur les réserves financières de certains régimes sociaux ;

3°) la difficulté, d'évaluer de manière objective les coûts de gestion de la Sécurité sociale. Les renseignements fragmentaires disponibles à ce sujet permettent d'estimer que le coût total de la gestion de l'ensemble de la Sécurité sociale (soit environ 50 milliards de francs) :

a.) est très inférieur, en France, aux coûts de gestion des sociétés d'assurance et des mutuelles ;

b.) est supérieur en France (sous réserve de la fiabilité et de la pertinence des données disponibles en la matière) aux coûts de gestion constatés dans les autres pays de la Communauté économique européenne en raison d'une réglementation et d'une organisation institutionnelle plus complexe.

Répondant aux questions de MM. Jacques Oudin et Robert Vizet, sur l'intérêt qu'il convenait d'apporter à cette question, M. Jean Marmot a estimé que l'analyse du coût de gestion de la Sécurité sociale méritait d'être approfondie, en dépit d'une masse financière relativement faible et de la diminution de la part des dépenses correspondantes, exprimée en pourcentage, dans le total des dépenses de la Sécurité sociale.

Interrogé ensuite par M. Jacques Oudin sur la productivité des différentes caisses du régime général, M. Jean Marmot a indiqué que la direction de la sécurité sociale ne disposait pas actuellement des moyens nécessaires à une telle estimation.

Il a par ailleurs souligné que des gains de productivité et des économies significatives pourraient être obtenues par la simplification de certaines procédures ou de certaines règles abusivement complexes, telles celles régissant actuellement les relations de la Sécurité sociale et les hôpitaux pour la répartition de la dotation globale entre les différents régimes.

Répondant à une question de M. Jacques Oudin, sur les débiteurs de la sécurité sociale, M. Jean Marmot a indiqué que :

1°) Le total des restes à recouvrer (cotisations, majorations et pénalités de retard) par les organismes de recouvrement de la France métropolitaine atteignait environ 74 milliards de francs au 31 décembre 1990. Les seules créances passives, c'est-à-dire intégrées dans des procédures collectives (règlements judiciaires et liquidation de biens) s'élevaient à la même date à environ 46 milliards de francs.

2°) L'évaluation des dettes de l'Etat à l'égard de la Sécurité sociale supposait de déterminer au préalable si la puissance publique était soumise au droit commun applicable en la matière et devait, de ce fait, satisfaire aux mêmes obligations qu'un employeur ordinaire.

3°) Le problème des dettes des Etats étrangers concernait essentiellement les hôpitaux publics de Paris, de Lyon et de Marseille. Par ailleurs, il convient de distinguer trois situations distinctes à ce sujet, à savoir :

a.) Les dettes contractées par des ressortissants d'autres Etats membres de la Communauté économique européenne, qui font normalement l'objet d'un mécanisme de compensation complexe mais relativement satisfaisant. Le montant total de la dette correspondante est évalué à 100 milliards de francs ;

b.) les dettes contractées par les ressortissants des pays riches du Moyen-Orient, auxquels les soins sont facturés au coût réel ;

c.) les dettes contractées par les ressortissants de pays du tiers monde et, plus particulièrement, du Maghreb. Selon une étude réalisée à la demande de M. Jean Marmot pour l'Assistance publique de Paris, le montant de la dette due à ce titre par l'Algérie s'élevait à environ 100 millions de francs. Toutefois, les négociations engagées à ce sujet sont peu susceptibles d'aboutir, les pays concernés arguant des sommes qui leur seraient dues au titre des prestations sociales non versées par la France.

M. Jean Marmot a également précisé à ce sujet que :

- le centre de la sécurité sociale des travailleurs migrants serait susceptible de communiquer aux membres du groupe de travail des informations complémentaires à ce sujet ;

- les dépenses d'assurance vieillesse versées au titre des travailleurs immigrés rentrés dans leur pays d'origine allaient probablement connaître une croissance rapide au cours des prochaines années.

Mercredi 15 janvier 1992

**Audition de Mme Béatrice MAJNONI D'INTIGNANO,
Professeur à l'Université de Paris XII**

M. Jacques Oudin, après avoir rappelé les objectifs du groupe de travail, a interrogé Mme Béatrice Majnoni d'Intignano sur l'évolution des dépenses de santé dans les différents pays de l'O.C.D.E.

Mme Béatrice Majnoni d'Intignano a tout d'abord constaté que la France apparaissait au sein de l'O.C.D.E. comme l'un des pays éprouvant le plus de difficultés à maîtriser l'évolution des dépenses de santé.

En effet, l'élasticité moyenne des dépenses de santé par rapport au P.I.B., appréciée sur l'ensemble de la période 1985-1990 s'est élevée à 2,3 pour la France, contre seulement 1,6 aux Etats-Unis, 1,1 au Royaume-Uni et en R.F.A., et 0,5 en Suède. Cette élasticité élevée, témoignant d'une croissance des dépenses de santé beaucoup plus rapide que celle de la richesse nationale, a encore augmenté au cours de la période récente et s'élèverait entre 2,5 et 3 cette année, alors que depuis 1980, on assiste à une maîtrise de l'évolution des dépenses dans les autres pays.

Après s'être accrue très rapidement jusqu'à la crise économique, la part des dépenses de santé dans la richesse nationale, exprimée en % du P.I.B., s'est stabilisée autour d'une moyenne de 7,5 % dans les pays de l'O.C.D.E.

En 1989, cette part s'élevait respectivement à :

- 11,4 % aux Etats-Unis ;**
- 9 % en Suède ;**
- 8,7 % en France ;**
- 8,2 % en R.F.A. ;**
- 6,8 % au Japon ;**
- 6,1 % au Royaume-Uni ;**
- 4 % en U.R.S.S.**

La France est, avec les Etats-Unis, le seul pays où la part des dépenses de santé continue à s'accroître. Par ailleurs, on remarque que cette part est beaucoup plus faible dans les pays de l'Europe de l'Est et en Union soviétique qu'en Europe occidentale.

M. Philippe Adnot s'est interrogé sur l'évolution des dépenses de santé en Suède, dont la croissance a été fortement réduite même si leur part dans le P.I.B. demeure élevée. **Mme Béatrice Majnoni d'Intignano** a rappelé l'organisation du système de santé suédois, système administré du même type que celui du Royaume-Uni, mais selon elle, plus coûteux parce que décentralisé.

M. Jacques Oudin a, à cet égard, fait remarquer qu'en France la décentralisation de l'aide sociale au profit des départements semblait plutôt avoir conduit à une meilleure maîtrise des dépenses.

Il a par ailleurs souligné l'effort de maîtrise des dépenses de santé accompli par la Suède, alors que dans le même temps a été mise en place une politique nataliste particulièrement efficace.

