

N° 56

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1992 - 1993

Annexe au procès verbal de la séance du 24 novembre 1992.

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (1) sur le projet de loi de finances pour 1993 CONSIDÉRÉ COMME ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE AUX TERMES DE L'ARTICLE 49, ALINÉA 3, DE LA CONSTITUTION,

Par M. Jean ARTHUIS,

Sénateur,

Rapporteur général

TOME III

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

ANNEXE N° 3

AFFAIRES SOCIALES ET SANTÉ

Rapporteur spécial : M. Jacques OUDIN

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale (9^e législ.) : 2931, 2945 (annexes Ia 6), 2246 (tomes II à VI) et T.A. 732.

Sénat : 55 (1992-1993).

Lois de finances.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
PRINCIPALES OBSERVATIONS	5
EXAMEN EN COMMISSION	13
AVANT-PROPOS	17
I - UNE REGRETTABLE INERTIE	19
A. UN HERITAGE GASPILLE	19
1. La définition concertée d'une réforme globale et cohérente du système français de protection sociale : les Etats généraux de la sécurité sociale	20
2. Le desserrement d'une contrainte financière immédiate : le "plan Seguin"	20
B. LE REVENU MINIMUM D'INSERTION : UNE PRESTATION MALHEUREUSEMENT DEVENUE INEVITABLE	21
1. Le nouveau visage de la pauvreté dans la France des années 1980	22
2. La mobilisation d'importantes masses financières	24
C. LA NON RESOLUTION DES PROBLEMES DE FOND	27
1. Le financement de la protection sociale : des aménagements de portée limitée	27
2. L'adaptation des régimes de retraite à leur nouvel environnement : le temps de l'irrésolution	30
3. La régulation du système de santé : la tardive prise de conscience des limites d'une démarche administrative et autoritaire	31
4. Une priorité sacrifiée : la politique familiale	35
5. Une demande apparemment négligée : la redéfinition des conditions de prise en charge des personnes âgées dépendantes	38

	<u>Pages</u>
II - LA DEGRADATION PROGRESSIVE DE LA SITUATION FINANCIERE DE LA SECURITE SOCIALE	45
A. LA CONFIRMATION, A LEGISLATION INCHANGEE, D'UNE DYNAMIQUE FINANCIEREMENT PREOCCUPANTE	45
1. Une croissance générale des prestations supérieure, depuis 1990, à celle des cotisations	45
2. Des perspectives préoccupantes d'ici l'an 2000	47
B. L'ENLISEMENT DU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE DANS LA SITUATION D'UN EMPRUNTEUR PERMANENT	56
1. L'échec des expédients financiers	57
2. Une crise désormais chronique de trésorerie	61
C. L'APPARITION ET LE DEVELOPPEMENT DE PRATIQUES INADMISSIBLES	62
1. 1991 : le "pillage" des réserves financières de l'O.R.G.A.N.I.C au profit du budget de l'Etat	63
2. 1992 : l'aménagement contestable des modalités de la surcompensation entre les régimes spéciaux d'assurance vieillesse	64
III - LA "GRANDE MISERE" DE L'ADMINISTRATION DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE	67
A. UNE EVOLUTION GLOBALEMENT DEFAVORABLE DES MOYENS BUDGETAIRES AU COURS DE LA PERIODE 1989-1992	67
1. La diminution en francs constants des crédits d'action sociale	67
2. L'augmentation des crédits d'action sanitaire	70
3. L'évolution préoccupante des crédits affectés au fonctionnement des services	71
B. LE PROJET DE BUDGET DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE POUR 1993 : un budget en "trompe-l'oeil"	71
1. Les grandes masses du budget des Affaires sociales et de la santé pour 1993	71
2. Les principales actions	73
3. Les modifications apportées par l'Assemblée nationale	83
C. UNE ADMINISTRATION DEMUNIE	84
1. Une faiblesse paradoxale	85
2. Les conditions de la modernisation	88

PRINCIPALES OBSERVATIONS

1. Un budget en trompe-l'oeil :

a) L'inscription des crédits du R.M.I au budget des Affaires sociales et de la Santé

Pour la première fois, le budget des Affaires sociales et de la santé atteint 50 milliards de francs en 1993, soit une augmentation de 28,69 % en francs courants par rapport au budget voté pour 1992.

La vigueur de cette progression ne doit toutefois pas faire illusion.

Elle résulte en effet pour l'essentiel de l'inscription des crédits du R.M.I., qui étaient antérieurement imputés au budget des charges communes, soit une mesure nouvelle de 13,6 milliards de francs. En conséquence, les dépenses ordinaires du budget des Affaires et de la Santé progressent de 29,58 % en 1993.

En revanche, il convient de noter que les dépenses en capital (C.P.) régressent, quant à elles, de 3,09 %.

b) La persistance de pratiques inadmissibles

L'examen du budget des Affaires sociales et de la Santé pour 1993 révèle la persistance de pratiques inadmissibles susceptibles de troubler la sérénité qui sied à la gestion des régimes sociaux.

Ainsi, en 1991, les réserves financières de l'O.R.G.A.N.I.C. (régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions non agricoles) avaient été doublement sollicitées pour assurer l'équilibre du budget de l'Etat, à savoir :

- d'une part, l'article 17 de la loi du 26 juillet 1991 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier avait autorisé un prélèvement d'un milliard de francs sur la part desdites réserves financières alimentée par la taxe sur les surfaces de ventes;

- d'autre part, les articles 35 et 36 du projet de loi de finances pour 1992, en modifiant les modalités de la répartition du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés, également gérée par l'ORGANIC, ont permis à l'Etat de bénéficier indirectement des réserves constituées à ce titre.

Or, l'aménagement des modalités de la surcompensation entre les régimes spéciaux d'assurance vieillesse prévu pour 1993 trahit la même réalité inadmissible, à savoir le report, sur les régimes sociaux, d'une partie de la charge de l'équilibre financier du budget de l'Etat.

Il convient de rappeler à ce sujet les mécanismes de la surcompensation entre les régimes spéciaux d'assurance-vieillesse des salariés qui est venue s'ajouter, depuis 1985, à la compensation démographique préalablement instituée en matière d'assurance-vieillesse.

Le principe de cette surcompensation consiste à créer un régime fictif qui servirait à chaque retraité du droit direct de 60 ans et plus, ainsi qu'à chaque retraité de droit dérivé, non plus une pension minimale, mais une pension égale à la moyenne des pensions servies dans les régimes spéciaux d'assurance-vieillesse. Les cotisations nécessaires à l'équilibre de ce régime fictif sont calculées sur l'assiette effective des cotisations vieillesse reçues par les régimes concernés.

Toutefois, les flux financiers générés par ce mécanisme étant particulièrement importants, il est apparu nécessaire de limiter cette surcompensation en fixant les transferts effectifs entre régimes débiteurs (C.N.R.A.C.L., E.D.F.-G.D.F., Etat-employeur) et régimes créditeurs (Mines, S.N.C.F., E.N.I.M.) à un certain pourcentage du montant des transferts théoriques.

Jusqu'à présent, ce pourcentage était fixé à 22 % du montant total des transferts théoriques entre les régimes spéciaux d'assurance vieillesse.

L'aménagement prévu pour 1993 consiste à augmenter ce pourcentage de 22 à 38 % des transferts théoriques.

Or, cet aménagement aboutit à un allègement net de charges pour le budget de l'Etat évalué à 3,3 milliards de francs. Pour le seul budget des Affaires sociales et de la santé, le montant des subventions versées à divers régimes de protection sociale passe de 6,9 milliards de francs en 1992 à 2,6 milliards de francs en 1993, soit une diminution de 62,61 %.

Le manque à gagner résultant, pour les régimes spéciaux concernés, des nouvelles modalités de la surcompensation vieillesse sera essentiellement supporté par la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (C.N.R.A.C.L.), dont les réserves financières, aujourd'hui estimées à 14 milliards de francs, devraient être en conséquence épuisées dans un délai de quatre ans.

2. La dégradation continue de la situation financière de la Sécurité sociale

Le budget des Affaires sociales et de la Santé ne représente qu'une infime partie des masses financières mobilisées au titre du fonctionnement du système français de protection sociale (50 milliards de francs contre environ 1800 milliards de francs pour l'ensemble des dépenses sociales).

Son examen doit donc nécessairement s'inscrire dans une perspective plus vaste, dépassant les strictes limites de l'exercice budgétaire.

A cet égard, la situation financière de la Sécurité sociale s'est aggravée de manière préoccupante au cours de ces derniers mois.

Dans son rapport de juillet 1992, la Commission des comptes de la Sécurité sociale a ainsi estimé que le besoin de financement cumulé du régime général devrait atteindre, à législation inchangée, 35 milliards de francs à la fin de l'année.

Pour 1993, et en l'absence de mesures de redressement, il est à craindre que ce besoin cumulé de financement ne dépasse les 55 milliards de francs.

Sanction immédiate de cette dégradation, les crises périodiques de la trésorerie du régime général, intervenues depuis le début de l'année, n'ont pu être surmontées que par le recours à divers expédients, dont des avances exceptionnelles du Trésor.

Or, comme le souligne à juste titre la Commission des Comptes de la Sécurité sociale dans son rapport, cette situation risque de conduire à l'enlisement du régime général de la sécurité sociale dans l'état d'un emprunteur permanent qui alourdit ses charges par des frais financiers.

Face à de telles perspectives, l'inaction constatée en ce domaine depuis 1988 devient totalement injustifiable, et le recours aux mesures palliatives de financement dramatiquement dépassé.

Il devient donc urgent et indispensable d'identifier dès aujourd'hui les éléments fondamentaux d'une réforme de notre système de protection sociale.

3. L'identification des éléments fondamentaux d'une réforme du système français de protection sociale

La réforme du système français de protection sociale doit avoir pour objectif principal de définir, par un aménagement pragmatique et raisonné, les mécanismes régulateurs permettant de maîtriser à l'avenir l'évolution des ressources publiques affectées à son financement.

Cet aménagement pragmatique paraît pouvoir s'articuler autour de deux principes essentiels, à savoir :

- d'une part, considérer que le niveau actuel des prélèvements obligatoires affectés au financement de la protection sociale, apprécié en pourcentage de la richesse nationale, doit désormais suffire pour assurer durablement les solidarités essentielles;

- d'autre part, favoriser la participation effective des différents acteurs concernés au processus décisionnel, condition première de leur responsabilisation.

L'aménagement du système français de protection sociale paraît devoir, par ailleurs, passer par la réalisation de certains axes prioritaires, et notamment :

a) La clarté des comptes et l'amélioration de l'information du Parlement qui constituent le préalable essentiel à toute réforme d'ensemble des différentes branches de la Sécurité sociale .

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

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

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

L'information du Parlement, qui est actuellement particulièrement déficiente, doit être améliorée afin qu'un débat annuel permette de déterminer certaines variables essentielles comme, par exemple, le taux de la contribution sociale généralisée ou le montant des ressources affectées au financement du système hospitalier public.

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

b) L'adaptation progressive des régimes de retraite

Les deux principes de bases qui doivent impérativement être affirmés en ce domaine sont :

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

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

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

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

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

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

c) la responsabilisation des acteurs du système de santé

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

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

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

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

d) La rénovation des modalités et du financement de la branche famille

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

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

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 10 novembre 1992, sous la présidence de M. Christian Poncelet, Président, la commission a procédé à l'examen des crédits du budget des affaires sociales et de la santé pour 1993, sur le rapport de M. Jacques Oudin, rapporteur spécial.

M. Jacques Oudin, rapporteur spécial, a indiqué que le budget des affaires sociales et de la santé s'élevait, en 1993, à 50,55 milliards de francs, soit une progression de 28,7 % en francs courants par rapport au budget voté de 1992. Il a toutefois précisé que cette progression résultait principalement de l'inscription des crédits du revenu minimum d'insertion, qui étaient antérieurement imputés au budget des charges communes, et dont le montant correspondait à une mesure nouvelle de 13,6 milliards de francs. Il a indiqué que, déduction faite de ce transfert, et compte tenu, par ailleurs, de la diminution de la subvention versée par l'Etat au régime de retraite des mines, le budget des affaires sociales et de la santé s'élevait en réalité à 36,95 milliards de francs, soit une diminution de 5,93 % en francs courants par rapport au budget voté de 1992.

En conséquence, le rapporteur spécial a estimé que le budget des affaires sociales et de la santé était un budget en "trompe-l'oeil", dont l'examen trahissait par ailleurs la persistance du report, sur certains régimes sociaux, d'une partie de la charge de l'équilibre financier du budget de l'Etat.

M. Jacques Oudin, rapporteur spécial, a ainsi rappelé que les réserves financières de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (O.R.G.A.N.I.C.), constituées notamment au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés, avaient déjà été utilisées à cet effet en 1991. Il a estimé que l'aménagement prévu des modalités de la surcompensation entre régimes spéciaux d'assurance vieillesse, qui aboutit à un allègement net de charges pour le budget de l'Etat évalué à 3,3 milliards de francs, répondait à une logique identique et devait être, de ce fait, également condamné.

En ce qui concerne l'évolution des principales actions inscrites au budget des affaires sociales et de la santé, M. Jacques Oudin a indiqué que celles-ci pouvaient être regroupées en trois catégories, à savoir :

- la santé publique, à laquelle 2,55 milliards de francs seront consacrés en 1993 contre 2,51 milliards de francs en 1992 ;

- l'action sociale, dotée à hauteur de 44,82 milliards de francs en 1993 contre 33,87 milliards de francs en 1992 ;

- les moyens des services, soit 3,16 milliards de francs en 1993 contre 2,89 milliards de francs en 1992.

S'agissant tout d'abord des actions sanitaires, le rapporteur spécial s'est, d'une part, félicité de la progression des crédits consacrés à la prévention et à la formation des professions médicales et paramédicales, et d'autre part, inquiété de la forte contraction des crédits d'équipement sanitaire, qui diminuent de 4,88 % en autorisations de programme et de 13,21 % en crédits de paiement au titre V (investissements exécutés par l'Etat), de 12,43 % en autorisations de programme et de 16,92 % en crédits de paiement au titre VI (subventions d'investissement accordées par l'Etat).

