

LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN FRANCE

PIERRE-JEAN LANCRY *

Levons tout d'abord une ambiguïté terminologique qui risquerait d'opacifier un débat déjà fort complexe. Lorsqu'on parle du « financement » de la santé, il existe au moins deux angles d'approche distincts. D'une part, il peut s'agir du financement de la consommation médicale, c'est-à-dire de la participation des différents agents (Etat, Sécurité sociale, Systèmes de protection sociale complémentaire, ménages) au financement des biens et services médicaux consommés. Ce premier axe concerne alors les aspects dépenses du système. D'autre part, on peut également s'intéresser aux modalités de financement des acteurs et plus particulièrement au principal d'entre eux : la Sécurité sociale, branche maladie. Ce deuxième axe est donc relatif aux recettes du système. Bien entendu, ces deux approches sont complémentaires l'une de l'autre et la présentation que nous en ferons dans cet article cherche avant tout à mettre en évidence les principaux enjeux auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui.

167

Il n'y a pas de nécessité méthodologique à aborder tel point avant tel autre. Tout au plus la clarté de l'exposition nous incite-t-elle à proposer dans un premier temps l'analyse du financement de la consommation médicale, c'est-à-dire les aspects dépenses.

Le financement de la consommation médicale

Le concept de consommation utilisé par les comptes nationaux dans le cadre du compte satellite de la santé repose sur l'agrégat Consommation médicale totale (CMT). Pour 1994, dernière année complète connue, la CMT s'élève à environ 670 milliards de francs, soit 11 540 F par personne.

* Université Paris-Val-de-Marne, CREDES.

La Consommation médicale totale : Elle représente la valeur des biens et services médicaux utilisés, sur le territoire métropolitain (par des résidents et des non-résidents), pour la satisfaction directe des besoins individuels. Elle comprend ceux qui sont acquis sous une forme marchande, comme elle comprend les services de soins médicaux fournis sous une forme non marchande¹. Elle est appréhendée par les masses globales qui sont la contrepartie des soins médicaux et des services de prévention individualisables dispensés dans l'année.

La protection sociale française actuelle, fondée sur la Sécurité Sociale², système collectif et obligatoire, permet aux bénéficiaires d'être couverts pour leur consommation médicale par l'Assurance-maladie. Le tableau ci-dessous nous donne la participation respective de l'assurance-maladie et des divers financeurs du système de santé :

Tableau 1 : *Financement des biens et soins médicaux*

Années	Ménages ³	Mutuelles	Sécurité sociale	Etat
1970	20,6%	4,4%	69,6%	5,4%
1975	18,0%	4,8%	73,2%	4,1%
1980	15,6%	5,0%	76,5%	2,9%
1985	17,1%	5,1%	75,5%	2,3%
1986	17,4%	5,5%	75,7%	1,4%
1987	18,1%	6,0%	74,6%	1,3%
1988	18,4%	6,3%	74,1%	1,2%
1989	17,8%	6,2%	74,8%	1,2%
1990	18,8%	6,1%	74,0%	1,1%
1991	18,9%	6,1%	74,0%	1,0%
1992	18,6%	6,2%	74,3%	0,9%
1993	18,9%	6,3%	73,9%	0,9%

¹ Depuis l'introduction, en 1983, du nouveau mode de financement des hôpitaux du secteur public de santé (le fameux budget global) l'essentiel des ressources hospitalières provient d'une dotation d'équilibre versée par les administrations de sécurité sociale. On ne peut donc considérer que les services fournis par ces hôpitaux ont une valeur marchande, c'est-à-dire fondée sur un prix. La comptabilisation de cette production hospitalière est non marchande et la valeur est mesurée par des coûts et non des prix.

² Dont on fête cette année le cinquantenaire

³ La catégorie « ménages » regroupe en fait les ménages et les assurances privées. La part des biens et services médicaux financée par les sociétés d'assurance privée s'élève en 1993 à environ 3,6%. Comme la répartition ménages-assurances privées n'existait pas pour toute la période 1970-1993, nous présentons la série en regroupant les données au sein de la catégorie « ménages ».

Comme on peut le constater, le principal financeur du système de santé français est la Sécurité sociale, l'Etat et les collectivités locales intervenant très marginalement. La protection sociale complémentaire représente aujourd'hui environ 10% (6,3% pour les mutuelles et 3,6% pour les assurances privées), le reste (environ 15%) étant à la charge des ménages.

