

**RAPPORT**

**DU GOUVERNEMENT AU PARLEMENT**

**SUR LA PROTECTION SOCIALE**

## **PREMIERE PARTIE**

### **LE SYSTEME FRANCAIS DE PROTECTION SOCIALE EST A LA CROISEE DES CHEMINS**

<b>I. LES ACQUIS DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE SONT CONSIDERABLES</b>	13
A. UNE PROTECTION SOCIALE ETENDUE	13
1. La couverture sociale a été progressivement élargie	13
2. La collectivité consacre une part très importante de sa richesse à la protection sociale	14
B. UN NIVEAU ELEVE DE REDISTRIBUTION	15
1. Le niveau de vie des plus jeunes générations de retraités est à parité avec celui des actifs	15
2. Les familles bénéficient de la mise en oeuvre de moyens importants	16
3. Les Français sont garantis contre l'incidence des aléas de la santé sur leur revenu	16
C. UNE SITUATION SANITAIRE DE BON NIVEAU	17
1. L'état général de santé des Français est satisfaisant	17
2. L'offre de soins s'est considérablement développée	17
<b>II. LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE PRESENTE ENCORE DES FAIBLESSES</b>	18
A. UN SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE TROP COMPLEXE	18
1. La coexistence des régimes obligatoires d'assurance maladie peut être une source de complexité	19
2. La lisibilité de la politique familiale est obérée par la multiplication des objectifs, des instruments et des acteurs	19
3. Les transferts financiers complexes et croissants résultent de la multiplicité des régimes de sécurité sociale	20

<b>B. UN SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE QUI COMPORTE DES INEGALITES ET DONT L'EFFICACITE EST PERFECTIBLE</b>	<b>21</b>
1. Des situations diversifiées prévalent dans les régimes de retraite	21
2. Des inégalités subsistent au sein du système de santé et d'assurance maladie	24
3 La branche famille comporte certaines inégalités	25
4. Il est possible de dépenser mieux dans le secteur de la santé	26
<b>C. UN MODE DE FINANCEMENT QUI EST SOURCE DE DISTORSIONS ECONOMIQUES</b>	<b>28</b>
1. Le prélèvement social s'applique principalement sur les revenus du travail et se révèle peu favorable à l'emploi	28
2. Le prélèvement social pèse assez peu sur les revenus du capital ou de transfert	30
<b>III. LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE EST MENACE PAR DES DESEQUILIBRES FINANCIERS RECURRENTS</b>	<b>31</b>
<b>A. UNE CROISSANCE DES DEPENSES SOCIALES TRES SOUTENUE</b>	<b>31</b>
1. L'évolution des dépenses sociales a été particulièrement vive pour certains risques	31
2 La dérive est principalement due à des facteurs structurels	33
<b>B. DES EFFORTS DE REDRESSEMENT GLOBALEMENT INSUFFISANTS</b>	<b>35</b>
1 Les mesures de redressement spécifiques n'ont permis de retrouver qu'un équilibre temporaire des comptes	35
2. L'Etat a été appelé à financer la protection sociale de manière croissante	37
3. L'Etat a apporté les ressources de trésorerie nécessaires au fonctionnement des régimes de sécurité sociale	37
<b>C. DES DESEQUILIBRES FINANCIERS MAJEURS</b>	<b>39</b>
1. La dégradation du solde des régimes de base a été particulièrement marquée depuis 1993	39
2. Ces difficultés financières dépassent le champ des régimes de base obligatoires .	42

## **DEUXIEME PARTIE**

### **ENJEUX ET PRINCIPES DE LA REFORME DE LA PROTECTION SOCIALE**

1. LA PROTECTION SOCIALE DOIT FAIRE FACE A DE NOUVEAUX ENJEUX	45
A. DES ENJEUX DEMOGRAPHIQUES PRÉOCCUPANTS	45
1. Le vieillissement de la population va s'accélérer	45
2. L'équilibre financier des régimes de retraite est menacé	47
3. Les enjeux pour la politique familiale sont importants	49
B. DES ENJEUX MEDICAUX ESSENTIELS	52
1. Les caractéristiques de la demande adressée au système de santé vont évoluer	52
2. L'évolution de la médecine et des techniques médicales est profonde et rapide	52
C. L'EXCLUSION, UN PHENOMENE QUI NE CESSE DE SE DÉVELOPPER	54
1. Le diagnostic est sans équivoque	54
2. La lutte contre l'exclusion est un enjeu majeur pour la protection sociale	55
II. LES VOIES D'UNE REFORME POUR UN REDRESSEMENT DURABLE ET JUSTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	55
A. UN SCENARIO DE L'IMMOBILISME QUI NE PEUT ETRE ACCEPTE	56
1. Les prévisions pour 1996	56
2. Les perspectives financières du régime général pour 1997 et 1998	56
B. LA REPRISE DE LA DETTE CUMULEE DEPUIS 1994	58
C. LES ORIENTATIONS DU GOUVERNEMENT	59
1. Le cadre général de la réforme	59
2. Construire le modèle français de maîtrise médicalisée des dépenses de santé	60
3. Moderniser notre politique familiale pour plus d'équité et d'efficacité	63
4. Garantir dans l'équité les retraites de demain	64

## **ANNEXE**

Synthèse des forums régionaux de la protection sociale

## INTRODUCTION

Cinquante années après sa création, le système actuel de protection sociale connaît de nombreux succès dans le domaine de la santé, de la vieillesse et de la famille. Ainsi, répondant aux objectifs fixés par ses fondateurs, il a permis de réduire, pour une très large part, les principales inégalités qui existaient entre les Français face aux grands risques sociaux. Par là même, conformément à ses principes initiaux, notre système de protection sociale s'est imposé comme le ciment de la cohésion nationale et une source essentielle de solidarité entre les Français.

Toutefois, la protection sociale se trouve à un moment critique de son histoire. En effet, elle est menacée par une crise profonde et doit s'adapter à l'évolution même de l'économie et de la société française. Tout d'abord, elle n'est pas suffisamment juste: il existe encore des inégalités entre catégories socioprofessionnelles, entre familles, entre patients, entre retraités et entre cotisants. Ensuite, elle souffre d'une efficacité insuffisante: elle n'est pas favorable à la création d'emplois et s'accorde de performances sanitaires et sociales qui ne sont pas à la hauteur des moyens mis en oeuvre. Par ailleurs, la sécurité sociale est confrontée à la crise financière la plus lourde de son histoire, qui résulte principalement d'une croissance tendancielle très forte des dépenses.

La question essentielle posée à tous ceux qui participent, à des titres divers, à la gestion et à l'évolution du système de protection sociale consiste à définir et à mettre en oeuvre les réformes susceptibles d'adapter le système à son époque, c'est-à-dire aux enjeux économiques et sociaux actuels ainsi qu'aux attentes de tous les Français. Cela signifie, en particulier, l'instauration de plus de justice et la recherche d'une plus grande efficacité dans le cadre d'un retour à l'équilibre des comptes. Telles sont les conditions de la consolidation et de la pérennisation du système de protection sociale, et au premier chef de la sécurité sociale, le plus important de nos services publics.

Un grand débat sur la protection sociale a été ouvert par le Gouvernement. Les forums régionaux organisés au cours du mois d'octobre sur tout le territoire national et animés par le ministre du travail, du dialogue social et de la participation, le ministre de la santé publique et de l'assurance maladie, le ministre de l'intégration et de la lutte contre l'exclusion ainsi que le ministre de la solidarité entre les générations ont constitué une étape essentielle de la démarche de concertation et de réflexion collective des forces vives du pays, voulue par le Gouvernement comme préalable à la réforme du système de protection sociale.

Dans le prolongement de ces forums, le présent rapport a pour objet d'ouvrir le débat au Parlement sur les défis auxquels est confronté le système de protection sociale.

Ce rapport s'inscrit dans le cadre des dispositions de l'article 14 de la loi n°94-637 du 25 juillet 1994 (article L. 111-3 du code de la sécurité sociale). Ce nouvel article du code de la sécurité sociale dispose, en effet, que « le Gouvernement présente chaque année au Parlement, lors de la première session ordinaire, un rapport relatif aux principes fondamentaux qui déterminent l'évolution des régimes obligatoires de base de sécurité sociale mentionnés par le présent code et par le livre VII du code rural ». Conformément à la loi, le rapport retrace ainsi pour les exercices 1992 à 1994 les prestations servies par ces régimes ainsi que les moyens de leur financement ; il détaille également les prévisions de recettes et de dépenses pour les exercices 1995 et 1996 et établit des projections pour les années 1997 et 1998.

Néanmoins, l'importance des enjeux et l'imbrication des différentes composantes du système de protection sociale sont tels aujourd'hui que le Gouvernement a souhaité élargir le champ du rapport au-delà du périmètre fixé par la loi du 25 juillet 1994. Ainsi, quand cela est nécessaire, les régimes complémentaires de retraite, rendus obligatoires pour l'ensemble des salariés du commerce et de l'industrie par la loi du 29 décembre 1972, l'aide sociale, en particulier l'aide médicale gratuite, ou certains minima sociaux font-ils l'objet de développements. Il demeure que l'analyse du régime général des salariés du commerce et de l'industrie, qui est le principal régime de sécurité sociale, est privilégiée.

Le rapport s'articule autour des deux axes suivants :

- le système de protection sociale se trouve à la croisée des chemins : en dépit de ses acquis incontestables, il présente certaines faiblesses et surtout se révèle fortement déséquilibré sur le plan financier (I) ;
- face à de nouveaux enjeux, la sauvegarde de la sécurité sociale appelle des réformes profondes, garantissant son redressement durable et renforçant l'équité entre les Français (II).

Outre une annexe qui retrace les conclusions des forums régionaux, le présent rapport est accompagné, conformément à la loi, de sept documents :

- 1° l'effort social de la nation ;
- 2° un état mettant en évidence la place des dépenses sociales dans les équilibres économiques et financiers ;
- 3° les avis des caisses sur le projet de rapport ;
- 4° le rapport établi par la Commission des comptes de la sécurité sociale ;
- 5° un état relatif aux comptes prévisionnels du Fonds de solidarité vieillesse ;
- 6° un rapport relatif aux aides et aux compensations financières ;
- 7° le rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale.

## ***Les dépenses des régimes de base obligatoires de sécurité sociale***

*Les régimes de base obligatoires de sécurité sociale, visés par la loi n° 94.637 du 25 juillet 1994, verseront en 1995 environ 1 500 MdsF de prestations, soit près de 85 % de l'ensemble des prestations des régimes de sécurité sociale. Au nombre de cent quarante quatre, ils peuvent être regroupés en quatre grands ensembles :*

### *Le régime général des salariés du commerce et de l'industrie*

*Il s'agit du principal des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Il en constitue la référence. Il assure la couverture des salariés du commerce et de l'industrie ainsi que de nombreuses catégories qui lui ont été rattachées par la loi ainsi que par la jurisprudence, soit 17,5 millions d'assurés cotisants en maladie (92 % du total des salariés et près de 85 % de l'ensemble des assurés). Il verse les prestations en nature de l'assurance maladie des fonctionnaires civils, des agents des collectivités locales et de ceux d'EDF-GDF. Il couvre également 13,8 millions d'assurés cotisants en retraite (près de 75 % du total des salariés et de 65 % de l'ensemble des assurés). En outre, il verse les prestations familiales de l'ensemble de la population, hormis les agriculteurs, soit 87 % du montant des prestations familiales versées par les organismes débiteurs. Le montant total des prestations servies par le régime général en 1995 représentera environ 1 000 MdsF, soit les deux tiers du total des prestations des régimes de base.*

### *Les régimes spéciaux de sécurité sociale*

*Les régimes spéciaux de sécurité sociale constituent le socle historique du système de protection sociale français. Quarante et un régimes spéciaux de dimension très variable couvrent les agents de l'Etat et des collectivités locales ainsi que les salariés, du secteur public à statut notamment, qui bénéficiaient avant 1945 d'une protection sociale étendue et organisée. Il convient d'y ajouter quatre-vingt un petits régimes particuliers des collectivités locales d'Alsace et de Moselle. Certains de ces régimes spéciaux couvrent l'ensemble des risques (régimes des mines, des militaires, des chemins de fer, des gens de mer), d'autres font appel au régime général pour la gestion d'une partie des risques (régimes des fonctionnaires civils, des agents des collectivités locales, d'EDF-GDF). Avec 4,5 millions d'actifs pour 2,3 millions de retraités de droit direct et un million de retraités de droit dérivé, les régimes spéciaux représentent un peu plus de 23 % de l'ensemble des actifs cotisants. Les régimes spéciaux verseront en 1995 environ 310 MdsF de prestations. Les régimes spéciaux représentent une part relativement marginale des prestations d'assurance maladie-maternité mais ils servent environ le tiers des prestations d'invalidité et près de 30 % des pensions de retraite (données 1993). Sur le total de 230 MdsF de pensions de retraite à la charge de ces régimes, soit environ 3 % du PIB, 90 % sont servis par les cinq régimes les plus importants : fonctionnaires de l'Etat et militaires, fonction publique territoriale et hospitalière (CNRACL), SNCF, EDF-GDF, Mines.*

### *Les régimes des travailleurs non-salariés et des professions non-agricoles*

Dix-neuf régimes gèrent la couverture sociale de base des travailleurs non-salariés et des professions non-agricoles (« non-non »), c'est-à-dire des commerçants, des artisans et des professions libérales<sup>1</sup>. On compte un régime unique pour la maladie et seize régimes pour le risque vieillesse, dont treize pour les professions libérales regroupés au sein d'une même caisse nationale. Les travailleurs non-salariés des professions non-agricoles relèvent, pour le service des prestations familiales, du régime général des salariés de l'industrie et du commerce. En 1995, ces régimes verseront près de 60 MdsF de prestations.

### *Les régimes agricoles*

Deux régimes agricoles couvrent les exploitants, les entrepreneurs et les salariés agricoles et leurs ayants-droit pour un montant total de prestations en 1995 de près de 130 MdsF. Le régime des salariés agricoles est rattaché pour l'ensemble des risques au régime général des salariés de l'industrie et du commerce depuis 1963. Les dépenses et les recettes du régime des exploitants agricoles, régi par le code rural, sont, pour leur part, retracées dans un budget annexe de la loi de finances, le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA).

<sup>1</sup> Les deux régimes propres aux cultes y sont adjoints.

## **PREMIERE PARTIE : LE SYSTEME FRANÇAIS DE PROTECTION SOCIALE EST A LA CROISEE DES CHEMINS**

### **I. LES ACQUIS DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE SONT CONSIDERABLES**

Le système français de protection sociale et de sécurité sociale a été fondé en 1945 autour de quelques idées simples, fortes et exigeantes : la solidarité entre tous les Français, l'universalité de la protection sociale et la responsabilité de chacun au profit de tous. L'affirmation de ces principes rompait délibérément avec ce qui existait jusqu'alors.

Les objectifs qui ont été assignés à la sécurité sociale sont la marque de cette grande ambition originelle et novatrice, qu'il s'agisse de « garantir à chacun qu'en toute circonstance, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes » ou de « couvrir l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ». La substitution d'une « vaste organisation nationale d'entraide obligatoire », la sécurité sociale, au système multiforme de prévoyance collective, privée et souvent facultative en a été le moyen.

L'histoire du système français de sécurité sociale est celle de la mise en oeuvre, parfois lente mais toujours opiniâtre, des principes posés alors. Les résultats atteints cinquante ans après sont remarquables.

#### **A. UNE PROTECTION SOCIALE ETENDUE**

La protection sociale dont bénéficient aujourd'hui les Français est particulièrement complète. Le niveau atteint par les dépenses sociales est considérable et la couverture sociale a été continûment étendue.

##### **1. La couverture sociale a été progressivement élargie**

L'une des ambitions de 1945 était la mise en oeuvre rapide d'une couverture sociale au profit de la totalité de la population. La généralisation, prévue par la loi du 22 mai 1946, s'est avérée plus lente et plus difficile que prévu, en raison notamment du poids des particularismes socioprofessionnels. Toutefois, elle a très fortement progressé au terme d'un processus qui a comporté, pour la sécurité sociale, deux grandes étapes.

Entre 1945 et les années 1970, la sécurité sociale a été généralisée progressivement à l'ensemble de la population active. Cet objectif a été atteint dans le domaine de la vieillesse par la mise en place progressive de régimes autonomes de retraite : en 1948 pour les artisans, les industriels et les commerçants et les professions libérales, en 1952 pour les exploitants agricoles. Dans le domaine de la maladie, la généralisation est passée par la création d'un régime d'assurance obligatoire au profit des exploitants agricoles (en 1961) et des professions non-salariées non-agricoles (en 1966). Des dispositions ont parallèlement prévu l'extension du régime général à plusieurs catégories de la population, notamment les étudiants, les militaires de carrière et les veuves de guerre.

La généralisation de la sécurité sociale hors du champ professionnel a été relancée au milieu des années 1970. Elle est allée jusqu'à son terme dans la branche famille qui, depuis 1978, est universelle. L'assurance maladie, pour sa part, a été étendue par l'assouplissement des règles d'entrée, d'octroi et de maintien des prestations ainsi que par la création d'un régime d'assurance personnelle auquel les personnes démunies peuvent être affiliées.

L'assurance vieillesse, enfin, est obligatoire pour tous les actifs depuis 1975. Comme en assurance maladie, la loi a prévu des dispositions généreuses qui permettent de bénéficier de droits sans même exercer d'activité régulière. Ainsi, dix semaines de salariat au plafond de cotisation suffisent à valider une année complète d'assurance et les périodes d'interruption volontaire de l'activité salariée sont prises en compte pour la détermination de la durée d'assurance dans d'excellentes conditions.

Au-delà de la sécurité sociale, des régimes paritaires de retraite et prévoyance complémentaire s'ajoutant aux mutuelles se sont constitués afin de compléter la protection des régimes de base, en particulier en matière de retraite et de survie. En-dehors de la sécurité sociale, et de manière autonome, une protection contre le risque chômage a, par ailleurs, été mise en place. Elle dispose d'institutions et de modes de financement spécifiques.

## **2. La collectivité consacre une part très importante de sa richesse à la protection sociale**

Les dépenses totales de protection sociale représentent désormais plus de 2 600 MdsF (en 1994), soit 35,3 % de la richesse nationale.

La croissance de l'effort social qui a accompagné les progrès du système de protection sociale est tout à fait considérable quels que soient les indicateurs.

Ainsi, en 1960, les dépenses de protection sociale ne représentaient encore que 15,8 % de la richesse nationale et moins de 20 % du revenu disponible des ménages. De même, en vingt-cinq ans, les prestations servies par le seul régime général de sécurité sociale ont-elles été multipliées par plus de quinze en valeur et par trois en volume.

Les comparaisons internationales situent, de ce fait, la France dans le peloton de tête des nations européennes au regard du niveau de protection sociale.

*Tableau n°1 - Les dépenses courantes de protection sociale en Europe (1993)*

	France	Allemagne occidentale	Royaume-Uni	Europe des 12
en % du PIB	31	28	28	29

Source : Eurostat

## B. UN NIVEAU ELEVE DE REDISTRIBUTION

### 1. Le niveau de vie des plus jeunes générations de retraités est à parité avec celui des actifs

La retraite a été, pendant de nombreuses années, synonyme de pauvreté. Jusqu'aux années 1960, le sort réservé en France aux personnes âgées n'était pas digne d'un grand pays développé. Cette situation a considérablement évolué.

La montée en charge des systèmes de retraite de base et complémentaires a été rapide. Ainsi, les prestations sociales vieillesse ont progressé de 15 MdsF en 1960 à 937 MdsF en 1994, passant de 5 % à 12,7 % du PIB, et les prestations de retraite servies par le régime général ont été multipliées par cinq en volume au cours des vingt-cinq dernières années. Cela s'est traduit par une amélioration significative de la situation des personnes âgées.

Ainsi, le niveau de vie des retraités les plus jeunes est-il désormais, en moyenne, à parité globale avec celui des actifs. Ce diagnostic posé par le Livre blanc sur les retraites en 1991, et confirmé depuis lors, repose sur l'analyse de trois indicateurs. D'une part, les bénéficiaires du minimum vieillesse sont de moins en moins nombreux (1 100 000 en 1992 contre 2 550 000 en 1959). D'autre part, le niveau des retraites est devenu comparable à celui des salaires : la retraite moyenne nette du secteur privé représente environ 80 % du salaire moyen net<sup>2</sup> (près de 90 % y compris les avantages accessoires et les pensions de réversion). Enfin, les retraités n'ont, sauf exception, plus d'enfants à charge, ils disposent de plus de revenus du capital et sont plus souvent propriétaires de leur logement que les actifs.

Toutefois, ce résultat ne doit pas faire perdre de vue les disparités persistantes, parmi les retraités, entre les catégories sociales et les âges. Ainsi, en dépit de la revalorisation exceptionnelle de son montant au 1er juillet dernier, la situation des bénéficiaires du minimum vieillesse demeure encore difficile.

<sup>2</sup> Pour l'ensemble des retraités (hommes et femmes) unipensionnés du régime général et ayant eu une carrière complète.