Mme Béatrice Majnoni d'Intignano a indiqué que d'importantes économies avaient été réalisées sur le budget des hôpitaux, avec la fermeture d'un certain nombre de lits, ainsi que sur les dépenses de médecine ambulatoire.

M. Jacques Oudin ayant noté la stabilisation des dépenses de santé en Allemagne, **Mme Béatrice Majnoni d'Intignano** a mis l'accent sur le bon fonctionnement du système de santé allemand, au regard des quatre critères d'appréciation suivants : libre choix du médecin par le malade, existence du tiers payant, niveau élevé de couverture sociale, participation active des représentants professionnels. Elle a en revanche souligné l'"explosion" des dépenses de santé aux Etats-Unis.

M. Jacques Oudin a ensuite interrogé **Mme Béatrice Majnoni d'Intignano** sur l'importance respective des dépenses remboursées et des dépenses non remboursées.

A ce sujet, **Mme Béatrice Majnoni d'Intignano** a constaté que la France était avec les Etats-Unis, l'un des pays où les malades participent le plus au financement des dépenses de santé. La part des dépenses non remboursées s'y élève en effet à 20 %, contre par exemple seulement 10 % au Royaume-Uni et 15 % en Allemagne. Il semblerait donc que le ticket modérateur n'ait qu'une faible influence sur le volume des dépenses et qu'accroître la part de financement des malades ne constitue pas un bon moyen pour en faire baisser le niveau.

M. Robert Vizet a souhaité connaître le niveau des dépenses de santé par habitant dans les différents pays de l'O.C.D.E.. A cet égard, **Mme Béatrice Majnoni d'Intignano** a souligné que le déterminant essentiel du niveau de dépenses par habitant se révélait être la richesse du pays. Les écarts importants se situent plutôt entre pays développés et pays en voie de

développement, les pays de la Communauté économique européenne se situant assez proches les uns des autres. Entre pays développés, la France, la Suède et les Etats-Unis apparaissent comme des pays surdépendants et le Royaume-Uni et le Japon comme des pays sous-dépendants. Or, l'espérance de vie n'y est pas inférieure ; au contraire, c'est au Japon qu'elle s'est accrue le plus rapidement.

Mme Béatrice Majnoni d'Intignano a par ailleurs remarqué que la mise en place de mécanismes de régulation exigeait des délais importants ; ainsi la réforme actuellement en cours aux Pays-Bas, élaborée en 1987, entrera en application en 1992 seulement.

M. Robert Vizet l'ayant interrogée sur la structure des dépenses, elle a indiqué que la part des dépenses hospitalières variait considérablement suivant la structure du système de santé considéré. Ainsi, cette part atteint 65 % au Royaume-Uni, car dans ce pays, les médecins spécialistes se trouvent tous à l'hôpital. En revanche, elle se limite à environ 40 % en Allemagne, où l'on peut trouver des équipements techniques tels que les scanners en dehors des hôpitaux. En France, elle atteint 45,8 %. Il est à noter que l'instauration du budget global a entraîné une stabilisation des dépenses hospitalières en rapprochant l'évolution du budget d'un hôpital de celle du budget d'une administration. Elle s'est accompagnée toutefois d'un certain transfert vers la médecine de ville.

En ce qui concerne la part relative de la pharmacie, elle a baissé dans tous les pays, passant de 23 à 16 % entre 1970 et 1987 pour la France.

M. Jacques Oudin ayant souhaité obtenir des précisions sur la part des dépenses remboursées au sein de chaque catégorie de dépenses, Mme Béatrice Majnoni d'Intignano a souligné que les différences de structures de financement rendaient très délicates les comparaisons internationales. Les dépenses non remboursées peuvent en effet recouvrir des mécanismes aussi différents que le ticket modérateur ou les assurances privées, particulièrement développées aux Pays-Bas et en Allemagne.

Compte tenu de ces différences de structures et des délais très importants de mise en oeuvre des réformes dans ce secteur, Mme Béatrice Majnoni d'Intignano a estimé qu'aucune harmonisation des systèmes de sécurité sociale n'était envisageable - ni d'ailleurs souhaitable - à moyen terme à l'intérieur de la Communauté européenne.

Elle a de nouveau souligné les performances du système allemand, illustrées par la baisse des cotisations intervenue cette année. Ce système associe une médecine libérale, des soins de qualité et une couverture sociale élevée. Cependant il n'existe pas de contrôle de la démographie médicale dans ce pays.

Elle a par ailleurs noté qu'il n'existait pas de corrélation directe entre le vieillissement de la population et l'accroissement des dépenses de santé.

En ce qui concerne le rythme d'accroissement des différentes catégories de dépenses, les dépenses hospitalières ont connu une croissance en volume très rapide jusqu'en 1980, de l'ordre de 10 % par an ; depuis l'instauration du budget global, cette croissance a cependant été ramenée à environ 3 % par an. En revanche, comme l'a fait remarquer M. Jacques Oudin, des dépenses moins bien remboursées, telles que la lunetterie ou les soins dentaires, ont connu une croissance moins rapide.

D'une manière générale, les dépenses de santé ont, en France, continué à croître à un rythme extrêmement rapide alors que la croissance économique se ralentissait, créant ainsi un effet de ciseaux.

Accroissement des dépenses de santé en France :

1980-1986 :	+ 5,2 %
1987 :	+ 3 %
1988 :	+ 4,8 %
1989 :	+ 5,6 %
1990 :	+ 5,9 %

M. Robert Vizet a cependant fait valoir que les besoins de la population devaient être pris en compte et que l'évolution des dépenses de santé ne pouvait être directement reliée à celle de la croissance économique ; il a également déclaré que les dépenses susceptibles de faire l'objet d'un effort de maîtrise devaient être ciblées.

M. Jacques Oudin a souhaité savoir si l'état sanitaire de la population s'améliorait avec le niveau des dépenses. Mme Béatrice Majnoni d'Intignano a indiqué qu'il n'existait en tout état de cause aucune corrélation directe entre le niveau des dépenses et l'espérance de vie ; et que les autres données disponibles étaient trop partielles et trop difficiles à interpréter pour que l'on puisse en tirer des conclusions définitives.

Interrogée sur les mécanismes de régulation des dépenses mis en place dans les différents pays, Mme Béatrice Majnoni d'Intignano a constaté qu'en France se sont succédés des

plans de freinage des dépenses, essentiellement par déremboursement, qui n'ont eu qu'un effet ponctuel. Elle a d'autre part estimé qu'aux Etats-Unis, un effort trop grand avait été consacré aux dépenses de santé, au détriment des dépenses d'éducation.

Elle a expliqué qu'à chaque logique de système de santé correspondait un mode de régulation. Ainsi, dans des systèmes administrés tels que ceux qui existent au Royaume-Uni ou en Suède, la régulation s'opère efficacement par diminution du niveau des allocations à l'intérieur d'un budget voté, sans nécessiter des réformes de structure. Dans les systèmes dits "bismarckiens" comme le système allemand, ce sont les partenaires sociaux qui mettent en oeuvre la régulation, l'Etat se contentant de définir les grandes orientations.