Si l'Assurance-maladie participe au financement des biens et services médicaux à concurrence de 74% aujourd'hui, on peut observer que ce pourcentage a évolué depuis un quart de siècle. L'histoire de la Sécurité sociale permet de comprendre cette évolution. Rappelons que le texte fondateur qui pose les principes de la Sécurité sociale française est l'ordonnance du 4 octobre 1945. La création en 1961 de l'AMEXA (Assurance-maladie des exploitants agricoles) et celle de la CANAM en 1966 (Caisse nationale d'assurance-maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles) ont entraîné une amélioration de la prise en charge collective au cours de la décennie 70. Citons également la loi du 2 janvier 1978, relative à la généralisation de la Sécurité sociale qui crée le régime d'assurance personnel instauré à titre facultatif et géré par le régime général. Ainsi la couverture n'a cessé de s'améliorer depuis la guerre. Au cours des dernières décennies, on est passé d'un taux moyen de prise en charge de 69,6% en 1970 à 76,5% en 1980. Ce taux a baissé depuis cette époque et atteint 73,9% aujourd'hui. On notera également qu'il s'agit d'un taux moyen pour l'ensemble des biens et services médicaux et que la prise en charge diffère selon le type de soins :

169

Tableau 2 : *Part de la consommation financée par la Sécurité Sociale en 1980 et en 1993*

Poste de la CMT	Part en 1980	Part en 1993
Total CMT	76,5%	73,9%
Soins hospitaliers	86,9%	89,2%
Soins ambulatoires	66,7%	57,6%
dont Médecins	74,3%	59,8%
Dentistes	48,5%	32,8%
Auxiliaires médicaux	87,9%	86,0%
Biologie	72,9%	63,6%
Pharmacie	63,5%	61,2%
Lunetterie-orthopédie	36,2%	41,3%

On peut remarquer que pour l'ensemble des soins ambulatoires (184 milliards de francs en 1994, soit environ 27% de la Consommation médicale totale) la prise en charge par l'assurance-maladie a baissé entre 1980 et aujourd'hui. De même pour les médicaments (119 milliards de francs en 1994, soit 18% de la CMT). En revanche pour les prothèses (lunetterie, orthopédie), petit poste de la Consommation médicale totale (environ 18 milliards de francs, soit 2,6%) et pour les soins hospitaliers, premier poste de la CMT (323 milliards de francs en 1994, soit près de 48% de la CMT), la participation collective s'est accrue depuis 1980. Pour l'hôpital, on est passé d'une prise en charge par l'assurance-maladie de 87% en 1980 à plus de 89% aujourd'hui. On conçoit alors l'importance de l'évolution des soins hospitaliers aussi bien en termes de consommation médicale qu'en termes de financement.

Le tableau précédent suscite également d'autres réflexions. Si l'on prend par exemple le poste « auxiliaires médicaux », on peut s'étonner a priori de constater que la part supportée par la sécurité sociale est 86% en 1993 alors que le taux de remboursement d'un acte d'auxiliaire médical était en 1993 de 65% pour le régime général, puis de 60% depuis août 1993. En fait, ce taux de 86% résulte de la répartition des consommateurs entre ceux qui sont exonérés du ticket modérateur et ceux qui ne le sont pas. Ainsi pour les soins infirmiers, 70% des consommations sont totalement exonérées du ticket modérateur. De même pour les soins de masseurs-kinésithérapeutes, près de 45% de la consommation est exonérée du ticket modérateur. Pour les analyses médicales, ce taux est plus faible (environ 36% en 1993).

Il convient de noter que la structure exonérés / non exonérés se modifie dans le temps. Au cours de la décennie 1970 et jusqu'au milieu des années 1980, la part de la population exonérée du ticket modérateur progressait. En 1987, le plan Séguin, qui modifiait les conditions d'exonération des assurés⁴, a entraîné une baisse sensible de cette proportion. Depuis cette date, le taux recroît. Si l'on considère par exemple l'évolution de la structure des consommations d'actes de biologie médicale, on observe que le pourcentage des soins exonérés en 1994 retrouve son niveau de 1985.