## 2. Les familles bénéficient de la mise en oeuvre de moyens importants

Les moyens consacrés par les pouvoirs publics à la politique sociale en faveur des familles sont considérables, au regard des montants financiers en jeu comme du caractère complet des instruments. Ainsi, selon les comptes de la protection sociale, la politique familiale mobilise-t-elle environ 300 MdsF en 1994, soit 4,1 % de la richesse nationale, la France se situant au troisième ou au quatrième rang en Europe. Les familles allocataires sont plus de 5,8 millions (en 1993) et le nombre d'enfants bénéficiaires de la politique familiale dépasse 12,2 millions (en 1993). En outre, les instruments de la politique familiale sont riches et variés. Les prestations familiales sont plus nombreuses (vingt-quatre) et d'une étendue plus vaste qu'ailleurs en Europe. Le volume des prestations versées par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) a été multiplié par près de 1,7 depuis 1970. S'y ajoutent des aides fiscales à hauteur de 100 MdsF environ (dont 68 MdsF au titre du quotient familial), ainsi que des aides personnelles au logement.

Les branches maladie et vieillesse de la sécurité sociale prennent également en compte la dimension familiale. Ainsi, la seule cotisation maladie d'un actif sert à couvrir tous les membres de sa famille, quel que soit leur nombre. En vieillesse, parmi d'autres éléments, les pensions sont majorées en fonction du nombre d'enfants.

*Tableau n°2 - Les prestations familiales en Europe (1990)*

En ECU	France	Allemagne	Royaume-Uni	Europe des 12
Montant par habitant	364,8	351,2	273,5	232,7

Source : Eurostat

## 3. Les Français sont garantis contre l'incidence des aléas de la santé sur leur revenu

La réparation des accidents professionnels a été la première garantie mise en œuvre par le système de protection sociale. Elle en constitue le cœur historique. Peu à peu, l'étendue de la protection a été élargie. Le système de protection sociale assure désormais, notamment par le versement d'indemnités journalières, la couverture de la perte de revenu due à un arrêt de maladie, à la maternité, à l'invalidité ou au décès du conjoint.

Pour sa part, la couverture socialisée des dépenses de soins par le versement de prestations en nature par l'assurance maladie et par les organismes complémentaires permet aux Français d'accéder, quand cela est nécessaire, à des services de soins de bon niveau.

## C. UNE SITUATION SANITAIRE DE BON NIVEAU

La santé des Français a connu une amélioration continue depuis 1945. Un rôle essentiel dans cette évolution revient au système de protection sociale, en particulier à l'assurance maladie et aux dispositifs complémentaires.

### **1. L'état général de santé des Français est satisfaisant**

L'amélioration de l'état de santé est l'objectif principal du développement de tout système de soins. A cet égard, les progrès accomplis sont remarquables. Comme le soulignent les conclusions du rapport général du Haut comité de la santé publique, l'amélioration des indicateurs synthétiques de la santé en France est nette :

- l'espérance de vie à la naissance est passée de 55 ans pour les hommes et 61 ans pour les femmes en 1935 à respectivement 73,1 ans et 81,3 ans aujourd'hui, ce qui permet à la France de se placer au premier rang de l'Union européenne ;
- l'espérance de vie sans incapacité atteint 63,8 ans pour les hommes (+ 3 ans entre 1980 et 1991) et 68,5 ans pour les femmes (+2,7 ans) ;
- le taux de mortalité périnatale a chuté entre 1960 et 1990 de 18,1 pour 1 000 à 8,3 pour 1 000.

Les performances de la France sont parfois excellentes. C'est le cas en matière d'espérance de vie des femmes, uniquement dépassée par celle des Japonaises (81,7 ans). Un second point fort concerne la santé des personnes âgées. La France bénéficie également d'une position avantageuse en matière de maladies cardio-vasculaires (sauf pour la mortalité cérébro-vasculaire où elle est devancée en Europe par la Suède et la Suisse).

### **2. L'offre de soins s'est considérablement développée**

La socialisation du financement a solvabilisé la demande de soins, permettant une très forte croissance de l'offre de soins, tant en quantité qu'en qualité.

L'évolution de l'offre hospitalière publique et privée a été très marquée. En lui apportant des ressources stables et importantes, la sécurité sociale a permis à l'hôpital de réussir sa mutation et de devenir un lieu de soins technicisé et médicalisé. L'essor du nombre de lits hospitaliers a été particulièrement prononcé dans les années 1960 et 1970. On en compte désormais près de 690 000 (en 1991), répartis dans 1 069 établissements sous statut juridique public et 2 772 établissements privés, pour un montant total de dépenses de 314,5 MdsF en 1994. Le court séjour représente près de 290 000 lits, le moyen séjour près de 95 000, le long séjour 70 000 environ et la psychiatrie plus de 90 000. La France enregistre, au sein de l'Union européenne, le plus fort nombre de lits, avec un ratio d'environ 1 250 lits pour 100 000 habitants, contre environ 800 lits en moyenne.

La croissance des professions de santé a également été très importante. De 40 000 en 1955, le nombre de médecins est passé à 160 000 aujourd'hui (1994), dont près de la moitié sont des spécialistes.

*Tableau n°3 - Nombre de médecins pour 1 000 habitants (1990)*

Pays	Médecins en activité
Allemagne	3,1
Royaume-Uni	1,4
Etats-Unis	2,3
France	2,7
Japon	1,6

Source : OCDE/CREDES

Les professions de santé réglementées (professions médicales, paramédicales et pharmaciens) représentent 640 000 personnes en activité, auxquelles il convient d'ajouter plus de 300 000 aides-soignants et agents de service hospitalier.

Le système de protection sociale a suscité de ce fait une augmentation rapide de la consommation médicale des Français, qui atteint aujourd'hui plus de 11 500 F par personne, et une homogénéisation du recours aux soins. En même temps, l'extension de la couverture sociale a favorisé une diffusion très large des nouvelles thérapeutiques et des nouveaux équipements et appareillages résultant du progrès médical.

## II. LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE PRESENTE ENCORE DES FAIBLESSES

En dépit de ses acquis, le système français de protection sociale souffre d'un certain nombre de faiblesses dont pâtissent particulièrement les personnes les plus en difficulté, c'est-à-dire précisément les personnes pour lesquelles l'utilité du système est la plus évidente.

Le système de protection sociale compte principalement trois points faibles. Parfois trop complexe, il comporte dans son fonctionnement des inégalités et se caractérise par une efficacité insuffisante.

### A. UN SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE TROP COMPLEXE

La sophistication du système de protection sociale est la contrepartie historique de son ambition et de son extension. Il convient néanmoins de déplorer la persistance de certains éléments de complexité qui vont à l'encontre des objectifs recherchés. C'est en particulier le cas en matière d'assurance maladie, dans le domaine de la politique familiale et en ce qui concerne les transferts financiers entre régimes.

## **1. La coexistence des régimes obligatoires d'assurance maladie peut être une source de complexité**

Le système français de prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, ainsi que par l'aide sociale, est particulièrement complexe. Cette situation tient à la juxtaposition de multiples régimes professionnels, à la source de la lourdeur des procédures administratives d'affiliation et d'accès à la couverture maladie.

La Cour des comptes a souligné la complexité inhérente au système de l'assurance personnelle, tant pour les assurés, notamment les bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) et leurs ayants-droit, que pour les organismes sociaux.

Aucun avantage de sécurité sociale ne donne lieu, selon la Haute juridiction financière, à de tels flux d'information et à des fréquences aussi rapprochées. Il convient également de s'interroger sur un dispositif qui ne permet pas qu'un droit garanti par la loi, l'accès à l'assurance maladie, se traduise toujours dans les faits. Parfois également, ce droit n'est mis en oeuvre qu'avec d'importants retards. Cette situation tient soit à des problèmes d'information des intéressés, soit à des problèmes pratiques (édition de la carte d'assuré social au régime de l'assurance personnelle par exemple).

## **2. La lisibilité de la politique familiale est obérée par la multiplication des objectifs, des instruments et des acteurs**

### ***a. Les objectifs de la politique familiale se sont multipliés au détriment de sa lisibilité***

A l'origine, la politique familiale visait l'aide aux jeunes familles et aux familles nombreuses. Il s'agissait alors de mettre en oeuvre une vigoureuse politique nataliste se traduisant par une amélioration des prestations servies aux familles, en vue de compenser les frais liés aux enfants. Au cours des années 1970 et 1980, ces objectifs ont été complétés, pour tenir compte notamment de l'évolution sociologique et des besoins spécifiques des familles : d'abord, un objectif de redistribution sociale des familles les plus aisées vers les familles les plus modestes, qui a été recherché par l'introduction de conditions de ressources pour l'attribution des prestations familiales ; ensuite un objectif de meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, enfin un objectif de participation à la lutte contre le chômage, par le biais notamment de dispositifs d'exonérations des cotisations patronales pour des montants croissants

Or il n'existe pas, à l'heure actuelle, de réelle priorité entre les objectifs du système des prestations familiales qui apparaissent plus juxtaposés que coordonnés. Les priorités ont, en effet, fait l'objet de fluctuations qui se sont accentuées au cours des années 1980, au gré des différentes réformes du système des prestations.

**b. Les instruments et les acteurs de la politique familiale sont nombreux**

La politique familiale repose, depuis sa mise en place, sur trois pôles essentiels : des prestations familiales, des aides fiscales et des aides personnelles au logement. Les prestations ont fait l'objet, au fil du temps, d'une sédimentation. Leur nombre est passé en effet de quatre à l'origine à vingt-quatre aujourd'hui, ce qui va à l'encontre de la simplicité et de l'efficacité. Parallèlement, le dispositif fiscal est devenu plus complexe : au quotient familial se sont ajoutées des déductions spécifiques, notamment au titre des emplois familiaux.

Enfin, la coordination des nombreux acteurs de la politique familiale (Sécurité sociale, Etat, employeurs, collectivités locales) pose problème.

**3. Les transferts financiers complexes et croissants résultent de la multiplicité des régimes de sécurité sociale**

L'absence d'un régime universel a conduit à mettre en place des mécanismes correcteurs complexes, critiqués notamment par la Cour des comptes. La gestion d'une protection sociale généralisée au travers de régimes obligatoires épars (seule la branche des prestations familiales couvre l'ensemble de la population) implique en effet des flux financiers entre ces régimes. La coexistence de régimes fondés sur des bases socioprofessionnelles diverses a conduit, de facto, à organiser des transferts financiers nombreux et croissants.

Ces transferts répondent à deux préoccupations légitimes : compensation des différences dans la structure démographique des régimes ; répartition des charges supportées par un régime pour le compte des autres. Ainsi, les compensations démographiques correspondent à la volonté du législateur de corriger la disparité des évolutions démographiques entre régimes, notamment pour le risque vieillesse. Certains régimes se trouvent en effet mis en difficulté par la diminution du nombre de cotisant actifs et par l'augmentation concomitante des ayants-droit.

Par ailleurs, pour des raisons de commodité de gestion, il est apparu plus simple de faire supporter un ensemble de charges par un seul régime, le plus souvent le régime général, les dépenses correspondantes faisant ensuite l'objet de remboursements. De telles répartitions sont nombreuses pour le risque maladie, notamment du fait de la globalisation des dotations de fonctionnement des établissements hospitaliers. Elles se sont, en outre, progressivement développées, sous l'effet de la généralisation de la couverture par l'assurance maladie.

Ces transferts croissants entre régimes, fondés dans leurs principes, peuvent être critiqués pour la complexité de leurs règles. On dénombre ainsi douze mécanismes de compensation et sept dispositifs de transfert qui, tous, font l'objet d'une réglementation distincte. Cette multiplicité de règles obscurcit les conditions de transferts financiers interrégimes.

**B. UN SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE QUI  
COMPORTE DES INEGALITES ET DONT L'EFFICACITE EST  
PERFECTIBLE**

Le système de protection sociale et de sécurité sociale a été conçu par ses fondateurs comme un vecteur privilégié de solidarité entre Français et de justice sociale. Cet objectif est atteint pour l'essentiel. Toutefois, la mise en oeuvre inachevée du principe d'unité a laissé subsister d'importants éléments de différenciation dans les domaines des retraites, de la santé et de la famille.

De même, les performances sanitaires ne sont pas à la hauteur des dépenses engagées.

**1. Des situations diversifiées prévalent dans les régimes de retraite**

La généralisation de l'assurance vieillesse aujourd'hui achevée s'est faite sans unification des régimes de couverture sociale ni réelle uniformisation des règles, en dépit des objectifs fixés en 1945. La diversité des régimes suscite donc des inégalités entre assurés sociaux. Toutefois, la principale disparité tient aujourd'hui à l'absence de réforme structurelle dans les régimes spéciaux.

**a. Les disparités entre les salariés du secteur privé et les bénéficiaires des régimes spéciaux vont se creuser**

Avant la mise en oeuvre de la réforme du régime général décidée en 1993, les taux de remplacement<sup>3</sup> n'étaient, à revenu d'activité égal, que très légèrement supérieurs dans le secteur public, couvert par les régimes spéciaux de retraite.

*Tableau n°4 - Taux de remplacement des revenus d'activité (1993)*

Tranches de salaire(1)	Secteur privé	Secteur public	Différence en points
6 à 8.000 F	86 %	89 %	3
8 à 10.000 F	80 %	80 %	0
10 à 12.000 F	79 %	78 %	-1
12 à 16.000 F	75 %	76 %	1
> 16.000 F	65 %	72 %	7

(1) Dernière année complète travaillée à plein temps

Source : SESI

<sup>3</sup> Pension/revenu de la dernière année complète d'activité (en net)

La pension moyenne de droits directs du régime des fonctionnaires est certes supérieure de 30 % environ à celle des salariés du régime général (11 135 F contre 8 459 F par mois en 1993). Toutefois, cette situation tient essentiellement aux différences de profil démographique et socioprofessionnel des régimes.

La réforme structurelle appliquée en 1993 au régime général et aux régimes alignés mais pas aux régimes spéciaux<sup>4</sup> a introduit toutefois un élément de rupture. En effet, sa mise en oeuvre va avoir deux effets conjugués :

- elle va faire apparaître, au détriment du régime général, des écarts entre niveaux de pensions au-delà des différences de profil démographique et socioprofessionnel. Ainsi, la progression de la pension unitaire moyenne de droit direct servie par le régime général (+ 15 % en francs constants en 2015) sera inférieure à celle servie par les régimes spéciaux (+ 22 % pour les fonctionnaires civils et + 27 % pour les agents de la SNCF à la même date) ;

- elle va également susciter, au profit des salariés relevant des régimes spéciaux, une distorsion sensible des taux de remplacement, la réforme de 1993 entraînant une diminution d'environ sept points du taux de remplacement global pour les salariés hommes du régime général.

Le Livre blanc a montré que les différences subsistant en 1991 entre le régime général et les régimes spéciaux portaient surtout sur les conditions d'âge ainsi que sur les avantages annexes, notamment les pensions de réversion. Ce diagnostic est plus fondé encore après la réforme de 1993.

Une nouvelle source de disparités croissantes réside désormais dans la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Fixée à 153 trimestres au 1er janvier 1996 dans les régimes du secteur privé qui ont fait l'objet de la réforme de 1993 (régime général, régime des artisans, des industriels et des commerçants), cette durée sera portée progressivement à 160 trimestres (40 annuités). Dans les régimes spéciaux, écartés de cette mesure, la durée d'assurance requise demeure fixée à 150 trimestres.

En outre, les inégalités importantes d'âge de départ à la retraite persistent. Ainsi, les régimes spéciaux prévoient la possibilité d'un départ en retraite avant soixante ans au bénéfice de nombreuses catégories d'assurés, les avantages les plus nets se concentrant sur les catégories de personnes qui peuvent bénéficier de la retraite sans condition d'âge.

<sup>4</sup> Elle a consisté principalement à allonger la durée d'assurance à 40 ans, à élargir la période de référence pour le calcul du salaire de référence de 10 à 25 ans et à indexer les pensions sur les prix hors tabac.

*Tableau n°5 - Exemples d'âge minimum d'attribution des droits à la retraite à taux plein*

Age	Activité
65 ans	Professions libérales, ministres du culte, inactifs
60 ans	Salariés du secteur privé, artisans, industriels et commerçants, exploitants agricoles  Fonctionnaires - agents de la CNRACL - agents sédentaires d'EDF-GDF, de la SNCF de la RATP ; ouvriers de l'Etat sédentaires
55 ans	Fonctionnaires ayant plus de 15 ans de service actif - agents de la CNRACL en cas de service actif-
52 ans et demi	Marins ayant 37,5 années de service
50 ans	Policiers et officiers ayant entre 15 et 25 ans de service actif ; Mineurs ayant 20 années de fond et 30 ans de service - agents actifs de la SNCF - agents de la RATP ayant 25 ans de service actif - artistes du chant de l'Opéra
40 ans	Artistes de la danse de l'Opéra
Pas d'âge minimum	Femmes mères d'au moins trois enfants dans certains régimes spéciaux - officiers ayant 25 ans de service - militaires non officiers ayant 15 ans de service

Source : Livre blanc sur les retraites / direction du budget / direction de la sécurité sociale

Enfin, en dépit du relèvement du taux appliqué aux pensions de réversion du régime général qui est passé de 52 % à 54 %, le régime général demeure moins favorable que les régimes spéciaux sur ce point.

Les règles applicables pour la réversion sont, en effet, plus favorables dans ces régimes. Il n'y existe, en effet, ni condition d'âge minimum, fixé à 55 ans dans le régime général, ni condition de non-cumul avec des ressources personnelles (SMIC dans le régime général) ou avec des droits propres. Le régime général ne comporte pas, en outre, de pensions d'orphelin.

#### **b. Certaines possibilités de cumuls créent des inégalités entre retraités**

Les polypensionnés représentent une proportion croissante du total des retraités : 34 % de l'ensemble mais près de 45 % des assurés nés en 1934 ayant fait liquider leur pension au régime général en 1994. La simplification des règles de coordination, souhaitable au plan de la gestion, a eu néanmoins pour effet de les favoriser en ne les soumettant plus au plafond de durée d'assurance qui est opposé aux monopensionnés (153 trimestres au 1er janvier 1996).

On peut également s'interroger sur le bien-fondé de certains autres cumuls. Ainsi, la législation actuelle permet-elle notamment à un retraité qui a droit dans un régime à une pension de vieillesse d'un montant substantiel de bénéficier du minimum dans un autre régime, par exemple le régime général, et cela sans aucune limite.

## **2. Des inégalités subsistent au sein du système de santé et d'assurance maladie**

L'égalité devant la santé est un objectif fondamental de la politique d'assurance maladie et un élément essentiel du pacte social. Pourtant, en dépit de l'importance des sommes consacrées à ces objectifs, certaines inégalités peuvent encore être observées.

### ***a. Les régimes de sécurité sociale ne prennent pas en charge les dépenses de façon identique***

Dans le domaine des prestations en nature, la part des dépenses laissée à la charge des assurés varie notablement. Ainsi, certains régimes spéciaux assurent une prise en charge à 100 %, dans le cadre, il est vrai, de systèmes médicaux intégrés à l'entreprise. Au contraire, les régimes de non-salariés ne remboursent certains risques qu'à hauteur de 50 % (soins courants, petit appareillage...)

Pour les prestations en espèces, les régimes de non-salariés, sauf le régime des artisans, ne prévoient pas d'indemnités journalières maladie alors que certains régimes spéciaux du secteur public prévoient, au contraire, des modalités avantageuses de calcul.

### ***b. Des disparités d'accès aux soins subsistent***

Tous les Français ne sont pas encore égaux devant les soins. Les difficultés pour accéder aux soins sont notables au bas de l'échelle des revenus et certains experts considèrent même qu'elles se sont accrues au cours des années 1980, les plus démunis recourant moins aux soins, plus tardivement et dans de plus mauvaises conditions.

Selon le Haut comité de la santé publique, en 1991, les personnes ayant les revenus les plus faibles réalisaient 20 % de recours aux médecins en moins que l'ensemble de la population alors que ce déficit n'était que de 15 % en 1980. Selon le CREDES<sup>5</sup>, un Français sur cinq renoncerait même à des soins pour des considérations financières, ce pourcentage étant plus élevé encore en ce qui concerne les soins dentaires (plus d'un sur quatre) et l'achat de lunettes.

Quelques groupes spécifiques concentrent sur eux les difficultés, qui semblent s'accentuer. Il s'agit notamment des bénéficiaires du RMI et des jeunes qui ne sont insérés ni dans le système scolaire ni dans un cursus professionnel.

<sup>5</sup> Centre de recherches, d'études et de documentation en économie de la santé.

### **c. L'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire national**

En dépit de son importance, l'offre médicale n'est répartie de façon uniforme sur le territoire ni dans le domaine hospitalier ni dans le domaine ambulatoire. Les excédents comme les déficits relatifs sont même parfois cumulatifs.

Les médecins libéraux privilégient, par exemple, pour s'installer les régions du sud de la France, notamment du sud-est, ainsi que l'Ile-de-France, particulièrement Paris et la petite couronne. Au plan conventionnel, on déplore l'existence, en particulier dans les villes, de très importantes « zones d'ombre »<sup>6</sup>.

En matière hospitalière, les dotations des régions en lits d'hospitalisation complète s'écartent parfois de façon très significative de la moyenne nationale.