Après avoir rappelé que l'évolution des dotations prévues au titre de l'action sociale résultait principalement, d'une part, de l'inscription des crédits du revenu minimum d'insertion antérieurement imputés au budget des charges communes et, d'autre part, de la diminution de la subvention versée par l'Etat au régime de retraite des mines, M. Jacques Oudin, rapporteur spécial, a souligné la progression (+ 6,62 %) des crédits relatifs à la contribution de l'Etat à l'allocation aux adultes handicapés. Il a par ailleurs salué l'action menée en faveur de l'insertion des handicapés dans la vie professionnelle et dans la vie quotidienne.

S'agissant enfin des moyens des services, le rapporteur spécial a estimé que la prise de conscience tardive, par le Gouvernement, de la pauvreté des moyens matériels de l'administration des affaires sociales et de la santé s'avérerait en toute hypothèse insuffisante pour redresser la situation préoccupante aujourd'hui constatée en ce domaine.

M. Jacques Oudin, rapporteur spécial, a ensuite rappelé que le budget des affaires sociales et de la santé ne représentait qu'une faible partie des masses financières mobilisées au titre du fonctionnement du système français de protection sociale et que son examen devait donc nécessairement s'inscrire dans une perspective plus vaste.

Le rapporteur spécial a par conséquent indiqué que le besoin cumulé de financement du régime général devrait, à législation inchangée, s'établir à 45 milliards de francs à la fin de 1992 et à 85 milliards de francs à la fin de 1993. Il a par ailleurs précisé que cette dégradation rapide de la situation financière de la sécurité sociale n'avait pu, jusqu'à présent, être surmontée que par le recours à divers expédients, dont des avances exceptionnelles du Trésor.

Par ailleurs, ces avances donnant lieu à versement d'intérêts, M. Jacques Oudin, rapporteur spécial, s'est inquiété de la situation d'emprunteur permanent du régime général qui, pour faire face à ses échéances, alourdit ses charges par des frais financiers.

En conclusion, et compte tenu de ces évolutions, le rapporteur spécial a estimé qu'il était désormais devenu indispensable d'identifier les éléments fondamentaux d'une réforme du système français de protection sociale. Il a notamment souligné la nécessité d'améliorer rapidement la clarté des comptes sociaux et l'information du Parlement quant à la situation financière des régimes de protection sociale.

A l'issue de cet exposé, M. Michel Charasse a estimé que le transfert, au budget des affaires sociales et de la santé, des crédits du revenu minimum d'insertion antérieurement inscrits au budget des charges communes était une mesure susceptible de renforcer la cohérence des actions de l'Etat en ce domaine. Il a par ailleurs expliqué que les propositions du rapporteur spécial visant à améliorer l'information du Parlement sur les comptes sociaux pouvaient être formalisées par amendement à un projet de loi de finances.

M. Emmanuel Hamel s'est ému de la propagation du Sida en France et s'est inquiété des moyens mis en oeuvre pour combattre cette épidémie.

M. Robert Vizet a notamment dénoncé l'insuffisante revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés, dont l'évolution était demeurée inférieure à celle du S.M.I.C. au cours des dernières années.

M. Christian Poncelet, président et **M. Jean Arthuis**, rapporteur général, se sont interrogés sur les difficultés aujourd'hui rencontrées par les collectivités locales quant à la prise en charge administrative et financière des personnes âgées dépendantes.

Répondant aux différents intervenants, **M. Jacques Oudin**, rapporteur spécial, a indiqué :

- qu'il se félicitait de l'inscription des crédits du revenu minimum d'insertion au budget des affaires sociales et de la santé, tout en regrettant que ce transfert ne soit pas intervenu plus tôt ;

- que l'amélioration de l'information du Parlement sur les comptes sociaux passait, d'abord, par l'application des textes législatifs existants. Il a rappelé à cette occasion que les dispositions de l'article 135 de la loi de finances pour 1991, qui prévoyaient, chaque année, le dépôt d'un rapport sur la situation financière de l'ensemble des régimes sociaux et l'organisation d'un débat parlementaire sur ce thème, n'avaient toujours pas été respectées à ce jour ;

- que les crédits publics consacrés à la lutte contre le Sida demeuraient dramatiquement insuffisants au regard de la rapidité et de l'ampleur de la propagation du virus.

En conclusion, la commission a décidé de proposer au Sénat de ne pas adopter le projet de budget des affaires sociales et de la santé pour 1993.

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Le budget des affaires sociales et de la santé ne représente qu'une infime partie des masses financières mobilisées au titre du fonctionnement du système français de protection sociale, soit 50,55 milliards de francs en 1993 contre environ 1800 milliards de francs pour l'ensemble des dépenses sociales.

C'est pourquoi, et sans négliger pour autant les enseignements d'une analyse rétrospective de l'évolution des dotations de ce budget, il paraît nécessaire d'inscrire le bilan de l'action de l'État au cours de ces cinq dernières années dans une perspective plus vaste, dépassant les strictes limites de l'épure budgétaire.

Or, à l'examen, un tel bilan fait apparaître, dans le domaine de la protection sociale, une regrettable inertie.

En dehors de la création du revenu minimum d'insertion, rendue malheureusement nécessaire par le développement de la pauvreté (sinon de la misère) dans notre pays, et de l'institution, selon des modalités contestables, de la contribution sociale généralisée, les pouvoirs publics n'ont guère paru empressés, depuis 1988, à résoudre les problèmes de fond auxquels se trouve confronté notre système de protection sociale.

Gaspillant l'héritage, pourtant fécond, des Etats généraux de la sécurité sociale (1987), et laissant passer la (brève) occasion fournie par quelques années de forte croissance économique, les gouvernements qui se sont succédés au cours de la période considérée ont ainsi :

- hésité à engager les réformes structurelles indispensables ;

- assisté, impavides, à la dégradation de la situation financière de la sécurité sociale, dont le principal régime, c'est-à-dire le régime général, s'enlise aujourd'hui dans la situation d'un

emprunteur permanent qui, pour faire face à ses échéances, alourdit ses charges par des frais financiers ;

- négligé de remédier à la pauvreté des moyens matériels de l'administration des affaires sociales et de la santé .

Quelques (rares) avancées ont été récemment constatées. Certaines d'entre elles, tel l'accord conclu entre l'Etat et les syndicats médicaux sur la maîtrise des dépenses de santé, présentent, du moins dans leur principe, un incontestable intérêt. Elles ne sauraient néanmoins faire oublier les conséquences aujourd'hui préoccupantes de l'inaction constatée au cours de ces cinq dernières années.

I - UNE REGRETTABLE INERTIE

En dehors de la création du revenu minimum d'insertion, rendue malheureusement inévitable par le développement de la pauvreté dans notre pays, et l'institution, selon des modalités contestables, de la contribution sociale généralisée, l'action de l'Etat dans le domaine de la protection sociale au cours de ces cinq dernières années se caractérise essentiellement par une regrettable inertie.

Négligeant les voies de réforme esquissées dans le cadre des Etats généraux de la sécurité sociale de 1987, les gouvernements successifs ont incontestablement choisi l'immobilisme. Ils ont ainsi gaspillé l'occasion fournie par les années de croissance économique (1988-1990) qui, en relâchant l'étau de la contrainte financière, auraient rendu plus supportable l'inévitable adaptation de notre système de protection sociale aux défis de cette fin de siècle.

En conséquence, les problèmes non résolus au cours des années 1988-1992, désormais aggravés par la recession économique et la progression du chômage, se posent encore aujourd'hui dans toute leur acuité.

A. UN HERITAGE GASPILLE

Au début de l'année 1988, l'action engagée par l'Etat dans le domaine de la protection sociale et, plus particulièrement, de la sécurité sociale, se caractérisait tout à la fois par :

- la définition concertée d'une réforme globale et cohérente, issue des Etats généraux de 1987 ;

- le redressement des comptes du régime général, par la mise en oeuvre de mesures d'urgence qui, sans prétendre être définitives, avait néanmoins pour objectif de desserrer, pour quelques temps, la contrainte financière.

Une étape demeurait donc à franchir : la mise en oeuvre concrète des réformes dont les principaux paramètres étaient désormais identifiés avec précision.

En 1992, force est de constater que ces réformes n'ont toujours pas été engagées.

1. La définition concertée d'une réforme globale et cohérente du système français de protection sociale : les États généraux de la sécurité sociale

Ouverts au printemps 1987, les États généraux de la sécurité sociale se sont essentiellement caractérisés par :

- la mise en oeuvre d'une campagne d'information destinée à sensibiliser l'opinion publique ;
- l'organisation de réunions départementales associant, dans toute leur diversité, les partenaires locaux à la réflexion nationale ;
- la publication du rapport du comité des Sages, dégageant les voies de l'avenir, et dont les conclusions firent l'objet de plusieurs débats publics.

Au terme de ce processus, il apparaît que les États généraux de la sécurité sociale avait :

- d'une part, favorisé une prise de conscience collective de la réalité et de l'ampleur des défis auxquels se trouve confronté notre système de protection sociale ;
- d'autre part, autorisé la définition des modalités concrètes d'une adaptation raisonnée de la sécurité sociale à son nouvel environnement.

Rétrospectivement, il paraît donc éminemment regrettable que de tels acquis aient été, depuis, laissés en jachère.

2. Le desserrement de la contrainte financière immédiate : le "plan Seguin"

Parallèlement à l'engagement de la réflexion de fond sur l'avenir de la sécurité sociale, et compte tenu de la dégradation des comptes du régime général, diverses mesures d'économies, regroupées sous le terme générique de "plan Seguin", avaient été décidées dans le domaine de l'assurance maladie.

Un décret daté du 31 décembre 1986 précisait ainsi que l'exonération du ticket modérateur pour longue maladie ne s'appliquait que pour les frais relatifs au traitement de l'affection ayant motivé l'octroi de la prise en charge à 100 %. En outre, les médicaments de confort, normalement remboursés à 100%, ne pouvaient plus donner lieu à une prise en charge à ce taux.

Toutefois, en février 1987, le remboursement à 100 % des médicaments de confort est autorisé dans certains cas (antinauséieux chez les cancéreux ou les femmes enceintes, par exemple). Par ailleurs, le droit au 100 % sur l'ensemble des dépenses est réouvert pour les malades souffrant d'une affection de longue durée et ayant des revenus inférieurs à 82.340 francs par an.

Selon les estimations de l'époque, le "plan Seguin" devait générer 5 milliards de francs d'économie pour la sécurité sociale. En fait, la plupart des experts estiment aujourd'hui qu'il a permis, notamment en raison de son effet psychologique auprès des Français, de réaliser une économie globale de l'ordre de 10 milliards de francs en un an.

Il convient à cet égard de rappeler que ce plan n'avait pas pour ambition de résoudre durablement les problèmes financiers de la sécurité sociale mais de faire face à une contrainte financière immédiate, et de favoriser, en desserrant temporairement cette dernière, la mise en oeuvre des réformes de fond définies dans le cadre des Etats généraux de la sécurité sociale.

D'une manière générale, on peut ainsi estimer que l'héritage légué en 1988 au nouveau gouvernement et, en particulier, celui des Etats généraux de la sécurité sociale, a été irrémédiablement gaspillé.

Assistants, dubitatifs et résignés, à l'apparition et à la disparition périodiques du "déficit" de la sécurité sociale, les Français paraissent en effet aujourd'hui plus démobilisés et plus inquiets que jamais en ce qui concerne l'avenir de leur système de protection sociale.

B. LE REVENU MINIMUM D'INSERTION : UNE PRESTATION MALHEUREUSEMENT DEVENUE INEVITABLE

Institué par la loi du 1er décembre 1988, amendé par la loi du 29 juillet 1992, le revenu minimum d'insertion traduit, selon des

modalités spécifiques, la même exigence que celle ayant présidé à la mise en place des régimes de protection sociale, à savoir le respect de l'une de nos trois valeurs républicaines : la fraternité.

Rendu malheureusement inévitable par le développement de la grande pauvreté dans notre pays au cours des années 1980, le revenu minimum d'insertion mobilise aujourd'hui des sommes financières considérables. Ce dernier constat exige toutefois que l'on soit particulièrement vigilant quant à ses modalités et à ses résultats effectifs.

1. Le nouveau visage de la pauvreté dans la France des années 1980

Selon la commission nationale d'évaluation du R.M.I, celui-ci a "révélé des populations inconnues des services sociaux et qui étaient exclues, de fait ou de droit, de toute forme de protection sociale. Il a ainsi contribué à rendre visible l'extrême pauvreté."

Fin 1991, le R.M.I comptait 567.000 allocataires, dont 94.000 dans les D.O.M, couvrant ainsi, avec les ayants droit, plus d'un million de personnes. En trois ans d'existence, le revenu minimum d'insertion aura bénéficié à 950.000 allocataires, soit près de deux millions de personnes avec les ayants droit. En métropole, le R.M.I concerne 1,8 % de la population, contre 17,8 % dans les D.O.M.

Comme le souligne la Commission nationale d'évaluation, le revenu minimum d'insertion n'a pas touché prioritairement les populations auxquelles on pensait initialement, à savoir les familles du "quart monde" et les populations marginalisées. Une grande partie des allocataires du R.M.I sont en effet des personnes jeunes et isolées : près de la moitié ont moins de 35 ans, 6 sur 10 sont des isolés sans enfant, 2 sur 10 des isolés avec enfants.

Par ailleurs, le R.M.I couvre des personnes qui, en plus d'aides financières, demandent avant tout un travail : entre 50 et 60 % des allocataires sont ainsi inscrits à l'A.N.P.E. comme demandeurs d'emploi.

Bien qu'hétérogène, la population des bénéficiaires du R.M.I présente toutes les caractéristiques des populations défavorisées, à savoir :

- un faible niveau d'instruction ou de formation (toutefois, 7% des allocataires du R.M.I ont le baccalauréat ou un diplôme d'études supérieures);

- un milieu familial démuné, la moitié des bénéficiaires estimant que les ressources de leurs parents sont inférieures à 5000 francs par mois;

- une succession de ruptures de tous ordres (échec scolaire, monoparentalité, chômage, problèmes de santé) les ayant progressivement isolé de toute vie sociale.

Avant l'institution du R.M.I, les allocataires vivaient grâce à une ou plusieurs sources de revenus (prestations et allocations chômage pour 52 % d'entre eux; petits travaux occasionnels; appel à la charité; aides ponctuelles des familles). Il convient de noter qu'un quart des allocataires du R.M.I ne disposait d'aucune prestation sociale ou ressource d'activité et ne pouvait dire à quand remontait cette situation.