⁴ Par exemple, lorsqu'un malade était exonéré dans le cadre des « affections longues et coûteuses », seule la consommation médicale en rapport avec la maladie exonérante était prise en charge à 100%.

Tableau 3 : *Part des consommations de biologie exonérées du ticket modérateur*

Année	Pourcentage
1970	31,2%
1975	33,3%
1980	35,0%
1985	38,6%
1986	39,6%
1987	35,2%
1988	33,1%
1989	33,5%
1990	34,1%
1991	34,4%
1992	35,0%
1993	36,3%
1994 ⁵	38,0%

La progression de la proportion des consommations prises en charge à 100% signifie évidemment que les actes exonérés croissent plus vite que les actes avec ticket modérateur. Ces évolutions peuvent être très différentes comme le montre le tableau suivant.

171

Tableau 4 : *Taux de croissance annuel du nombre d'actes de biologie selon la situation de l'assuré*

Année	Total	Avec ticket modérateur	Exonérés du ticket modérateur
1991	7,4%	6,6%	9,0%
1992	4,8%	3,5%	7,2%
1993	1,5%	-0,3%	4,7%

En résumé, nous pouvons dire qu'en termes de participation de la Sécurité sociale à la consommation médicale, il existe une très importante disparité des taux moyens de prise en charge collective selon la nature des

⁵ Le taux pour l'année 1994 est évalué à partir des trois premiers trimestres de l'année seulement.

soins (de 33% pour les soins dentaires à plus de 89% pour les soins hospitaliers). On observe de plus un double phénomène depuis le début des années 1980 : une baisse de la prise en charge des soins ambulatoires et une hausse de la prise en charge des soins hospitaliers. La résultante de ces deux mouvements est une baisse de la prise en charge globale. Enfin, il existe une tendance à la déformation de la structure des soins exonérés/non exonérés qui se traduit par un accroissement de la part des soins exonérés.

Nous développerons dans la deuxième partie de ce travail quelques éléments d'explication relatifs au transfert de financement de la collectivité vers les ménages et/ou la protection sociale complémentaire. Il convient toutefois dès à présent d'indiquer les conséquences d'un tel transfert. D'un point de vue macroéconomique, l'accroissement de la part de la consommation médicale financée par les ménages ne s'est pas traduit par une baisse ou une évolution modérée de la consommation médicale. L'utilisation du ticket modérateur comme instrument de régulation des dépenses de santé ne semble pas très efficace. D'autre part, la modification du financement de la consommation médicale s'accompagne d'effets pervers sur l'égalité d'accès aux soins. Le tableau suivant illustrera notre propos :

172

Tableau 5 : *Nombre annuel de recours aux soins de médecin selon la couverture complémentaire 1970, 1980, 1988-91*

	1970		1980		1988-91	
Nature des séances	avec	sans	avec	sans	avec	sans
Généraliste	2,7	2,4	3,1	3,6	4,2	3,4
Spécialiste	1,0	0,7	2,1	1,6	3,1	1,7
Total	3,7	3,1	5,2	5,2	7,3	5,1

Sur la période 1970-1980, les inégalités en termes de consommation médicale entre le groupe avec protection sociale complémentaire et le groupe sans, ont globalement diminué. En revanche au cours de la décennie suivante, les inégalités de recours aux soins se sont accrues. En 1990, les individus sans protection sociale complémentaire ont, pour les soins de médecin, un niveau de consommation nettement inférieur aux individus qui bénéficient de la double protection sociale obligatoire et complémentaire. Cela signifie que, lorsqu'il y a diminution de la protection