Concernant les dépenses hospitalières, Mme Béatrice Majnoni d'Intignano a souligné que les comparaisons internationales étaient rendues délicates par le fait que le champ d'action des hopitaux varie considérablement selon les pays.

Concernant les dépenses de médicaments, elle a reconnu qu'il existait une corrélation entre le prix du médicament et la consommation. Le prix des médicaments est relativement peu élevé en France. En effet, son alignement sur le niveau européen nécessiterait en moyenne son doublement. M. Jacques Oudin a par ailleurs rappelé le nombre très élevé de spécialités et d'officines existant en France.

M. Robert Vizet a souhaité obtenir des précisions sur l'efficacité des politiques de prévention menées dans les différents pays. A cet égard, Mme Béatrice Majnoni d'Intignano a indiqué que les dépenses de prévention étaient difficiles à cerner et que la mesure de leur efficacité à long terme posait problème. Cependant, des méthodes de prévention sectorielle efficaces ont été mises au point dans certains pays, par exemple en matière de soins dentaires.

Mme Béatrice Majnoni d'Intignano a également souligné l'insuffisante capacité d'évolution de la médecine du travail souvent inadaptée aux problèmes de santé actuels, ainsi que les gaspillages pouvant résulter de la réalisation systématique d'examens inutiles.

S'agissant du surnombre des lits d'hôpitaux, Mme Béatrice Majnoni d'Intignano a rappelé qu'il était estimé à environ 30 % dans l'ensemble des pays de l'O.C.D.E. et qu'en France environ 40 % des lits dans les services de médecine interne étaient actuellement occupés par des personnes âgées. A ce sujet, M. Roland du Luart a estimé qu'une réflexion devrait être entreprise pour

tendre à la transformation progressive de certains hôpitaux en maisons de cure pour les personnes âgées.

En conclusion, Mme Béatrice Majnoni d'Intignano a réfuté l'idée reçue communément admise selon laquelle les dépenses de santé devraient continuer à s'accroître indéfiniment et a constaté que jusqu'ici aucune décision n'avait été prise pour assurer une véritable régulation des dépenses de santé en France.

Mardi 21 janvier 1992

**Audition de M. Jean de KERVASDOUÉ,
Président directeur général de la société SANESCO,
ancien directeur des hôpitaux**

Interrogé par M. Jacques Oudin sur les moyens du ministère des affaires sociales, M. Jean de Kervasdoué a tout d'abord souligné le déficit de compétences des gestionnaires du système français de protection sociale. Le recrutement du ministère des affaires sociales apparaît insuffisamment diversifié (absence de médecins ou d'ingénieurs, par exemple...). L'appareil statistique est déficient et les crédits d'études dérisoires ; alors que le secteur de la santé représente environ 9 % du P.I.B., contre 4 % seulement pour l'agriculture, le ministère des affaires sociales comprend dix fois moins de statisticiens que celui de l'agriculture. Il n'existe pas de critères de bonne gestion pour le contrôle des hôpitaux et le personnel qui y est affecté est insuffisamment nombreux et peu qualifié.

Les orientations politiques font également défaut, car les ministres se succèdent trop rapidement pour prendre la mesure des problèmes.

M. Jean de Kervasdoué a ensuite rappelé la complexité du partage des compétences, en matière d'assurance maladie, entre l'État, les caisses de sécurité sociale et les collectivités locales, ainsi que l'absence d'instances de règlement des conflits. La multiplicité des régimes, s'expliquant par des raisons historiques, dans une logique selon laquelle c'est le travail qui justifie le droit, génère un appareil institutionnel très lourd et des procédures administratives complexes dont le coût est élevé, telles la vérification des droits - devenue inutile dans la mesure où la quasi-totalité de la population est aujourd'hui assurée, à l'exception d'une minorité qui peut bénéficier de l'aide médicale-, la détermination des mécanismes de compensation entre les différents régimes ou la perception du ticket modérateur. Cette complexité administrative est en outre difficilement compréhensible pour le citoyen.

M. Jacques Oudin a également interrogé M. Jean de Kervasdoué sur la qualité du système de santé français. M. Jean de Kervasdoué a fait remarquer que si la France était l'un des pays où le niveau de dépenses de santé, en pourcentage du P.I.B., est le plus élevé (du même ordre que celui du Canada ou de la Suède, par exemple) elle ne se situait qu'au 10ème rang en Europe pour certains indicateurs de santé tels que l'espérance de vie ou la mortalité

périnatale. D'autre part, dans la mesure où l'efficacité d'un système de santé peut se mesurer par un taux de remboursement, la France apparaît particulièrement mal placée puisque son taux de remboursement, de 74,6 % seulement, est inférieur de dix points à la moyenne européenne.

Les indicateurs de santé concernant la Grande-Bretagne, dont le niveau de dépenses par habitant est moitié moins élevé, sont comparables à ceux de la France. Les États-Unis, pour leur part, représentent paradoxalement, au sein de l'O.C.D.E., le pays où les dépenses de santé sont les plus élevées, la part remboursée la plus basse et les indicateurs de santé les plus faibles.

La signification de ces indicateurs doit toutefois être relativisée, l'impact de la médecine curative sur l'augmentation de l'espérance de vie pouvant être évaluée à seulement 10 % environ (contre 0 en 1930).

M. Jean de Kervasdoué a ensuite exposé les spécificités du marché de la santé qui en font un marché régulé. Ces spécificités sont à ses yeux les suivantes :

1. Existence d'effets externes, du fait de l'intervention autoritaire de l'État lorsque l'intérêt collectif diffère de la somme des intérêts individuels, comme l'illustre l'exemple des vaccinations obligatoires, l'intérêt individuel étant de ne pas se faire vacciner, en raison de la possibilité d'accidents.

2. Assymétrie de l'information des acteurs : il existe par définition une assymétrie d'information entre le médecin et le malade qui ne dispose « d'aucune capacité d'apprentissage ».

Les médecins disposent par ailleurs d'un monopole que les tenants du libéralisme pur, comme l'économiste Milton Friedman, proposent de supprimer. En tout état de cause, un mécanisme de contrôle des médecins est nécessaire pour éviter les abus de prescriptions inutiles, voire dangereuses. En France ce contrôle n'est à l'heure actuelle assuré efficacement ni par le Conseil de l'Ordre, ni par les médecins-conseils de la sécurité sociale. Aux États-Unis il est exercé par les compagnies d'assurance.