*Tableau n°6 - Les dotations en nombre de lits d'hospitalisation complète des régions (au 31 décembre 1993)*

Pour 1 000 habitants	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Moyen séjour	Long séjour	Psychiatrie
Minimum	1,81	1,58	0,41	0,87	0,64	0,84
Maximum	2,75	2,58	0,73	2,81	3,29	2,64
Moyenne	2,32	2,10	0,49	1,64	1,35	1,47

Source : direction des hôpitaux

### **3. La branche famille comporte certaines inégalités**

Le caractère peu discriminant des conditions de ressources dans le système français a fait parfois l'objet de critiques. Ainsi, par exemple, 75 % des familles de trois enfants bénéficient du complément familial, de l'allocation pour le jeune enfant ou de l'allocation de rentrée scolaire. Ce caractère peu discriminant est dû à ce que les seuils de revenus appliqués sont relativement élevés en pourcentage du SMIC.

Par ailleurs, la combinaison des prestations familiales et de la fiscalité soulève le problème du profil de l'aide globale apportée par la politique familiale (prestations familiales et aides fiscales confondues) : celle-ci croît en fonction du revenu mais de façon non proportionnelle. Quand le revenu s'élève, pour un nombre donné d'enfants, le montant de l'aide diminue tout d'abord (disparition des aides sous conditions de ressources), puis augmente (sous l'effet du quotient familial) pour enfin se stabiliser (en raison du plafonnement de l'effet du quotient familial).

6 Unités territoriales où la proportion de médecins qui ont la possibilité conventionnelle de demander un prix supérieur au tarif servant de base au remboursement est supérieure à 50 %.

Par ailleurs, les modes de calcul des ressources pour les prestations versées sous conditions de ressources (plus de 40 % du montant total des prestations familiales) sont excessivement diversifiés et manquent de ce fait de cohérence. Ainsi, les transferts sociaux, en raison de leur caractère non imposable, ne sont pas pris en compte dans les ressources des allocataires alors que sont retenues des ressources identiques mais tirées d'une activité professionnelle ou d'une pension de retraite. Cela conduit à déroger dans un nombre significatif de cas au principe « à revenu égal, aide égale ».

#### **4. Il est possible de dépenser mieux dans le secteur de la santé**

##### ***a. Les performances sanitaires ne sont pas à la hauteur des dépenses qui y sont consacrées***

Une comparaison internationale montre que les dépenses engagées dans le domaine de la santé et financées par la collectivité sont particulièrement élevées en France. Ainsi, en proportion du PIB, la France occupe la troisième place mondiale et le premier rang au sein de l'Union européenne. Les dépenses de santé en volume par habitant placent même la France au second rang de l'OCDE. En effet, elles sont supérieures de 25 % à celles de l'Allemagne et de 60 % à celles du Royaume-Uni.

*Tableau n° 7- Part des dépenses de santé dans le PIB (1993)*

	Allemagne	Royaume-Uni	Canada	Etats-Unis	France
En %	8,6	7,1	10	13,4	9,8

Source : OCDE

Pour autant, l'état sanitaire de la population française n'est pas significativement meilleur que celui des autres pays développés. On relève notamment en France des résultats très moyens en matière d'espérance de vie masculine et de mortalité périnatale<sup>7</sup> (treizième rang de l'OCDE) ainsi que de mortalité prématurée.

##### ***b. La France ne privilégie pas suffisamment la recherche de la qualité des soins***

Le système de santé et d'assurance maladie est caractérisé par la faiblesse de l'évaluation médicale et la diversité des pratiques médicales, au détriment de la qualité des soins. Les données disponibles sur le sujet sont encore rares mais toutes convergent pour diagnostiquer l'existence de gaspillages dans le système de santé.

<sup>7</sup> Mortalité périnatale : nombre d'enfants de plus de 500 grammes et de 22 semaines d'âge gestational morts avant le 8ème jour après la naissance rapporté au nombre total de naissances.

Dans le secteur hospitalier, il convient de s'interroger sur la diversité selon les régions et les établissements des durées d'hospitalisation pour une même pathologie ainsi que sur les différences très marquées de pratiques médicales, notamment chirurgicales. Pour ne prendre que quelques exemples, le taux de césarienne varie du simple au double selon le département où a lieu un accouchement ; le coût d'une même opération varie de 1 à 1,5 selon les établissements ; le ratio nombre de B (actes de biologie) sur nombre d'entrées à l'hôpital public va du simple au triple selon les régions.

Au plan de la sécurité sanitaire, des problèmes existent dans le domaine des urgences, comme l'a mis en évidence le rapport du Professeur Steg dès 1992. Certains services sont notamment sous-méicalisés ou n'ont pas la masse critique d'activité nécessaire pour maintenir la qualité des pratiques médicales. Des problèmes du même ordre existent également dans le domaine de l'obstétrique.

Dans le secteur des soins ambulatoires, à la prescription d'examens biologiques et d'examens complémentaires, qui ne sont pas toujours nécessaires ou pertinents, s'ajoutent les bilans systématiques inutilement répétés.

La surconsommation en France des psycholeptiques, des vasodilatateurs et des antihypertenseurs est très frappante comme le montre le tableau suivant :

*Tableau n°8 - Nombre de doses quotidiennes définies pour 1 000 personnes et par jour*

	France	Allemagne	Italie	Royaume-Uni
Antihypertenseurs	166,1	139	103,8	118,9
Vasodilatateurs	56,4	30,3	22,8	2,9
Hypolipidémiants	31,8	13	8,1	2,1
Psycholeptiques	128,5	36,3	51,2	33,2

Source : CREDES, 1995

La France manque d'instruments pour soigner mieux sans dépenser plus. Ainsi, l'évaluation de la qualité des soins est encore faiblement répandue. En outre, le manque de coordination de soins est source de redondances. Enfin, comme l'a montré le Haut comité de la santé publique, les objectifs de santé publique ne sont pas suffisamment définis, ni affichés. Les outils de leur mise en oeuvre sont quasiment inexistantes.

### **c. Le système de santé connaît plusieurs déséquilibres**

Le système de santé français n'est pas harmonieusement organisé.

Parmi les quatre grandes fonctions de tout système de soins<sup>8</sup>, la fonction de prévention paraît, au moins dans sa partie identifiable, particulièrement mal dotée en France, en dépit de son importance en termes de santé publique. De plus, à l'intérieur du secteur de prévention, l'éducation à la santé et l'information sur la santé ne font pas l'objet d'efforts suffisants. En outre, les structures de prévention (médecine du travail, médecine scolaire, services de l'environnement, services de PMI...) sont inégalement dotées en moyens.

Un déséquilibre existe également entre le secteur hospitalier et l'ambulatoire. La France est ainsi dans la moyenne européenne pour le nombre global de médecins, mais très au-dessus de cette moyenne pour le nombre de lits d'hôpital par habitant. Au sein même du secteur hospitalier, alors que la psychiatrie et le court séjour sont en excédent, le nombre de lits de moyen et de long séjour est insuffisant.

Au sein du secteur ambulatoire, la France compte un nombre élevé de spécialistes : près de la moitié des 160 000 médecins en activité au 1er janvier 1994 sont des spécialistes, situation sans équivalent dans les autres grands pays européens et qui résulte d'un taux de croissance annuel en moyenne trois fois plus élevé chez les spécialistes que chez les omnipraticiens (4,6 % contre 1,3 % sur la période 1982-1992).

## C. UN MODE DE FINANCEMENT QUI EST SOURCE DE DISTORTIONS ÉCONOMIQUES

### **1. Le prélèvement social s'applique principalement sur les revenus du travail et se révèle peu favorable à l'emploi**

A l'origine, la sécurité sociale a été conçue sur un principe d'assurance sociale au profit des travailleurs. Avec son extension progressive, elle s'est toutefois profondément transformée. Elle comporte désormais de plus en plus d'aspects relevant de la solidarité.

Pour autant, le mode de financement de la sécurité sociale a insuffisamment évolué. En dépit des importantes transformations qui ont affecté la nature des droits à la protection sociale, dans le sens d'un relâchement de leur lien avec l'affiliation professionnelle et l'effort contributif, le financement est resté assis pour l'essentiel sur les revenus professionnels sous forme de cotisations sociales. En 1990, la part des cotisations dans le total des recettes du régime général s'élevait à 90 %. Elle était, au cours de cette même année, de 80 % pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale. En 1995, ces proportions ont légèrement décrue, avec un niveau respectif de 86 % et 75 %, en raison de l'introduction de la contribution sociale généralisée (CSG).

<sup>8</sup> Prévention, soins, accompagnement et suivi, réinsertion

Ce mode de financement pèse directement sur le coût du travail. Certes, nos coûts salariaux unitaires globaux sont restés en ligne avec ceux de nos principaux partenaires. Toutefois, le poids relatif des charges sociales par rapport aux pays étrangers est plus élevé au niveau des bas salaires, ce qui provoque des problèmes de compétitivité pour les emplois correspondants. C'est précisément sur ce segment du marché du travail que le taux de chômage, en France plus encore qu'à l'étranger, est le plus important. Le chômage touche en effet davantage les personnes peu ou non qualifiées.

La structure du financement de la protection sociale s'est, de ce point de vue, révélée défavorable à l'emploi. Tous régimes confondus (régime général, retraites complémentaires, UNEDIC), le taux de cotisations patronales et salariales au niveau du SMIC s'est élevé de 57,8 % en 1980 à 61,4 % en 1992.

Aussi, pour tenter de corriger cet effet pervers, de nombreux dispositifs d'exonération de cotisations sociales ont dû être mis en place dans le bas de l'échelle des revenus.

Actuellement, le haut niveau de cotisations sociales assises sur l'ensemble des salaires doit conduire à rechercher une plus grande diversification des ressources affectées aux régimes sociaux. En allégeant la charge du prélèvement social qui pèse sur l'emploi par transfert sur d'autres assiettes, la décrue du chômage devrait s'amplifier.

## 2. Le prélèvement social pèse assez peu sur les revenus du capital ou de transfert

La part des revenus du travail salarié et non salarié dans les revenus des ménages, qui s'élevait à 77,9 % en 1980, ne représentait plus en 1994 que 72,5 %. Alors que les revenus de transfert et de l'épargne occupent dans notre société une place croissante, leur régime fiscal et social demeure très diversifié.

*Tableau n°9 - Régime fiscal et social des revenus du capital et de remplacement*

	Taxation à l'IR	Taxation à la CSG	Cotisations sociales (Régime général)
Revenus du capital	oui, selon diverses modalités (exonérations prévues, prélèvement libératoire de 15 % pour les intérêts, imposition au taux de droit commun)	oui, sauf produits exonérés de l'IR et du prélèvement libératoire (livret A, Codevi, Epargne Populaire, épargne logement, assurance-vie)	non mais il existe deux contributions sur les revenus imposables de 1 % chacune au profit des organismes de sécurité sociale
Prestations familiales, AGED, AFEAMA Alloc. logement AAH, RMI	non non non	non non non	non non non
Indemnités journalières	oui, sauf affections longues, maternité, AT	non	non
Retraites	oui	oui (si IR)	cotisations maladie (1.4 % - 2.4 %)
Majo. pour enfant	non	oui	non
Allocations chômage et préretraites	oui	oui (si IR et si supérieur au SMIC brut), dont abattement de 5 % pour frais de recherche d'emploi	maladie (si IR, 1.4 % chômage, 5.5 % préretraites)
Pensions invalidité	oui	oui (si IR)	non

Source : Rapport sur le financement de la protection sociale, CGP, 1995

Instituée pour diversifier le financement de la sécurité sociale, la CSG a été conçue comme une imposition sur l'ensemble des revenus à assiette large et à taux modéré. Cependant, du fait des exonérations spécifiques dont bénéficient certains titulaires de revenus de remplacement et du fait des règles fiscales applicables aux revenus du patrimoine et aux produits de placement, la CSG pèse encore principalement sur les revenus d'activité.

### III. LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE EST MENACE PAR DES DESEQUILIBRES FINANCIERS RECURRENTS

La croissance des dépenses, qui se révèle particulièrement dynamique, est, sur longue période, supérieure à celle des recettes. Des efforts de redressement sont intervenus par le passé, mais de manière insuffisante ou tardive. Le système de protection sociale est confronté aujourd'hui à une crise financière sans précédent.

#### A. UNE CROISSANCE DES DEPENSES SOCIALES TRES SOUTENUE

##### **1. L'évolution des dépenses sociales a été particulièrement vive pour certains risques**

###### *a. La croissance des dépenses totales de protection sociale s'est révélée très dynamique*

La mise en place progressive de dispositifs complets et étendus de couverture sociale s'est traduite par une croissance prononcée des dépenses sociales, tant en volume qu'en proportion des principaux agrégats macro-économiques (consommation, revenu des ménages...). Ainsi, les dépenses totales de protection sociale ont atteint 2 608 MdsF en 1994 contre 615 MdsF en 1965 (exprimés en francs 1994) soit une multiplication par 4,2 en francs constants.

Les dépenses de protection sociale ont progressé sensiblement plus vite que le revenu national et le revenu des ménages. Elles représentaient 28 % du revenu disponible brut des ménages en 1965, 28,6 % en 1970, 40 % en 1980, 51 % en 1994.

Ce trait commun aux pays industrialisés est particulièrement marqué en France.

*Tableau n°10 - Montant des prestations sociales en Europe*

En % du PIB	1978	1984	1994
France	18,5	21,8	23,3
Allemagne	17,3	16,7	17,7
Royaume-Uni	10,2	12,8	13,9

Source : OCDE

Cette croissance globale ne s'est pas effectuée à un rythme uniforme, sur l'ensemble de la période. Ainsi, après une croissance particulièrement rapide dans les années 1960 et 1970, un ralentissement relatif s'est amorcé entre 1983 et 1990. Depuis lors, on assiste à une reprise de la progression des dépenses.

*Tableau n°11 - Rythme de progression des prestations sociales et du revenu national (1970-1995)*

Taux de croissance annuel moyen (en % et en francs constants de 1980)	Prestations sociales	PIB
1970-1975	7,1	3,5
1975-1980	4,9	3,1
1980-1985	4,0	1,5
1985-1990	2,8	3,2
1990-1994	3,1	0,8

Source : direction de la prévision

### **b. La croissance des dépenses par risque a été contrastée**

Si la croissance des dépenses a été particulièrement vive en matière de santé et, dans une moindre mesure, dans le domaine de la vieillesse, l'évolution est demeurée plus modérée dans la branche famille :

- la consommation médicale totale est passée, en francs courants, de 3 MdsF en 1950 à 668,1 MdsF en 1994 (11 540 F par habitant). Entre 1960 et 1990, les dépenses de santé ont augmenté de 4,7 % par an (en francs constants), soit un rythme plus du double de celui du Royaume-Uni et supérieur de près de 40 % à celui de l'Allemagne. En proportion de la consommation des ménages, les dépenses de santé ont également plus que doublé, passant de 6 % en 1960 à 12,8 % en 1990.

- la croissance des dépenses de protection sociale liées à la vieillesse a été particulièrement soutenue depuis 30 ans. Ainsi, les prestations sociales vieillesse ont progressé de 15 MdsF en 1960 à 937 MdsF en 1994, passant de 5 % à 12,7 % du PIB

- les dépenses sociales liées à la famille ont connu une évolution spécifique en raison notamment de la démographie. En dépit de leur progression importante en francs courants (de 12 MdsF en 1960 à 300 MdsF en 1994), elles se sont stabilisées en proportion du PIB (3,9 % en 1960 et 4,1 % en 1994) et elles ont diminué notablement au sein des dépenses totales de sécurité sociale (de 40 % en 1946 à 11,6% en 1994).

Un constat similaire peut être dressé en ce qui concerne les dépenses prises en charge par la sécurité sociale entre 1970 et 1995. Alors que les prestations du régime général ont été multipliées par 3 en volume, les prestations vieillesse l'ont été par 5, les prestations maladie par 3,3 et les prestations familiales par 1,7.

*Tableau n°12 - Prestations du régime général (1970-1995)*

	1970	1980	1990	1995
CNAMTS - maladie				
francs courants	100	510	1323	1719
francs constants	100	203	286	332
CNAVTS				
francs courants	100	628	1909	2603
francs constants	100	250	413	504
CNAF				
francs courants	100	324	700	876
francs constants	100	129	151	169
Total régime général (y compris AT)				
francs courants	100	461	1181	1534
francs constants	100	183	255	297

Source : Direction du budget / direction de la sécurité sociale

## 2. La dérive est principalement due à des facteurs structurels

Les facteurs explicatifs de la croissance diffèrent selon que l'on considère, par exemple, les dépenses de santé et d'assurance maladie et les dépenses liées à la retraite. Elles ont néanmoins pour point commun leur caractère avant tout structurel.

### a. Les dépenses de santé

Deux enseignements majeurs peuvent être tirés du rapport Santé 2010 du Commissariat général du Plan (juin 1993) et du Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie (décembre 1994).

Les facteurs médicaux et démographiques n'expliquent qu'en partie l'augmentation des dépenses. L'incidence de l'avancée et de la diffusion des techniques thérapeutiques ou diagnostiques de pointe ainsi que du vieillissement de la population française est réelle mais modeste. Selon le rapport Santé 2010, l'impact direct du vieillissement démographique n'a représenté que 0,25 point sur les 3,3 % de croissance annuelle du volume des dépenses de santé dans les années 1980 ; il devrait atteindre 0,3 point dans les années 1990 et ne pas dépasser 0,5 point entre 2000 et 2040.

En revanche, les caractéristiques mêmes du système de soins jouent un rôle important dans la croissance des dépenses de santé et d'assurance maladie. Ainsi, le manque de coordination entre les acteurs du système de soins (généralistes, spécialistes, système hospitalier) figure parmi les facteurs identifiés de surconsommation médicale. Les lacunes du système d'information jouent également. La croissance prononcée de l'offre (par exemple, le nombre de médecins est passé de 59 000 en 1967 à 160 000 en 1993) suscite enfin un phénomène dit d'induction de la demande.

#### ***b. Les dépenses de retraite***

La croissance rapide des dépenses des régimes de retraite depuis trente ans a été liée, pour sa part, à trois principaux facteurs : en premier lieu, le mouvement continu de généralisation des retraites et d'amélioration de la législation qui a porté pratiquement sur tous les paramètres des régimes de retraite (montée en charge des lois Boulin, abaissement de la durée minimum d'assurance requise pour bénéficier d'une retraite, diminution de l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein...) ; en second lieu, les importantes revalorisations des pensions qui ont été largement supérieures à l'évolution des prix de 1975 à 1993 (sauf en 1984 et en 1989) ; enfin l'allongement des durées de carrière, qui a constitué un facteur significatif d'amélioration de la pension moyenne servie.

#### ***c. Les dépenses de la branche famille***

Les facteurs structurels jouent à rebours dans la branche famille, qui bénéficie d'un ressort naturel et spécifique de retour à l'équilibre. En effet, la détérioration de la situation démographique pèse à la baisse sur l'évolution des dépenses en faveur des familles, et cela de trois manières différentes : la diminution du nombre total de naissances, la régression des familles nombreuses et l'espacement croissant entre les naissances.

## B. DES EFFORTS DE REDRESSEMENT GLOBALEMENT INSUFFISANTS

### **1. Les mesures de redressement spécifiques n'ont permis de retrouver qu'un équilibre temporaire des comptes**

Les plans de redressement mis en oeuvre depuis plus de vingt ans dans tous les secteurs de la protection sociale n'ont pas permis de redresser durablement les comptes et d'assurer une véritable régulation des dépenses sociales.

En matière de santé, la branche n'a jamais été équilibrée et dix-sept des vingt-cinq derniers exercices se sont soldés par des déficits. Depuis 1975, dix-sept plans de redressement des comptes de la branche santé se sont succédés. Le relèvement des cotisations a constitué le principal instrument de rééquilibrage alors que la baisse tendancielle des taux de remboursement n'avait pas d'impact durable sur le rythme de croissance des dépenses.

*Tableau n°13 - Evolution des taux de cotisation, des taux de remboursement et du déficit de la branche maladie*

	1975	1980	1985	1990	1993	1995 (p)
Taux de cotisation en % (1)	13,36	17,16	18,10	18,5	19,6	19,6
Taux moyen de remboursement en % (2)	90,2	91,0	90,2	88,9	88,9	88,1
Montant du déficit de la branche maladie en MdsF (3)	-6,5	+7,8	+13,8	-9,4	-27,3	-36,6

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale / direction de la sécurité sociale

(1) Taux moyen pondéré de cotisation maladie à la Cnamts sur le salaire déplafonné

(2) Taux moyen de remboursement des soins de santé remboursés par l'assurance maladie, à ne pas confondre avec le taux moyen de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie qui était de 73,5 % en 1994.