S'agissant de la répartition des allocataires du R.M.I sur le territoire national, on constate que celui-ci est essentiellement un phénomène urbain (les trois quarts des allocataires vivant dans des agglomérations de plus de 20000 habitants) et que sa carte est étroitement corrélée avec celle du chômage, notamment de longue durée.

D'une manière générale, le R.M.I est un remarquable révélateur du développement de l'extrême pauvreté dans notre pays, dont les conséquences sociales sont mal prises en compte par notre système de protection sociale qui a été construit sur la base de l'activité salariée durable. Les catégories aujourd'hui les plus défavorisées auraient probablement trouvé du travail il y a 20 ans; elles auraient pu alors bénéficier de la protection contre le chômage. Ceci est désormais devenu plus difficile en raison du développement de travail précaire et des restrictions introduites dans l'accès aux prestations de l'assurance chômage.

Par ailleurs, et comme le rappelle la Commission nationale d'évaluation, "il convient de ne pas réduire la pauvreté à la population bénéficiant du R.M.I. Les allocataires de la plupart des minima sociaux, de certaines allocations du régime d'assurance chômage, de petites pensions de réversion ou de retraite, sont dans des situations comparables. Hors le minimum vieillesse qui concerne 1.265.000 allocataires en métropole et 13.000 dans les D.O.M., on estime aujourd'hui le nombre d'allocataires de minima sociaux à environ 1.700.000 en métropole et 150.000 dans les D.O.M."

2. La mobilisation d'importantes masses financières

Le financement du dispositif du R.M.I est assuré conjointement par:

a) *L'Etat*, les dépenses correspondantes étant réparties entre :

- les dépenses de prestations proprement dites

(en millions de francs) :

1989	1990 Réalizations	1991	1992 LF	1993 LF
5810	8668	14318 dont 1989 de régularisation au titre des années antérieures	13168	13600

- les dépenses de créance de proratisation (D.O.M)

1989	1990	1991	1992 LF	1993 LF
394	394	590	630	702

100 % des crédits notifiés au titre de 1989 à 1991 ont été délégués

- les dépenses liées au plan emploi (estimation des dépenses brutes)

[Base : coût unitaire L.F.I.] en M.F.	1990	1991
AIF	848	890
FNE-FI	90	93
SMAN-SRP-SAE	15	18
CRE	632	670
CES	1.020	1.542
	-----	-----
TOTAL METROPOLE	2.605	3.213

- Les allocations de logement spécifiques aux allocataires du R.M.I, évaluées pour 1991 à 500 millions de francs.

b) Les collectivités locales, qui :

- d'une part, doivent consacrer l'équivalent de 20 % des crédits de prestations de l'année précédente à des actions d'insertion ;

	1989	1990	1991	1992	Cumul 89-91
Obligation (MF)	999	999	1 648	1 960	3 646
dépenses mandatées	239	724	1 260	-	2 223
Taux de mandatement	23,9 %	72,4 %	76,5 %	-	61 %

- d'autre part, supportent les charges de cotisation d'assurance personnelle, dont l'évolution est retracée dans le tableau ci-dessous.

<u>1989</u>	<u>1990</u>	<u>1991</u> (estimation)
320	985	1250 (1347 dans le rapport de la Commission d'Evaluation)

Par ailleurs, les collectivités locales sont censées réaliser diverses économies au titre de la mise en oeuvre du R.M.I. Le bilan de ces économies a été établi comme suit par la Commission nationale d'évaluation :

(pour la métropole en millions de francs) :

	1989	1990	1991(e)
Dépenses			
Crédits d'insertion	247	723	1 487
Assurance personnelle RMI	320	985	1347
TOTAL	567	1 708	2 834
Economies			
Aide sociale à l'enfance	- 688	- 806	- 806
Compléments locaux de ressources	- 185	- 191	- 191
Assurance personnelle aide sociale	- 89	- 197*(e)	- 270*
Dépense médicale nette	+ 47	- 197*(e)	- 270*
TOTAL	- 915	- 1 391	- 1 537
SOLDE	- 348	+ 317	+ 1 297

* 20 % de l'assurance personnelle

D'une manière générale, l'importance des masses financières mobilisées dans le cadre du dispositif du revenu minimum d'insertion justifie qu'une attention particulière soit portée :

- d'une part, à ses modalités de mise en oeuvre, la loi du 29 juillet 1992 ayant d'ailleurs amendé celles-ci ;

- d'autre part, que le R.M.I corresponde exactement à son objectif, par ailleurs fort louable et légitime, à savoir la réintégration dans la vie professionnelle et sociale des plus pauvres et des plus défavorisés.

C. LA NON RESOLUTION DES PROBLEMES DE FOND

En dehors de la création, certes importante et nécessaire, du revenu minimum d'insertion, l'(in)action de l'Etat dans le domaine de la protection sociale au cours des cinq dernières années s'est essentiellement traduite par la non résolution des problèmes de fond, qu'il s'agisse notamment :

- de l'aménagement des modalités de financement du système de protection sociale ;

- de l'adaptation des régimes de retraite à leur nouvel environnement ;

- de la régulation du système de santé ;

- de la priorité sacrifiée que constitue la politique familiale ;

- de l'indispensable redéfinition des conditions de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

1. Le financement de la protection sociale : des aménagements de portée limitée

a) Une réforme à l'ordre du jour à la fin des années 1980

Les nombreuses critiques adressées aux modalités de financement de la protection sociale, et les difficultés rencontrées pour en assurer durablement l'équilibre financier, ont toujours

suscité une importante réflexion théorique soulignant la nécessité de procéder à des aménagements structurels en ce domaine.

A la fin des années 1980, cette réflexion s'était principalement cristallisée autour de l'idée d'un prélèvement proportionnel sur les revenus des ménages, dont le produit serait consacré au financement des prestations sociales "non contributives", c'est-à-dire relevant de la solidarité nationale et non de l'assurance professionnelle financée par les cotisations.

Envisagée pour la première fois en 1981 dans une note du commissariat général du Plan, l'idée d'un prélèvement social proportionnel sur l'ensemble des revenus fut essentiellement formalisée :

- en 1987 : par le comité des Sages qui, dans le cadre des Etats généraux, avait proposé la création :

- d'un premier prélèvement social destiné à remplacer les cotisations patronales pour le financement de la branche famille ;

- d'un second prélèvement sensiblement similaire, dans ses modalités, au précédent, et dont le produit aurait été affecté à un fonds de régulation conjoncturel destiné à combler, en fonction des besoins, les déficits de la sécurité sociale.

- en 1988 : dans l'avant projet du rapport Chotard (conseil économique et social).

- en 1989 : par la commission "protection sociale" du Xème plan (rapport Teulade), qui préconisait l'affectation à la branche famille du régime général du produit d'un prélèvement social proportionnel sur l'ensemble des revenus, cette affectation permettant par ailleurs d'envisager "un transfert de taux de cotisations sociales vers d'autres branches et notamment la vieillesse."

b) Des aménagements concrets limités

Par contraste avec la richesse de la réflexion théorique, les modifications apportées aux modalités de financement de la protection sociale au cours de ces cinq dernières années apparaissent, dans leurs effets pratiques, d'ampleur limitée.

Outre le déplafonnement intégral des cotisations d'allocations familiales à partir de 1989, et un déplafonnement partiel des cotisations employeurs d'assurance vieillesse en 1991, cette période fut en effet essentiellement marquée par l'institution, dans la loi de finances pour 1991, de la contribution sociale généralisée.

A compter du 1er février 1991, cette contribution fut prélevée au taux de 1,1 % sur l'ensemble des revenus et son produit affecté à la Caisse nationale des allocations familiales.

La contribution sociale généralisée étant censée être mise en oeuvre à niveau constant de prélèvements obligatoires, sa création fit l'objet de divers aménagements, à savoir :

- la suppression de la contribution sociale de 0,4 % sur les revenus;
- une diminution de 1,05 % du taux des cotisations vieillesse des assurés et l'octroi d'une remise forfaitaire de 42 francs ;
- une augmentation de 1,6 point des cotisations vieillesse employeurs portant sur une assiette déplafonnée.

A l'examen, toutefois, les effets pratiques de la contribution sociale généralisée en matière de financement de notre système de protection sociale s'avèrent limités.

En effet, et à la différence des réflexions ou des projets préexistants en ce domaine qui, tous, s'attachaient à définir un nouvel outil de financement au profit de la sécurité sociale, la contribution sociale généralisée ne fut conçue, lors de sa mise en oeuvre concrète, qu'en tant qu'outil de redistribution.

Il convient ainsi de rappeler à cet égard que, dans un document officiel, le gouvernement de l'époque indiquait que "le but de la contribution sociale généralisée n'est pas d'augmenter les ressources de la sécurité sociale".⁽¹⁾

1. Supplément à la lettre de Matignon du 31 octobre 1990.

2. L'adaptation des régimes de retraite à leur nouvel environnement : le temps de l'irrésolution

Au cours de ces cinq dernières années, l'adaptation des régimes de retraite aux défis démographiques et financiers auxquels ils sont confrontés a constitué le champ privilégié d'une importante réflexion théorique, et notamment :

- en 1986 : le rapport du commissariat général au Plan intitulé "vieillir solidaires" ;
- en 1987 : le rapport du comité des Sages (Etats généraux de la sécurité sociale) ;
- en 1989 : le rapport de la commission "protection sociale du Xème Plan ("rapport Teulade") ;
- en 1990 : l'étude sur "l'avenir des retraites", réalisée par l'INSEE, et mettant en évidence l'incidence prévisible de l'arrivée à la retraite, aux alentours de l'an 2025, des générations nombreuses du "baby boom" d'après-guerre ;
- en 1991 : le Livre blanc sur les retraites publié par le gouvernement ;
- en 1992 : la présentation des conclusions, d'une part, de la "mission Cottave", chargée de soumettre aux partenaires sociaux les conclusions du Livre blanc, et, d'autre part, de l'expertise confiée à M. Brunhes sur les propositions de la mission Cottave.

Or, dans ce domaine comme dans d'autre, l'abondance de cette réflexion, qui a principalement permis de dégager, parmi les experts, un consensus quant aux solutions à envisager, contraste encore avec les hésitations et l'inertie des autorités responsables.

Ainsi, à l'occasion de la publication du Livre blanc au printemps 1991, le Gouvernement de l'époque avait-il annoncé le dépôt, au printemps 1992, d'un projet de loi réformant les principes d'organisation et de fonctionnement des régimes obligatoires de retraite. Ce projet de loi devait principalement se nourrir des conclusions de la mission Cottave et des observations formulées, dans ce cadre, par les partenaires sociaux.

A la fin de l'année 1992, il convient donc de noter :

- qu'aucun projet de loi relatif à la réforme des régimes obligatoires de retraite n'a encore été soumis à l'examen du Parlement;

- que le projet, actuellement en cours d'élaboration, d'un fonds de solidarité vieillesse, financé par des ressources fiscales, et regroupant les prestations non contributives (1), ne représente en toute hypothèse qu'un aspect partiel et limité d'une réforme nécessairement globale des régimes de retraite;

- que l'absence de mesures concrètes en ce domaine a été immédiatement sanctionnée par l'aggravation continue de la situation financière des régimes obligatoires de retraite et, plus particulièrement, de l'assurance vieillesse du régime général, dont le déficit, apprécié en variation du fonds de roulement, est passé de 4,6 milliards de francs en 1989 à 18,7 milliards de francs en 1991.

3. La régulation du système de santé : la tardive prise de conscience des limites d'une démarche autoritaire et administrative

a) La vigueur des évolutions constatées dans le domaine de la santé...

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

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

1. On dénomme traditionnellement "prestations non contributives" celles donnant lieu à l'ouverture d'un droit sans correspondre nécessairement à des cotisations acquittées pendant une période d'activité professionnelle. Il s'agit principalement, en matière d'assurance-vieillesse, des droits à pension acquis au titre de périodes de non activité (chômage, service militaire, etc...) ou des majorations de pensions pour enfants.

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

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

De même, les dépenses de santé continue à croître dans notre pays à un rythme plus rapide que celui constaté dans les pays étrangers.

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

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

Source : O.C.D.E.

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

Par ailleurs, dans son rapport de juillet 1992, la commission des comptes de la sécurité sociale a mis en évidence l'évolution préoccupante des dépenses de l'assurance maladie du régime général, qui représentent 80 % des prestations maladie servies par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Ainsi, ces dépenses ont crû de 7,6 % en 1990. Elles devraient croître de 6,5 % en 1991 et de 7,2 % en 1992.

(millions de francs et évolutions en %)

POSTES	COMMISSION DES COMPTES						ÉCARTS AVEC LA CCSS DE JANVIER 1992	
	DE JUILLET 1992						1991	1992
	1990	%	1991	%	1992	%		
DÉPENSES CHAMTS HORS AT	418.138	7,6	448.817	6,5	477.848	7,2	1.809	3.701
PRESTATIONS HORS DOM	364.824	8,9	388.500	8,5	415.682	7,0	1.152	2.906
MALADIE	332.030	7,2	354.081	6,8	378.822	7,3	1.158	2.985
hospitalisation	175.867	7,7	184.184	4,8	197.805	7,4	458	4.152
soins de santé ambulatoires	138.838	6,2	148.463	8,7	158.112	7,2	808	-1.226
prestations en espèces	18.725	8,7	21.434	8,7	22.905	6,9	80	39
MATERNITÉ	17.849	6,8	18.833	7,3	20.271	7,1	-182	-188
INVALIDITÉ- DÉCÈS	15.145	1,5	15.488	2,3	15.589	0,7	158	159
SOLDE AVEC L'ÉTRANGER	520		485		520		-15	65
AJUSTEMENT STATISTIQUE	-309		-50				-60	
PREST. DE SERVICES SOCIAUX	4.885	21,2	5.762	23,5	6.435	11,7	418	245
TRANSFERTS VERSÉS	18.280	11,8	18.589	1,7	17.885	-4,8	-305	85
dont salariés agricoles	4.223	1,8	4.103		4.428	7,9	-280	
GESTION ADMINISTRATIVE	19.008	4,3	20.462	7,5	23.836	16,7	100	103
CONTRÔLE MÉDICAL	1.864	2,5	1.832	3,6	2.484	28,8	-78	-78
ACTION SANITAIRE ET SOCIALE	1.332	12,0	814	-38,9	1.183	48,8	-85	-110
FONDS DE PRÉVENTION	883	201,4	807		878	4,4	-112	-117
DÉPENSES DIVERSES	89	-42,4	70	-29,3	72	2,9	-121	-124
PRESTATIONS DOM	6.941	6,3	8.018	15,5	8.600	7,3	807	686

* version comptes harmonisés. source : direction de la sécurité sociale (DESS)

Cette progression a conduit les autorités compétentes à réviser à la baisse les estimations établies en janvier 1992 et relatives à l'équilibre financier de la branche maladie du régime général. Sont désormais officiellement prévus :

- un alourdissement du déficit de l'exercice 1991 (3,05 milliards de francs contre 1,6 milliards de francs prévus antérieurement);

- une sensible diminution de l'excédent attendu en 1992 (1,3 milliard de francs contre 6,9 milliards de francs).

b) ...met en évidence les limites d'une démarche administrative et autoritaire

Les évolutions préoccupantes exposées ci-dessus traduisent l'échec de la démarche mise en oeuvre, au cours de ces cinq

dernières années, dans la domaine de la régulation de notre système de santé.