obligatoire et que le relai n'est pas assuré par la protection sociale complémentaire, les inégalités en termes de recours aux soins de médecin ont tendance à croître. Il convient certes de tempérer cette constatation par l'observation de la progression de la couverture complémentaire en France. En 1980, environ 72% de la population bénéficiait d'une telle couverture. Ce pourcentage est de 85% aujourd'hui. La différence de consommation observée concerne donc une part moins importante de la population. De plus, on entend souvent dire qu'une surconsommation médicale est générée par l'existence d'une protection sociale complémentaire. Il est certain que des phénomènes de ce type, connus depuis longtemps dans les assurances sous le nom de risque moral (*moral hazard en anglais*), doivent exister. Mais en ce qui concerne l'accès aux soins médicaux, on a pu observer⁶ que les personnes sans couverture complémentaire sont en moins bon état de santé général que les personnes avec couverture complémentaire. Il semble alors qu'il serait plus légitime d'inverser l'assertion sur la surconsommation des individus bénéficiant d'une protection complémentaire en disant qu'au contraire, les individus ne bénéficiant pas de couverture complémentaire sont en fait dans l'ensemble des sous-consommateurs en situation de plus grande précarité que le groupe avec couverture complémentaire. Le maintien d'un haut niveau de prise en charge collective, c'est-à-dire par la Sécurité sociale, apparaît comme un élément très important de cohésion sociale et un témoignage capital de solidarité. La quasi totalité des observateurs partage ce sentiment. Citons à ce sujet le très officiel « Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie » : « On peut considérer qu'il serait dangereux de descendre en deçà du niveau actuel de prise en charge par l'assurance maladie, sauf à remettre en cause le niveau de protection sociale. On comprendrait mal que la France, qui, depuis l'origine, est l'un des moteurs de la politique sociale européenne, accepte d'avoir le plus bas taux global de remboursement des soins.⁷ »

173

Après avoir présenté les aspects « dépenses » du financement de la consommation médicale, nous aborderons maintenant la deuxième partie de cet article sur le financement de la santé. C'est sans aucun doute le volet qui préoccupe le plus, tant les pouvoirs publics que l'ensemble de la population. Il n'y a qu'à observer les réactions et les prises de position à la sortie de chaque rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale pour s'en convaincre... Ici aussi nous voudrions exposer précisément la situation et les principaux enjeux sociaux et économiques de ce problème du financement.

⁶ cf. Mizrabi An. et Mizrabi Ar., « Etat de santé, vieillissement relatif et variables socio-démographiques », 1994, n°999. CREDES. Paris

⁷ Soubie R., Portos J-L., Prieur C., « Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie », rapport au Premier Ministre, Documentation Française, décembre 1994, p.46

Le financement du système de santé, aspects « ressources »

Il est d'usage de séparer les systèmes de protection sociale en général, et les systèmes de santé en particulier, en deux groupes distincts. On présente ainsi, d'une part, les systèmes d'assurance-maladie fondés sur le modèle bismarckien de 1883 et, d'autre part, les systèmes nationaux de santé relevant du schéma beveridgien développé en Grande-Bretagne en 1941⁸. Historiquement, il est à noter que la quasi totalité des pays qui ont mis en place leur système de santé à l'aube du XX^e siècle se sont inspirés du modèle allemand (Autriche 1888, Belgique 1894, Luxembourg 1901, Pays-Bas 1913 et France 1928). Seul le Danemark (1892) fait exception. De même la plupart des pays qui ont élaboré leur système de protection sociale après la seconde guerre mondiale, ont opté pour le modèle anglais. En outre, il existe des exemples de passage du modèle bismarckien au modèle beveridgien : Italie (1978), Grèce (1984) et Espagne (1989).

Cette dichotomie Bismarck/Beveridge n'est pas, à notre avis, une classification pertinente en ce qui concerne la question du financement des systèmes de santé. En effet, on a l'habitude d'associer au système bismarckien d'assurance-maladie un mode exclusif de financement par des cotisations sociales et au système beveridgien un mode de financement par l'impôt. La réalité est tout autre et on observe qu'en termes de financement les modes exclusifs n'existent que très rarement. Le tableau suivant met en évidence pour quelques pays de l'OCDE la dualité des modes de financement de la protection sociale en matière de couverture

Tableau 6 : *Part des impôts dans le financement des dépenses publiques de santé*

Pays	Part des impôts
Japon	35,9%
Italie	59,2%
USA	68,1%
Espagne	79,0%
Royaume-Uni	79,1%
Irlande	81,1%
Australie	87,2%
Danemark	100%
Norvège	100%

⁸ Il conviendrait d'ajouter le modèle prévalant avant 1989 dans les pays d'Europe centrale et d'Europe de l'Est, modèle très centralisé et désigné du nom de l'un de ses promoteurs, modèle de Semashko. Sans doute faudrait-il faire une place à part au modèle exclusivement libéral qui ne relève d'aucune des logiques précédentes et dont il existe plusieurs éléments d'application dans le système en place actuellement aux USA.

du risque maladie. Très peu de pays ont, à l'instar du Danemark, un mode de financement exclusif par l'impôt.