3. Particularités de l'assurance maladie et théorie du « hasard moral » : du point de vue de la gestion du risque maladie, l'assurance universelle coûte moins cher que les assurances privées qui sont contraintes de faire des dépenses de marketing. Sauf en matière d'accidents du travail, en raison des difficultés existant à apporter la preuve du lien entre le risque et la pathologie, les techniques classiques de l'assurance peuvent rarement être utilisées. Il faudrait que les compagnies d'assurance soient obligées de garder leurs assurés durant toute leur vie. En effet, la catégorie des 20-60 ans consomme trois fois moins et paye trois fois plus cher que le reste de la population, ce qui est socialement intenable.

C'est pourquoi, selon M. Jean de Kervasdoué, les systèmes de financements universels sont ceux qui fonctionnent le mieux, tels le système anglais, qui satisfait pleinement la population. Dans ce système, l'accord entre le corps médical et le National Health Service (N.H.S.) conduit à un rationnement des prescriptions mais non des honoraires. En France, le sous-paiement des généralistes aboutit à une inflation des prescriptions ; on peut ainsi évaluer à environ 10 % la proportion de prescriptions inutiles et dangereuses.

La médecine moderne est en effet efficace mais aussi dangereuse car elle génère des maladies iatrogènes.

Il existe en France 10.000 spécialités pharmaceutiques, composées à partir de 850 principes actifs. Or, un médecin généraliste ne peut en connaître toutes les interactions, et il subit l'influence de l'industrie pharmaceutique. Une étude réalisée aux Etats-Unis avait montré que seuls 20 % des médicaments qui y sont utilisés ont une efficacité prouvée.

D'autre part, l'évaluation universelle d'un procédé comme l'asepsie ne résout pas forcément le problème de sa mise en application locale dans une salle d'opération.

Abordant les difficultés de la gestion d'un hôpital, M. Jean de Kervasdoué a souligné l'opportunité de différencier l'aspect soins («cure» en anglais) de l'aspect prise en charge («care» en anglais).

Du fait des progrès de la médecine, la gestion des soins tend à devenir un problème d'organisation industrielle appelant la définition d'un prix à la pathologie. Le critère du prix de journée est dans cette optique inopérant puisqu'il faut chercher à minimiser le nombre de journées passées à l'hôpital.

En revanche, la prise en charge de la fin de vie -ou de la maladie mentale- pose un problème d'un autre ordre, qui n'est plus technique mais social et politique.

Une certaine «masse critique de compétences» est désormais nécessaire pour assurer des soins de qualité dans un hôpital ; pour cette raison un hôpital dont le personnel ne réunit pas les qualifications suffisantes ne devrait pas être maintenu pour des seules raisons de proximité.

M. Jacques Oudin a également interrogé M. Jean de Kervasdoué sur les mécanismes de régulation envisageables et tout particulièrement sur l'efficacité du ticket modérateur.

A ce sujet, M. Jean de Kervasdoué a mis l'accent sur la nécessité de distinguer la question de la contribution des ménages au financement de la protection sociale du débat entre assurance collective et confort individuel.

Ce dernier débat pose le problème de la définition des compétences du système de santé. A cet égard, M. Jean de Kervasdoué a rappelé que la notion de « petit risque » n'avait pas de signification médicale (on meurt davantage de la grippe que du S.I.D.A...) et ne pouvait donc tenir lieu de critère de remboursement.

Il a en revanche estimé que les médicaments inefficaces ou à effet placebo devraient être retirés de la pharmacopée et ne plus être remboursés, ce qui rejoint dans certains cas le souhait des responsables de l'industrie pharmaceutique.

S'agissant de la contribution des ménages au financement de l'assurance maladie, M. Jean de Kervasdoué a reconnu la nécessité de sensibiliser les citoyens au coût du système de santé. Mais il a estimé que le mécanisme du ticket modérateur était injuste, complexe en termes de procédures administratives et complètement inadapté à l'hôpital.

C'est pourquoi il a jugé préférable un système de franchise proportionnelle au revenu en-dessous de laquelle le remboursement ne jouerait pas. D'après des calculs effectués en 1983, un effet équivalent au ticket modérateur serait obtenu avec une franchise s'élevant environ à 2 % du revenu. Cependant ce système aurait pour inconvénient d'être en contradiction avec le principe de la solidarité devant le risque maladie.

La surfréquentation du système de santé résulte toutefois d'un choix individuel qui nécessite une participation financière. Une autodiscipline de la profession médicale par un arbitrage entre prix et volume apparaît également nécessaire.

En conclusion, M. Jean de Kervasdoué a résumé ses principales propositions de réforme du système de santé français :

1. Suppression de la multiplicité des régimes d'assurance maladie au profit d'un régime unique assurant le contrôle et la gestion de l'ensemble du système ;

2. Remise en cause de la légitimité des institutions paritaires que sont les caisses d'assurance maladie actuelles ;

3. Régionalisation des dépenses de santé en tenant compte de la forte hétérogénéité des régions françaises ;

4. A l'hôpital, définition d'un prix à la pathologie ; concertation avec le corps médical au sujet du taux de prévalence ; lutte contre la surprescription d'examen et d'opérations chirurgicales ;

5. Pour la médecine de ville, mise en place d'une politique de gestion du risque par la signature de conventions avec la profession médicale définissant des normes de contrôle des volumes et d'accroissement des honoraires et prévoyant des mécanismes de

sanctions, éventuellement économiques, des médecins qui ne respecteraient pas ces normes.

Mercredi 22 janvier 1992

Audition de M. Alain CORDIER,

Directeur des Affaires financières de l'Assistance Publique de Paris

Invité par M. Jacques Oudin à exposer son opinion personnelle concernant l'évolution des dépenses de l'assurance-maladie, M. Alain Cordier a estimé que la dérive financière actuellement constatée pourrait devenir rapidement ingérable et entraîner, à court terme, la dégradation de la qualité des prestations offertes et le rationnement des soins.

Ayant souligné la nécessité de gérer, et non plus seulement d'administrer, le système français de santé, M. Alain Cordier s'est inquiété du manque de compétences gestionnaires dans ce secteur, qu'il s'agisse de l'administration des Affaires sociales proprement dite, des conseils d'administration des organismes sociaux ou des établissements hospitaliers. Compte tenu de l'importance des masses financières aujourd'hui mobilisées au titre de la santé publique, M. Alain Cordier s'est prononcé en faveur d'une élévation rapide du niveau moyen de compétences des autorités responsables, cet objectif pouvant être notamment atteint, selon lui, par la diversification des sources de recrutement, une revalorisation des rémunérations rendant celles-ci plus attractives pour des éléments de qualité, une responsabilisation et une autonomie accrues des décideurs s'accompagnant d'une évaluation a posteriori des résultats de leur gestion et, le cas échéant, de sanctions.

Interrogé par M. Robert Vizet sur les origines de la faiblesse des moyens de l'administration des Affaires sociales, M. Alain Cordier a estimé que l'affirmation pressante, mais relativement récente, des contraintes financières avait brutalement mis en évidence des insuffisances et des faiblesses structurelles préexistantes.