En effet, cette démarche s'est essentiellement caractérisée :

- dans le secteur hospitalier : par la recherche d'une régulation basée sur des règles administratives, et non sur l'affirmation d'un impératif de gestion, comme l'atteste, notamment, la réforme hospitalière adoptée en 1991.

Or, après une pause relative en 1991 (+ 4,8 %), la croissance des dépenses d'hospitalisation devrait retrouver en 1992 un niveau élevé (+ 7,4 % et même + 7,6 % si l'on "neutralise" l'accord conclu avec les cliniques privées), soit un niveau voisin de celui constaté en 1990 (+ 7,7 %). Le secteur hospitalier public, en particulier celui sous budget global, retrouverait ainsi en 1992 un taux de progression soutenu (+ 7,5 % au total, dont + 6 % pour les établissements sous budget global), proche de celui de 1989 (+7,8%).

- dans les relations avec les professions médicales : par la définition, après de longues et âpres négociations, d'accords de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Des accords ont été ainsi notamment conclus avec les laboratoires d'analyse, les ambulanciers, les infirmières libérales et les cliniques privées. La plupart de ces accords comprennent un objectif maximum quantifié de l'évolution des remboursements, cet objectif et les modalités de son respect variant d'une profession à l'autre.

D'une manière générale, et compte des conditions, généralement difficiles, dans lesquelles se sont déroulées les négociations relatives à ces accords, ceux-ci paraissent avoir suscité un **perte de confiance, sinon une hostilité latente, des professions concernées à l'encontre des Pouvoirs publics.**

Or, dans son rapport de février 1991, la commission des comptes de la sécurité sociale soulignait avec pertinence que "l'objectif de l'équilibre des comptes de l'assurance maladie requiert (...) une parfaite cohésion des partenaires publics ainsi qu'un concours actif et résolu de toutes les forces vives du pays et, en premier lieu, des professions concernées."

Les conditions requises pour une telle union autour d'un grand objectif national sont-elles actuellement réunies ?

On peut malheureusement en douter, comme semble le prouver le dépôt, puis le retrait, du projet de loi sur l'agence du médicament, les aléas de la convention médicale (signée en mars 1990 et annulée en 1992 par le Conseil d'Etat) ou la difficile genèse de l'accord récemment conclu entre l'Etat, les caisses d'assurance maladie et l'ensemble des syndicats médicaux français.

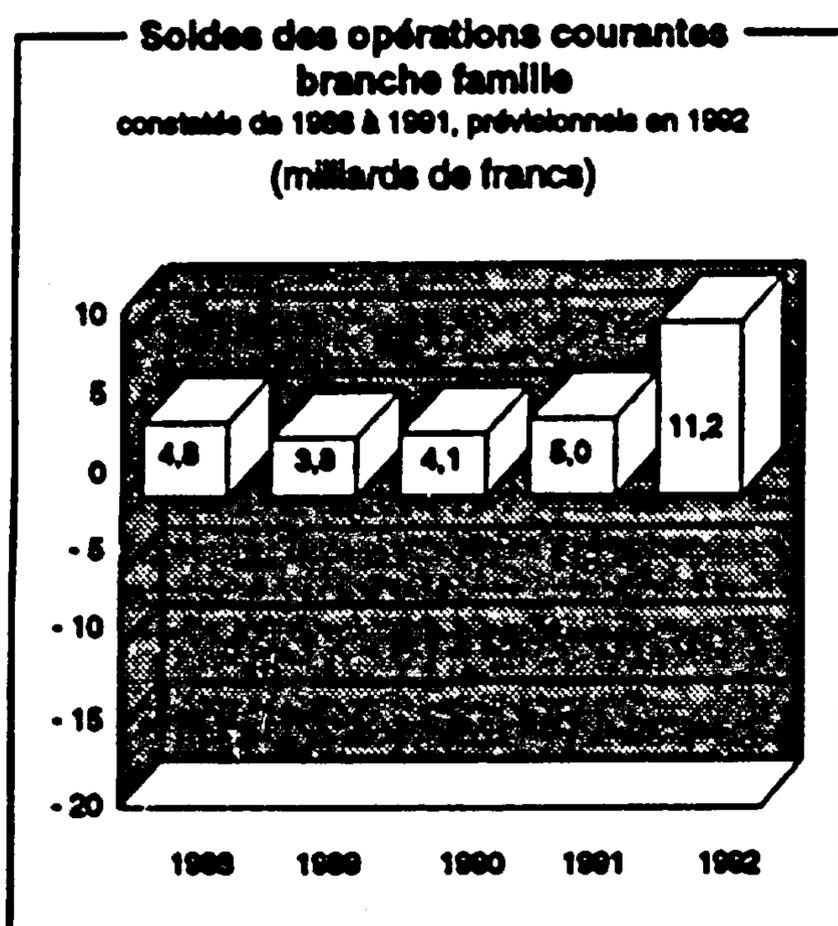
Toutefois, concernant ce dernier accord, il convient de noter que celui-ci :

- constitue, du moins dans son principe, une avancée intéressante en affirmant la nécessité d'un contrôle médicalisé, et non strictement comptable, des dépenses d'assurance maladie ;

- semble traduire une évolution des esprits en ce domaine, 64 % des médecins se déclarant favorables au principe de cet accord.

4. Une priorité oubliée : la politique familiale

L'inertie constatée depuis 1988 en matière de politique familiale a favorisé l'apparition et le développement d'importants excédents pour la branche famille du régime général (Cf graphique ci-après)



source : direction de la sécurité sociale (DEES)

Comme le repète depuis déjà plusieurs années la commission des comptes de la sécurité sociale dans ses rapports, la croissance de cet excédent conduit donc inévitablement à s'interroger sur l'adéquation entre les objectifs de la politique familiale et ses moyens financiers.

Or, la définition d'une politique familiale plus active et plus ambitieuse :

- devient aujourd'hui indispensable, compte tenu d'évolutions démographiques préoccupantes ;

- devrait s'inscrire dans le cadre de quelques priorités nettement identifiées.

Il convient de souligner que, dans ce domaine également, un rapport officiel a déjà défini les voies de l'avenir pour les Pouvoirs publics, à savoir l'avis sur la politique familiale présenté par le Conseil économique et social le 25 septembre 1991.

a) Des évolutions démographiques préoccupantes

En 1986, L'INSEE a publié des projections de la population totale de la France, couvrant la période allant de 1985 à 2040.

Ces projections reposent sur l'hypothèse d'une baisse de la mortalité se poursuivant au rythme actuel, sur un solde migratoire nul tout au long de la période considérée et sur diverses hypothèses d'évolution de la fécondité, les démographes jugeant comme probable le maintien de cette dernière au niveau actuel de 1,8 enfant par femme.

Dans ce dernier cas, la population totale de la France serait de 55,6 millions en 2040 contre 56,5 millions en 1990. Une autre hypothèse de fécondité, moins probable, suppose une croissance lente de celle-ci pour atteindre le seuil de renouvellement des générations, soit 2,1 enfant par femme : la population de la France serait, dans ce cas, de 63,7 millions en 2040.

En ce qui concerne la répartition de la population par tranches d'âge, et selon que l'on retient une hypothèse de fécondité égale ou inférieure au seuil de renouvellement des générations, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus pourrait se situer entre 21,1 % et 26,5 % de la population totale en l'an 2040, au regard

d'un pourcentage de jeunes de moins de 20 ans variant entre 25,5 % et 20,8 %.

Une actualisation récente de ces prévisions, réalisée par l'INSEE à partir des premiers résultats du recensement de 1990, fait apparaître que le vieillissement de la population française s'avère encore plus important que prévu.

L'INSEE estime ainsi que les personnes âgées de 60 ans et plus représenteront 20,8 % de la population totale en l'an 2000 (contre 18,1% en 1985) et 26 % dès l'an 2010.

b) L'identification nécessaire des priorités

Dans son avis précité du 25 septembre 1991, le conseil économique et social estime que l'inadaptation des prestations familiales résulte essentiellement de "l'existence d'un certain décalage entre une politique familiale encore largement fondée sur des tendances anciennes et les attentes présentes de nos concitoyens. La cause fondamentale d'un tel phénomène paraît bien être le développement professionnel de l'activité féminine, tant dans sa nature que dans son ampleur, associé à une modification des cycles de vie familiale, caractérisée notamment par un recul des différentes étapes de cette vie : sortie du foyer parental, formation des couples, naissance des enfants."

La rénovation des prestations familiales et leur adaptation aux aspirations nouvelles des citoyens passe donc, à l'évidence, par la définition de quelques principes simples, et notamment :

- l'affirmation prioritaire du renforcement de l'aide à la venue du troisième enfant, par la compensation des contraintes matérielles (interruption de l'activité professionnelle, difficultés de garde, recherche d'un logement plus grand, ...) qui lui sont afférentes ;

- la nécessaire simplification du dispositif des allocations familiales ;

- la définition des mécanismes permettant à l'un ou l'autre des parents de choisir librement d'exercer ou non une activité.

Or, s'agissant de la mise en oeuvre effective de ces principes, et, plus généralement, de l'action menée par l'Etat dans le

domaine de la politique familiale depuis 1988, on ne peut que dresser, une fois de plus, un regrettable constat de carence.

5. Une demande apparemment négligée : la redéfinition des conditions de prise en charge des personnes âgées dépendantes

Ne serait-ce la crainte de laisser par un effet répétitif bien involontaire, il paraît toutefois inévitable de présenter un bilan identique aux précédents en ce qui concerne la redéfinition des modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes, à savoir :

- d'une part, la succession, au cours des cinq dernières années, de divers rapports officiels mettant en évidence les insuffisances constatées en ce domaine et formulant diverses propositions concrètes (1988 : rapport Braun ; 1991 : rapport de la commission "dépendance et personnes âgées" du commissariat général au plan - "rapport Schopflin" ; la même année : rapport "vivre ensemble" de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur les personnes âgées dépendantes - "rapport Boulard") ;

- d'autre part, l'absence de décisions effectives de la part des Pouvoirs publics.

a) Les insuffisances du système actuel de prise en charge de la dépendance

• Le nombre de personnes âgées dépendantes

Le rapport Schopflin a retenu la définition suivante de la dépendance : est dépendante une personne adulte qui dépend d'un tiers pour les actes élémentaires de la vie courante (s'habiller, faire sa toilette...) et qui est inapte à réaliser les tâches domestiques qui lui permettraient de vivre seul dans un logement ordinaire.

Toutefois, l'estimation du nombre de personnes dépendantes est une tâche délicate en l'état actuel des statistiques, qui reposent essentiellement sur des "fourchettes" évaluatives, à savoir :

- entre 150.000 et 225.000 personnes âgées sont confinées au lit ou au fauteuil ;

- 190.000 à 260.000 personnes ont besoin de l'aide d'un tiers pour la toilette ;

- 833.000 à 975.000 personnes ne peuvent sortir de leur domicile sans aide.

La grande majorité (85 %) des personnes dépendantes vit à domicile et souhaite y rester.

Nombre de personnes de plus de 75 ans dans la population totale dans une hypothèse de mortalité basse

	% de personnes de plus de 75 ans dans la population totale	Population de plus de 75 ans en millions
1985	6,28	3,46
1990	6,78	3,81
1995	6,01	3,44
2000	7,07	4,14
2005	8,06	4,80
2010	8,99	5,36
2015	9,33	5,56
2020	9,38	5,63

(Source : INSEE)

Les personnes âgées atteintes de détérioration intellectuelle, pour autant qu'elles soient dépendantes pour les activités de la vie courante, doivent bénéficier des aides accordées aux personnes dépendantes même si des programmes spécifiques leur sont réservés par ailleurs : on estime leur nombre à 5 % de la population âgée de plus de 65 ans.

L'évaluation prospective du nombre de personnes âgées dépendantes qui devront être prises en charge à l'avenir s'avère encore plus délicate. Faute d'études suffisantes, on ignore en effet les évolutions respectives de l'espérance de vie avec ou sans incapacité.

• **Le financement**

La dépendance, qui n'est pas un risque social défini et pris en charge comme tel dans notre système de protection sociale, donne d'ores et déjà lieu, sous des formes multiples, à une prise en charge collective importante (cf tableau ci-dessous).

LES DEPENSES COLLECTIVES SPECIFIQUES EN FAVEUR DE LA DEPENDANCE (1988)*

Prestations	Montant (millions de francs)
- Long séjour	4.000
- Forfaits soins établissements médicaux-sociaux	3.713
- Aide sociale hébergement	4.572
- Soins infirmiers à domicile	1.164
- Aide ménagère C.N.A.V.T.S.	1.437
- Aide ménagère autres régimes	960
- Aide sociale nette à domicile	1.439
- Autres aides C.N.A.V.T.S.	147
- Auxiliaires de vie	75
Total prestations en nature	17.507
- Allocation compensatrice	3.000
- M.T.P.	1.337
- Allocations simples	103
Total prestations en espèces	4.440
TOTAL DES PRESTATIONS	21.947

* *Dernières données disponibles*

**Les financeurs de la dépendance
(dépenses spécifiques)
1988 (%)**

Sécurité sociale	57,8 %
- dont branche maladie	70,5 %
- dont branche vieillesse	29,5 %
Collectivités locales	41,4 %
Autres	0,8 %
Total	100,0 %

A ces dépenses s'ajoute un financement non spécifique de la dépendance, à savoir diverses dépenses publiques (prestations courantes d'assurance maladie, déductions fiscales, exonérations de cotisations sociales) dont une fraction, très difficilement mesurable, concourt à la prise en charge de la dépendance.