(3) En francs courants

Certes, des réformes à caractère plus structurel ont été adoptées: instauration d'un numerus clausus pour les étudiants en médecine et stabilisation du nombre de lits hospitaliers en 1978, création du budget global en 1983, accords avec les professions de santé depuis 1991. Pourtant, là encore, toutes ces réformes n'ont pas suffi à assurer durablement l'équilibre des comptes : la croissance des dépenses n'a pas été maîtrisée. Le tableau suivant l'atteste :

*Tableau n°14 - Les objectifs quantifiés nationaux par profession (résultats et prévisions)*

En dépenses remboursables par profession	1994				1995		
	objectif (1)		réalisé (1)		objectif (1)		prévision (2)
	régime général	tous régimes	régime général	tous régimes	régime général	tous régimes	régime général
médecins libéraux (4)	3,7 %	3,4 %	1,9 %	1,6 %	3,3 %	3 %	5,8 %
biologistes (5)	4,2 %	4,0 %	-8,2 %	-8,6 %	4,7 %	4,5 % (3)	4,2 % (3)
infirmières (5)	4,5 %	4,5 %	3,7 %	3,6 %	3,3 %	3,3 %	2,7 %
masseurs kinési. (5)	5,2 %	5,0 %	2,9 %	2,8 %	3,7 %	3,3 %	4,4 %
chirurgiens-dentistes	3,2 %	2,7 %	-	-	5,3 %	4,8 %	2,0 %
orthophonistes	pas d'objectif		-	-	6,6 %	5,9 %	6,2 %
orthoptistes	pas d'objectif		-	-	8,0 %	7,0 %	7,8 %

Source : direction de la sécurité sociale (DÉEF)

(1) Libéraux.

(2) Total libéraux + salariés

(3) Dépense remboursée

(4) Le montant des dépenses réalisées correspondant à l'objectif relatif aux médecins

libéraux agrège les résultats de six régimes de Sécurité Sociale : CNAMTS, MSA,

CANAM, Caisse militaire, régime des Mines, régime de la SNCF.

(5) Le montant des dépenses réalisées est le total de trois régimes : CNAMTS, MSA,

CANAM

Les résultats obtenus en 1994 tiennent à la modification des taux de remboursement qui a temporairement infléchi le rythme de la consommation médicale, ainsi qu'à l'impact, d'abord favorable sur les comportements, de l'introduction des références médicales opposables (RMO). Cette tendance ne sera pas confirmée en 1995.

Par ailleurs, le précédent Gouvernement a entrepris, en matière d'assurance vieillesse, la réforme des retraites trop longtemps différée. En dépit des orientations courageuses retenues par cette réforme, son rendement est progressif et donc faible en début de période. Les économies résultant de l'allongement de la durée d'assurance et de la révision du mode de calcul du salaire annuel moyen ont été estimées à 0,1 MdF en 1994, 0,4 MdF en 1995 et 1,6 MdF en 1996.

## 2. L'Etat a été appelé à financer la protection sociale de manière croissante

Dans un contexte budgétaire pourtant tendu, l'Etat a supporté une part croissante du besoin de financement des régimes de base. Il verse des subventions d'équilibre aux régimes spéciaux, assure le remboursement de prestations sociales « non contributives » qui relèvent de la solidarité nationale et prend en charge une part des exonérations de cotisations décidées dans le cadre de la politique de l'emploi. Par ailleurs, outre les concours du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) depuis 1994, certains impôts et taxes sont affectés aux régimes de base.

La contribution globale de l'Etat a progressé de 60 % en quatre ans, ainsi que le montre le tableau suivant :

*Tableau n°15 : concours de l'Etat, du FSV et prélèvements affectés aux régimes de base*

(MdsF)	1991	1992	1993	1994	1995
Subventions de l'Etat aux régimes de base	40,6	41,3	43,9	45,9	46
Prestations prises en charge par l'Etat	33,7	33,8	40,4	27,3	18
Compensation des exonérations de cotisations	6,8	6	11,3	20,4	28
Concours du FSV aux régimes de base				55,6	56,9
Impôts et taxes affectés aux régimes de base	69,4	88,1	102,8	79,5	93,4
Total	150,5	169,2	198,4	228,7	242,3

Source : direction de la sécurité sociale

## 3. L'Etat a apporté les ressources de trésorerie nécessaires au fonctionnement des régimes de sécurité sociale

### a. Le versement des prestations sociales n'a jamais été interrompu

Jusqu'en juin 1992, le régime général a pu faire face à ses besoins de trésorerie, en recourant aux avances de la Caisse des dépôts et consignations plafonnées à 11,7 MdsF. Ces avances se sont révélées insuffisantes à compter du second semestre 1992. Pour assurer la continuité des paiements, l'ACOSS a dû faire appel aux avances du Trésor qui ont été permanentes jusqu'à la fin de l'année.

En 1993, la trésorerie du régime général a été obérée par deux phénomènes cumulatifs : le report des déficits du passé et le déséquilibre financier de l'année 1993 que le plan de redressement du mois de juin a permis de stabiliser mais non de réduire. Le Trésor a donc dû, à nouveau, assurer le financement de la trésorerie de l'ACOSS. Au cours du mois d'octobre, les concours du Trésor ont atteint 90 MdsF.

Après la reprise de dette intervenue à la fin de l'année 1993, les difficultés de trésorerie sont réapparues en 1994, nécessitant la conclusion d'un nouveau protocole entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts. Ce protocole relevait le plafond des avances de la CDC de 11,7 MdsF à 15 MdsF et ouvrait la possibilité d'avances supplémentaires dans la limite de 5 MdsF. Cette nouvelle marge de manœuvre a été utilisée en totalité. A nouveau, le Trésor a dû participer, de façon quasi continue, à l'équilibre de la trésorerie du régime général au cours du dernier trimestre 1994. Cette situation s'est prolongée en 1995. Ainsi, sur ces trois dernières années, la sécurité sociale a été financée à crédit.

Une telle situation ne peut être que temporaire et exige des réformes vigoureuses de maîtrise des dépenses et d'assainissement des financements.

#### ***b. L'Etat a repris la dette de la sécurité sociale***

En juin 1993, l'ampleur du découvert de trésorerie (80 MdsF) a incité le Gouvernement à trouver une solution au traitement de la dette de l'ACOSS auprès du Trésor et de la Caisse des dépôts.

La reprise de dette de 110 MdsF intervenue au 31 décembre 1993 a permis d'apurer le découvert du régime général résultant des déficits antérieurs et de constituer au profit de l'ACOSS un fonds de roulement plus significatif. Cet organisme a ainsi abordé l'année 1994 avec un excédent de trésorerie réelle de plus de 11 MdsF.

Toutefois, dès le mois de juillet, la persistance du déséquilibre entre les encaissements de cotisations et le paiement des prestations a fait passer, pour des périodes de plus en plus longues, le déficit de trésorerie de l'ACOSS à des niveaux supérieurs au plafond des avances de la Caisse des dépôts.

En l'espace de deux années, la sécurité sociale est revenue à la situation de départ, la dépassant même avec un déficit prévisionnel cumulé de plus de 120 MdsF au 31 décembre 1995.

## C. DES DESEQUILIBRES FINANCIERS MAJEURS

### 1. La dégradation du solde des régimes de base a été particulièrement marquée depuis 1993

#### *a. En dépit d'une amélioration récente de la conjoncture, le déficit des régimes de base obligatoires s'est creusé*

Le solde financier des régimes de base a été continuellement déficitaire depuis 1990. Toutefois, un seuil a été franchi à compter de 1993, au creux de la crise économique. Le déficit annuel, qui était resté inférieur à 15 MdsF jusqu'en 1992, s'est considérablement accru en 1993 pour atteindre 55,6 MdsF. En effet, le recul de la masse salariale a provoqué une baisse des recettes de cotisation alors que les dépenses restaient inscrites sur leur rythme tendanciel.

Depuis lors, la reprise qui s'est amorcée n'a pas permis d'apporter les recettes supplémentaires nécessaires à la couverture des dépenses. Le besoin de financement est resté à un niveau élevé, bien que l'économie soit actuellement en phase haute du cycle de croissance.

*Tableau n°16 - Solde des opérations courantes de l'ensemble des régimes de base*

En MdsF	1991	1992	1993	1994	1995(p)
Ensemble des régimes de base	-8,6	-14,2	-55,6	-56,7	-63,8

Source : direction de la sécurité sociale

(p) : prévisions

#### *b. La dégradation observée dans le régime général est importante*

Le solde global des régimes de base obligatoires ne reflète que partiellement les difficultés financières importantes des régimes autres que le régime général (Cf. §c infra). En effet, certains régimes sont équilibrés par construction, au moyen de cotisations dites fictives (régime de pensions des fonctionnaires, EDF-GDF, par exemple). D'autres bénéficient d'une subvention d'équilibre (budget annexe des prestations sociales agricoles -BAPSA-, SNCF, Marins, Mines, etc.). Enfin, une troisième catégorie de régimes dispose de ressources affectées, contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) ou TVA notamment, permettant la encore de rééquilibrer les comptes. Tel est le cas du BAPSA, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés (CANAM), de l'Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC) ou de la Caisse nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale (CANCAVA).

Aussi, la situation décrite dans le tableau précédent reflète-t-elle très largement celle du régime général, dont toutes les branches deviennent déficitaires à partir de 1994. Encore faut-il noter que l'excédent de la branche famille en 1993 n'était dû qu'à l'affectation temporaire, au second trimestre, du produit du relèvement de la cotisation sociale généralisée (CSG), soit 18 MdsF, avant son imputation au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au 1er janvier 1994.

Cette situation de déséquilibre simultané de toutes les branches est sans précédent dans l'histoire de la sécurité sociale depuis 1945.

*Tableau n°17 - Evolution du solde du régime général et ventilation par branches*

En MdsF	1991	1992	1993	1994	1995 (p)
Régime général, dont :	-16,6	-15,3	-56,4	-54,9	-64,5
Maladie	-3,0	-6,3	-27,3	-31,5	-36,6
Accidents du travail	0,5	2,1	-0,3	-0,1	0,2
Vieillesse	-18,7	-17,9	-39,5	-12,8	-14,8
Famille	4,6	6,8	10,7	-10,5	-13,3

(p) : prévision

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Il est à noter que cette dégradation des comptes sociaux intervient alors que les rentrées de cotisations sociales sont en hausse sensible depuis 1993. Leur progression est ainsi de +1,8 % en 1994 et devrait être de +4,6 % en 1995.

### **c. La situation des régimes spéciaux et du régime agricole apparaît particulièrement préoccupante**

Les déséquilibres des régimes spéciaux et du régime agricole sont particulièrement marqués en matière de retraite.

Ces régimes bénéficient de mécanismes de solidarité interrégimes et de la solidarité nationale qui s'expriment par la compensation démographique et des subventions d'équilibre. Le régime des fonctionnaires de l'Etat, la CNRACL, le régime des industries électriques et gazières et le régime de la banque de France sont débiteurs pour la compensation démographique généralisée. Les autres régimes spéciaux sont soit créateurs du fait de leur rapport démographique défavorable, soit en dehors du champ de la compensation qui se limite aux régimes de plus de 20 000 ressortissants.

Comme le montrent les tableaux ci-dessous, les principaux régimes spéciaux ne peuvent assurer leur équilibre financier qu'au moyen d'une subvention de l'Etat, en dépit des compensations interrégimes.

*Tableau n°18 - Cotisations, compensations et contributions publiques relatives aux principaux régimes spéciaux*

En MF (1994)	Cotisations effectives	Cotisations fictives (1)	Compensations	Contributions publiques	Divers	Total
Ouvriers de l'Etat	1 858	0	1 192	6 530	74	9 654
Collectivités locales	44 378	0	0	8	1 627	46 012
Mines	2 120	0	15 773	2 862	4 621	25 369
EDF-GDF	1 875	14 969	0	192	23	17 060
SNCF	7 049	7 787	8 313	13 618	642	37 409
Marins	1 644	0	2 407	4 244	88	8 383
<b>TOTAL</b>	<b>58 924</b>	<b>22 756</b>	<b>27 685</b>	<b>27 446</b>	<b>7 075</b>	<b>143 887</b>

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 1995

(1) cotisations fictives : cotisations qui couvrent des prestations versées directement par l'employeur sans donner lieu à prélèvement de cotisations patronales

Les concours de l'Etat aux principaux régimes spéciaux et au régime agricole ont évolué comme suit :

*Tableau n°19 - Concours de l'Etat au profit des principaux régimes spéciaux et au régime agricole*

En MF	1992	1993	1994	1995	1996
TVA nette affectée au BAPSA	12 119	11 951	12 536	23 192	23 810
BAPSA (subvention)	11 896	18 064	18 674	9 134	6 447
Mines	4 652	2 424	2 743	2 208	2 442
SNCF	13 929	12 776	13 281	13 691	13 664
Marins (ENIM)	3 962	3 853	4 245	4 624	4 529
<b>TOTAL</b>	<b>46 558</b>	<b>49 068</b>	<b>51 479</b>	<b>52 849</b>	<b>50 892</b>

Source : direction du budget

1992-1994 : exécution budgétaire ; 1995 : LFI + LFR ;

1996 : PLF

En ajoutant à ces données celles relatives à divers régimes spéciaux (ouvriers d'Etat, RATP, SEITA, etc.), les crédits budgétaires consacrés, en 1995, au rééquilibrage des comptes des régimes spéciaux et du régime agricole atteignent près de 62 MdsF.

## **2. Ces difficultés financières dépassent le champ des régimes de base obligatoires**

### ***a. En dépit d'une amélioration récente, la situation des régimes complémentaires est préoccupante***

La situation des régimes de retraite complémentaire obligatoire, ARRCO et AGIRC, n'est guère plus favorable que celle des autres régimes de retraite. En comptabilité de droits constatés, le résultat technique (hors produits financiers) est, pour 1994, de -2,8 MdsF pour l'ARRCO et de -5,4MdsF pour l'AGIRC. Après intégration des produits financiers, les résultats d'exploitation sont respectivement de +0,3 MdF et -3,3 MdsF.

Pour 1995, les perspectives sont légèrement plus favorables puisque les résultats d'exploitation attendus devraient être de l'ordre de +0,5 MdF pour l'ARRCO et -1,8 MdF pour l'AGIRC. Pour l'ARRCO, cette évolution résulterait essentiellement d'un résultat financier un peu plus élevé qu'en 1994. Pour l'AGIRC, la progression des allocations, plus faible que celle des cotisations, notamment en raison du gel de la valeur du point de retraite, explique la résorption partielle du déficit. Dans les deux régimes, la stabilisation des résultats, à un niveau qui demeure faible, n'a pu être obtenue qu'au prix de fortes mesures de redressement financier, notamment hausse des taux de cotisations ainsi que des taux d'appel, gel temporaire de la valeur du point et diminution programmée des majorations pour enfants.

### ***b. La montée en charge des dispositifs de lutte contre l'exclusion s'avère particulièrement lourde pour la collectivité***

Les facteurs d'exclusion ont évolué au cours des dernières années. Dans les années 1970-1980, les mutations économiques ont provoqué l'augmentation du nombre des exclus. Aujourd'hui, l'exclusion concerne, de manière plus diffuse, des publics fragilisés par la crise : personnes isolées, familles monoparentales, jeunes sans qualification, chômeurs et notamment chômeurs de longue durée ayant épousé leurs droits à indemnisation.

L'Etat, les collectivités locales et les organismes sociaux ne sont pas restés sans réagir face à cette situation. Même si la sécurité sociale reste, dans ses principes, un système fondé sur la notion d'assurance, destiné à des personnes percevant ou ayant perçu un revenu tiré de leur activité, les prestations relevant de la solidarité nationale se sont fortement développées depuis 1945. Parallèlement, les dépenses consacrées par l'Etat à la lutte contre l'exclusion se sont élevées à 115 MdsF dans le projet de budget pour 1996, alors qu'elles ne représentaient que 75 MdsF en 1993.

*Tableau n°20 - Crédits de lutte contre l'exclusion*

Budgets et intitulé des dotations (dépenses ordinaires en MF)	1993	1994	1995	1996
Budget intégration	17 396	20 336	26 245	27 420
dont RMI	13 600	16 567	22 022	23 000
Budget solidarité	21 677	23 223	25 594	26 573
dont AAH (1)	16 819	18 121	20 081	20 764
Budget santé publique	758	909	1 174	1 271
Charges communes	702	2 067	2 931	3 073
Budget emploi	26 136	33 610	45 076	48 020
dont CES et emplois consolidés (ECIC)	3 610	9 428	15 862	12 074
Budget ville		508	672	537
Budget justice	2 534	2 528	2 565	2 695
Budget jeunesse et sports	873	718	792	751
Budget éducation nationale	4 900	5 113	4 543	4 610
Budget logement	240	240	402	315
<b>TOTAL</b>	<b>75 216</b>	<b>89 252</b>	<b>109 994</b>	<b>115 265</b>

Source : direction du budget

1993-1994 : LFI ; 1995 : LFI + LFR ; 1996 : PLF

(1) AAH : allocation adultes handicapés

Les dépenses de l'Etat liées au revenu minimum d'insertion (RMI) sont passées de 13,6 MdsF en 1993 à 23 MdsF dans le projet de loi de finances pour 1996, soit une augmentation en trois ans de près de 70 %.

**c. La charge de l'aide sociale pèse sur le budget des collectivités locales et sur celui de l'Etat**

Les prestations d'aide sociale versées par les départements ont connu, de 1984 à 1988, une progression modérée, évoluant, en valeur absolue, de 40,3 MdsF à 48,3 MdsF, soit une progression annuelle moyenne de 3 %. En 1993, ces dépenses ont atteint 66,1 MdsF, enregistrant depuis 1988 une hausse annuelle moyenne de 6,4 %.

Cette accélération s'est concentrée essentiellement sur l'aide aux personnes handicapées (+36,8% sur la période 1988-1993) et sur les dépenses d'aide médicale et d'assurance personnelle (+26,9 %).

Les dépenses liées à l'insertion et à la lutte contre la pauvreté ont représenté un peu plus de 8,3 MdsF en 1993. Elles se composent, d'une part, des dépenses d'aide médicale et des cotisations d'assurance personnelle, pour un montant de 5,9 MdsF, et, d'autre part, des dépenses d'insertion liées au RMI qui ont atteint 2,4 MdsF.

*Tableau n°21 - Principales dépenses d'aide sociale*

En MF	1988	1993	Evolution en % 1993/1988	Poids dans le total 1993
Aide sociale à l'enfance	16 741	20 846	24,5 %	31,5 %
Hygiène et prévention sanitaire	1 191	1 441	20,9 %	2,2 %
Personnes âgées	11 635	13 445	15,5 %	20,3 %
Personnes handicapées	11 943	18 890	58,1 %	28,6 %
Aide médicale	4 052	5 945	46,7 %	9 %
Insertion RMI	0	2 423	-	3,7 %
Aide sociale facultative	1 239	1 545	24,6 %	2,3 %
Divers	1 503	1 590	5,8 %	2,4 %
<b>TOTAL dépenses directes</b>	<b>48 304</b>	<b>66 125</b>	<b>36,9 %</b>	<b>100 %</b>

Source : Rapport de la Cour des comptes sur la décentralisation en matière d'aide sociale

L'aide sociale de l'Etat est également en forte progression. De 1988 à 1996, elle est passée de 20 MdsF à 30 MdsF, soit une hausse de 50 %. L'aide sociale de l'Etat regroupe, en vertu de l'article 35 de la loi du 22 juillet 1983, les dotations suivantes : dépenses d'aide sociale pour les sans domicile de secours, prestations dites de subsistance (allocation différentielle aux personnes handicapées et allocations diverses) et prestations de solidarité nationale (centres d'aide par le travail, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, divers).

## DEUXIEME PARTIE

### **ENJEUX ET PRINCIPES DE LA REFORME DE LA PROTECTION SOCIALE**

#### **I. LA PROTECTION SOCIALE DOIT FAIRE FACE A DE NOUVEAUX ENJEUX**

La protection sociale est confrontée, cinquante ans après sa création, à de nouveaux enjeux. Aux grands enjeux démographiques s'ajoutent les défis liés à la diffusion du progrès médical ainsi qu'à la lutte contre l'exclusion.

##### **A. DES ENJEUX DEMOGRAPHIQUES PRÉOCCUPANTS**

L'évolution de la démographie va affecter profondément le système de protection sociale dans les années à venir. L'incidence de la démographie sera particulièrement sensible sur l'équilibre financier des régimes de retraite ainsi que sur la politique familiale.

###### **1. Le vieillissement de la population va s'accélérer**

La démographie est, en raison de son inertie, le domaine des tendances lourdes. Plusieurs évolutions sont d'ores et déjà inéluctables.

Selon les démographes, la population totale de la France va augmenter au moins jusqu'en 2020 de quatre à sept millions d'habitants par rapport à 1990.

Le vieillissement de la population française est également inexorable dans les cinquante années à venir. Une reprise éventuelle de la fécondité ne pourrait l'infléchir qu'à compter seulement du milieu du siècle prochain. De ce point de vue, quatre enseignements majeurs ressortent des projections démographiques.

Tout d'abord, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans va croître très fortement. Entre 1990 et 2050, leur effectif va doubler et d'ici 2020, leur nombre va augmenter de six millions. Cette évolution massive ne sera pas pour autant régulière. Elle sera modérée jusqu'en 2005, les nouveaux sexagénaires appartenant aux générations peu nombreuses de l'avant-guerre et de la guerre. Avec l'arrivée à soixante ans des générations du « baby-boom », l'augmentation sera alors très rapide. Puis la croissance se ralentira, au-delà de 2035, avec l'arrivée à soixante ans des générations moins nombreuses nées depuis 1974.