Répondant à une question de M. Jacques Oudin sur le fonctionnement et l'efficacité du paritarisme au sein des conseils d'administration des organismes sociaux et des établissements hospitaliers, M. Alain Cordier a indiqué que la présence, légitime, des élus locaux aux conseils d'administration des hôpitaux pourrait toutefois rendre plus difficile le redéploiement des capacités hospitalières excédentaires. Il a souligné à cet égard l'avantage que représentait, dans le cas particulier de l'Assistance Publique de Paris,

l'exercice d'un pouvoir hiérarchique unique et direct sur une cinquantaine d'établissements hospitaliers, autorisant, de ce fait, une adaptation coordonnée des moyens aux besoins. M. Alain Cordier a par ailleurs estimé que la récente réforme hospitalière aurait pu utilement s'inspirer de ce schéma d'organisation et l'adapter dans le cadre de la définition d'une planification et d'une gestion hospitalière au niveau régional.

M. Alain Cordier a ensuite présente les principales caractéristiques de l'organisation institutionnelle et financière de l'Assistance Publique de Paris, à savoir :

1°) Une entité unique de responsabilité, dont les grandes orientations stratégiques sont définies par un conseil d'administration central, présidé par le maire de Paris ou son représentant. La stratégie propre à chaque établissement de l'Assistance Publique doit donc nécessairement s'inscrire dans le cadre de la stratégie globale définie au niveau central.

2°) Une gestion financière déconcentrée, chaque établissement disposant d'une grande liberté dans l'utilisation de l'enveloppe budgétaire annuelle qui lui est allouée, sous réserve d'un contrôle a posteriori de la pertinence des choix budgétaires au regard, d'une part, des objectifs définis au début de chaque exercice et, d'autre part, d'indicateurs comparatifs de gestion.

3°) Une procédure budgétaire inspirée de la procédure d'élaboration du budget de l'Etat et se décomposant en plusieurs étapes, à savoir :

- février-mars : élaboration des demandes budgétaires des établissements pour l'année suivante ;

- fin mars : centralisation des demandes et première esquisse du budget général de l'Assistance Publique pour le prochain exercice ;

- avril : envoi aux différents établissements d'une lettre de cadrage exposant les grands choix stratégiques de l'Assistance Publique en fonction des demandes et des besoins recensés ;

- septembre : conférences budgétaires avec chacun des établissements afin d'intégrer leurs objectifs spécifiques dans la stratégie définie au niveau central et de garantir, par là même, la cohérence des choix budgétaires ;

- octobre à décembre : négociation avec les pouvoirs publics et les autorités de tutelle sur la base du budget élaboré au sein de l'Assistance Publique au cours des mois précédents ;

- **décembre** : ultimes arbitrages en fonction de l'enveloppe financière obtenue auprès des pouvoirs publics ;

- **janvier** : approbation officielle des budgets des établissements.

Interrogé par MM. Jacques Oudin et Henri Collard sur les résultats obtenus par l'Assistance Publique de Paris en matière de gestion administrative et financière, M. Alain Cordier a indiqué :

- que le nombre de lits de l'Assistance Publique avait diminué de 32 % depuis 1974 (soit une diminution de 10 213 lits), contre une augmentation, au cours de la même période, de 0,9 % dans les C.H.R. et une diminution de 10,8 % dans les hopitaux publics locaux ;

- que le rythme annuel de croissance en volume des dépenses de l'Assistance Publique s'était ralenti au cours des trente dernières années (+ 7,4 % par an dans les années 1960 ; + 3,9 % par an au cours de la période 1985-1989).

MM. Henri Collard et Robert Vizet se sont interrogés sur les facteurs objectifs susceptibles d'expliquer en partie ces performances, à savoir, d'une part, l'importance du budget de l'Assistance Publique de Paris (soit 23 milliards de francs, dont 2 milliards de francs d'investissements), et d'autre part, l'évolution de la répartition de la population dans la région Ile-de-France.

D'une manière générale, M. Alain Cordier a estimé que :

- les contraintes d'une gestion rigoureuse n'étaient pas incompatibles avec la satisfaction des besoins médicaux et la qualité des soins ;

- la dérive incontrôlée des dépenses de l'assurance maladie ne pouvait qu'aboutir, à terme, à un rationnement des soins.

M. Alain Cordier a ensuite procédé à une analyse critique des trois principaux instruments utilisés pour contrôler l'évolution des dépenses du secteur hospitalier public, à savoir le taux directeur, la dotation globale et le budget global.

S'agissant du **taux directeur** (taux annuel de progression des dépenses hospitalières déterminé, pour une année donnée, par l'administration des Affaires sociales), **M. Alain Cordier** a estimé qu'un tel système était doublement inefficace car :

- le **taux directeur** n'est jamais respecté, le rythme de progression des dépenses effectivement constaté lui étant toujours supérieur ;

- le **taux directeur**, de par son caractère uniforme et figé, pénalise les établissements les plus dynamiques et constitue, pour d'autres, une véritable rente de situation.

En revanche, la dotation globale (versée par la Sécurité sociale) présente l'avantage de constituer une recette certaine et régulière pour les hôpitaux et contribue, de ce fait, à simplifier et à clarifier leur gestion financière. **M. Alain Cordier** s'est toutefois prononcé en faveur de la simplification de certaines procédures administratives, qui mobilisent des effectifs importants pour des tâches peu productives ou d'une utilité marginale, notamment en ce qui concerne :

- l'application du ticket modérateur, variable selon la situation personnelle du malade ou son régime d'affiliation (90 cas de figure distincts ont été recensés à ce sujet à l'Assistance Publique de Paris) ;

- la prise en charge des bénéficiaires de l'aide sociale (financée par les départements) ;

- la répartition du financement de la dotation globale entre les différents régimes de Sécurité sociale.

D'une manière générale, **M. Alain Cordier** a estimé qu'il serait préférable que la Sécurité sociale fédère l'ensemble des diverses sources publiques de financement aujourd'hui affectées à l'hôpital et devienne ainsi son unique interlocuteur et son unique débiteur.

S'agissant enfin du **budget global**, **M. Alain Cordier** en a approuvé le principe tout en insistant, d'une part, sur la nécessité d'une autonomie et d'une responsabilité accrues des gestionnaires et, d'autre part, sur l'assouplissement indispensable des règles de la comptabilité publique en matière de gestion hospitalière. Il a regretté à ce sujet que la récente réforme hospitalière ait, sous le couvert d'une nouvelle appellation ne correspondant à aucune catégorie juridique connue ("établissements publics de santé"), confirmé en fait le statut administratif des hôpitaux publics. La formule de l'établissement public industriel et commercial lui paraissant plus adaptée aux nécessités d'une gestion moderne du secteur hospitalier, **M. Alain**

Cordier en a donc souhaité l'expérimentation avec quelques établissements volontaires.