• Le soutien à domicile

Le bilan du système actuel de soutien à domicile est pour le moins mitigé (insuffisance des services de soins à domicile, aide ménagère inadaptée aux personnes les plus dépendantes, rareté des gardes à domicile).

Par ailleurs, l'allocation compensatrice (1) est attribuée de manière peu satisfaisante et sans garantie que son utilisation corresponde effectivement à des dépenses occasionnées par la dépendance.

Le dispositif se révèle donc, dans l'ensemble, peu efficace, mal coordonné et sans relations directes avec les structures d'hébergement. Les services sont souvent mal adaptés au niveau et au type de dépendance.

1. L'allocation compensatrice fut instaurée en 1975 en faveur des personnes handicapées adultes. La majorité de ses bénéficiaires sont aujourd'hui des personnes âgées dépendantes.

Répartition des heures requises par semaine entre l'aide pour les AVQ, les AIVQ et les conditions de logement, selon le niveau de dépendance

Niveau de dépendance	n	AVQ*	AIVQ**	Conditions de logement	Total
1	96	26,6	21,7	1,6	49,9
2	142	11,9	18,2	1,4	31,5
3	574	3,3	9,8	0,9	14,0
4	4.134	1,3	2,3	0,2	3,8
Total	4.946	2,3	4,0	0,3	6,6

(*) Concerne les aides pour la toilette, les WC, la taille des ongles, le lavage de la tête ou l'épilation, l'alimentation, l'habillage et les déplacements (marches ou transferts).

(**) Concerne les aides pour la préparation des repas, les courses, la lessive dans des conditions difficiles, les petites et les grosses tâches ménagères.

**Le partage des interventions spécifiques sur fonds publics entre le domicile et l'hébergement
1988 (%)**

	Domicile	Hébergement	Total
Sécurité sociale	38 %	62 %	100 %
- dont branche maladie	13 %	87 %	100 %
- dont branche vieillesse obligatoire	98 %	2 %	100 %
Collectivités locales	45 %	55 %	100 %
Total Fonds publics	41 %	59 %	100 %

• I. Hébergement

En matière d'hébergement, l'effort soutenu de création de structures médicalisées entrepris depuis quinze ans n'a pas encore complètement porté ses fruits.

L'équipement reste ainsi déficitaire sur le plan quantitatif, le nombre de places médicalisées en établissements d'hébergement pour personnes âgées demeurant notamment insuffisant.

Au plan financier, l'existence de prix de journée d'hébergement élevés occasionnent des difficultés financières pour les personnes âgées ou leur famille.

Au plan qualitatif enfin, de nombreux établissements n'ont pas réussi à se constituer en véritables lieux de vie.

b) Deux démarches envisageables

La redéfinition des modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes peut être envisagée selon deux démarches opposées, à savoir :

- soit la création d'un nouveau "risque dépendance" (à l'instar, par exemple, du "risque maladie" ou du "risque vicillesse") faisant l'objet d'un financement spécifique regroupant l'ensemble des ressources nécessaires et provenant de différents intervenants (Etat, collectivités locales, organismes sociaux). Ces ressources seraient gérées au sein d'un fonds spécial créé à cet effet ;

- soit la rationalisation et la réorganisation des prestations et des financements au sein de l'enveloppe globale déjà affectée à la prise en charge de la dépendance, éventuellement complétée par des mécanismes d'assurance individuelle.

Indépendamment du débat, utile et inévitable, sur les avantages et les inconvénients respectifs de ces deux solutions, il paraît surtout regrettable aujourd'hui que la collectivité nationale n'ait pas encore été saisie, par l'intermédiaire de ses représentants élus, de ce problème.

II - LA DEGRADATION PROGRESSIVE DE LA SITUATION FINANCIERE DE LA SECURITE SOCIALE

L'inertie ou l'impuissance constatée au cours de ces cinq dernières années quant à l'engagement des réformes structurelles susceptibles d'assurer durablement la pérennité de notre système de protection sociale s'est, en toute logique, traduite par une dégradation de la situation financière de ce dernier.

En effet, sous l'effet d'une dynamique financièrement défavorable, elle-même aggravée par le ralentissement de l'activité économique constaté depuis 1990, la sécurité sociale et, plus particulièrement, le régime général, s'enlise aujourd'hui progressivement dans la situation d'un emprunteur permanent afin de faire face à ses échéances.

A ce constat général, déjà fort préoccupant, s'ajoute également l'apparition et le développement récent de pratiques inadmissibles, à savoir le report, sur certains régimes sociaux, d'une partie de la charge de l'équilibre financier du budget de l'Etat.

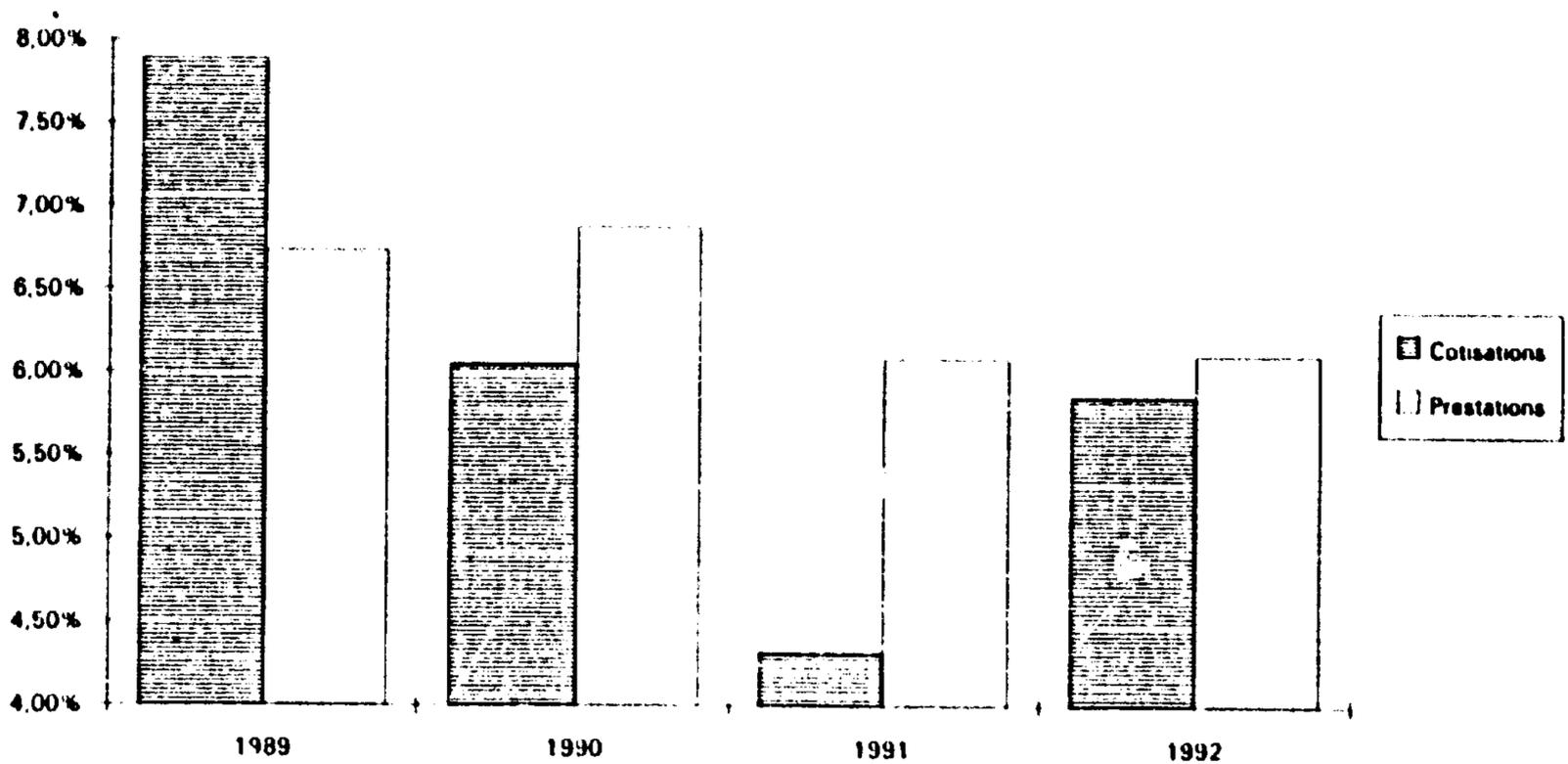
A. LA CONFIRMATION, A LEGISLATION INCHANGEE, D'UNE DYNAMIQUE FINANCIEREMENT DEFAVORABLE

1. Une croissance générale des prestations supérieure, depuis 1990, à celle des cotisations

L'analyse des récentes évolutions tendanciennes met en évidence l'impact négatif du ralentissement de l'activité économique, constaté depuis 1990, sur l'équilibre financier des régimes sociaux.

Ainsi, la comparaison, au cours de ces dernières années, du pourcentage annuel d'augmentation, d'une part, des cotisations perçues et, d'autre part, des prestations servies par les régimes de sécurité sociale participant à l'effort social de la Nation permet d'établir que le rythme de croissance des cotisations n'a été supérieur à celui des prestations qu'une seule année, à savoir 1989 (CF graphique ci-après).

Pourcentage annuel d'augmentation des cotisations perçues et des prestations servies par les régimes de sécurité sociale participant à l'effort social de la Nation (Estimations pour 1991 et prévisions pour 1992)



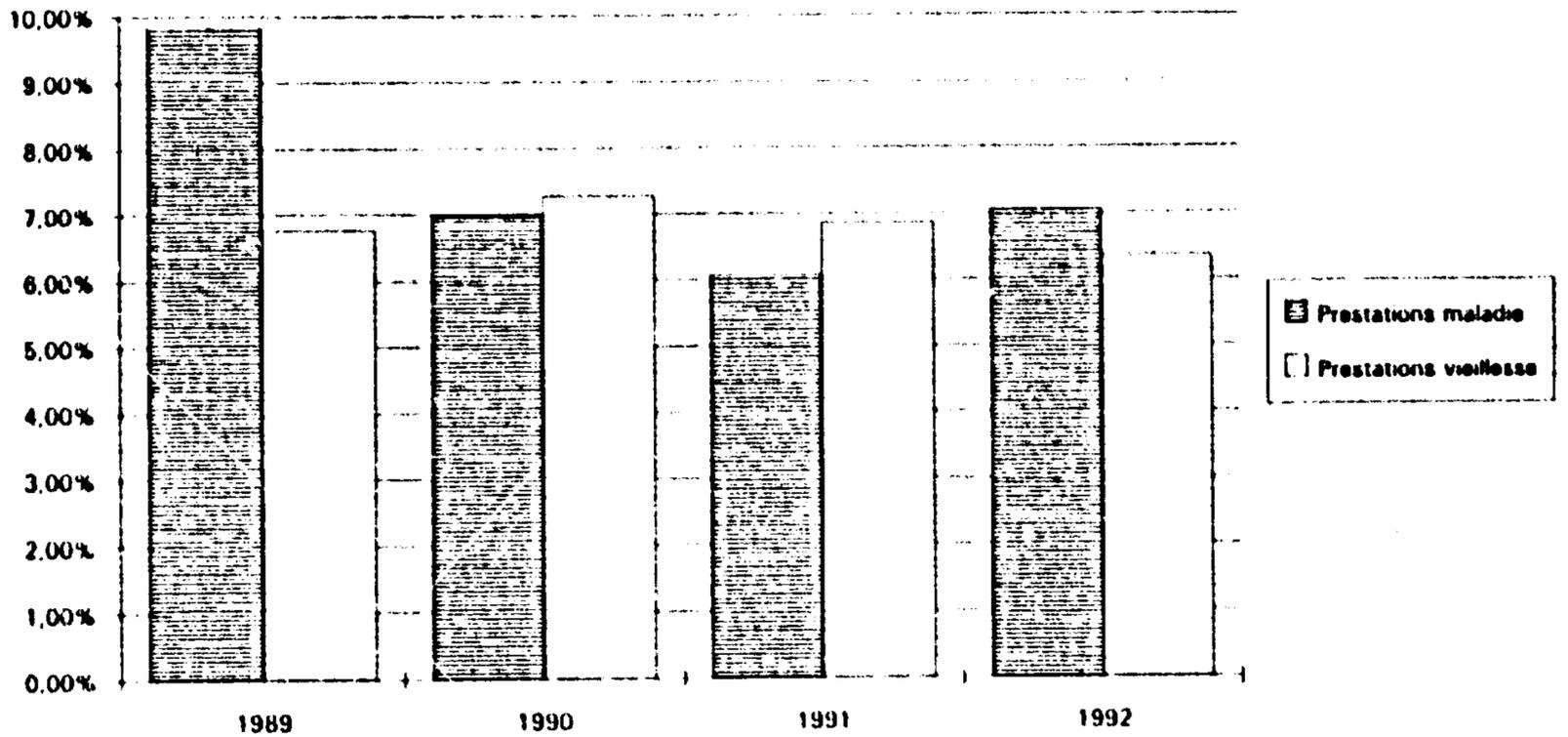
En 1989, qui fut caractérisée par une croissance économique exceptionnelle, les cotisations ont en effet progressé de + 7,89 % contre une augmentation de + 6,74 % pour les prestations.

Depuis, en revanche, le rythme de croissance des prestations a toujours été supérieur à celui des cotisations, soit :

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| en 1990 : | • cotisations : + 6,05 % |
| | • prestations : + 6,88 % |
| en 1991 (estimations) : | • cotisations : + 4,32 % |
| | • prestations : + 6,08 % |
| en 1992 (prévisions) : | • cotisations : + 5,86 % |
| | • prestations : + 6,10 % |

Cette évolution générale est essentiellement imputable à la progression vigoureuse des prestations maladie et d'assurance vieillesse qui semblent stabilisées, depuis 1990, à un rythme élevé de croissance, situé entre + 6% et + 7 % (CF graphique ci-après).

Pourcentage annuel d'augmentation des prestations maladie et vieillesse servies par les régimes de sécurité sociale participant à l'effort social de la Nation (Estimations pour 1991 et prévisions pour 1992)



2. Des perspectives préoccupantes d'ici l'an 2000

La projection à moyen terme de l'évolution spontanée des comptes de la sécurité sociale confirme par ailleurs le diagnostic établi ci-dessus à partir des évolutions tendanciennes de ces dernières années.