*Tableau n°22 - Personnes âgées de 60 ans et plus en France*

Année	1990	2005	2020	2035	2050
Nombre (en millions)	10,8	12,6	17	21	22

Source : INSEE, 1994

Ensuite, les personnes très âgées vont être de plus en plus nombreuses. Le nombre de personnes de 75 ans ou plus va tripler entre 1990 et 2050 et l'effectif des 85 ans ou plus passera de 700 000 en 1985 à 1 million en 2000 puis 2,1 millions environ en 2020. Il y avait 200 centenaires en France vers 1955, 3 000 en 1988, 5 000 en 1994. Il y en aurait 6 000 en l'an 2000 et près de 150 000 en 2050.

Par là même, le poids relatif de la population âgée va augmenter fortement. Un Français sur six avait 60 ans ou plus en 1950. En 2050, le rapport ne sera plus que de un sur trois. Les plus de 60 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans à partir des années 2015-2020, les plus de 65 ans le seront vers 2020-2030.

*Tableau n°23 - Part des personnes âgées dans la population totale (en %)*

	1990	2005	2020	2050
60 ans et plus	19	21	26 à 28	30 à 39
65 ans et plus	14	17	20 à 22	25 à 32

Source : INSEE, 1994

Enfin, le rapport (population âgée de 60 ans et plus)/(population âgée de 15 à 59 ans) va se détériorer rapidement, en particulier après 2005. Les projections actuelles sont plus pessimistes que celles qui avaient été dressées en 1991 dans le cadre du Livre blanc sur les retraites. Le choc démographique des années postérieures à 2005 sera ainsi plus marqué qu'il n'était prévu jusqu'alors. Il y avait, en 1990, trois personnes de plus de soixante ans pour dix personnes âgées de 15 à 59 ans ; il y en aura 4 en 2015 et 6,3 en 2040 (contre 5,5 à l'époque de la rédaction du Livre blanc).

L'évolution du ratio de dépendance (retraités/cotisants) est plus préoccupante encore. Le scénario présenté comme le plus défavorable dans le Livre blanc doit désormais être tenu pour le plus favorable : 4 cotisants par retraité en 1930, 3 en 1990, 2 en l'an 2000 et 1,1 en 2040.

## 2. L'équilibre financier des régimes de retraite est menacé

Le facteur démographique va contribuer fortement à l'alourdissement des charges des régimes de retraite, en particulier celles des régimes spéciaux qui n'ont pas réalisé de réforme structurelle.

### *a. L'équilibre financier du régime général, qui reste précaire, se détériore après 2005*

Grâce aux mesures prises en 1993, notamment la création du Fonds de solidarité vieillesse, ainsi qu'à la suppression de la remise de 42 F, le besoin de financement actuel du régime général a été ramené à environ 15 MdsF par an. A l'horizon 2005, il serait un peu inférieur à un point de cotisation (contre 3,1 points de cotisation avant réforme).

La modification du calcul des retraites et la création du FSV ont permis de réduire de moitié le besoin de financement du régime à l'horizon 2015 en le ramenant de 7,8 points de cotisation à 4,3 points environ. Mais elles ne le suppriment pas : il ressort en effet encore à 107 MdsF (en francs 1993).

*Tableau n°24 - Evolution du régime général à l'horizon 2015*

En milliards de Francs 1993	1993	1995	2000	2005	2010	2015	2015/ 1995
Charges	266,4	276,2	318,4	363,8	441,8	525,8	90%
Ressources	241,2	266,7	299,9	346,0	386,4	418,8	57%
Besoin de financement	25,2	9,5	18,4	17,9	55,5	107,0	
Idem en points de cotisation	1,7	0,6	1,1	0,9	2,4	4,3	

Source : Rapport du groupe de travail « perspectives à long terme des retraites », CGP, octobre 1995

NB : Ce chiffrage ne tient pas compte, en raison de sa date de réalisation, de la suppression de la remise forfaitaire de 42 F.

### *b. La dégradation des régimes spéciaux est forte dès avant l'an 2 000*

Les perspectives financières des régimes spéciaux, notamment des deux plus grands, sont tout à fait préoccupantes. Les régimes spéciaux sont, en réalité, dans une situation qui n'est pas fondamentalement différente de celle du régime général en 1993, qui a conduit à la réforme alors mise en oeuvre.

Ainsi, leur besoin de financement devient très important dès avant l'an 2000. Confronté à une évolution défavorable du rapport cotisants/retraités, évolution déterminée par les politiques de recrutement passées, et dans un contexte de nette amélioration de la prestation, le régime des fonctionnaires de l'Etat connaît ainsi des besoins de financement évalués à près de onze points de cotisation en 2005 et à près de vingt-et-un points en 2015. Pour la CNRACL, le besoin de financement atteindrait le tiers de la masse salariale en 2015.

*Tableau n°25 - Evolution des principaux régimes spéciaux à l'horizon 2015*

En milliards de Francs 1993		1993	1995	2000	2005	2010	2015	2015 1995
Fonctionnaires civils	Charges	98,6	104,8	122,7	148,6	182,2	219,6	110 %
	Ressources	98,6	101,0	106,2	114,4	126,2	139,4	38 %
	Besoin de financement exprimé en points de cotisation <sup>(1)</sup>	0,0	3,8	16,5	34,2	56,0	80,2	
	-	-	1,3	5,5	10,7	15,9	20,6	
C.N.R.A.C.L.	Charges	31,3	37,3	50,3	71,2	93,4	119,2	220 %
	Ressources	31,3	34,5	36,7	39,8	43,9	48,4	40 %
	Besoin de financement exprimé en points de cotisation <sup>(1)</sup>	0,0	2,8	13,6	31,4	49,5	70,8	
	-	-	1,7	7,8	16,7	23,8	30,8	
S.N.C.F.	Charges	26,8	26,4	25,6	25,4	26,0	27,3	3 %
	Ressources	8,6	8,3	8,0	7,9	7,9	8,0	- 4 %
	Besoin de financement exprimé en points de cotisation <sup>(2)</sup>	18,2	18,1	17,6	17,5	18,1	19,3	
	-	-	0,6	0,9	1,2	1,8	3,4	

Source : rapport du groupe de travail « perspectives à long terme des retraites », CGP, octobre 1995

(1) Pour le régime des fonctionnaires et celui des collectivités locales, le besoin de financement et son expression en terme d'« points de cotisation » est obtenu sur la base du taux de cotisation implicite qui équilibre les comptes de ces deux régimes en 1993.

(2) Pour le régime de la SNCF, les taux de cotisation affichés dans ce tableau sont calculés de telle sorte que le rapport des cotisations sur les charges (rapport de charges) de ce régime reste constant pendant toute la période. En effet, les cotisations représentant une faible part dans les ressources, l'équilibre technique de ce régime ne peut être recherché à travers une augmentation des taux de cotisation.

### **c. La démographie pèse également sur l'avenir des régimes complémentaires**

Les perspectives à long terme des régimes complémentaires font également apparaître un important besoin de financement, de manière récurrente, pour l'AGIRC alors que les comptes de l'ARRCO se dégradent plus tardivement, à l'horizon 2015.

*Tableau n°26 - Situation des principaux régimes complémentaires obligatoires à l'horizon 2015*

En milliards de Francs 1993		1993	1995	2000	2005	2010	2015	2015/1993
ARRCO	Charges	104,1	119,8	146,1	166,3	189,8	235,3	+96 %
	Ressources	108,4	117,0	151,8	175,3	195,4	212,4	+82 %
	Besoin de financement exprimé en points de cotisation	4,3 -	2,8 0,2	- 5,7 -	-9,0 -	- 5,6 -	22,9 0,9	
AGIRC.	Charges	51,5	58,7	72,1	86,0	102,5	129,1	+120 %
	Ressources	48,8	57,8	68,6	80,3	91,7	103,9	+80 %
	Besoin de financement exprimé en points de cotisation	2,7 1,0	0,9 0,3	3,5 1,1	5,7 1,5	10,8 2,5	25,2 5,2	

Source : rapport du groupe de travail « perspectives à long terme des retraites », CGP, octobre 1995

### **3. Les enjeux pour la politique familiale sont importants**

Les trente dernières années sont caractérisées par de profondes et rapides évolutions des comportements, dont la politique familiale doit tenir compte.

#### *a. La baisse de la fécondité est un phénomène inquiétant*

Le remplacement des générations n'est plus assuré depuis plus de vingt ans. Le taux de fécondité a brutalement baissé en France à partir de 1965, comme dans beaucoup de pays européens. Passé en dessous du seuil de remplacement des générations (2,1 enfants par femme) en 1974, l'indice synthétique de fécondité s'est stabilisé pendant une quinzaine d'années à un niveau médiocre (autour de 1,8). Il a fortement reculé à partir de la fin des années 1980 pour atteindre 1,65 enfant par femme en 1994.

*Tableau n°27 - Evolution de l'indice de fécondité*

1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994
1,93	1,94	1,81	1,78	1,77	1,73	1,65	1,65

Source : INED

Le nombre de naissances atteignait 800 000 en 1980 et 762 000 en 1990. Il a chuté à seulement 712 000 en 1993 et 708 000 en 1994. Le nombre de naissances « perdues » est donc de près de 100 000 en quinze ans. Si la fécondité demeurait semblable d'ici vingt-cinq à trente ans, on ne dénombrerait plus alors que 570 000 naissances compte tenu de la chute parallèle des effectifs des générations en âge de procréer.

Cette diminution continue des naissances n'est pas sans lien avec le recul de l'âge moyen à la maternité. Ainsi, de 1983 à 1993, l'âge moyen à la maternité (de tous rangs) a reculé de 1,6 an, de 27,1 à 28,7 ans, soit presque deux mois par an.

La baisse de la fécondité se répercute sur la taille des 8,9 millions de familles qui comportent des enfants de moins de 25 ans. Les familles nombreuses se raréfient progressivement. Ainsi, la proportion de familles qui ont au moins quatre enfants de moins de 25 ans parmi les familles qui en comptent au moins un (600 000) est tombée de 15 % à 6 % entre 1968 et 1990.

Une reprise de la natalité est indispensable afin d'assurer le dynamisme et l'équilibre de la société, notamment grâce à une meilleure répartition entre actifs et retraités. Elle est également nécessaire afin que le nombre effectif d'enfants par famille rejoigne le nombre que les Français tiennent pour idéal (en moyenne entre 2,4 et 2,5 enfants depuis 1978).

#### **b. Le déclin du mariage se poursuit**

Le mariage demeure, en France, le modèle dominant de la vie en couple. On compte dans le pays 12 millions de couples mariés et, à 35 ans, près de 70 % des hommes vivent en couple marié. Alors que la vie de couple ne se concevait, au début des années 1960, que dans le mariage (moins de 3 % des couples n'étaient pas mariés), le nombre des mariages est, toutefois, depuis lors en baisse constante : il a chuté de 35 % depuis 1970 pour s'établir à 254 000 seulement en 1994. Dans les conditions actuelles de la nuptialité, 30 % des femmes resteraient célibataires.

Le processus de retard visible pour la maternité s'applique également aux unions : à 24 ans, le quart seulement des femmes nées en 1969 sont mariées (26,5 %) contre plus de la moitié (56,5 %) dans la génération née dix ans avant. En effet, la vie en couple non marié se prolonge désormais, même après la naissance d'un ou plusieurs enfants. Ainsi, 80 % des unions débutent hors mariage, 20 % des Français entre 20 et 50 ans vivent en couples non mariés (contre moins de 10 % en 1986) et près d'un couple sur trois n'est pas marié parmi les moins de 35 ans. Un enfant sur trois naît désormais hors mariage (contre 10 % il y a une quinzaine d'années).

Parallèlement, le nombre de divorces progresse : ils sont trois fois plus nombreux qu'en 1960.

#### **c. Les familles monoparentales représentent une proportion croissante de l'ensemble des familles**

En 1990, 1,2 millions d'adultes élevaient seuls des enfants de moins de 25 ans, soit 13,2 % des familles comportant de tels enfants, contre 720 000 en 1968. Dans la majorité croissante des cas, ces adultes sont des femmes comme le montre le tableau ci-dessous.

60 % environ des parents isolés sont des personnes divorcées ou séparées. De plus, les familles monoparentales sont de plus en plus jeunes : 140 000 parents isolés ont moins de 40 ans.

*Tableau n°28 - Répartition des familles comportant des enfants de moins de 25 ans*

	1968	1990
Ensemble	7 734 600 100 %	8 906 816 100 %
Famille monoparentale	721 520 9,3 %	1 175 544 13,2 %
Mères seules	576 000 7,4 %	1 013 400 11,4 %

Source : Recensements de 1968 et de 1990

**d. L'activité féminine progresse rapidement**

Au dernier recensement (1990), plus de 11 millions de femmes exerçaient une activité professionnelle contre 6,6 millions en 1962, soit une augmentation de 60 % en moins de trente ans. Avant 20 ans, l'activité professionnelle des femmes est faible. Elle atteint son maximum dans la période 25-30 ans où 80 % des femmes travaillent. La baisse du taux d'activité s'accentue à partir de 45 ans, même si à 55 ans, 50 % des femmes demeurent sur le marché de l'emploi.

Dans la majorité des couples (55 %), la femme est désormais active (contre 49 % en 1982). Alors que l'activité des mères de famille a le plus augmenté pour celles qui ont deux enfants à charge, la rupture avec l'activité féminine se situe toujours entre le deuxième et le troisième enfant. Quand elles élèvent leurs enfants seules, les mères sont davantage présentes sur le marché du travail : avec deux enfants, 93 % des mères de familles monoparentales sont actives, au lieu de 78,6 % des mères vivant en couple.

La politique familiale doit permettre de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale.

## B. DES ENJEUX MEDICAUX ESSENTIELS

Le système de santé est confronté à deux enjeux fondamentaux : d'une part l'évolution de la demande qui lui est adressée, d'autre part le développement rapide de la médecine et des techniques médicales.

### **1. Les caractéristiques de la demande adressée au système de santé vont évoluer**

Le vieillissement de la population est un facteur décisif de l'évolution de la demande adressée au système de soins. Il la modifie, en effet, par la présence de pathologies multiples (4,6 pathologies pour les sujets de 65-74 ans, 5,8 pathologies pour les personnes de plus de 75 ans) et surtout d'expression chronique.

Trois classes de pathologies vont se développer de façon significative. D'une part, les maladies dégénératives (maladies vasculaires, cancers) vont occuper une place prédominante dans le recours aux soins hospitaliers ainsi que dans les causes de mortalité. De même, les maladies chroniques du grand âge, « non fatales », vont progresser (arthrose, ostéoporose, chute, incontinence, cataracte, glaucome...) comme, de façon générale, les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles, qui sont des facteurs de gêne pour les activités de la vie quotidienne. Enfin, il convient également de s'attendre à une progression des démences, la maladie d'Alzheimer notamment.

Dans toutes ces situations, la gestion médicale et sociale de la maladie est cruciale. La performance du système de soins dépendra donc avant tout de ses capacités à organiser une prise en charge globale, à coordonner l'action des différents professionnels, à gérer les interfaces entre l'hôpital et la ville, les spécialistes et les généralistes, le monde soignant et les usagers.

Par ailleurs, le risque existe que les maladies transmissibles infectieuses reprennent de l'importance. Le mouvement de diminution à long terme de ces maladies, sous l'effet du progrès médical, du développement économique et de l'amélioration des conditions de vie, semble désormais stoppé. La situation à moyen terme va s'aggraver avec le SIDA mais il faut également prendre en compte l'incidence de nouvelles maladies telle l'hépatite C ou la réapparition de maladies (tuberculose notamment).

### **2. L'évolution de la médecine et des techniques médicales est profonde et rapide**

#### *a. Le progrès médical se développe en continu*

De façon générale, la priorité est donnée aux techniques non ou peu invasives, à la recherche de plus de fiabilité par l'émergence de l'automatisation et de la robotisation, à la diminution des effets secondaires et, enfin, à une meilleure productivité de l'acte médical et du processus de prise en charge des patients.

Parmi les domaines technologiques en profonde évolution figurent la médecine prédictive, qui a pour objectif d'anticiper, d'éviter ou de mieux gérer les recours ultérieurs au système de soins, les techniques diagnostiques (imagerie, biologie clinique) et curatives qui sont employées pour identifier et guérir les maladies, enfin les techniques supplétives qui concernent les maladies d'expression chronique.

Certaines de ces techniques sont déjà connues et en phase de diffusion. Il s'agit, en particulier, de la chirurgie minimale, de l'imagerie et de la suppléance fonctionnelle. Le développement de la chirurgie minimale (coelioscopie par exemple) et des traitements par agents physiques (laser) va rendre accessibles tous les organes du corps humain. Les techniques d'imagerie (radiographie conventionnelle et numérique, scanographies, échographies, imagerie par résonance magnétique, endoscopie, médecine nucléaire) sont à la source de progrès importants. La diffusion des techniques de suppléance fonctionnelle (dialyse rénale, stimulateurs cardiaques, implants intra-oculaires, prothèses orthopédiques...) doit permettre de prolonger la vie ainsi que sa qualité.

D'autres innovations sont en cours de développement. Elles ne sont pas ou peu diffusées au-delà des premières expérimentations pour des raisons techniques, économiques ou éthiques. Il s'agit notamment de la lecture du génome humain et des thérapies géniques. Pour ces dernières, on peut s'attendre, après la phase d'essais, à une extension de leurs indications dans des pathologies rares puis, sans doute, à l'élargissement des indications à des pathologies communes.

Enfin, certaines innovations résulteront de l'utilisation de ces différentes technologies. Il est en ainsi des systèmes experts pour la recherche en génétique, du dessin assisté par ordinateur des molécules actives sur mesure, de l'utilisation de matériaux biocompatibles pour développer une suppléance fonctionnelle plus performante. Toutes ces évolutions permettront d'agir à la fois plus tôt et plus tard sur les processus morbides.

#### ***b. Les effets de l'évolution technologique sur le système de soins seront considérables***

Les nouvelles techniques médicales vont avoir des retombées considérables sur le système de soins.

Ainsi, le développement de la chirurgie minimale va bouleverser le champ de compétences des différentes spécialités et va radicalement modifier, à terme, la nature de l'exercice médical ainsi que l'organisation des soins.

La multiplication des techniques d'imagerie pose un triple problème : celui de la dérive des dépenses, celui du contrôle de la qualité et de l'introduction des systèmes experts ainsi que le problème de la relation, aujourd'hui limitée, entre imageurs et cliniciens. Pour les biotechnologies et les techniques de suppléance fonctionnelle, l'innovation constituera l'élément essentiel de transformation mais de nombreux problèmes éthiques et économiques devront être envisagés. Les techniques de suppléance comportent ainsi des enjeux de régulation majeurs, notamment en raison des écarts de coûts qui sont considérables.

Enfin, l'informatique est susceptible de révolutionner le métier médical et l'organisation des soins. Elle conduit notamment, en effet, à l'affirmation d'une médecine d'experts s'appuyant sur l'utilisation des bases de connaissances, d'outils d'aide à la décision et de suivi du processus de soins.

**c. Les politiques publiques peuvent intervenir sur le développement tendanciel**

La dynamique du progrès médical est essentielle dans l'évolution du système de santé. Toutefois, la diffusion du progrès technique peut être facilitée ou orientée par des dispositifs réglementaires et des mécanismes financiers (par exemple une tarification favorable). Au contraire, elle peut être rendue plus difficile.

La diffusion du progrès médical au profit de l'ensemble des Français est un enjeu majeur de l'avenir du système de soins. Le progrès médical pourrait, toutefois, être la source de coûts additionnels si les dépenses supplémentaires correspondant aux nouvelles thérapeutiques et techniques viennent s'ajouter aux coûts existants financés par l'assurance maladie. Souvent, par sa trop lente adaptation voire son inertie, le système de soins continue de supporter le coût de structures devenues moins utiles. Il en est ainsi des modes d'hospitalisation faisant trop peu de part à l'hospitalisation à domicile et de jour, ainsi que des durées d'hospitalisation encore souvent trop longues, des plateaux techniques insuffisamment utilisés et des services qui conservent leurs moyens alors que le nombre de malades a chuté.

L'enjeu est donc de réussir à dégager suffisamment de ressources par réallocation des moyens afin de financer le progrès médical et de le rendre accessible à tous.

## C. L'EXCLUSION, UN PHENOMENE QUI NE CESSE DE SE DÉVELOPPER

### 1. Le diagnostic est sans équivoque

La montée de l'exclusion en France est un phénomène délicat à quantifier mais le diagnostic, préoccupant, est sans équivoque.

Ainsi, le nombre d'allocataires du RMI a progressé de 407 000 en 1989 à plus de 940 000 à la fin de 1994 (soit près de 2 000 000 de personnes couvertes en comptant les ayants-droit). La croissance du nombre d'allocataires a atteint 15 % entre décembre 1993 et décembre 1994. On estime que ce nombre dépassera à la fin de l'année 1 000 000. Alors que, dans un premier temps, le RMI concernait surtout les publics en marge de la société, il affecte dorénavant les forces vives du pays : 62 % des allocataires ont moins de 40 ans et la moitié d'entre eux touche le RMI depuis plus de deux ans.