Produit de l'histoire, le mode de financement initialement conçu pour la Sécurité sociale française est celui des cotisations. Elles représentent aujourd'hui près de 70% des recettes de la Sécurité sociale. A l'origine, les assurances sociales (1930) concernent les seuls salariés et les cotisations sont assises sur les salaires bruts et supportées par les ménages et les entreprises. Avec la généralisation progressive de la Sécurité sociale, l'assiette s'élargit. Ainsi pour les régimes de non-salariés, les revenus pris en compte sont les revenus professionnels bruts c'est-à-dire les bénéfices imposables. Puis, plus tardivement et au-delà de certains seuils, l'assiette s'étend aux revenus de remplacement (retraités, pré-retraités, chômeurs). On retrouve dans le mode de financement mis en place les principes de solidarité à l'origine de la protection sociale collective : solidarité inter-génération (taux des cotisations d'assurance maladie des actifs supérieurs aux taux des retraités⁹), solidarité inter-professionnelle (mécanismes de compensation inter-régimes). En ce qui concerne la solidarité inter-revenus, nous en présenterons la logique à partir de la notion de plafond.

Il convient de rappeler qu'à l'origine des assurances sociales, le plafond d'assujettissement (loi de 1930) sert à déterminer qui est à affilier et qui ne l'est pas. Seuls les salariés qui perçoivent des salaires inférieurs à ce plafond sont affiliés. Lorsque, à la suite de l'ordonnance du 4 octobre 1945, les régimes deviennent obligatoires, le plafond sert à définir l'assiette pour le calcul des cotisations¹⁰. Dans la mesure où les cotisations maladies sont, au départ plafonnées, elles favorisent les individus dont le salaire est supérieur au plafond. C'est le cas de 1945 à 1967. A partir de cette date on introduit un double taux de cotisation pour le salaire sous plafond et pour la totalité du salaire. Puis, en 1984, la cotisation maladie est entièrement déplafonnée et donc il y a proportionnalité stricte en cotisations et revenus salariaux.

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution des taux de cotisations maladie depuis le 1945¹¹.

⁹ Actuellement le taux de cotisation assurance-maladie pour un salarié est de 6,9%. Pour un retraité, il est de 1,4% sur la pension de base et 2,4% sur la retraite complémentaire.

¹⁰ et la référence dans le calcul de certaines prestations (retraites des régimes de base, revenus de remplacement)

¹¹ L'augmentation des cotisations d'assurance maladie et la fixation des taux de cotisation a toujours été décidée par l'Etat. Pourtant le code de la Sécurité sociale, tel qu'il résulte des ordonnances du 21 août 1967, précise le rôle des caisses de sécurité sociale en la matière. L'article L.221.1 stipule que la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) a pour rôle - d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement, d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part des accidents du travail et maladies professionnelles et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions -. Force est de constater que les taux de cotisation d'assurance maladie n'ont jamais été fixés par les caisses, mais toujours par le gouvernement.

Tableau 7 : Evolution des taux de cotisation à l'assurance maladie depuis 1945

Date d'effet		Employeur	Salarié	Date d'effet		Employeur	Salarié
1.07.1945	SP	10%	6%	1.01.1979	SP	8,95%	1%
1.01.1959	SP	12,5%	6%		TS	4,5%	3,5%
1.01.1961	SP	13,5%	6%	1.08.1979	SP	8,95%	1%
1.01.1962	SP	14,25%	6%		TS	4,5%	4,5%
1.01.1966	SP	15%	6%	1.01.1980	SP	8,95%	
1.10.1967	SP	9,5%	2,5%		TS	4,5%	5,5%
	TS	2%	1%	1.11.1981		SP	5,45%
1.08.1970	SP	10,25%	2,5%		TS	8%	5,5%
	TS	2%	1%	1.01.1984	TS	12,6%	5,5%
1.01.1971	SP	10,45%	2,5%	1.07.1987	TS	12,6%	5,9%
	TS	2%	1%	1.01.1991	TS	12,6%	6,8%
1.01.1976	SP	10,45%	2,5%	1.01.1992	TS	12,8%	6,8%
	TS	2,5%	1,5%				
1.10.1976	SP	10,95%	3%				
	TS	2,5%	1,5%				

SP : sous plafond

TS : totalité du salaire

Si on établit le bilan de ces dernières 25 années en termes d'évolution des taux de cotisation, on constate qu'il y a eu globalement un accroissement de près de 6,75 points dont 2,95 supportés par les employeurs et 3,8 par les salariés¹². C'est notamment en fin de période que le différentiel de progression des taux salariés et employeurs est le plus fort.