En effet, dans le cadre de la réflexion de son groupe de travail sur les aspects financiers de la protection sociale, votre commission des Finances a fait réaliser, en juin 1992, une projection de l'évolution spontanée des comptes des administrations sociales à l'horizon 2000 par le Service des études législatives du Sénat (Cellule économique). Cette projection a été mise en oeuvre avec le concours de la direction de la prévision, et à l'aide du modèle "AMADEUS" de l'INSEE.

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

A l'examen de ces résultats il apparaît :

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

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

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

a) En dépit d'hypothèses macro-économiques relativement favorables...

* Les hypothèses macroéconomiques d'ensemble

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

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

	1992-1996	1997-2000
• Prix à la consommation	3,2	3,3
• PIB	2,4	2,4
• Salaire brut moyen par tête (pouvoir d'achat)	1,8	1,8
• Masse salariale (pouvoir d'achat)	2,2	2,2
• Effectifs salariés des entreprises non financières non agricoles	0,4	0,4
	1992	2000
• Chômage (en milliers)	2 886	3 205
• Demandes d'emploi en fin de mois		

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

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

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

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

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

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

*** Les hypothèses spécifiques aux finances sociales**

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

• Dépenses de santé :

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

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

- Dépenses de la branche famille :

Maintien du pouvoir d'achat des prestations familiales.

- Prestations-vieillesse :

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

- Assurance-chômage :

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

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

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

* L'évolution des dépenses

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

**TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN
EN FRANCS CONSTANTS
DES PRESTATIONS SOCIALES
ET DES DOTATIONS AUX HOPITAUX
VERSEES PAR LES REGIMES D'ASSURANCES
ENTRE 1991 ET 2000**
(Nomenclature de la Comptabilité nationale)

SANTE	
Hospitalisation	29
Autres dépenses	37
Ensemble des dépenses	33
FAMILLE	
	02
VIEILLESSE-SURVIE	
Tous régimes, y compris pré-retraites	27
Tous régimes, hors pré-retraites	29
Régime général seul	36
CHOMAGE (Assurance)	22
ENSEMBLE	27
dont	
Dépenses du régime général	32
Pour mémoire	
Taux de croissance du PIB	24

**PRESTATIONS SOCIALES ET DOTATIONS AUX HOPITAUX
VERSEES PAR LES REGIMES D'ASSURANCES SOCIALES¹⁾**

	En milliards de francs			En % du P.I.B.		
	1991	1996	2000	1991	2000	Variation 1991-2000
SANTE	542.1	749.4	1077.2	8	9.1	+ 1.1
<i>dont :</i>						
<i>Hospitalisation</i>	243.5	329.7	420.9	3.6	3.9	+ 0.3
<i>Autres dépenses</i>	298.6	419.7	556.3	4.4	5.2	+ 0.8
FAMILLE	144.6	170.9	197.6	2.1	1.8	- 0.3
VIEILLESSE	595.1	813.8	1017.1	8.8	9.5	+ 0.7
<i>dont :</i>						
<i>Prestations versées par le régime général</i>	234.7	341.4	431.9	3.5	4	+ 0.5
<i>Pre-retraites</i>	73	0.3	22	0.1	0	0.1
CHOMAGE (Assurance)	86.2	116.4	140.9	1.3	1.3	0
TOTAL	1368	1850.5	2332.8	20.2	21.7	+ 1.5
<i>dont :</i>						
<i>Charges du régime général</i>	786.4	1098.4	1395.2	11.6	13	+ 1.4

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

• **Dépenses de santé :**

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

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

• **Dépenses de la branche famille :**

Les dépenses de la branche ne progresseraient que de + 0,2 % par an en francs constants, les allocations familiales

diminuant même légèrement en volume, et la part de ces dépenses s'infléchirait (2,1 % en 1991 et 1,8 % en l'an 2000).

• Prestations-vieillesse :

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

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

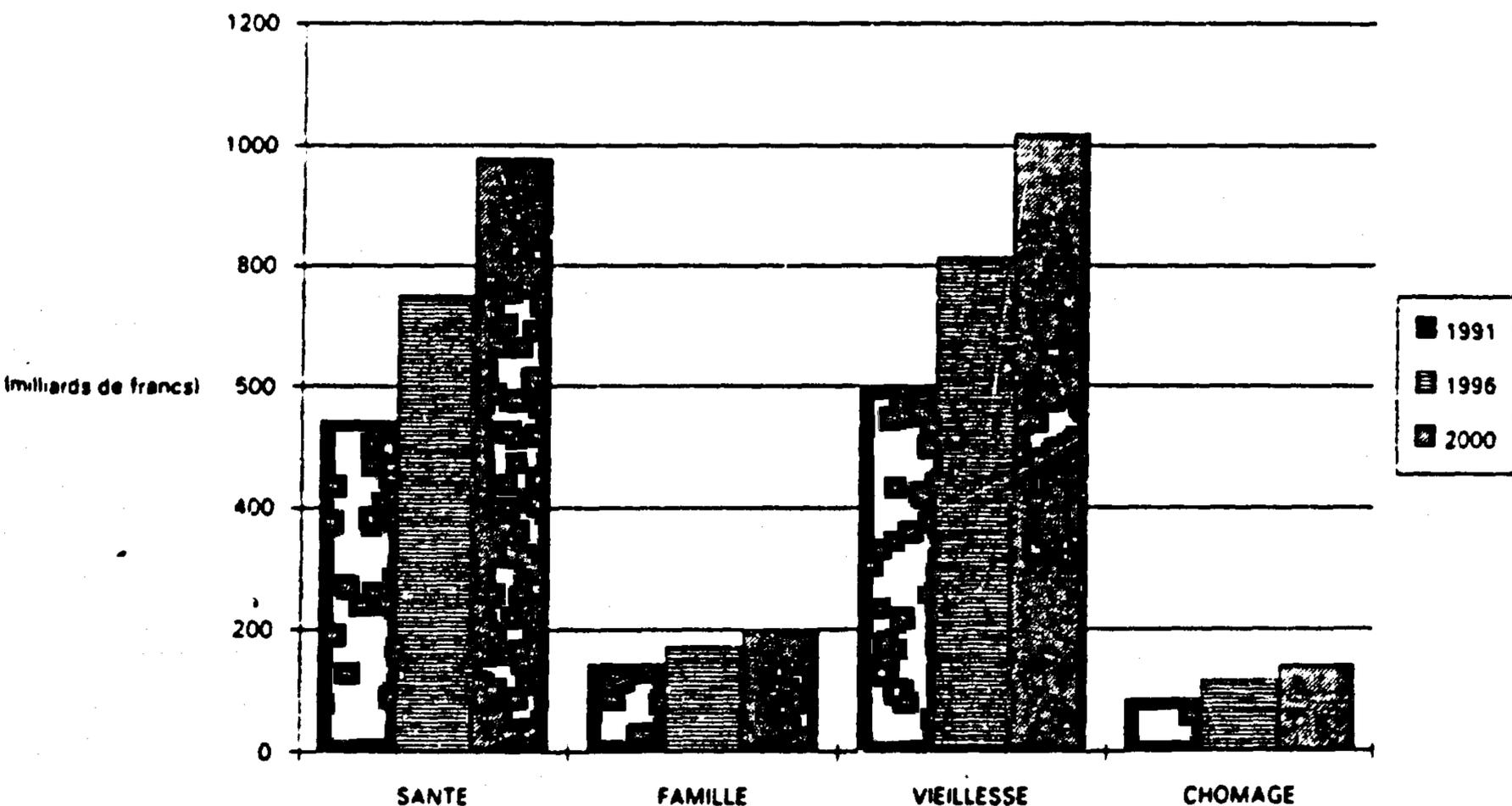
• Assurance-chômage :

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

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

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

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



* L'évolution des recettes

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

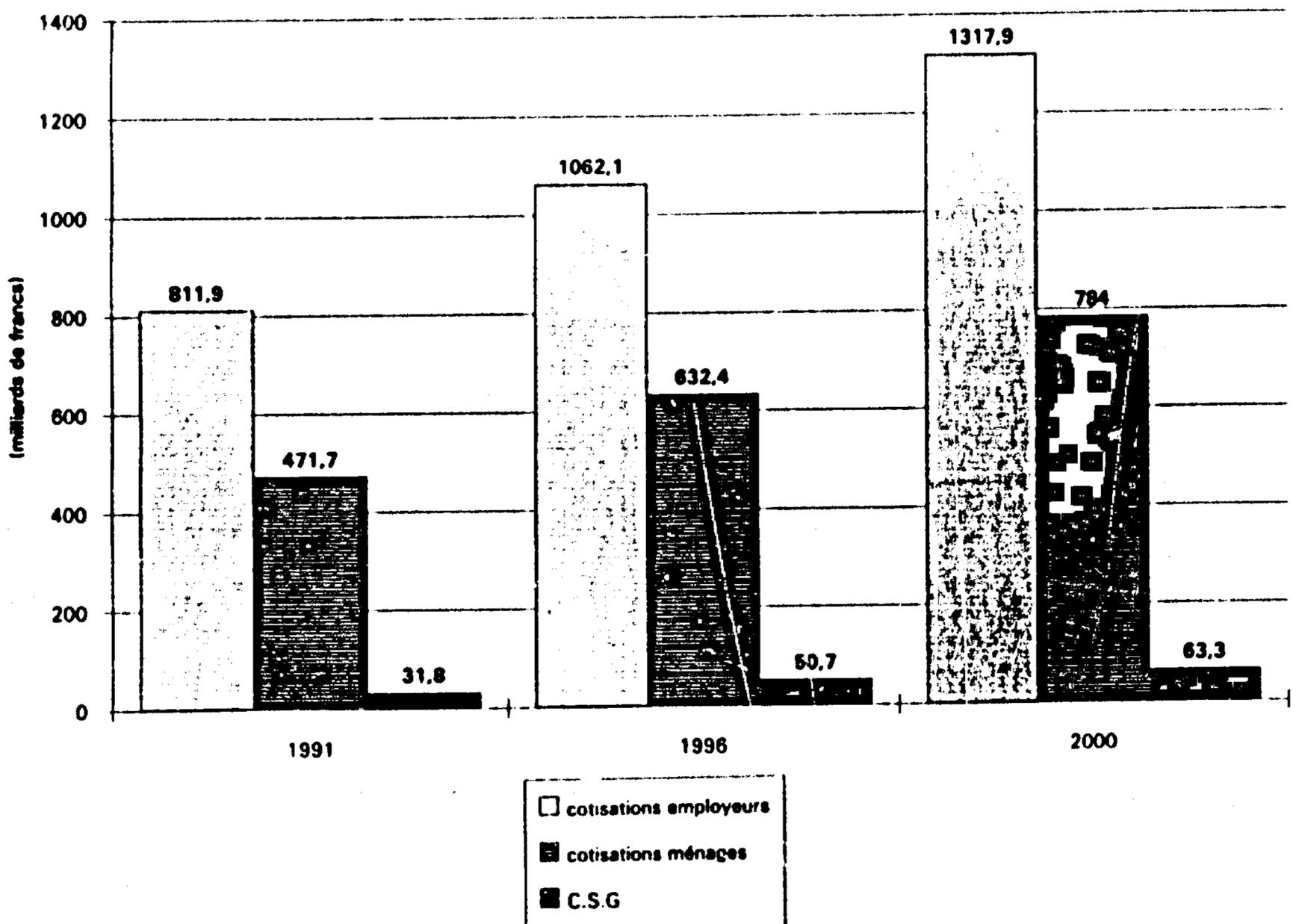
Les résultats sont récapitulés dans le tableau et le graphique ci-dessous :

PRELEVEMENTS OBLIGATOIRES
AFFECTES AUX REGIMES D'ASSURANCES SOCIALES

	En milliards de francs			En % du P I B		
	1991	1996 (1)	2000 (1)	1991	1996 (1)	2000 (1)
Cotisations sociales des employeurs	811,9	1062,1	1317,9	12	12,2	12,3
Prélèvements directs sur les ménages						
1° Cotisations sociales	471,7	632,4	784	-	7,2	7,3
2° CSG	31,8	50,7	63,3	0,45	0,6	0,6
Total	503,5	683,1	847,3	7,45	7,3	7,9
TOTAL	1315,4	1745,2	2165,2	19,45	20	20,2

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

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



*** L'évolution des soldes**

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

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

**CAPACITE DE FINANCEMENT DES ADMINISTRATIONS
DE SECURITE SOCIALE**

(en milliards de francs courants)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. L'ENLISEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LA SITUATION D'UN EMPRUNTEUR PERMANENT