Interrogé par **M. Jacques Oudin** sur l'informatisation du contrôle de gestion et l'état de développement du P.M.S.I.(1) à l'Assistance Publique de Paris, **M. Alain Cordier** a indiqué que l'adhésion du corps médical à cette démarche ne pourrait être obtenue qu'en convaincant celui-ci au préalable de l'utilité des moyens informatiques correspondants pour l'exercice et le suivi des activités médicales proprement dites. Un important réseau informatisé d'échange d'informations a été ainsi mis en oeuvre dans l'ensemble des établissements de l'Assistance Publique et le corps médical a spontanément demandé l'enrichissement et la diversification des indicateurs disponibles. L'essentiel de ces investissements (soit, au total, 250 millions de francs) a été essentiellement financé par redéploiement de crédits.

S'agissant enfin de la gestion du personnel, **M. Alain Cordier** a indiqué que l'Assistance Publique de Paris employait 88.000 personnes et que les dépenses correspondantes représentaient 16 milliards de francs sur un budget total de 23 milliards de francs.

M. Alain Cordier a souligné que la revalorisation, nécessaire, du statut de ces personnels devrait obligatoirement s'accompagner d'un assouplissement des règles statutaires en vigueur, de la prise en compte du mérite comme élément de la rémunération et d'une autonomie accrue des directeurs d'hôpitaux en la matière.

1. le programme médicalisé des systèmes d'information (P.M.S.I.), développé dans les hôpitaux publics au cours des cinq dernières années, doit permettre d'établir, d'une part, des indicateurs fiables d'activité et, d'autre part, de déterminer des coûts moyens par pathologie

Jeudi 13 février 1992

**Audition de M. Philippe LAZAR,
directeur général de l'I.N.S.E.R.M.**

**et de M. Richard BOUTON,
président du syndicat de médecins généralistes M.G.-France**

Interrogé par M. Jacques Oudin, M. Philippe Lazar a rappelé les conditions dans lesquelles M. Claude Evin, ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale l'avait chargé, après la signature de la convention médicale de 1990, d'une mission de réflexion sur l'évolution à long terme de la médecine libérale. Il a indiqué que le rapport d'étape publié à l'issue de cette mission avait fourni des éléments au débat entre les pouvoirs publics, les organisations médicales et les organismes de sécurité sociale.

M. Philippe Lazar a mis en évidence la place singulière occupée par les médecins au sein de la société, en raison de leur rôle privilégié par rapport à trois spécificités de l'espèce humaine que sont l'angoisse devant la mort, l'usage du langage articulé et l'utilisation délibérée de drogues.

Cette place singulière interdit, selon lui, toute banalisation de la médecine. Elle ne préjuge cependant pas du statut des médecins, qui peuvent exercer une profession libérale ou appartenir à la fonction publique.

M. Jacques Oudin a ensuite évoqué le problème délicat de la maîtrise des dépenses de santé dans le cadre d'une médecine libérale.

M. Charles Bouton a à cet égard rappelé que ce problème n'était pas forcément plus facile à résoudre dans le cadre du secteur public et que des transferts d'activité et donc de dépenses pouvaient s'opérer entre médecine hospitalière et médecine libérale, comme l'avaient illustré les effets pervers de la mise en place du budget global pour la gestion des dépenses hospitalières.

Il a par ailleurs souligné la pertinence des conclusions du rapport Lazar en matière de démographie médicale. En effet, on constate plutôt qu'un excédent global du nombre des médecins (1 généraliste pour 1.000 habitants en moyenne, ce qui place la France dans une situation comparable à celle des pays d'un niveau de

développement équivalent), une répartition insatisfaisante aussi bien sur le plan géographique qu'entre les différentes catégories de médecins : médecins hospitaliers, médecins de santé publique, médecins libéraux généralistes ou spécialistes. Les effectifs de médecins hospitaliers ou de santé publique sont insuffisants alors que ceux des spécialistes sont souvent pléthoriques (on compte autant de dermatologues dans le seul département des Alpes-Maritimes que sur tout le territoire de la Grande-Bretagne).

Cette mauvaise répartition de la démographie médicale résulte de l'absence d'une véritable organisation du système de soins français et d'une identification précise du rôle des différents acteurs. Il s'agit de la réponse anarchique à une demande de soins, en l'absence d'une véritable politique de santé, situation génératrice de gaspillages.

M. Philippe Lazar a également estimé que l'effectif actuel de 130.000 médecins (dont la stabilisation correspond à un nombre de 4.000 étudiants en médecine par an) n'était pas excessif.

Selon lui le problème de la démographie médicale n'appelle pas une reconversion des médecins mais plutôt une restructuration du corps médical autour d'objectifs essentiels.

Aquiesçant en ce sens, M. Richard Bouton a remarqué que la restriction à 3.500 du nombre des étudiants en médecine, dont les effets sur la démographie globale ne se feront sentir qu'à long terme, en raison de la durée des études médicales, risquait de conduire à une insuffisance du nombre de généralistes formés, compte tenu des besoins importants des hôpitaux en internes en spécialités, en même temps qu'à un vieillissement du corps des enseignants.

Selon M. Philippe Lazar, l'organisation générale d'un système de santé appelle la définition, au niveau politique, d'objectifs de santé.

De tels objectifs pourraient être, à ses yeux, les suivants : naître en bonne santé, assurer une égalité devant la santé au cours de l'enfance et de l'adolescence, occuper la vie avec une aussi bonne santé que possible (et non pas forcément en allonger indéfiniment la durée), apprendre au citoyen à gérer au mieux son capital santé.

Ces objectifs pourraient être définis à l'échelle européenne. Afin de mesurer de manière précise le rapprochement avec ces objectifs, des indicateurs pertinents devraient être mis au point. Il appartiendrait alors à la société de déterminer les moyens - tant humains que matériels - qu'elle entend consacrer à ces objectifs de santé.

M. Richard Bouton a fait sienne cette analyse et souligné la nécessité de procéder à un audit des besoins sanitaires actuels et prévisibles de la population française pour définir une politique de santé.

M. Philippe Lazar a rappelé qu'en l'absence d'objectifs clairement définis, les dépenses de santé augmentaient de manière incontrôlée en réponse à une demande de soins. Ces objectifs pourraient être définis, à l'échelle européenne, par la référence à la situation de la nation la plus favorisée eu égard à un indicateur mesurable (tel que le taux de mortalité périnatale, par exemple). Les ressources disponibles devraient ensuite être gérées au niveau régional afin de se rapprocher des objectifs ainsi déterminés. La maîtrise des dépenses pourrait ainsi être atteinte sans passer par un objectif de réduction des dépenses qui fait craindre une logique de pénurie.

Par ailleurs, le rôle de médiateur et d'éducateur du médecin généraliste par rapport aux problèmes de santé devrait être développé, en coopération avec les enseignants et les entreprises.