Au-delà du seuil du RMI, 3 à 3,5 millions de ménages sont couverts par les minima sociaux, sans compter les jeunes de moins de 25 ans. Et 7,5 millions de personnes disposeraient d'un revenu par unité de consommation compris entre le niveau du RMI et celui du minimum vieillesse.

Le facteur déterminant de l'accroissement continu du nombre de bénéficiaires du RMI est sans aucun doute la dégradation de la situation économique et l'augmentation corrélative du nombre de chômeurs, et particulièrement de celui des chômeurs de longue durée. De fait, le nombre de personnes au chômage depuis plus d'un an est encore supérieur à un million, en dépit d'une légère baisse depuis le début de l'année 1995, leur proportion dans le total des demandeurs d'emploi ayant plus que doublé depuis 1970.

La croissance récente du nombre de sans-abris et de personnes ayant d'importantes difficultés de logement, habitant des abris de fortune, les Centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) ou les cités de transit sont une autre manifestation de la montée de l'exclusion. Il s'agit d'une menace pour la cohésion de l'ensemble de la société française, qui pèse surtout sur des groupes déjà fragilisés, cumulant les handicaps.

## **2. La lutte contre l'exclusion est un enjeu majeur pour la protection sociale**

La réponse à apporter à la montée de l'exclusion est l'un des enjeux essentiels que le système de protection sociale doit relever dans les années à venir. Cela n'est pas simple car le système de sécurité sociale, conçu dans un contexte de plein emploi, voire de pénurie de main-d'œuvre, à l'intention de personnes disposant d'un travail, est désormais confronté à une situation radicalement différente.

De plus, le système de sécurité sociale n'a pas grande prise sur certains facteurs fondamentaux de l'exclusion, notamment la situation du marché du travail ainsi que les variables d'environnement social. En outre, le système de sécurité sociale est tourné autour de la prise en charge de risques juridiquement définis et dotés de faits générateurs précis : tel n'est pas le cas du phénomène d'exclusion, qui est multidimensionnel, cumulatif et évolutif, ne répondant pas aux critères de l'assurance.

Pour autant, le système de sécurité sociale constitue, par la diversité de ses prestations et de ses modes de prise en charge, un élément déterminant pour éviter qu'un plus grand nombre encore de personnes fragilisées ne basculent dans l'exclusion. Au-delà de son rôle actuel, il est nécessaire qu'il prenne toutefois mieux en compte certaines formes d'exclusion : exclusion des soins, en raison de la lourdeur et de la complexité des procédures d'affiliation et d'ouverture des droits, exclusion du logement, par une meilleure contribution à la solvabilisation de certaines catégories de la population, exclusion du travail, par une activation de certaines dépenses d'allocations qui, contrairement au RMI, ne comportent pas de volet d'insertion.

## **II. LES VOIES D'UNE REFORME POUR UN REDRESSEMENT DURABLE ET JUSTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Une meilleure définition des orientations de la protection sociale s'impose afin de répondre aux enjeux qui sont posés au système de protection sociale. Le maintien de la solidarité collective est une nécessité dans tous les domaines. En assurance maladie, il est la garantie que la sécurité sociale n'évolue pas vers un système à deux vitesses, qui pèserait particulièrement sur la santé des personnes les plus démunies. Dans le domaine des retraites, le maintien de la solidarité passe par la consolidation prioritaire du système des retraites par répartition.

La solidarité collective ne peut pas toutefois s'affranchir de mécanismes qui assurent la responsabilisation de chaque assuré au profit de tous. De la même façon, l'accumulation de dettes par le système de protection sociale n'est pas conforme au principe d'équité dont le respect est le gage du contrat entre les générations. Les dettes d'aujourd'hui constituent, en effet, un transfert de charges indu sur les actifs futurs.

Le retour à l'équilibre des comptes doit, en définitive, nécessairement s'accompagner de réformes structurelles qui permettent de renforcer l'équité entre les Français et d'améliorer l'efficacité de notre système de protection sociale. Il doit s'effectuer branche par branche.

## A. UN SCENARIO DE L'IMMOBILISME QUI NE PEUT ETRE ACCEPTE

### **1. Les prévisions pour 1996**

Les prévisions tendancielles établies par la Commission des comptes de la sécurité sociale pour 1996 ne permettraient pas, si elles devenaient réalité, de respecter les engagements internationaux de la France.

Le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, joint en annexe, présente les perspectives des différents régimes de base de sécurité sociale pour 1995 et 1996. Le principal d'entre eux, le régime général, est dans une situation critique puisque son déficit ne se réduirait que d'environ 5 MdsF, alors même que la croissance se maintiendrait à un niveau élevé, ses recettes progressant de 3,8 % par rapport à 1995.

Le déficit prévisionnel du régime général serait alors de 60,4 MdsF (y compris frais financiers). Dans l'hypothèse où le besoin de financement des autres régimes de sécurité sociale et des autres administrations publiques resterait stable par rapport à 1995, le besoin de financement des administrations publiques dépasserait l'objectif de 4 % du PIB, l'Etat s'étant engagé pour sa part à ramener son déficit à 289,7 MdsF. Une telle perspective ne permettrait pas de respecter le cheminement fixé par le Président de la République. L'objectif est donc de réduire de moitié le déficit de la sécurité sociale au cours de l'année à venir, puis de restaurer l'équilibre en 1997.

### **2. Les perspectives financières du régime général pour 1997 et 1998**

Les projections exposées pour 1997 et 1998 à partir des hypothèses macro-économiques de moyen terme ne permettent pas d'entrevoir un redressement financier à la hauteur des difficultés actuelles. Elles constituent un scénario « au fil de l'eau » correspondant à la prolongation pendant les deux prochaines années des tendances actuelles.

Ces projections ont été établies à partir d'hypothèses conduisant à maintenir en 1997 et 1998 le rythme de croissance prévu en 1996. Compte tenu des dispositions prises depuis l'été 1995, le nombre d'emplois occupés augmenterait de 1,8 % par an. L'assiette des cotisations sociales, qui constituent encore la principale source de recettes des régime sociaux, y augmenterait d'environ 5 % par an. Ces prévisions doivent être considérées avec prudence : une variation d'un point dans les hypothèses de recettes a une incidence de 12 MdsF en 1997 et de 12,5 MdsF en 1998 sur l'équilibre des comptes sociaux.

Les hypothèses de dépenses ont également été faites dans le prolongement des tendances actuelles et en tablant sur une stabilité de la législation. Les prestations indexées chaque année en application de la loi, l'ont été sur la base d'une hypothèse de prix hors tabac de +1,9 % (tel est le cas des pensions ou de la base mensuelle des allocations familiales). Le plafond de la sécurité sociale a été relevé du même montant que l'évolution du salaire moyen découlant des hypothèses de pouvoir d'achat et d'emploi, soit 3 % par an.

Le tableau ci-dessous présente la situation de chacune des branches à partir de la prévision de la commission des comptes pour 1996 et des projections du Gouvernement pour les deux années suivantes selon les hypothèses formulées plus haut.

*Tableau n°30 - Projection tendancielle du régime général par branche (hors charges financières)*

En MF	1996	1997	1998
<b>Vieillesse</b>	<b>-12 688</b>	<b>-11 469</b>	<b>-11 563</b>
recettes	347 917	363 921	378 842
dépenses	360 605	375 390	390 405
<b>Famille</b>	<b>-10 483</b>	<b>-8 639</b>	<b>-4 591</b>
recettes	227 780	236 891	247 078
dépenses	238 263	245 530	251 668
<b>Maladie</b>	<b>-30 130</b>	<b>-27 543</b>	<b>-25 247</b>
recettes	533 153	557 145	581 659
dépenses	563 283	584 668	606 906
<b>Accidents du travail</b>	<b>948</b>	<b>1 010</b>	<b>984</b>
recettes	43 931	44 810	45 616
dépenses	42 983	43 800	44 632
<b>TOTAL (hors charges financières)</b>	<b>-52 353</b>	<b>-46 641</b>	<b>-40 417</b>

Hors charges d'intérêts, les déficits annuels du régime général se réduisent d'environ 6 Mds F par an au cours des trois prochaines années. Ces projections appellent plusieurs commentaires :

- elles traduisent le dynamisme attendu des recettes et donc la part du redressement due à l'amélioration de la conjoncture, certes significative mais néanmoins insuffisante ;
- le solde de la branche vieillesse est stable mais négatif, les économies procurées par la réforme de 1993 étant d'un rendement encore modeste en fin de période (2 Mds F) ;
- le déficit de la branche famille se réduit sous l'effet de la diminution du nombre d'enfants ouvrant droit aux prestations familiales et de la croissance économique qui contient la croissance des prestations sous conditions de ressources ;
- la branche accidents du travail reste équilibrée et dégage un excédent sur toute la période (le taux de cotisation ayant été supposé maintenu au même niveau) ;
- le solde de la branche maladie demeure lourdement déficitaire même si la réduction du rythme de croissance des dépenses hospitalières attendue en 1996 de la fixation d'un taux directeur historiquement bas (2,1 %) a permis de réduire la base des dépenses en début de période. La réduction du déficit de cette branche (60 % du déficit du régime général pour 46 % des dépenses en 1996) apparaît ainsi comme la composante essentielle du rééquilibrage des comptes du régime général.

En intégrant à ces dépenses les charges d'intérêt accumulées depuis 1994, la réduction tendancielle du déficit fait place à une stagnation, les gains de la croissance des recettes étant presque entièrement absorbés par le coût des avances de trésorerie. Si d'énergiques mesures de redressement n'intervenaient pas très rapidement, le régime général entrerait dans une spirale d'endettement qui accentuerait d'autant la difficulté à rétablir l'équilibre des comptes.

## B. LA REPRISE DE LA DETTE CUMULEE DEPUIS 1994

L'Etat a déjà repris en loi de finances 1994 la dette contractée par l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations, soit 110 MdsF. Pour autant, dès le mois de juillet 1994, le régime général n'a pu assurer par des moyens classiques sa trésorerie. La somme des déficits accumulés en 1994 et 1995 atteindrait ainsi 120 MdsF selon les prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale. En quatre ans, la sécurité sociale aura ainsi accumulé une dette de 230 MdsF, soit près de 4 000 F par Français. Une telle dette, outre le fait qu'elle s'assimile à un mécanisme de solidarité à crédit, est la source de dépenses d'intérêts importantes (4,5 MdsF en 1995, 8,2 MdsF en 1996) qui risquent d'absorber les marges dégagées par des économies ou des financements nouveaux.

Aussi, un traitement spécifique devra-t-il être assuré pour que cette charge soit clairement identifiée, couverte et étalée dans le temps. Aucune ressource suffisante ne pouvant être dégagée à court terme, une recette nouvelle devra y être affectée, pour couvrir le remboursement en capital et intérêts de la dette de 230 MdsF.

## C. LES ORIENTATIONS DU GOUVERNEMENT

### 1. Le cadre général de la réforme

#### ***a. Le retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale en 1997 est la condition de sa survie***

Notre pays ne peut plus supporter davantage un déficit de la sécurité sociale aussi important que celui enregistré chaque année depuis 1992. En effet, la hausse continue des prélèvements sociaux qu'impose une telle situation pèse de manière grandissante sur l'emploi et menace à terme l'existence même du système de protection sociale. En outre, la maîtrise des équilibres sociaux est une condition essentielle au maintien de la France parmi les pays les plus performants de l'Union européenne.

C'est donc pour prévenir l'implosion de notre système de protection sociale que le Gouvernement a décidé de ramener en deux ans à l'équilibre les trois branches déficitaires de la sécurité sociale. Dès 1996, le déficit devra ainsi être réduit de 30 MdsF et, en 1997, un équilibre financier durable devra être retrouvé.

Des mesures importantes de redressement sont donc indispensables. Elles doivent répondre aux caractéristiques suivantes :

- mettre prioritairement l'accent sur des mesures structurelles, car la maîtrise de la dépense est une condition de survie du système et notre pays ne peut plus supporter une augmentation importante des prélèvements obligatoires ;
- concerner toutes les branches ;
- être équitablement partagées entre tous les bénéficiaires et acteurs de la protection sociale, entre les actifs et les inactifs, entre les revenus du travail et les revenus du capital et entre les assurés et les professionnels de santé.

#### ***b. La perspective d'un nouveau plan conjoncturel de redressement de la sécurité sociale doit être résolument écartée***

L'ampleur sans précédent de la crise de notre système de protection sociale impose de ne pas se limiter à un nouveau plan de redressement ponctuel, mais de faire le choix courageux de réformes de structure.

Les dix-sept plans successifs de redressement de l'assurance maladie (et presque autant pour les autres branches de la sécurité sociale) n'ont pas permis de préserver un équilibre durable des finances sociales. Certes, ils n'ont pas été inutiles, permettant jusqu'alors d'éviter une situation de crise aiguë qui aurait conduit à remettre brutalement en cause la pérennité même de l'institution. Ils ont également permis d'améliorer le fonctionnement de notre système de protection sociale et d'obtenir des économies nécessaires.

Ils n'ont pas cependant été suffisants car ils n'ont pas véritablement recherché, sauf en matière d'assurance vieillesse avec la réforme de 1993 qui s'est cependant limitée au régime général et aux régimes alignés sur lui, à remédier aux difficultés fondamentales de notre système de protection sociale, et notamment à la plus importante d'entre elles, son absence de régulation.

En effet, pour revenir durablement en situation d'équilibre, notre système de protection sociale doit se doter des moyens de maîtriser la dépense sociale qui doit évoluer à un rythme compatible avec celui de la richesse nationale. En outre, il doit être à même de dégager des marges de manœuvre pour répondre aux nouvelles demandes sociales des Français. Enfin, il ne doit plus être un handicap dans la lutte pour l'emploi. En effet, le système de financement de la protection sociale pèse aujourd'hui exagérément sur l'emploi. Il faut donc progressivement adapter le mode de financement de la sécurité sociale à son caractère devenu largement universel.

La réforme fiscale sera l'occasion d'évoluer vers un mode de financement de la protection sociale qui repose plus largement sur tous les revenus et qui ne soit plus défavorable à l'emploi.

## **2. Construire le modèle français de maîtrise médicalisée des dépenses de santé**

La succession de plans conjoncturels de retour à l'équilibre qui ne sont pas parvenus à enrayer sur longue période la progression des dépenses de santé s'explique par une incapacité à réguler efficacement un système inflationniste.

Nos voisins européens (Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni) ont, avant nous, opéré des choix déterminés en matière de régulation des dépenses de santé. C'est cette étape qu'il nous faut aujourd'hui franchir en clarifiant notre modèle et en lui donnant les moyens de son efficacité.

Cette politique doit reposer sur six principes essentiels.

### **a. Garantir l'égalité d'accès aux soins**

Pour cela, l'achèvement du mouvement de généralisation de l'assurance maladie est une condition essentielle. En effet, ainsi qu'il a été dit plus haut, la multiplicité des régimes d'assurance maladie conduit en pratique à écarter un nombre grandissant de Français, souvent en situation d'exclusion, de l'accès aux soins.

Tous nos concitoyens doivent également pouvoir retirer le bénéfice du progrès médical. Les nouvelles techniques médicales sont, en effet, porteuses de progrès et d'espoirs considérables. Elles sont cependant très coûteuses. Il faut donc que notre système de soins dégage les marges de manœuvre permettant à tous de bénéficier du progrès médical. Pour cela il est essentiel de :

- rationaliser notre offre de soins : toutes les techniques de pointe ne peuvent pas être mises en oeuvre indifféremment partout et notamment dans tous les hôpitaux. La carte sanitaire constitue, à cet égard, un outil inadapté à l'objectif d'optimisation du système de distribution de soins qui lui était assigné. Pour atteindre cet objectif, de nouvelles règles et de nouveaux instruments devront donc être définis ;
- pour la médecine de ville, il faut réviser périodiquement les nomenclatures des actes médicaux pour les adapter aux effets des progrès techniques qui conduisent souvent à automatiser ce qui était initialement un acte intellectuel.

### ***b. Privilégier la qualité des soins***

La crise financière de l'assurance maladie a trop longtemps occulté un enjeu essentiel pour notre système de soins : comment dépenser mieux ? C'est cette préoccupation qu'il faut aujourd'hui placer au cœur du fonctionnement de notre système de soins. Afin d'améliorer la qualité des soins, plusieurs chantiers doivent être conduits de front :

- réformer la formation initiale et renforcer la formation continue des médecins pour que l'acte de prescription soit déterminé en fonction des objectifs de santé publique et de bonne prescription et à partir de connaissances régulièrement actualisées ;
- déterminer pour toutes les activités médicales et paramédicales les bonnes pratiques grâce notamment à la généralisation des références médicales opposables ;
- faire de la qualité des soins et de la sécurité sanitaire un indicateur essentiel d'évaluation de la performance des hôpitaux et de l'allocation de leurs ressources ;
- réhabiliter et développer les activités de prévention, qui sont indispensables à l'amélioration de l'état de santé des Français.

### ***c. Evaluer et contrôler le fonctionnement de notre système de soins***

On ne pourra pas améliorer la qualité des soins tant que l'on ne connaîtra pas de manière précise le fonctionnement de notre système de soins. Les instruments de connaissance de l'activité médicale existent (Programme de médicalisation des systèmes d'information à l'hôpital public et privé, codage des actes pour la médecine de ville et carte Sésam-Vital pour les assurés). Mais leur mise en place est encore à venir alors que d'autres pays, tels que l'Allemagne, qui ont débuté plus tard, s'en sont déjà dotés. Il est indispensable de disposer au plus vite d'instruments cohérents et complets de connaissance de l'activité médicale afin de permettre une allocation optimale des ressources et une amélioration de la qualité des soins.

Toutefois, disposer de l'information ne suffit pas. Il faut aussi l'exploiter et en tirer des conséquences. Notre pays doit donc se doter au plus vite d'un système d'évaluation, tant dans le domaine de la médecine de ville qu'à l'hôpital, qui réponde à des critères scientifiques et d'indépendance incontestables.

### ***d. Assurer une meilleur coordination du système de soins***

Notre système de soins demeure très faiblement coordonné. La règle est celle du cloisonnement, entre l'hôpital et la médecine de ville, entre l'hospitalisation privée et l'hospitalisation publique, entre les médecins généralistes et les spécialistes, entre les prescripteurs et les dispensateurs de médicaments enfin.

Ces cloisonnements sont sources de gaspillages et finissent par affecter la qualité des soins. Une réelle coordination entre l'hôpital et la médecine de ville doit ainsi être mise en place notamment en matière de prise en charge des pathologies lourdes et d'hospitalisation à domicile. Dans le domaine de la médecine de ville, la coordination entre les différents acteurs doit également être renforcée notamment grâce à la généralisation d'instruments de suivi des patients tels que le carnet médical.

#### **e. Responsabiliser les acteurs**

La logique conventionnelle sur laquelle repose l'organisation de notre médecine libérale doit être renforcée et étendue. Elle a permis de mettre en place un dispositif très innovant de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et d'en définir les instruments. Il faut aujourd'hui aller plus loin et plus vite. On ne peut pas accepter, en effet, que le dispositif ainsi mis en place s'essouffle.

Notre système conventionnel doit ainsi notamment se donner au plus vite les moyens de faire respecter les objectifs d'évolution des dépenses. C'est le fondement même de la logique contractuelle. C'est aussi la condition de la pérennité du système.

La logique de responsabilisation par la contractualisation doit aussi être étendue au plus vite à l'hôpital. Le Haut Conseil pour la réforme hospitalière, présidé par M. le professeur Devulder, va très prochainement présenter des propositions visant à passer de la logique du budget global à celle des contrats d'objectifs et de moyens. C'est la condition de l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital et de la maîtrise des dépenses hospitalières par l'attribution des ressources dont dispose notre système hospitalier en priorité aux unités les plus utiles et les plus performantes.

Par ailleurs, les assurés doivent également être responsabilisés. Il faut lutter notamment contre le nomadisme médical et la surconsommation médicale qui sont sources de gaspillage sans améliorer en rien les performances sanitaires.

#### **f. Adapter et maîtriser l'offre de soins**

Notre offre de soins s'est considérablement accrue depuis les années 1970<sup>9</sup>. Pourtant certaines activités essentielles, telles que la prévention, sont insuffisamment développées. Pour pallier cette situation qui explique une partie de nos retards en matière de santé publique, il faut favoriser la réorientation des médecins libéraux vers des activités de prévention. En outre, notre offre de soins, principalement hospitalière, doit s'adapter à l'évolution des techniques médicales et aux attentes des malades (hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour), ce qui rendra nécessaire l'adaptation des structures hospitalières.

<sup>9</sup> Les effectifs médicaux se sont accrus de 72 % entre 1970 et 1980 et de 58 % entre 1980 et 1985 et la France possède le plus fort nombre de lits d'hôpital pour 100 000 habitants de l'Union européenne.