Ces augmentations des cotisations d'assurance maladie sont rendues nécessaires par les difficultés de financement de notre système de protection sociale. Une synthèse de ces difficultés peut être établie à partir du rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, qui en octobre 1994, a présenté les comptes du régime général comme suit :

¹² Ce calcul repose pour les années antérieures à 1984, année du déplafonnement de la cotisation maladie, sur l'hypothèse que 80% de la masse salariale était sous le plafond. Voir à ce sujet le « Livre Blanc », op.cit., p.41

Tableau 8 : *Variation du fonds de roulement du régime général
(en milliards de francs)*

	1991	1992	1993	1994	1995
Assurance maladie	-3,0	-6,3	-27,4	-32,2	-29,0
Accidents du travail	0,5	2,1	-0,2	1,5	0,9
Assurance vieillesse	-18,7	-17,9	-39,5	-13,5	-13,7
Allocations familiales	4,6	6,8	10,7	-10,2	-8,7
Total régime général	-16,6	-15,3	-56,4	-54,4	-50,5
<i>Pour mémoire :</i>					
<i>dépenses du régime</i>	966,6	1018,6	1083,9	1116,0	1150,0
<i>dont assurance-maladie</i>	445,5	477,2	506,9	520,2	537,4
<i>Solde cumulé assur. mal.</i>	6,6	0,3	-27,0	-59,2	-88,2

Dire que ce besoin de financement, le fameux « trou » de la Sécurité sociale qui préoccupe tant l'opinion publique que les décideurs, résulte d'un déséquilibre recettes/dépenses est une tautologie. Les recettes, essentiellement assises sur le travail, progressent moins vite qu'auparavant du fait de l'intensification de la crise et de l'augmentation du chômage. Et les dépenses, même si elles aussi progressent moins vite ces dernières années, évoluent toutefois plus vite que la masse salariale, assiette de la principale ressource de financement de l'assurance maladie. Mais ce phénomène n'est pas nouveau, et depuis qu'on dispose d'outils d'observation fiable des comptes sociaux, cette situation prévaut. Quelques éléments d'explication s'imposent.

Jusqu'en 1975 environ, la croissance économique est importante (croissance du Produit intérieur brut de 5,6% en moyenne annuelle sur la période 1960-1970 et 3,5% entre 1970 et 1975). Les gains de productivité sont également élevés (4,0% en moyenne annuelle entre 1960 et 1970, 2,3% entre 1970 et 1975). Ces gains de productivité sont largement redistribués aux salariés (la progression de la masse des salaires bruts est de 6,7% par an entre 1960 et 1970, puis de 5,8% entre 1970 et 1975). Le développement de la protection sociale française est alors possible sans progression importante des taux de cotisations sociales. Le taux global de cotisations sociales ne croît que de 0,2 point par an sur la période 1960-1970¹³. La progression des salaires nets par tête est relativement élevée (4,5% par an entre 1960 et 1970, 4,3% de 1970 à 1975). Ainsi malgré une forte progres-

¹³ Il s'agit du taux des cotisations sociales maladie + vieillesse pour un salaire sous-plafond

sion des prestations sociales¹⁴, la rémunération nette des salariés s'accroît.

A partir des années 1975, la situation se dégrade sensiblement. La croissance du PIB se ralentit (3,1% par an entre 1975 et 1980 et 1,5% entre 1975 et 1980). La productivité par tête n'est plus suffisante pour assurer une progression importante des salaires bruts (3,2% par an de 1975 à 1980 et 0,2% de 1980 à 1985). La croissance des dépenses de protection sociale a beau diminuer tendanciellement, il faut accroître les cotisations sociales (plus 2 points par an entre 1970 et 1980, soit dix fois plus que dans la décennie précédente) et la croissance des salaires bruts ne permet pas de garantir une progression positive des salaires nets. Entre 1980 et 1985 le salaire net perd en moyenne 0,1% de pouvoir d'achat par an.