Partageant cette analyse, **M. Richard Bouton** a insisté sur la nécessité, pour mettre fin à la confusion des rôles et aux gaspillages, d'identifier précisément la fonction des différents acteurs que sont les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les médecins hospitaliers. En effet, dans la situation actuelle, les médecins généralistes ne sauraient accepter la mise en place de taux directeurs et de pénalisations financières pour lutter contre une croissance des dépenses dont ils ne sont pas directement responsables.

Interrogé par **M. Jacques Oudin** sur le rôle qui devrait être celui de la région dans le cadre de la gestion du système de santé, **M. Philippe Lazar** a répondu qu'en raison de l'hétérogénéité de la situation des régions françaises, la politique de contrôle des dépenses, définie au niveau national, pourrait être mise en application grâce à une mobilisation du corps médical au niveau régional.

Il a précisé que le niveau des dépenses de santé dépendait des interactions entre la population et les médecins. La crainte par les médecins du nomadisme médical conduit à un comportement de surprescription. Il existe également une pression médiatique en faveur de la surconsommation médicale. La maîtrise des dépenses ne pourra être obtenue que grâce à une gestion individuelle de la santé et à un esprit de confraternité entre médecins.

M. Jacques Oudin a souligné la nécessité d'un accord du corps médical pour la maîtrise des dépenses de santé et d'une participation des médecins aux mécanismes de régulation.

M. Richard Bouton a indiqué que les médecins spécialistes qui bénéficient de la surconsommation de certains actes profitaient de l'expansion économique du secteur et n'étaient pas prêts à s'engager dans un processus de rationalisation des dépenses. En revanche, un effort de la Nation serait nécessaire pour améliorer les perspectives de carrière des médecins hospitaliers et des médecins de service public.

Les médecins généralistes souhaiteraient pour leur part une diversification de leur rémunération pour leur permettre d'exercer une tâche de prévention et d'éducation du public. La seule rémunération indifférenciée à la consultation constitue en effet, selon **M. Richard Bouton**, une « prime à la médiocrité ».

Comparant le système de soins français avec les systèmes étrangers, il a considéré le système allemand comme le plus facilement susceptible de servir de modèle d'évolution pour la France. Le système britannique, qui bénéficie d'une bonne médecine générale et d'une bonne médecine hospitalière, souffre en revanche de l'absence d'une médecine spécialisée libérale.

M. Richard Bouton a par ailleurs jugé les partenaires sociaux incapables à gérer efficacement l'assurance maladie sans une participation du corps médical, en raison des compétences exigées par la technicité des problèmes. Une participation des assurés sociaux serait également opportune ; elle pourrait être assurée, selon la suggestion de **M. Philippe Lazar**, par l'intermédiaire de la représentation parlementaire.

Rappelant ses propositions en matière d'organisation de la médecine libérale, **M. Philippe Lazar** a souligné son opposition à un système hégémonique et son attachement au maintien de deux secteurs : un secteur à honoraires conventionnés de type I, dominant, attractif et présent partout, coexistant avec un secteur à honoraires libres de type II.

M. Richard Bouton a évoqué l'inefficacité du système du ticket modérateur pour la maîtrise des dépenses et déclaré que la rationalisation du système, grâce à la détermination d'objectifs de santé par la puissance publique, permettrait une amélioration du taux de prise en charge des dépenses.

Un climat de confiance, se substituant à l'incompréhension actuelle, entre professions de santé, médecins et gestionnaires de l'assurance maladie serait en effet plus facilement atteint, selon **M. Philippe Lazar**, autour de la gestion d'objectifs de santé publique, plutôt que dans la seule perspective d'une limitation des dépenses.

Mardi 7 avril 1992

Audition de M. Robert COTTAVE,

Président de la "Mission Retraites"

M. Jacques Oudin a tout d'abord interrogé M. Robert Cottave sur le contexte dans lequel s'était déroulée la "Mission Retraites".

M. Robert Cottave a rappelé la double tâche assignée à la Mission par M. Michel Rocard, alors Premier ministre :

- d'une part la diffusion dans l'opinion publique de la problématique du débat sur l'avenir du système de retraites ;

- d'autre part, la recherche avec l'ensemble des partenaires sociaux et des organisations professionnelles représentatives des éléments d'une "dynamique commune" sur les orientations à privilégier.

Les méthodes de travail employées par la mission ont été différentes pour la réalisation de ces deux tâches :

- pour l'information de l'opinion publique, organisation de réunions publiques y compris télévisées, de diners-débats ("les 40 de 40 ans"), de rencontres avec les lycéens et les étudiants...

- pour la recherche d'une "dynamique commune", rencontres formelles et informelles (mais non publiques) avec l'ensemble des acteurs économiques et sociaux concernés.

M. Robert Cottave a souligné qu'il n'existait pas de précédents de consultations d'une telle ampleur sur ce thème et qu'en particulier l'élaboration du Livre blanc s'était effectuée "dans le secret de l'administration".

Il a constaté la méconnaissance générale du fonctionnement des systèmes de retraites, qu'il a expliqué par l'insuffisance de l'approche chiffrée exclusivement utilisée, approche à la fois "incompréhensible et inadaptée". En effet, cette approche doit être complétée par une approche sociologique permettant de

prendre en compte le problème de l'intégration des retraités au sein de la société et de la coexistence entre les différentes générations.

Ayant fait remarquer la perception généralement négative de la sémantique employée au sujet des problèmes de la retraite ("répartition", "liquidation", "réversion"), il a dénoncé la présentation habituellement faite du vieillissement des populations occidentales, l'assimilant à un fardeau. Or, le vieillissement de la population, résultant du gain d'un tiers d'espérance de vie en cinquante ans, constitue en réalité un progrès, qui permet aujourd'hui à un homme âgé de 70 ans d'avoir une vigueur physique et intellectuelle comparable à celle d'un homme de 50 ans un demi-siècle plus tôt.

La société actuelle ayant profondément changé par rapport à ce qu'elle était en 1945, le système de protection sociale mis en place à l'époque n'est plus forcément adapté. Il s'agit de trouver un meilleur équilibre entre les générations, car la charge financière pesant aujourd'hui sur les actifs, qui doivent payer à la fois pour les jeunes et pour les retraités, est très lourde.

A cet égard, M. Robert Cottave a évoqué le cas du Japon qui a selon lui, mieux que d'autres pays, su préserver les mécanismes de solidarité entre les générations.

M. Henri Collard s'est interrogé sur l'opportunité de l'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans, compte tenu de la tendance constante à la diminution de la durée de vie active résultant du double allongement des temps de formation et de retraite.

M. Robert Cottave a, à ce sujet, constaté que la France est l'un des pays où le taux d'inactivité à 60 ans est le plus élevé (la moyenne d'âge du départ à la retraite est actuellement de 62 ans), et que la proportion d'inactifs entre 55 et 65 ans qui est aujourd'hui de l'ordre de 50 % s'est considérablement accrue au cours des dix dernières années.