### **3. Moderniser notre politique familiale pour plus d'équité et d'efficacité**

#### ***a. Il faut à notre politique familiale une ambition d'une autre nature que celle consistant à attendre du déclin démographique le retour à l'équilibre financier***

Depuis 1946, la France a mené une politique originale et ambitieuse en faveur des familles qui a toujours su évoluer pour répondre à leurs besoins nouveaux. Elle a d'abord consacré d'importantes ressources publiques à compenser le coût d'entretien des enfants. Dans les années 1970, la politique familiale s'est diversifiée, en s'attachant à aider plus particulièrement les familles modestes notamment pour leur logement et pour les frais de scolarité. Elle a évolué encore dans les années 1980 pour répondre au nouvel enjeu de la société moderne : la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale. C'est ainsi que se sont développés des prestations directes et des équipements collectifs permettant aux familles d'organiser le mode de garde de leur choix pour leur enfant de moins de trois ans.

Toutefois, la branche famille connaît, pour la première fois de son histoire, une situation de déficit. Cette situation l'empêche aujourd'hui de faire franchir une nouvelle étape à notre politique familiale pour répondre aux modifications très rapides de l'environnement et des structures familiales, aux aspirations des femmes à conduire à la fois une vie professionnelle et une vie familiale et à la nécessité d'aider les familles que le chômage conduit à prendre en charge de plus en plus longtemps leurs grands enfants.

Ne rien faire aujourd'hui, c'est attendre du déclin démographique le retour à l'équilibre de la branche et accepter le statu quo d'un dispositif de prestations rendu trop complexe et peu lisible pour les familles en raison de superpositions successives. Au contraire, agir maintenant pour ramener à l'équilibre en 1997 la branche famille, c'est se donner les moyens de conduire la nouvelle politique familiale voulue par le Président de la République. Tel est le choix du Gouvernement.

#### ***b. Pour ramener à l'équilibre la branche famille et créer les conditions de sa modernisation, il faut rendre plus équitable et simplifier notre politique familiale***

##### *Rendre plus équitable notre politique familiale*

Ainsi qu'il a été montré plus haut, notre politique familiale repose aujourd'hui sur plusieurs instruments : les prestations familiales, les aides personnelles au logement et les aides fiscales ainsi que les actions en faveur des familles conduites par les caisses d'allocations familiales et les collectivités locales. Ces différents dispositifs ne sont pas totalement coordonnés. Ainsi, notre politique familiale est favorable aux familles ayant le plus grand nombre d'enfants mais varie de manière non linéaire en fonction du revenu. Une telle situation est source d'inéquité et affecte la lisibilité de notre politique familiale.

Elle a conduit le Gouvernement à poser, lors des forums régionaux de la protection sociale, des questions portant notamment sur :

- la mise sous condition de ressources des allocations familiales ;
- la modulation des allocations familiales en fonction du niveau des ressources et du nombre d'enfants ;
- l'intégration des allocations familiales, qui sont versées sans conditions de ressources, dans le revenu imposable ;
- l'abaissement du plafond du quotient familial ou son remplacement par un abattement forfaitaire par enfant.

Les prises de position qu'elles ont suscitées permettront au Gouvernement de faire les choix nécessaires pour rendre notre politique familiale plus équitable et cohérente sans remettre en cause ses principes essentiels : l'aide aux familles nombreuses, l'aide aux familles modestes et l'aide aux familles avec de jeunes enfants.

#### *Simplifier notre politique familiale*

Notre politique familiale se caractérise par une complexité importante qui conduit à diluer et à opacifier l'effort en faveur des familles. Ainsi, par exemple, les prestations sous conditions de ressources font l'objet de plafonds de ressources, de modes de calcul et de prise en compte de ressources différents.

Cette situation est source de disparités et d'inégalités entre les familles qui, bien souvent, font naître un sentiment d'injustice. C'est aussi une source d'incertitude pour les familles, puisque les modes de calculs actuels sont tels qu'une famille peut perdre d'une année sur l'autre une allocation selon que son revenu, le nombre d'enfants à charge ou la taille du logement ont changé sans qu'il soit toujours possible de le prévoir et de le comprendre. Il est urgent de simplifier et de coordonner l'ensemble de ces dispositifs.

Il convient donc de clarifier et de simplifier les instruments de notre politique familiale. C'est la condition, avec le dégagement de marges de manœuvre nouvelles, pour que notre politique familiale puisse répondre aux nouveaux besoins des familles.

## **4. Garantir dans l'équité les retraites de demain**

### ***a. Il faut préserver les acquis considérables de la retraite par répartition, qui sont menacés par des perspectives démographiques défavorables***

Les pensions permettent à beaucoup de retraités d'atteindre un niveau de vie comparable à celui des actifs (si l'on tient compte notamment de leur patrimoine), même si des disparités importantes demeurent entre les retraités les plus jeunes et les retraités les plus anciens, et même si la situation des personnes bénéficiaires du minimum vieillesse demeure difficile malgré une revalorisation exceptionnelle (2,8 %) au 1er juillet 1995.

Toutefois, le nombre de retraités augmentera massivement dans les années qui viennent. On compte aujourd'hui 11 millions de retraités en France. Ce nombre devrait connaître une croissance rapide d'ici l'an 2020. Le temps passé à la retraite est de plus en plus long. Plus nombreux, les retraités vivent plus longtemps grâce aux progrès de notre système de santé. L'espérance de vie d'un homme est de plus de 73 ans et celui d'une femme de plus de 81 ans.

Ainsi, la situation des personnes âgées s'est considérablement améliorée en France et la création de la prestation d'autonomie est une nouvelle étape particulièrement importante de cette évolution. Les perspectives démographiques mettent cependant en péril notre système de retraite

***b. Le régime général doit être ramené en situation d'équilibre durable***

Entrée en vigueur au 1er janvier 1994, pour la génération née en 1934, la réforme des retraites de 1993 ne produit des effets que progressivement. La branche vieillesse devrait ainsi connaître un déficit tendanciel prévisionnel avoisinant 10 MdsF dans les années à venir, et cela malgré l'incidence de la suppression de la remise forfaitaire de 42 F à compter du 1er septembre 1995.

Or, les régimes par répartition sont l'expression même du pacte entre les générations. Conformément aux engagements du Président de la République, le Gouvernement entend garantir leur pérennité. C'est pourquoi il convient de prendre les mesures nécessaires pour ramener le régime général et les régimes qui sont alignés sur lui à l'équilibre dans la période de montée en charge de la réforme de 1993. L'effort nécessaire pour remplir cet objectif devra être équitablement partagé.

***c. Les autres régimes de retraite par répartition doivent être sauvagardés***

Ainsi qu'il a été dit plus haut, les régimes de retraite des fonctionnaires et des agents publics (les régimes spéciaux) devraient connaître une situation démographique très défavorable dans les années à venir. Les rapports démographiques (cotisants/retraités) du régime des fonctionnaires et de celui des collectivités territoriales se dégraderont, en effet, nettement dans les prochaines années.

Or, si ces régimes ne s'adaptent pas progressivement à la détérioration de leur situation démographique, c'est leur pérennité même qui serait en cause. Il importe donc, dès aujourd'hui, en tenant compte de leur spécificité, de garantir l'avenir de ces régimes et d'éviter que ne se creusent de nouvelles disparités entre les régimes de retraite.

***d. Notre système de retraite par répartition, une fois consolidé, pourra être complété par des mécanismes d'épargne retraite***

Le système de retraite par répartition doit rester le socle et le fondement de toute politique en matière de retraite. C'est la condition de la cohésion sociale. Les régimes de base et complémentaires doivent donc être consolidés. C'est le préalable à toute évolution de l'architecture de notre système de retraite.

Toutefois, cet impératif essentiel pour notre unité nationale pourra être relayé par le développement des mécanismes d'épargne retraite afin que les Français puissent compléter la couverture dont ils bénéficient au titre des régimes de base et complémentaires, dans le cadre d'une démarche volontaire.

## CONCLUSION

Les régimes de protection sociale sont à la croisée des chemins. Ferment d'unité et de solidarité au lendemain des grands conflits mondiaux du début du siècle, ils doivent aujourd'hui renouveler ce pacte fondateur dans un monde où les inégalités et l'injustice sont autant de menaces susceptibles de déstructurer notre société.

Notre système de protection sociale comporte des acquis remarquables. Néanmoins, il est trop complexe et son efficacité demeure perfectible. En outre, il est, de manière très immédiate, menacé par des déséquilibres financiers majeurs. Le système de protection sociale doit par ailleurs faire face à de nouveaux enjeux qui conditionnent son avenir.

Conscient de l'urgence et de l'importance de la situation actuelle, le Gouvernement entend y répondre en redressant les comptes de la sécurité sociale en 1997. Des réformes seront engagées, qui devront produire des effets dès 1996. Au-delà de ces mesures de rééquilibrage, c'est à une modernisation du système de protection sociale que le Gouvernement souhaite procéder. Pour cela, des réformes touchant aux structures mêmes du système seront mises en oeuvre, afin d'en renforcer l'efficacité, au profit de tous.

Plusieurs pistes apparaissent désormais clairement. D'abord, la maîtrise des dépenses est indispensable pour assurer la survie du système et éviter une augmentation importante des prélèvements obligatoires. Ensuite, compte tenu des problèmes spécifiques que connaissent les trois branches principales de la sécurité sociale, des politiques de redressement propres à chacune d'entre elles devront être conduites. Enfin, le mode de financement des régimes sociaux devra évoluer afin de partager l'effort de manière équitable sans peser sur l'emploi.

Les forums régionaux ont constitué une étape attendue du débat. Par la richesse et la diversité de leurs apports, dont une synthèse figure en annexe du présent rapport, ils ont précisé le constat et clarifié les enjeux de la réforme de la protection sociale. Il appartient désormais au Parlement de se prononcer sur la finalité et les modalités d'une telle réforme.

Les décisions qui vont être prises engagent l'ensemble de la société française pour les années à venir. La large consultation nationale qui a été conduite à l'initiative du Gouvernement répond à ce souci de faire participer l'ensemble des Français à la refondation du pacte républicain, dont la protection sociale constitue un pilier essentiel.

## **ANNEXE**

# **SYNTHÈSE DES FORUMS RÉGIONAUX DE LA PROTECTION SOCIALE**

Première étape du débat national sur l'avenir du système de protection sociale, les forums régionaux de la protection sociale se sont déroulés dans les 26 régions françaises de métropole et d'outre mer durant le mois d'octobre, selon le calendrier joint (Cf. infra).

L'objectif fixé aux forums était double :

informer le pays sur la situation de notre système de protection sociale ;

aider à la meilleure compréhension possible des enjeux actuels, des motivations et des modalités de mise en oeuvre des orientations susceptibles d'être débattues au Parlement en associant au débat le corps social au travers des élus, des partenaires sociaux, des responsables économiques, des professionnels de santé et des milieux associatifs (Cf. liste infra).

Ce sont au total 6 400 invitations qui ont été lancées sur tout le territoire. De façon générale, les assemblées ainsi constituées ont été nombreuses et suffisamment diversifiées pour permettre des échanges de bonne qualité, parfois animés et souvent fructueux.

Pour élargir le débat à l'ensemble des Français, les forums régionaux ont été intégralement ouverts à la presse. Parallèlement, la libre expression des Français sur la protection sociale a été sollicitée par la mise en place d'une boîte postale nationale destinée à recevoir le courrier du citoyen. Il est encore trop tôt pour dresser la synthèse des correspondances reçues dans ce cadre.

Dans chacune des régions métropolitaines, le forum s'est déroulé sur une journée sous la présidence, selon les régions, du ministre du travail, du dialogue social et de la participation, du ministre de la santé publique et de l'assurance maladie, du ministre de l'intégration et de la lutte contre l'exclusion ou du ministre de la solidarité entre les générations et dans les régions d'outre-mer, en présence d'un représentant désigné par le Gouvernement.

Le dialogue a été organisé de telle sorte que l'ensemble des invités puisse participer à la totalité de la discussion, sur l'intégralité des thèmes retenus.

Les débats ont été ainsi articulés autour de cinq thèmes :

- la famille (I)
- la santé (II)
- les retraites (III)
- l'insertion (IV)
- le financement (V).

Pour chacun de ces thèmes un état des lieux a été établi dans une notice introductory remise à tous les participants aux forums. Les ministres qui présidaient les réunions ont complété cet état des lieux en livrant au débat :

- l'analyse du Gouvernement sur les enjeux et les contraintes auxquels notre système de protection sociale est confronté ;
- les principales questions qui se posent pour le conforter, le rendre plus efficace et plus juste.

Les réponses à ce questionnement font l'objet de la présente synthèse.

Le thème le plus mobilisateur a été celui de la santé, ainsi que celui du financement, abordé de manière régulière au cours des journées, avant d'être traité de façon spécifique. Si la politique familiale et la lutte contre l'exclusion ont également donné lieu à de nombreux échanges, la question de l'avenir des retraites n'a pas suscité, en revanche, un intérêt à la hauteur des enjeux exprimés.

## I. LA FAMILLE

### **A l'affirmation claire d'une politique familiale volontariste et active s'oppose la difficile émergence des propositions de nouveaux moyens financiers**

Les débats ont clairement fait apparaître le besoin d'affirmer une politique familiale qui doit être globale, tant dans ses objectifs démographiques et sociaux qu'au regard des instruments qu'elle requiert et des domaines qu'elle recouvre. La politique familiale est un tout qui va au-delà des prestations familiales et des mécanismes fiscaux pour englober aussi le logement, la santé, ou l'éducation. La préservation d'un environnement favorable à la natalité implique d'allier le développement de l'aide matérielle aux familles et l'action en faveur de l'emploi.

A cet égard, les intervenants représentant les mouvements familiaux ont insisté sur la notion d'égalité horizontale en privilégiant l'idée que les prestations familiales sont une aide à l'entretien de l'enfant dont le coût doit être mieux évalué.

Par ailleurs, on peut relever une opposition à la fiscalisation des ressources de la branche et l'absence ou la modestie des propositions de financements nouveaux, qui se sont limitées à l'idée de la diversification des sources de financement.

### **Priorité à la solidarité envers les familles, simplification et libre choix des femmes sont les lignes de force des propositions émises pour une politique familiale plus juste et plus moderne**

Les débats ont clairement montré une opposition résolue et quasi unanime à l'application de conditions de ressources aux bénéficiaires des allocations familiales, comme portant atteinte à la légitimité de la politique familiale et notamment au soutien d'une politique nataliste. L'intégration des allocations familiales dans le revenu imposable a donné lieu à des débats très tranchés. Elle a été rejetée par certains et considérée par d'autres comme acceptable, à condition de s'intégrer dans une réforme fiscale globale. Il en est allé de même de la modulation des allocations familiales en fonction du niveau de ressources et du nombre d'enfants. La réforme du quotient familial ou son remplacement par un abattement forfaitaire par enfant apparaissent comme une voie possible à la condition de s'intégrer dans une réforme fiscale d'ensemble. Enfin, la réduction des disparités entre les régimes fiscaux applicables aux couples mariés et non mariés a fait l'objet de quelques interventions avec cependant des propositions diamétralement opposées sur la solution d'alignement à retenir.

Une majorité de participants a convenu de la nécessité de simplifier et d'harmoniser les conditions de gestion et d'attribution des prestations qui apparaissent aujourd'hui très lourdes, permettant ainsi une meilleure lisibilité du système par ses bénéficiaires. Le recentrage sur les prestations les plus significatives consacrant l'affirmation du droit de l'enfant ainsi que la conciliation de la vie familiale et professionnelle favoriserait la cohérence de l'ensemble et serait une incitation à la natalité.

De même, à la question précisément posée d'une réduction du nombre des prestations et de l'utilisation ciblée des ressources ainsi dégagées, a répondu de façon majoritaire le souhait de l'élargissement du champ des prestations, l'affirmation de la nécessité de l'aide au premier enfant ainsi qu'aux grands enfants et le maintien d'une aide partielle jusqu'au dernier enfant élevé.

Une plus grande implication des organismes gestionnaires dans la politique du logement, considérée par beaucoup comme prioritaire, est également souhaitée. La politique familiale devra également permettre de concilier vie familiale et vie professionnelle. A cet égard, si le salaire parental fait l'objet de positions nuancées, tous les intervenants s'accordent pour souhaiter une amélioration de l'environnement permettant l'exercice d'un véritable libre choix, qu'il s'agisse de l'environnement professionnel ou de la création de structures d'accueil des enfants.

## II. LA SANTÉ

### **La difficulté d'accéder aux soins conduit au souhait d'un régime généralisé**

Les difficultés d'accès aux soins des plus démunis ont été évoquées et des améliorations ont été proposées qui portent sur la dispense des soins par les médecins et les établissements hospitaliers, sur les procédures de prise en charge et, pour certaines prestations, sur le niveau de remboursement.

Le principe de la généralisation de l'assurance maladie a été nettement affirmé, avec en corollaire l'universalité du droit à l'accès aux soins, lié à la personne et non au statut professionnel sur le fondement du principe de solidarité nationale.

Pour favoriser l'égalité des soins, l'exigence du maintien d'un niveau de remboursement satisfaisant et la facilitation de l'adhésion à une couverture complémentaire ont été rappelées par certains. Néanmoins, la création d'un régime universel ne doit pas signifier régime unique. La séparation entre ce qui relèverait de la solidarité et ce qui relèverait de la maladie a fait l'objet de nombreux débats, certains y étant favorables, d'autres considérant que l'ensemble de la sécurité sociale repose sur un principe de solidarité et qu'introduire des distinctions entre assurance et solidarité risquerait de conduire à une sécurité sociale à deux vitesses.

### **Une forte adhésion à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé dont l'accentuation est demandée**

La maîtrise des dépenses suppose une définition d'objectifs sanitaires et l'application de sanctions permettant de concilier à la fois responsabilité, solidarité et réduction des déficits et donc d'assurer le respect des engagements conventionnels.

Accélérer la mise en place des outils nécessaires à cette politique est indispensable : codage des actes et des médicaments, références médicales opposables, dossier et carnet médical, meilleur contrôle des accords conventionnels et renforcement des sanctions individuelles en cas de leur non respect font l'objet de propositions convergentes.

Toutefois cette politique s'accompagne de demandes de meilleure prise en charge de certaines pathologies.

Enfin, ce consensus repose sur des analyses économiques contrastées des raisons du déficit et des moyens plus généraux d'y remédier, en particulier, la nécessité ou non de déterminer un taux d'évolution de la dépense médicale.

La maîtrise médicalisée des dépenses doit s'inscrire dans un système de soins cohérent et réorganisé qui ferait la place :

- à la mise en oeuvre de réseaux et filières de soins ;
- à la recherche de complémentarités interhospitaires (secteur public / privé) ;
- au développement des alternatives à l'hospitalisation ;
- au développement de la prévention sanitaire ;
- à la réduction des inégalités régionales en terme d'offre de soins, ainsi que, de façon plus générale à la régulation de la démographie médicale (rapport spécialistes / généralistes - reconversion vers la médecine non prescriptive).

### **L 'hôpital doit être un acteur parmi d'autres du système de soins et soumis à des règles de gestion comparables**

De façon globale, les questions relatives à l'hôpital n'ont pas suscité de larges débats et l'idée généralement admise a été que les problèmes de fonctionnement de l'hôpital ne peuvent être réglés isolément et passent par une réorganisation du système de soins associant tous les acteurs.

Les points sur lesquels une évolution rapide a été souhaitée concernent la mise en place à l'hôpital des outils d'évaluation permettant d'adapter les moyens affectés à l'activité réelle des établissements (Programme de médicalisation des systèmes d'information), l'élaboration de véritables contrats d'objectifs et l'aménagement des règles de financement (équité entre le secteur public et privé, aménagement des règles budgétaires et financières dans la gestion et le fonctionnement des hôpitaux).

Enfin, différentes interventions ont eu trait à la lutte contre le gaspillage qui doit passer par une meilleure information des assurés et, plus encore, par une rationalisation de l'offre de soins et de la prescription et la délivrance de médicament.

D'une façon générale, la politique du médicament n'a fait l'objet que de rares interventions visant à l'amélioration de la procédure de l'autorisation de la mise sur le marché et au rappel de l'engagement de l'industrie pharmaceutique dans la logique de la maîtrise médicalisée.

En conclusion, le thème de la santé a fait l'objet d'un accord relatif sur les principes qui doivent guider l'évolution de cette branche: bâtir une politique de santé clairement définie et développer les outils proposés pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. La généralisation du carnet de santé et la mise en réseau de l'offre de soins publique ou privée sont les points de plus forte convergence.

### **III. LES RETRAITES**

#### **L'accord sur la sauvegarde de la répartition ne masque pas certaines divergences**

De façon générale, les participants ont relevé l'aggravation de la situation démographique du pays et manifesté leur attachement aux régimes de retraite par répartition, principe fondateur de l'assurance vieillesse qui exprime la solidarité entre les générations.

En revanche, les propositions divergent sur la définition des moyens susceptibles de mettre en oeuvre cet accord de principe et de préserver les équilibres des systèmes de retraite.

Les participants ont considéré que la solution du financement des retraites était d'abord liée à la reprise de la croissance et de l'emploi. Une hausse des cotisations n'est jugée acceptable que dans le cadre d'un effort partagé de redressement. Le principe de l'élargissement de l'assiette des cotisations à tous les revenus et son extension aux autres éléments de la valeur ajoutée que le travail ont été évoqués dans quelques régions comme une voie possible avec l'idée, en particulier, d'un renforcement de la solidarité des retraités vers les actifs (accroissement de la cotisation d'assurance maladie due par les retraités).