On peut donc dire que la progression des cotisations sociales nécessaire pour assurer le financement et l'équilibre du système de protection sociale n'est pas un phénomène nouveau. Ce qui est nouveau, c'est que la marge de manoeuvre disponible aujourd'hui est très faible, voire inexistante. Du fait de la récession, le rythme de progression des recettes (à taux de prélèvement constants) est le plus faible depuis la création de la Sécurité sociale en 1945 (2,8% en 1992 et 0,2% en 1993) contre une progression des prestations maladie nettement plus rapide (7,1% en 1992 et 6,2% en 1993). Les déficits constatés entraînent évidemment des difficultés de trésorerie impressionnantes. Ainsi, la trésorerie du régime général, régime qui couvre plus de 80% de la population française, a constamment été négative au cours de l'année 1993. Le fonctionnement était assuré par des avances de la Caisse des Dépôts et Consignations à l'ACOSS¹⁵ (11,7 milliards de francs¹⁶) et des avances du Trésor (encours moyen par journée d'avance de 45 milliards de francs). Fin octobre 1993, un prêt de 110 milliards de francs a été contracté par l'ACOSS auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations et s'est ainsi substitué aux avances accordées par le Trésor. Ce prêt, repris par l'Etat (loi du 23 juillet 1993 et article 105 de la loi de finances 1994), a été transféré au Fonds de solidarité vieillesse, établissement public à caractère administratif institué en juillet 1993. Les ressources du Fonds de solidarité vieillesse proviennent, d'une part, du produit de la majoration de 1,3 point de la Contribution Sociale Générali-

178

14 Le mot « malgré » est sans doute abusif car la progression des prestations sociales liée au développement du système même de protection sociale a contribué à la croissance économique. On peut dire qu'il y eu une dynamique réciproque bénéfique de la croissance économique et de la protection sociale.

15 Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui assure la trésorerie des trois caisses nationales : CNAMTS (assurance maladie), CNAVTS (assurance vieillesse) et CNAF (allocations familiales)

16 Ces avances, accordées par la Caisse des Dépôts dans le cadre de la Convention du 18 juin 1980, sont portées à 20 milliards jusqu'au 30 juin 1995 (protocole d'accord ACOSS/CDC du 29 juin 1994).

sée¹⁷ (environ 50 milliards de francs) et, d'autre part, de l'essentiel des droits sur les alcools (environ 15 milliards de francs). On voit donc comment, par ce biais, la Contribution Sociale Généralisée intervient pour financer les comptes sociaux (et leurs déficits).

Malgré cette « remise des compteurs à zéro » fin 1993, l'ACOSS a dû, dès le 23 septembre 1994, recourir à des avances du Trésor pour équilibrer la trésorerie du régime général de sécurité sociale. En fin d'année 1994, et plus précisément sur la période du 27 décembre 1994 au 4 janvier 1995, compte tenu des besoins de trésorerie du régime général et de l'impossibilité de recourir à des avances du Trésor au cours de cette période, l'ACOSS a dû négocier avec la Caisse des Dépôts et Consignations un prêt de 40 milliards de francs. Le montant des intérêts débiteurs pour cette opération de prêt de 9 jours est de 62 millions de francs.

Avec une prévision de solde cumulé de -88,2 milliards de francs en 1995, les problèmes de trésorerie de l'année 1995 s'avèrent très sérieux. La prévision de la trésorerie du régime général pour l'année 1995, telle qu'elle apparaît dans le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 1994, met en évidence un solde négatif pour la branche maladie dès le mois de mars 1995 et un solde global de l'ACOSS, c'est-à-dire toutes branches confondues, négatif tout au long de l'année. Au 31 décembre 1995, le besoin de trésorerie devrait atteindre, selon les prévisions de l'ACOSS, plus de 90 milliards de francs.