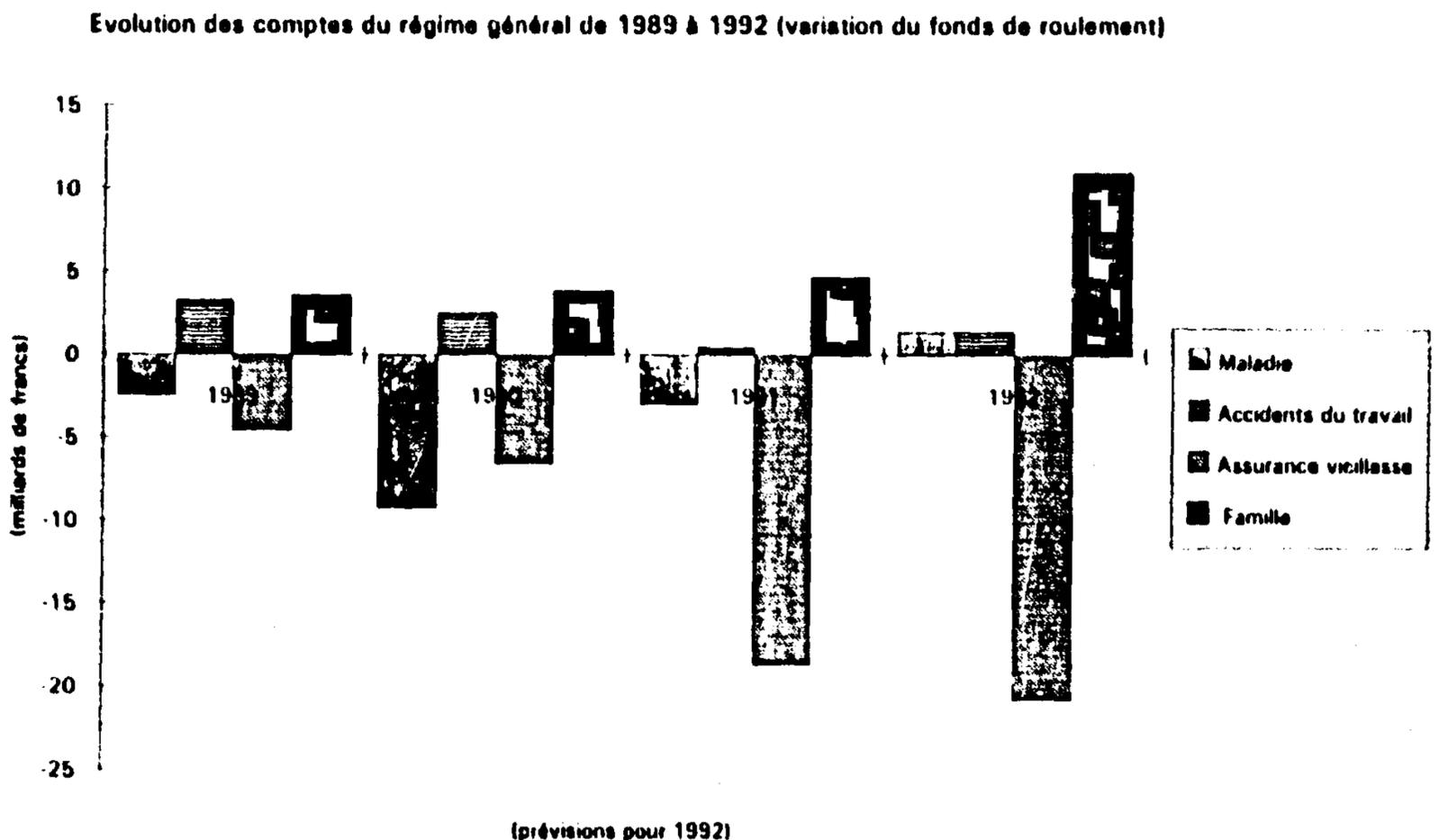
La dégradation progressive de la situation financière du régime général de la sécurité sociale constatée au cours de ces cinq dernières années révèle également, et de façon peut être plus immédiate, l'échec des expédients financiers mis en oeuvre depuis 1988 en l'absence de l'engagement de véritables réformes de fond.

1. L'échec des expédients financiers

De 1989 à 1991, le déficit, apprécié en variation du fonds de roulement, du régime général de la sécurité sociale, est passé de 0,4 milliard de francs à 16,63 milliards de francs.

Pour 1992, les prévisions établies par le Gouvernement situent le déficit du régime général aux alentours de 7,2 milliards de francs. Il convient toutefois de noter à ce sujet que, dans son rapport de juillet 1992, la commission des comptes de la sécurité sociale estime que le déficit du régime général pour 1992 "paraît avoir été sous-estimé" dans ces prévisions.

Cette évolution générale correspond néanmoins à des réalités contrastées selon les branches.



Ainsi, pendant la période considérée, et selon les comptes établis sous l'autorité du Gouvernement, la branche vieillesse demeure lourdement déficitaire (-4,64 milliards de francs en 1989 ; -20,8 milliards de francs prévus pour 1992). Comme le souligne fort justement la commission des comptes de la sécurité sociale, cette situation, qui ne peut que s'aggraver à législation inchangée, "appelle à l'évidence d'une manière absolument prioritaire des mesures de redressement efficaces, c'est-à-dire se traduisant concrètement dans les comptes".

En revanche, et principalement en raison de la majoration de 0,9 point de la cotisation maladie à compter du 1er juillet 1991, la branche maladie, dont le déficit atteignait 9,3 milliards de francs en 1990, devrait progressivement retrouver son équilibre (-3,04 milliards de francs en 1991) et devrait être, selon les estimations du Gouvernement, en excédent en 1992 (+ 1,35 milliard de francs).

Il convient toutefois de souligner que les comptes prévisionnels de juillet 1992 ont déjà atténué l'optimisme des estimations présentées en janvier dernier, et selon lesquelles la branche maladie serait équilibrée en 1991 (- 1,6 milliard de francs) et largement excédentaire en 1992 (+ 7 milliards de francs). Ainsi, il paraît raisonnable d'affirmer que "l'embellie de la branche maladie ne doit pas faire illusion. Elle ne sera qu'éphémère si l'effort de maîtrise des dépenses mises à sa charge n'est pas poursuivi avec tenacité en s'appuyant sur le concours actif de tous les professionnels de santé." (1).

Enfin, il convient de noter la persistance, à des niveaux toutefois différents, des excédents de la branche famille (+ 3,5 milliards de francs en 1989 ; + 10,9 milliards de francs prévus pour 1992) et de la branche accidents du travail (+ 3,26 milliards de francs en 1989 ; + 1,38 milliards de francs prévus pour 1992).

D'une manière générale, ces évolutions traduisent l'échec des expédients financiers mis en oeuvre au cours de ces cinq dernières années (Cf tableau pages suivantes), auxquels furent néanmoins contraints de recourir les Gouvernements successifs, et dont l'actuel projet d'augmentation de la cotisation d'assurance vieillesse constitue le dernier avatar.

1. Commission des comptes de la sécurité sociale juillet 1992.

PLANS PONCTUELS DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE MIS EN OEUVRE AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES

Septembre 1988 - AMENDEMENT DU PLAN SEGUIN

Premier ministre : Michel Rocard. Ministre des Affaires sociales : Claude Evin.

• Le plan Seguin est amendé, le 100 % est rétabli pour les maladies de longue durée.
Coût théorique pour l'assurance maladie : 2 milliards.

Décembre 1989 - PLAN EVIN D'ECONOMIE

Premier ministre : Michel Rocard. Ministre des Affaires sociales : Claude Evin.

• La cotation des actes de biologie est baissée dans des proportions pouvant atteindre 35 %. La baisse totale de chiffre d'affaires des laboratoires de biologie est de 18 % environ pour l'assurance maladie l'économie sera de 1,6 milliard de francs en 1991.

• Le forfait salle d'opération est gelé. En 1991, les sommes versées à chaque clinique au titre de ce forfait, qui est payé chaque fois qu'il y a utilisation du bloc opératoire, ne pourront excéder le montant versé en 1990. Au-delà de l'économie que doit rapporter la mesure -1 milliard par an- l'intention du Gouvernement est de contraindre les syndicats de cliniques à négocier un accord global de réduction des dépenses.

• Limitation du remboursement des préparations pharmaceutiques. Alors que ces préparations magistrales réalisées par les pharmaciens dans leurs officines étaient toutes remboursées, un arrêté établit une liste des préparations remboursables. Economie : 400 millions de francs en année pleine.

Décembre 1990 - PLAN EVIN D'ECONOMIE

Premier ministre : Michel Rocard. Ministre des Affaires sociales : Claude Evin. Ministre délégué à la Santé : Bruno Durieux.

• Un décret ministériel augmente la taxe sur la publicité des laboratoires pharmaceutiques de 5 % avec effet rétroactif sur l'exercice 1990, et intègre dans l'assiette de la taxe les salaires et frais des visiteurs médicaux.

• Une série d'économies sont annoncées, qui devront être négociées avec les professionnels. Sont visés les biologistes et les cliniques, qui seront mis sous enveloppe globale au début de 1991, et les laboratoires pharmaceutiques qui devront réduire leur chiffre d'affaires de 2,5 % en 1991.

Mars 1991 - DÉREMBOURSEMENT DES ANTI-ASTHÉNIQUES

Premier ministre : Michel Rocard. Ministre des Affaires sociales : Claude Evin. Ministre délégué à la Santé : Bruno Durieux.

Juin 1991 - PLAN BIANCO DE FINANCEMENT ET D'ECONOMIE

Premier ministre : Edith Cresson. Ministre des Affaires sociales : Jean Louis Bianco. Ministre délégué à la Santé : Bruno Durieux.

- Les cotisations d'assurance maladie des salariés augmentent de 0,9 % au 1er juillet 1991. Le taux de cotisation s'assurance maladie des salariés passe de 5,9 % à 6,8 % du salaire. La mesure doit rapporter 8 milliards de francs en 1991 et 23 milliards en 1992.

- Le versement des cotisations sociales pour les entreprises de 50 à 399 salariés est avancé du 15 au 5 de chaque mois. Ces P.M.E. sont donc dorénavant alignées sur les entreprises de plus de 400 salariés. La mesure, jugée "inacceptable" par le C.N.P.F., coûte 300 millions de francs en trésorerie aux 33 000 entreprises concernées. Elle permet en revanche à l'A.C.O.S.S. de récupérer 15 milliards de francs dix jours plus tôt, chaque mois.

- Le forfait hospitalier payé par les assurés exonérés du ticket modérateur pour chaque jour d'hospitalisation passe de 33 à 50 francs par jour à compter du 1er juillet 1991. Le gain pour l'assurance maladie est de 1,5 milliard en année pleine.

- Il est demandé aux laboratoires pharmaceutiques de proposer eux-mêmes une autoréduction de leur chiffre d'affaires sur les spécialités remboursables de 2,5 %.

Cette réduction concerne tous les laboratoires réalisant plus de 100 millions de francs de chiffre d'affaires avec les médicaments remboursés par la Sécurité sociale, c'est à dire une centaine de laboratoires. Ils pourront jouer sur le déremboursement de certaines spécialités ou la baisse des prix. Au total, cette réduction de dépenses devrait représenter 1,3 milliard de francs pour l'assurance maladie.

- Les grossistes répartiteurs participent à la politique d'économie, tandis que les revenus des pharmaciens seront également limités (suppression du supplément d'honoraires).

- Les médicaments à base d'oligo éléments et de magnésium ne sont plus remboursés. Economie : 350 millions de francs en année pleine.

- La nomenclature des actes de radiologie est révisée Gain : 700 millions en année pleine.

Au total les économies réalisées sont estimées à 9 milliards de francs pour les années 1991 et 1992.

2. Une crise désormais chronique de trésorerie

Comme l'indique avec pertinence la commission des Finances, "la trésorerie est la mémoire qui reflète les heurs et malheurs du régime général depuis sa création. Elle en interdit une gestion amnésique." (1)

Les crises de trésorerie du régime général, annoncées par la commission des comptes de la sécurité sociale dès janvier 1991, et effectivement constatées à partir du mois de juin de la même année, reflètent donc :

- d'une part, et de manière immédiate et préoccupante, les conséquences de l'absence d'une réforme significative des modes d'organisation et de financement de la sécurité sociale ;

- d'autre part, la propension de plus en plus affirmée des pouvoirs publics à improviser dans l'urgence et à recourir aux solutions provisoires en ce qui concerne la gestion quotidienne du régime général.

a) La trésorerie du régime général en 1991 : un financement "sous perfusion"

En 1991, les difficultés de trésorerie du régime général ont tout d'abord nécessité la mise en oeuvre de divers aménagements techniques, à savoir :

- l'avancement du 15 au 5 de chaque mois de la date d'exigibilité des cotisations des entreprises de 50 à 399 salariés ;

- la modification progressive des dates de versement des allocations mensuelles de la dotation globale hospitalière par les caisses pivots d'assurance maladie ;

- le règlement anticipé, par l'Etat, de certains de ses remboursements à la sécurité sociale (AAH, FNS, compensation des prestations familiales).

Ces aménagements s'étant révélés insuffisants, des avances exceptionnelles du Trésor, d'un montant variant entre 1,5 et 21 milliards de francs, ont été ponctuellement consenties entre le 11 juin et le 22 décembre 1991 pour une période totale de 65 jours. Ces avances, remboursées dès le lendemain des périodes

de mobilisation, ont été généralement rémunérées au taux moyen pondéré du marché monétaire, majoré d'un demi à un point.

Les taux d'intérêts acquittés à ce titre ont donc variés de 9,58 à 11 % durant la période considérée et ont entraîné le versement par le régime général à l'État de 158 millions de francs d'intérêts débiteurs.

Par ailleurs, le régime général a également bénéficié, du 23 décembre 1991 au 6 janvier 1992, d'un concours exceptionnel de la Caisse des Dépôts et Consignations de 15 milliards de francs, ayant entraîné le versement de 71 millions de francs d'intérêts débiteurs.

b) La trésorerie du régime général en 1992 : la confirmation des mauvaises habitudes

En 1992, et les mêmes causes produisant les mêmes effets, des avances d'un montant variant entre 0,5 et 19 milliards de francs ont été à nouveau consenties au régime général par le Trésor entre le 10 juin et le 15 juillet.

Le montant moyen de ces avances a été de 9,3 milliards de francs et le régime général a dû verser à ce titre 93 millions de francs d'intérêts débiteurs.

Or, le besoin cumulé de financement du régime général est aujourd'hui évalué à 45 milliards de francs au 31 décembre 1992 et, à législation inchangée, à 85 milliards de francs au 31 décembre 1993.

En l'absence de mesures de redressement, le principal régime de protection social du pays, à savoir le régime général de la sécurité sociale, est donc aujourd'hui condamné à s'enliser dans la situation d'un emprunteur permanent qui, pour faire face à ses échéances, alourdit ses charges par des frais financiers.

C. L'APPARITION ET LE DEVELOPPEMENT DE PRATIQUES INADMISSIBLES

Parallèlement à une inaction préoccupante en ce qui concerne le rétablissement de l'équilibre financier des régimes sociaux, le Gouvernement a récemment recouru en ce domaine à des

pratiques inadmissibles visant à reporter, sur certains de ces régimes, une partie de la charge de l'équilibre financier du budget de l'État.

1. 1991 : le "pillage" des réserves financières de l'O.R.G.A.N.I.C au profit du budget de l'État

Instituée par la loi n° 70-13 du 3 janvier 1970, la contribution sociale de solidarité des sociétés est destinée au financement des régimes maladie-maternité et d'assurance-vieillesse des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Le produit de cette contribution est réparti, sur la base d'un arrêté interministériel, entre l'O.R.G.A.N.I.C ⁽¹⁾, la C.A.N.C.A.V.A ⁽²⁾, la C.A.N.A.M ⁽³⁾ et la caisse complémentaire des entreprises du bâtiment. La fraction de cette contribution non reversée aux caisses de non salariés était placée, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale, à la Caisse des Dépôts et Consignations qui rémunérait les fonds correspondants à un taux voisin du marché monétaire.