M. Jacques Oudin a ensuite interrogé M. Robert Cottave sur la situation matérielle des retraités, qu'il a jugée "relativement privilégiée".

M. Robert Cottave a rappelé qu'il convenait d'aborder ce sujet avec prudence, compte tenu des conclusions divergentes des études réalisées sur la question. Si le niveau de vie des retraités, dont le patrimoine est généralement plus élevé, est aujourd'hui globalement comparable à celui des actifs, il existe de très fortes inégalités au sein de cette catégorie, en raison notamment du grand nombre de femmes seules dont les revenus sont largement inférieurs au revenu moyen.

M. Jacques Oudin a souhaité savoir si les Français étaient satisfaits du niveau de leurs retraites et s'ils étaient prêts à s'assurer eux-

mêmes par un recours volontaire à un système d'assurance par capitalisation.

M. Robert Cottave a constaté que les Français s'étaient rendus compte de l'amélioration de la situation des retraités mais étaient souvent très mal informés et se préoccupaient peu de leur retraite avant d'être directement concernés. Il a également indiqué que le nombre de personnes recourant à des systèmes d'assurance volontaire par capitalisation restait stable et qu'il n'existait pas de remise en cause du système général de la répartition.

Concernant le problème de la revalorisation des pensions de retraite, **M. Robert Cottave** a préconisé une évolution parallèle des pensions et des revenus des actifs, qui pourrait être obtenue :

- soit par une indexation des pensions sur les salaires nets de cotisations sociales ;

- soit grâce à la mise au point dans le cadre d'une négociation entre l'Etat et les partenaires sociaux d'un nouvel indice de référence (le choix de l'indice des prix ou du P.I.B. apparaissant inadapté).

M. Robert Cottave a ensuite abordé le problème de la clarification du "pilotage" du système de retraites, constatant que ce pilotage n'était assuré à l'heure actuelle ni par les partenaires sociaux, ni par le Gouvernement, ni par les techniciens.

Il a souhaité que la gestion des retraites soit rendue autonome par rapport au reste de la protection sociale et qu'elle soit remise entre les mains des partenaires sociaux.

M. Henri Collard lui a objecté les problèmes de fonctionnement du paritarisme depuis 1945 et l'argument, invoqué par l'administration, selon lequel les partenaires sociaux auraient abdiqué leurs responsabilités.

M. Robert Cottave a alors rappelé les bons résultats de la gestion par les partenaires sociaux des régimes complémentaires de retraites (A.R.R.C.O. et A.G.I.R.C.) où l'équilibre des recettes et des dépenses, ainsi que le maintien d'un niveau de réserves élevé ont pu être obtenus grâce à un jeu de mesures portant alternativement sur le niveau des cotisations et le taux d'évolution des prestations ; alors qu'en ce qui concerne le régime général les partenaires sociaux ont été cantonnés dans un rôle secondaire, au demeurant encadré.

S'agissant de la question du financement des retraites, **M. Jacques Oudin** a souligné l'inquiétude de la Commission des finances devant l'accroissement des prélèvements sociaux.

M. Robert Cottave a reconnu qu'il n'était pas possible de continuer à accroître indéfiniment les cotisations assises sur le travail et

qu'il était nécessaire de trouver d'autres bases de cotisations, suggérant d'instituer à titre complémentaire une cotisation assise sur la valeur ajoutée des entreprises. Il a par ailleurs constaté qu'environ 20 % des dépenses des régimes de retraite relevaient en fait de la solidarité nationale et non de l'assurance vieillesse : mise en oeuvre de la politique de défense (validation des périodes de service national), de la politique familiale (validation des périodes de maternité, majoration de la pension et de la durée d'assurance des charges de famille...), de la politique de l'emploi (validation des périodes de chômage, de préretraite...)

En conséquence, ces dépenses devraient, selon lui, être financées par le budget de l'Etat. Il a à cet égard rappelé que le taux de participation de l'Etat au financement de la protection sociale était de 15 % seulement en France, contre 30 % en moyenne en Europe.

M. Robert Vizet s'est déclaré réservé sur ce point, constatant que le mode de financement du budget de l'Etat n'était pas un modèle de répartition des charges du point de vue de l'équité sociale. Il a par ailleurs souligné l'incidence de l'accroissement du chômage sur le déséquilibre de la sécurité sociale et l'importance du nombre de départs forcés en préretraite résultant de la crise économique.

Revenant au problème du pilotage du système, M. Philippe Adnot a estimé que certaines décisions dépassaient largement le cadre de la compétence des gestionnaires.

M. Robert Cottave a alors formulé la proposition de la création d'un "observatoire des retraites", organisme qui serait chargé de suivre l'évolution des données économiques, sociales, démographiques et techniques et de suggérer en conséquence les adaptations nécessaires aux partenaires sociaux gestionnaires. Dans ce schéma, le Parlement se bornerait à définir les grandes orientations relevant de "l'éthique" du système.

M. Jacques Oudin a enfin demandé à M. Robert Cottave de lui faire part de ses conclusions quant à la détermination de la durée de cotisation requise pour l'ouverture des droits et de la période de référence retenue pour le calcul de la pension.

Concernant la durée d'assurance nécessaire à l'ouverture des droits à taux plein, M. Robert Cottave a considéré comme raisonnable de la faire passer de 37,5 à 40 ans, compte tenu de l'allongement de la durée de la vie (avec éventuellement la possibilité d'autoriser le rachat d'années pour ceux qui n'ont pas eu l'opportunité de les accomplir). Cette proposition a reçu un accueil favorable de la part de la quasi-unanimité des partenaires sociaux.

M. Robert Cottave a fait remarquer qu'à l'heure actuelle 60 % de ceux qui partent à la retraite ont plus de 40 ans de cotisations et s'estiment lésés par rapport à ceux qui ont cotisé moins longtemps. Sur une

question de **M. Jean-Pierre Masseret**, il a par ailleurs estimé peu coûteuse (de l'ordre de quelques milliards de francs) une mesure qui consisterait à permettre à tout travailleur de partir à la retraite après 40 ans de cotisations, quel que soit son âge.

S'agissant de la période de référence retenue pour le calcul des droits à pension, **M. Robert Cottave** a déclaré que d'une manière générale les interlocuteurs de la Mission avaient souhaité conserver la solution actuellement retenue par le régime général et les régimes alignés, c'est-à-dire les "dix meilleures années" et avaient fait part de leur opposition à son extension aux vingt cinq meilleures années, préconisée par le Livre blanc.

Enfin, dans un souci d'équité entre les retraités, **M. Robert Cottave** a souhaité le relèvement de 52 à 60 % du taux de la pension de réversion en faveur des veuves.