179

Va-t-on inéluctablement vers une remise à plat complète de notre système de protection sociale, tant du point de vue de ressources de financement que du point de vue des prestations versées ? Il est clair que, lorsqu'on examine la part des prélèvements sociaux obligatoires dans le PIB, on peut légitimement s'interroger sur la persistance de la croissance de ces prélèvements :

17 La Contribution Sociale Généralisée (CSG) est entrée en vigueur le 1/02/91, au taux de 1,1%. Cette contribution est prélevée sur l'ensemble des revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine. Le taux a été porté à 2,4% à compter du 1/07/93. Entre 1991 et 1993, le produit de la CSG était entièrement affecté à la Caisse Nationale d'Allocations Familiales. Depuis le 1/01/94, le montant correspondant au relèvement (c'est-à-dire 1,3%) est affecté au Fonds de Solidarité Vieillesse. Il convient de savoir qu'un point de CSG représente environ 38 milliards de francs.

Tableau 9 : *Part des prélèvements obligatoires dans le PIB*

1975	15,8%
1980	18,3%
1985	20,1%
1986	19,6%
1987	19,9%
1988	19,8%
1989	19,9%
1990	20,1%
1991	20,5%
1992	20,7%
1993	21,3%
1994	21,8%

Au cours des années récentes, des réformes d'ampleur portant sur un changement de l'assiette de cotisations sociales ont souvent été évoquées, mais n'ont pas été réalisées. Les déficits successifs ont été comblés grâce à des plans d'économie, à des hausses de cotisations et à des recettes diverses, notamment fiscales. Rappelons qu'il y a eu, pour l'assurance maladie, en moyenne un plan tous les dix-huit mois depuis une vingtaine d'années. Sans parler des nombreux rapports sur la réforme du financement (rapport Maillet en septembre 1981, rapport Peskine en mars 1982, Livre Blanc sur la protection sociale en juillet 1982, rapport de Foucauld et Livre Blanc en 1994).

C'est sans aucun doute un truisme que d'écrire qu'il n'y a pas de solution miracle. Le rapport de Foucauld montre clairement qu'une augmentation des prélèvements directs sur les ménages permettant une ressource supplémentaire de 10 milliards de francs, se traduirait par une perte de 10 000 à 25 000 emplois. Si elle touchait les cotisations patronales, la hausse se traduirait par une perte de 20 000 à 40 000 emplois. Les prélèvements directs sur les ménages permettraient certes de régler conjoncturellement les problèmes les plus apparents. Un point de CSG représente environ 38 milliards de francs, 8 milliards de plus que l'ajustement des taux de cotisations maladie des actifs et des retraités. Mais il ne s'agirait pas là d'une simple mesure technique. N'oublions pas que la Sécurité sociale française est gérée par les partenaires sociaux, représentant les syndicats de salariés et les organisations patronales. Toute mesure qui tendrait à ne plus asséoir les ressources de la sécurité sociale sur des cotisations peut induire des modifications dans le mode de fonctionnement du système de protection sociale. En d'autres termes, un financement faisant appel de

plus en plus à la fiscalisation, voire une fiscalisation complète du financement, ne remettrait-elle pas en cause la légitimité des partenaires sociaux et serait-elle compatible avec le mode de fonctionnement actuel de la sécurité sociale ?

Une évolution de notre système de protection sociale est assurément nécessaire. Les réflexions actuelles sur les dépenses, avec en particulier la mise en place récente de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé, contribuent à cette prise de conscience. L'analyse qu'il convient de mener doit être impérativement structurelle. Mais il ne faudrait pas engager des mesures irréversibles sans en avoir évalué les conséquences à long terme, même si ces mesures « techniques » semblent régler certains problèmes du moment...

Six milliards de francs sont versés chaque année par la CNRACL (Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales) et l'ATIACL (Allocation temporaire d'invalidité) au titre des retraites pour invalidité ou pour indemniser les accidentés du travail parmi les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers.

Face à ces enjeux qui concernent 1,6 million de salariés, la Branche retraites de la Caisse des dépôts propose aux partenaires intervenant dans ce processus :

d'améliorer l'instruction des dossiers grâce à des outils comme le système expert d'aide à la liquidation (ALPIN), et la nomenclature des affections invalidantes (BALI).

de participer à la réflexion en organisant des colloques comme *Prévenir ou indemniser* en 1994 et la *Première journée nationale d'études* en 1995.

Le succès croissant de ces rencontres confirme nos orientations : accentuer la prévention et améliorer l'instruction des dossiers.



CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS

Branche Caisses de retraites-Établissement de Bordeaux
Rue du Vergne-33059 Bordeaux cedex- tél. : 56 11 41 23