Enfin, l'accélération de la mise en oeuvre de la réforme du régime général a été écartée sans véritablement donner lieu à des débats importants.

La nécessité d'assurer la pérennité des régimes de répartition et d'éviter que n'apparaissent des disparités entre les régimes de retraite a été soulignée. Elle s'est néanmoins accompagnée du souhait de voir prises en compte les spécificités des régimes en cause.

En réaffirmant leur attachement au système de répartition, les participants ont relevé que des mécanismes d'épargne retraite existaient déjà. Si l'idée de mettre en place de nouveaux mécanismes d'incitation à leur développement a été avancée, elle s'est immédiatement accompagnée d'une condition : ne pas peser sur l'effort nécessaire de consolidation des régimes de répartition.

#### IV. L'INSERTION

**La prévention du risque d'exclusion est une priorité qui doit passer par une action précoce sur le logement, la formation, la santé et l'emploi**

L'exclusion est multiforme. La prévention de l'exclusion exige donc une bonne connaissance des situations qui engendrent la marginalisation.

L'exclusion a d'abord pour cause le chômage de longue durée face auquel la puissance publique lutte mais avec difficulté. L'entreprise a un rôle majeur à jouer en ce domaine, notamment en anticipant par une politique volontariste de formation les effets des suppressions d'emploi. Les plans sociaux doivent offrir de réelles possibilités de reclassement. L'entreprise doit également pratiquer un véritable tutorat à l'égard des jeunes en formation.

L'école a, en outre, un rôle important à jouer pour amener tous les jeunes de seize ans à un niveau réel d'employabilité.

L'isolement social, pour sa part, qui se caractérise notamment par des situations de ruptures administratives (cessation de paiement des prestations, non respect des procédures...) est jugé grandissant. Pour prévenir cette situation, il faut :

- agir sur le processus d'exclusion qui s'enclenche souvent à la suite de loyers impayés et qui conduisent à des expulsions ;

- lutter contre la dégradation de l'état de santé des personnes en situation d'exclusion, par une prise en charge sanitaire précoce par les services de prévention et une couverture sociale effective (couverture complémentaire par l'aide sociale, carte santé associée à un carnet médical, intégrée à la carte SESAM/Vital).

Les effets de la politique d'insertion, limités par le contexte économique, peuvent être amplifiés par un suivi individualisé et coordonné et une responsabilité **accrue des allocataires**.

L'insertion passe inéluctablement par une activité rémunérée et stable. Seul le retour à la croissance économique réglera durablement le problème. La réduction du temps de travail visant à créer des emplois est également une solution.

Les Commissions locales d'insertion (CLI) sont un outil à préserver. L'efficacité de leur travail repose sur la connaissance véritable de bénéficiaires potentiels évitant les propositions stéréotypées et sur la participation des élus, qui sont deux conditions encore trop mal remplies. Les interventions en faveur des personnes en situation d'exclusion devraient être coordonnées par la désignation d'un responsable, chef de file de l'ensemble des intervenants (bailleurs, associations, services sociaux de l'Etat et des collectivités locales). De façon plus générale, les politiques de lutte contre l'exclusion devraient être conduites sur une base plus décentralisée.

Les emplois d'utilité sociale, qui requièrent tout autant que les autres secteurs d'activité certaines qualifications, sont jugés essentiels à mettre en oeuvre mais ils ne sauraient être considérés comme une panacée. Enfin, la pédagogie et un accompagnement social adaptés doivent conduire à une prise de responsabilités et à une plus grande autonomie des allocataires.

## **Le contrôle de l'allocation est globalement efficace mais l'évaluation de l'efficacité des actions d'insertion est encore à mettre en place**

La fraude au RMI proprement dite est jugée faible et ne doit pas être confondue avec les indus résultant d'erreurs involontaires liées à la complexité administrative du dispositif mis en place.

L'évaluation est présentée comme un problème essentiel. Elle doit être conduite sur des entités réduites et l'autoévaluation par les allocataires devrait être encouragée.

Le RMI est, en conclusion, perçu comme irremplaçable pour lutter contre la grande pauvreté et l'exclusion. Il s'agit d'un outil essentiel qu'il convient de préserver.

## **V. LE FINANCEMENT**

La quasi unanimité des participants s'accorde à considérer que le niveau des prélèvements sociaux - en particulier celui des cotisations salariales - a atteint un niveau élevé. Cette situation rend prioritaire la recherche d'autres solutions pour le redressement de la protection sociale.

Pour beaucoup, une politique active de l'emploi permettra seule d'assurer un financement suffisant à l'équilibre de notre système de protection sociale. D'autres défendent l'idée qu'il faut au préalable déterminer la part que les Français veulent consacrer à leur protection sociale, en référence au PIB par exemple.

Sur la base de ces considérations, des convergences assez nettes se sont dessinées sur le principe de la diversification des sources de financement, sans que soit toujours précisée la nature des autres revenus qui devraient contribuer au financement du système de protection sociale.

Des propositions ont été formulées sur l'harmonisation des efforts contributifs, alors que la place des entreprises dans le financement de la protection sociale a suscité des positions contrastées.

### **Une convergence s'est dégagée sur le principe d'une diversification des sources de financement**

Les principales propositions émises visent, en premier lieu, à élargir le financement à l'ensemble des revenus, y compris les revenus du capital, en particulier par l'élargissement de l'assiette de la CSG. Cette position a été assortie de l'idée qu'un tel élargissement est indissociable d'une réforme d'ensemble de la fiscalité. Au delà de la CSG, certaines propositions ont visé la création de ressources nouvelles affectées à la sécurité sociale, portant notamment sur les transferts de capitaux à l'étranger, les produits importés et les machines, afin que la charge des prélèvements ne pèse pas exclusivement sur les entreprises de main d'œuvre.

Elles visent, en second lieu, à diversifier les sources de financement par le recours à la solidarité nationale et à l'emprunt. Si le recours à l'emprunt est une proposition isolée et qui paraît à certains peu opératoire, le recours à la solidarité nationale recouvre le débat sur les charges indues et la séparation à opérer entre solidarité et assurance (thème fréquemment évoqué tout au long des débats).

**Le principe d'une plus grande équité dans les efforts contributifs est généralement admis et recouvre plusieurs types de préoccupations**

La solidarité doit s'exercer sur les mêmes bases (« à revenus égaux, cotisations égales ») et l'harmonisation des cotisations doit tenir compte de la couverture sociale offerte (« à cotisations égales, prestations égales »). Par ailleurs, la progressivité des prélèvements sociaux doit être envisagée. En outre, la compensation interrégimes, les dettes des entreprises envers les organismes de sécurité sociale ainsi que celles de l'Etat doivent être prises en compte dans le cadre d'une réforme globale du financement de la sécurité sociale.

**Des positions contrastées sur la place de l'entreprise dans le financement de la protection sociale**

Si certains ont insisté sur la nécessité de ne pas alourdir les charges des entreprises par des prélèvements supplémentaires, d'autres ont préconisé une hausse progressive des cotisations patronales.

Il a par ailleurs été proposé que les cotisations patronales soient modulées en fonction des efforts accomplis par l'entreprise pour l'embauche de personnel et la pratique d'une politique salariale dynamique.

**CALENDRIER DES FORUMS RÉGIONAUX  
DE LA PROTECTION SOCIALE**  
**9 - 30 octobre 1995**

DATES	RÉGIONS
9 octobre	Auvergne
	Champagne-Ardennes
	Picardie
12 octobre	Aquitaine
	Ile de France
16 octobre	Alsace
	Corse
	Basse Normandie
	Haute Normandie
17 octobre	Franche-Comté
20 octobre	Bourgogne
	Pays de Loire
23 octobre	Bretagne
	Nord-Pas de Calais
	Rhône-Alpes
24 octobre	Centre
	Guyane
26 octobre	La Réunion
	Martinique
	Midi-Pyrénées
27 octobre	Guadeloupe
	Limousin
	Lorraine
	Poitou-Charentes
30 octobre	Languedoc-Roussillon
	PACA

**LISTE DES ORGANISATIONS ET PERSONNALITÉS  
PARTICIPANT AUX FORUMS RÉGIONAUX**

Ont été invités à participer aux forums, à l'invitation des Préfets de régions :

- a) Les députés et sénateurs de la région, le président du conseil régional, les présidents des conseils généraux, les présidents des associations départementales des maires ;
- b) Les organismes de l'ensemble des régimes de sécurité sociale, représentés par leur président ou, à leur libre décision, par leur directeur ;
- c) Les membres du conseil économique et social de la région ;
- d) Et, lorsqu'ils ne sont pas membres du conseil économique et social régional :
  - Les présidents de chaque UDAF et celui de l'URAF, ou leurs représentants ;
  - Trois représentants des grandes associations familiales ;
  - Le président de chaque CODERPA et celui du CORERPA, ou leurs représentants ;
  - Le président de l'URIOPSS ou son représentant ;
  - Un représentant des organisations représentatives des établissements de santé ;
  - Le directeur général d'un hôpital CHU, d'un hôpital non CHU et d'un hôpital psychiatrique ;
  - Le président de la Commission médicale de l'établissement (CME) d'un CHU, d'un établissement non CHU et d'un établissement psychiatrique ;
  - Le doyen d'une UER de médecine ;
  - Le président de l'Union régionale des médecins ;
  - Le président de l'Observatoire régional de la santé ou son représentant ;
  - Un représentant du Centre national des professions de santé (local ou régional) ;
  - Un représentant des organisations syndicales représentatives des médecins ;
  - Un représentant régional du Syndicat national de l'industrie pharmaceutique ;
  - Trois représentants des associations de handicapés les plus représentatives dans la région ;
  - Des représentants de la mutualité ;
  - Des représentants des assureurs ;
  - Un représentant d'une association de malades ;
  - Deux représentants des travailleurs sociaux ;
  - Quatre représentants des associations les plus représentatives dans la région oeuvrant dans le domaine social, ou en matière de lutte contre l'exclusion.
- e) Etaient également invitées des personnalités locales particulièrement qualifiées sur les questions de protection sociale.

IMPRIMERIE NATIONALE

Impression d'après documents fournis

5 073053 B

**ANNEXES AU RAPPORT  
DU GOUVERNEMENT AU PARLEMENT  
SUR LA PROTECTION SOCIALE**

## SOMMAIRE

<b>Annexe 1 :</b> PLACE DES DEPENSES SOCIALES DANS LES EQUILIBRES GENERAUX ECONOMIQUES ET FINANCIERS	5
<b>Annexe 2 :</b> AIDES ET COMPENSATIONS FINANCIERES VERSEES AUX REGIMES DE SECURITE SOCIALE PAR L'ETAT OU PAR D'AUTRES REGIMES	27
<b>Annexe 3 :</b> RAPPORT RELATIF AU FONDS DE SOLIDARITE VIEILLESSE	49

## ANNEXE 1

### PLACE DES DÉPENSES SOCIALES DANS LES ÉQUILIBRES GÉNÉRAUX ÉCONOMIQUES ET FINANCIERS

## INTRODUCTION

Rédigé en application de l'article L 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent document a pour objet de mettre en évidence « la place des dépenses sociales dans les équilibres généraux économiques et financiers ». Le champ des « dépenses sociales » est plus vaste que celui des « régimes de base à caractère obligatoire » qui est l'objet du rapport lui-même.

Dans la première partie, les montants des dépenses sociales répertoriées dans les comptes de la protection sociale<sup>1</sup> pour les années 1992, 1993 et 1994 sont présentés à partir de trois approches comptables différentes.

Ces montants sont ensuite comparés, dans la seconde partie, avec des agrégats macro-économiques significatifs afin d'évaluer l'importance de ces dépenses dans les équilibres généraux économiques et financiers.

La troisième partie procède à une analyse des dépenses sociales sur plus long terme, et précise, pour le régime général de sécurité sociale, leurs perspectives à l'horizon 1998.

<sup>1</sup> Les comptes de la protection sociale sont réalisés par le SESI, service des statistiques, des études et des systèmes d'information.

## TABLE DES MATIERES

<b>PREMIÈRE PARTIE - ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES SOCIALES DE 1992 À 1994</b>	<b>11</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE - PLACE DES DÉPENSES SOCIALES DANS L'ÉCONOMIE NATIONALE</b>	<b>15</b>
1. Résultats globaux	16
2. Résultats détaillés	17
<b>TROISIÈME PARTIE - LES DÉPENSES SOCIALES SUR LONGUE PÉRIODE</b>	<b>21</b>
1. De 1970 à 1994 : une croissance des dépenses qui se stabilise en 1994	21
2. Le régime général sur la période 1981-1998	22
<b>IV - QUATRIEME PARTIE - ELEMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE</b>	<b>25</b>

## **PREMIÈRE PARTIE - ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES SOCIALES DE 1992 À 1994<sup>2</sup>**

Les dépenses sociales retracées dans les comptes de la protection sociale peuvent être analysées à partir des trois approches suivantes.

1°/ La première approche, consiste à ne considérer que les dépenses sociales stricto sensu, en retenant le champ correspondant aux "régimes de sécurité sociale" et aux "autres régimes d'assurance sociale" :

- les "régimes de sécurité sociale" recouvrent l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale (régime général, régimes spéciaux, régimes des non salariés non agricoles, régimes complémentaires, régimes agricoles) et les régimes directs d'employeurs. Ces derniers regroupent l'État et les employeurs publics (SNCF, RATP, EDF-GDF...) versant directement certaines prestations légales à leurs salariés ou anciens salariés.
- les "autres régimes d'assurance sociale" correspondent aux régimes d'assurance-chômage.

<sup>2</sup> Les chiffres sont extraits des comptes de la protection sociale.

Tableau N °1

## Dépenses des régimes de sécurité sociale et d'assurance sociale

I - Dépenses des régimes de sécurité sociale et d'assurance sociale ( en millions de francs)	1991	1992	1993	1994	en % du total en 1994
<b>1/ Prestations sociales (y c. DOM)</b>	<b>1 353 134</b>	<b>1 441 413</b>	<b>1 520 714</b>	<b>1 561 739</b>	<b>71.8</b>
<i>Santé</i>	<i>365 851</i>	<i>386 528</i>	<i>402 876</i>	<i>412 913</i>	<i>19</i>
Maladie	253 771	272 165	284 470	292 190	13.4
Invalidité	76 188	77 694	82 134	84 920	3.9
Accidents du travail	35 892	36 669	36 272	35 803	1.6
<i>Vieillesse - Survie</i>	<i>762 798</i>	<i>810 635</i>	<i>851 956</i>	<i>889 168</i>	<i>40.9</i>
Vieillesse	651 247	692 051	729 611	765 012	35.2
Survie	111 551	118 584	122 345	124 156	5.7
<i>Maternité - Famille</i>	<i>138 529</i>	<i>143 307</i>	<i>154 212</i>	<i>152 737</i>	<i>7.0</i>
Maternité	20 110	20 266	19 793	20 239	0.9
Famille	118 419	123 041	134 419	132 498	6.1
<i>Emploi</i>	<i>85 956</i>	<i>100 943</i>	<i>111 672</i>	<i>106 921</i>	<i>4.9</i>
Inadaptation professionnelle	2 690	4 817	10 270	7 652	0.4
Chômage	83 266	96 126	101 402	99 269	4.6
<b>2/ Prestations de services sociaux *</b>	<b>194 098</b>	<b>208 252</b>	<b>222 302</b>	<b>231 377</b>	<b>10.6</b>
<b>3/ Frais de gestion</b>	<b>66 167</b>	<b>69 289</b>	<b>74 634</b>	<b>76 235</b>	<b>3.5</b>
<b>4/ Frais financiers</b>	<b>2 086</b>	<b>5 096</b>	<b>10 346</b>	<b>3 576</b>	<b>0.2</b>
<b>5/ Transferts non consolidés</b>	<b>222 299</b>	<b>243 010</b>	<b>259 177</b>	<b>284 746</b>	<b>13.1</b>
<b>6/ Autres</b>	<b>16 526</b>	<b>19 222</b>	<b>20 265</b>	<b>18 111</b>	<b>0.8</b>
<b>TOTAL (y compris transferts)</b>	<b>1 854 310</b>	<b>1 986 282</b>	<b>2 107 438</b>	<b>2 175 784</b>	<b>-</b>

\* Accès à des services gratuits ou semi-gratuits fournis par les régimes sociaux (y c. les versements de dotation globale hospitalière (DGH))

(Source : Comptes de la protection sociale)

2 °/ La deuxième approche, plus large, consiste à estimer l'ensemble des dépenses sociales financées par prélèvements obligatoires et à ajouter ainsi aux dépenses des "régimes de sécurité sociale" et "autres régimes d'assurance sociale", les interventions sociales des différentes administrations publiques (aide sociale des collectivités locales, aide au logement, régime de solidarité d'indemnisation du chômage, RMI, prestations fiscales...)<sup>3</sup>

**Tableau N °2**

**Dépenses sociales financées par prélèvements obligatoires**

<b>II - Dépenses sociales financées par prélèvements obligatoires</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>en % du total en 1994</b>
( en millions de francs)					
<b>1/ Prestations sociales (y c. DOM)</b>	<b>1 516 886</b>	<b>1 611 854</b>	<b>1 712 904</b>	<b>1 763 588</b>	<b>70.7</b>
Santé	402 538	425 974	444 045	453 324	18.2
Maladie	258 484	276 379	288 186	296 457	11.9
Invalidité	108 154	112 926	119 587	121 064	4.9
Accidents du travail	35 900	36 669	36 272	35 803	1.4
Vieillesse - Survie	798 218	845 944	889 842	927 648	37.2
Vieillesse	679 132	719 561	759 554	795 720	31.9
Survie	119 086	126 383	130 288	131 928	5.3
Maternité - Famille	184 425	190 534	210 573	215 855	8.7
Maternité	20 110	20 266	19 793	20 239	0.8
Famille	164 315	170 268	190 780	195 616	7.8
Emploi	117 267	135 200	151 481	144 563	5.8
Inadaptation professionnelle	21 478	25 766	34 118	28 028	1.1
Chômage	95 789	109 434	117 363	116 535	4.7
Divers	14 438	14 202	16 965	22 198	0.9
<b>2/ Prestations de services sociaux *</b>	<b>223 958</b>	<b>239 779</b>	<b>257 763</b>	<b>267 335</b>	<b>10.7</b>
<b>3/ Prestations fiscales</b>	<b>60 800</b>	<b>64 900</b>	<b>67 700</b>	<b>70 500</b>	<b>2.8</b>
<b>4/ Frais de gestion</b>	<b>66 167</b>	<b>69 289</b>	<b>74 634</b>	<b>76 235</b>	<b>3.1</b>
<b>5/ Frais financiers</b>	<b>2 086</b>	<b>5 096</b>	<b>10 346</b>	<b>3 576</b>	<b>0.1</b>
<b>6/ Transferts non consolidés</b>	<b>229 132</b>	<b>251 159</b>	<b>269 891</b>	<b>294 717</b>	<b>11.8</b>
<b>7/ Autres</b>	<b>16 526</b>	<b>19 222</b>	<b>20 265</b>	<b>18 111</b>	<b>0.7</b>
<b>TOTAL (y compris transferts)</b>	<b>2 115 555</b>	<b>2 261 299</b>	<b>2 413 503</b>	<b>2 494 062</b>	<b>-</b>

\* Accès à des services gratuits ou semi-gratuits fournis par les régimes sociaux (y c. les versements de dotation globale hospitalière (DGH))

(Source : Comptes de la protection sociale)

<sup>3</sup> Les "prestations fiscales" correspondent aux dépenses fiscales à caractère social (abattements fiscaux pour les personnes âgées, réductions d'impôt liées au quotient familial, demi-part supplémentaire pour adulte ou enfant invalide).

**Tableau N °3**

**Ensemble des dépenses sociales**

<b>III - Ensemble des dépenses sociales</b> <i>( en millions de francs)</i>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>en % du total en 1994</b>
<b>1/ Prestations sociales (y c. DOM)</b>	<b>1 602 176</b>	<b>1 701 717</b>	<b>1 807 394</b>	<b>1 862 722</b>	<b>71.4</b>
<b>Santé</b>	<b>446 493</b>	<b>472 985</b>	<b>494 737</b>	<b>507 134</b>	<b>19.4</b>
Maladie	300 696	321 596	337 036	348 378	13.4
Invalidité	109 011	113 792	120 470	122 003	4.7
Accidents du travail	36 786	37 597	37 231	36 753	1.4
<b>Vieillesse - Survie</b>	<b>804 468</b>	<b>852 420</b>	<b>896 128</b>	<b>934 029</b>	<b>35.8</b>
Vieillesse	683 979	724 555	764 480	800 599	30.7
Survie	120 489	127 865	131 648	133 430	5.1
<b>Maternité - Famille</b>	<b>203 104</b>	<b>210 018</b>	<b>230 502</b>	<b>237 238</b>	<b>9.1</b>
Maternité	20 398	20 562	20 072	20 538	0.8
Famille	182 706	189 456	210 430	216 700	8.3
<b>Emploi</b>	<b>129 745</b>	<b>148 071</b>	<b>165 053</b>	<b>158 021</b>	<b>6.1</b>