Le montant de cette réserve financière était estimé à 7,3 milliards de francs au 31 décembre 1990, contre 3,8 milliards de francs au 31 décembre 1988, soit un quasi doublement en deux ans.

Constatant la croissance régulière des réserves financières de l'O.R.G.A.N.I.C, la commission des comptes de la sécurité sociale s'était inquiétée, dans son rapport de février 1991, des convoitises que ne pouvait manquer de susciter leur existence.

Or, celles-ci ont été doublement sollicitées en 1991 pour contribuer à assurer l'équilibre du budget de l'État, à savoir :

- d'une part, l'article 17 de la loi du 26 juillet 1991 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier a autorisé un premier prélèvement d'un milliard de francs ;

- d'autre part, les articles 35 et 36 du projet de loi de finances pour 1992, en modifiant les modalités de la répartition du

1. Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce.

2. Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale.

3. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles.

produit de la contribution sociale de solidarité, permettent à l'État de bénéficier indirectement des autres réserves financières constituées à ce titre.

2. 1992 : l'aménagement contestable des modalités de la surcompensation entre les régimes spéciaux d'assurance vieillesse

L'aménagement des modalités de la surcompensation entre régimes spéciaux d'assurance vieillesse prévu pour 1993 trahit la même réalité inadmissible que le "pillage" des réserves financières de l'O.R.G.A.N.I.C effectué en 1991.

Il convient de rappeler à ce sujet les mécanismes de la surcompensation entre les régimes spéciaux d'assurance vieillesse des salariés qui est venue s'ajouter, depuis 1985, à la compensation démographique préalablement instituée en matière d'assurance-vieillesse.

Le principe de cette surcompensation consiste à créer un régime fictif qui servirait à chaque retraité de droit direct de 60 ans et plus, ainsi qu'à chaque retraité de droit dérivé, non plus une pension minimale, mais une pension égale à la moyenne des prestations servies dans les régimes spéciaux d'assurance-vieillesse. Les cotisations nécessaires à l'équilibre de ce régime fictif sont calculées sur l'assiette effective des cotisations vieillesse reçues par les régimes concernés.

Toutefois, les flux financiers générés par ce mécanisme étant particulièrement importants, il est apparu nécessaire de limiter cette surcompensation en fixant les transferts effectifs entre régimes débiteurs (C.N.R.A.C.L.-E.D.F.-G.D.F., Etat employeur) et régimes créditeurs (Mines, S.N.C.F, E.N.I.M) à un certain pourcentage du montant des transferts théoriques.

Jusqu'à présent, ce pourcentage était fixé à 22 % du montant total des transferts théoriques entre les régimes spéciaux d'assurance-vieillesse.

L'aménagement prévu pour 1993 consiste à augmenter ce pourcentage de 22 à 38 % des transferts théoriques.

Or, cet aménagement aboutit à un allègement net de charges pour le budget de l'État évalué à 3,3 milliards de francs.

Le manque à gagner résultant, pour les régimes spéciaux concernés, des nouvelles modalités de la surcompensation vieillesse sera essentiellement supporté par la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (C.N.R.A.C.L.), dont les réserves financières, évaluées à 14 milliards de francs, devraient être en conséquence épuisées dans un délai n'excédant pas quatre ans.

D'une manière générale, de telles pratiques, totalement inadmissibles dans leur principe, conduisent également à s'interroger sur la cohérence de l'action gouvernementale en ce qui concerne la gestion des régimes de retraite.

En effet, le livre blanc sur les retraites, publié par le Gouvernement au printemps 1991, estimait que la constitution de réserves financières au sein des régimes de retraite par répartition constituait une solution qui méritait un "examen attentif".

A ce titre, la mission d'experts, présidée par M. Cottave, et désignée par le Gouvernement afin d'exposer aux partenaires sociaux les conclusions du Livre blanc, avait félicité l'O.R.G.A.N.I.C pour l'existence de ses réserves financières utilisées depuis lors au bénéfice du budget de l'État.

III - LA "GRANDE MISERE" DE L'ADMINISTRATION DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Pour des raisons diverses, et qui ne relèvent pas toutes de sa seule responsabilité, l'Etat est aujourd'hui trop impliqué dans la gestion quotidienne et immédiate de notre système de protection sociale au détriment de l'élaboration et de la mise en oeuvre des réformes nécessaires à la pérennité de notre système de protection sociale.

Or, le ministère des Affaires sociales et de la santé paraît quelque peu démuné en ce domaine, en raison :

- du caractère "subsidaire" de son budget, qui résulte des spécificités mêmes de l'organisation institutionnelle de notre système de protection sociale reposant sur une grande diversité d'acteurs ;

- de l'inadaptation de ses moyens administratifs à l'exécution des tâches d'analyse, de prévision, de réflexion et de coordination qui s'avèrent aujourd'hui prioritaires.

A. UNE ÉVOLUTION GLOBALEMENT DÉFAVORABLE DES MOYENS BUDGÉTAIRES AU COURS DE LA PÉRIODE 1989-1992

L'analyse de l'évolution en francs constants des crédits du ministère des Affaires sociales et de la santé (incluant les crédits communs avec le ministère du travail) apparaît globalement défavorable au cours de la période 1989-1992 (Cf tableau page suivante).

On constate ainsi :

1. la diminution (-1,3%) en francs constants des crédits d'action sociale

• Parmi les principales masses financières concernées, il convient à cet égard de noter :

Evolution des crédits des Affaires sociales et de la Santé (y compris crédits communs avec le ministère du travail)

Nature des crédits (en millions de francs)	Budget voté de 1989	Budget voté de 1990	Budget voté de 1991	Budget voté de 1992	variation 1989/1992 en % (1)
ACTION SOCIALE	31 660,90	32 357,40	33 552,30	33 896,85	-1,91%
dont :					
- actions obligatoires	29 895,48	30 646,14	31 835,90	32 007,44	-1,91%
- interventions publiques (titre IV)	864,06	764,72	743,4	980,81	3,47%
- équipements sociaux					
A.P	487,24	586,94	604	596	11,50%
C.P	472,5	501,84	550	435,9	-15,91%
- formation des professions sociales	428,86	444,7	463	472,7	0,47%
SANTE	1 933,00	2 346,32	2 534,40	2 515,23	18,61%
dont :					
- actions obligatoires	287,61	311,42	328,30	321,57	1,92%
- prévention sanitaire	543,71	928,50	1 051,40	1 063,12	78,24%
- équipements sanitaires					
A.P	646,1	646,1	593	613,05	-13,51%
C.P	563,5	554,8	587	579,5	-6,25%
- formation des professions de santé	538,18	551,6	567,7	551,04	-6,66%

(1) En francs constants

Evolution des crédits des Affaires sociales et de la Santé (y compris crédits communs avec le ministère du travail)

MOYENS DES SERVICES	4 967,68	5 094,36	4 960,30	5 158,86	-5,33%
dont :					
- dépenses de personnel	3 794,94	3 978,25	3 846,10	4 004,01	-3,82%
- fonctionnement des services	1 084,24	1 033,33	1 044,00	1 099,85	-7,53%
- équipement des services					
A.P	89,78	102,36	61,50	62,10	-36,98%
C.P	88,5	82,78	70,2	55	-43,35%
TOTAL GENERAL	38 561,58	39 798,08	41 097,00	41 570,94	-1,73%

- le maintien à niveau (+ 0,47 %) des crédits affectés de formation des professions sociales, qui paraît contradictoire avec les besoins constatés en ce domaine ;

- la (modeste) progression (+ 3,47%) des dotations consacrées aux interventions publiques (TITRE IV) dans le domaine social ;

- la diminution des crédits affectés aux actions obligatoires de l'Etat dans le domaine social (-1,91%) ;

- l'évolution préoccupante des moyens consacrés aux équipements sociaux. En effet, si la dotation correspondante progresse de 11,5 % en autorisations de programme au cours de la période considérée, il convient par ailleurs de noter :

- d'une part, que le montant total de ces autorisations de programme retrouve pratiquement, en 1992, son niveau de 1990 (586,94 millions de francs en 1990 ; 596 millions de francs en 1992) après avoir atteint un maximum de 604 millions de francs en 1991 ;

- d'autre part, que les crédits de paiement correspondants connaissent une forte contraction (-15,91 %) entre 1989 et 1992.

2. L'augmentation des crédits d'action sanitaire

Les crédits d'action sanitaire progressent de + 18,61 % en francs constants au cours de la période considérée.

Cette progression correspond à des évolutions pour le moins contrastées, à savoir :

- l'augmentation des dotations affectées à la prévention sanitaire (+ 78,24%).

Il convient à cet égard de noter que l'essentiel de cette augmentation était intervenue dès 1990 (dotation 1989 : 543,71 millions de francs ; dotation 1990 : 928,5 millions de francs ; dotation 1992 : 1063,12 millions de francs) et résultait, d'une part, d'un transfert de crédits de 200 millions de francs au titre de la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie et, d'autre part, de mesures nouvelles pour un total de 179 millions de francs.

- la contraction des crédits consacrés aux équipements sanitaires (-13,51 % en autorisations de programme et - 6,25 % en crédits de paiement), et à la formation des profession de santé (-6,66 %).

3. L'évolution préoccupante des crédits affectés au fonctionnement des services, qu'il s'agisse de la dotation globale (- 5,33 %), des dépenses de fonctionnement (-7,53 %) ou de l'équipement des services (-36,98 % en autorisations de programme et -43,35 % en crédits de paiement).

Globalement considéré, et compte tenu de ces évolutions, le budget des Affaires sociales et de la santé a ainsi diminué de 1,73 % en francs constants entre 1989 et 1992.

B. LE PROJET DE BUDGET DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ POUR 1993 : UN BUDGET EN "TROMPE L'OEIL"

1. Les grandes masses du budget des Affaires sociales et de la santé pour 1993

Les crédits demandés au titre des Affaires sociales et de la santé pour 1993 (hors crédits communs avec le ministère du travail) atteignent 50.548,91 millions de francs en 1993, soit une progression de 28,7 % en francs courants par rapport au budget voté de 1992.

(en millions de francs)

Nature des crédits	Budget voté de 1992	Loi de finances initiale pour 1993	Variation 1992/1993 en %
Dépenses ordinaires	38.209,96	49.513,30	+ 29,58 %
Dépenses en capital (crédits de paiement)	1.068,66	1.035,61	- 3,09 %
Total	39.278,62	50.548,91	+ 28,69 %

Il convient de souligner que cette progression résulte principalement du transfert, au budget des Affaires sociales et de la santé, des crédits du Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.) qui étaient antérieurement imputés au budget des charges communes, soit une mesure nouvelle de 13.600 millions de francs.

Déduction faite de ce transfert, et compte tenu, par ailleurs, de l'évolution des subventions versées par l'État à divers régimes de protection sociale, le budget des Affaires sociales et de la santé pour 1993 s'élève à 36.948,91 millions de francs, soit une diminution de 5,93 % en francs courants par rapport au budget voté pour 1992.

a) Les dépenses ordinaires

Les dépenses ordinaires, soit 49.513,30 millions de francs en 1992, augmentent de 29,58 % en francs courants par rapport au budget voté de 1992.

Au sein de ces dépenses, les moyens des services (Titre III) atteignent 3.480,55 millions de francs, en augmentation de 10,51 % en francs courants.

Les interventions publiques (Titre IV) atteignent, quant à elles, 46.032,74 millions de francs, soit une augmentation de 31,30 % en francs courants par rapport au budget voté de 1992.

Toutefois, et comme cela a déjà été précédemment indiqué, cette évolution traduit principalement l'imputation, au chapitre 46-21 du budget des Affaires sociales et de la santé, des crédits du Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.) qui étaient antérieurement inscrits au budget des charges communes.

Déduction faite de ce transfert, et compte tenu, par ailleurs, de l'évolution des subventions versées par l'État à divers régimes de protection sociale, les interventions publiques du Titre IV atteignent 32.432,74 millions de francs, soit une diminution de 7,49 % en francs courants par rapport au budget voté pour 1992.

b) Les dépenses en capital

Celles-ci s'élèvent, en 1993, à 1.035,61 millions de francs en crédits de paiement, soit une contraction de 3,09 % en francs courants par rapport au budget voté de 1992. De même, les autorisations de programme diminuent de 5,94 % en 1993 et atteignent 1.194.82 millions de francs.

Parmi les dépenses en capital, les investissements exécutés par l'Etat (Titre V) diminuent tant en crédits de paiement (- 25.83 %) qu'en autorisations de programme (- 4,94 %), pour atteindre respectivement 55,63 millions de francs et 88,52 millions de francs.

Les subventions d'investissement accordées par l'Etat (Titre VI) diminuent de 1,38 % en crédits de paiement (ceux-ci passent de 993,65 millions de francs en 1992 à 979,98 millions de francs en 1993) et de 6,02 % en autorisations de programme (1.106,3 millions de francs en 1993).

2. Les principales actions

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des dotations prévues au titre des différentes actions du budget des Affaires sociales et de la santé :

(en millions de francs)

Actions	Crédits de paiement		Evolution 1992/1993	Autorisations de programme		Evolution 1992/1993
	1992	1993		1992	1993	
Actions de caractère sanitaire	1.970,80	1.982,51	0,59 %	622,5	547,6	- 12,03 %
Actions de caractère social	33.208,41	44.086,66	32,76 %	598,2	598,7	0,08 %
Formation des professions sanitaires et sociales	1.026,14	1.130,25	10,15 %	2,5	2	- 20,00 %
Services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales	2.658,94	2.823,89	6,20 %	40	37,5	- 6,25 %
Population et migrations	189,53	188,99	- 0,28 %	0	0	-
Administration centrale et services communs	218,69	325,77	48,96 %	946	900	- 4,86 %
Recherche	6,05	10,82	78,84 %	6,12	8,12	32,68 %

Ces actions peuvent toutefois être regroupées en trois catégories principales, à savoir :

- la santé publique, soit 2.554,82 millions de francs ;
- l'action sociale, soit 44.827,34 millions de francs ;
- les moyens des services, soit 3.166,65 millions de francs ;

a) Les crédits relatifs à la santé publique

Le tableau ci-après présente l'ensemble des crédits correspondants aux différentes missions assurées par le ministère des Affaires sociales et de la santé dans le domaine de la santé publique. Budgétairement, ces crédits relèvent de l'action 01 (Actions à caractère sanitaire), 03 (Formation des professions sanitaires et sociales) et 52 (Recherche).

Nomenclature budgétaire	Budget voté de 1992	Projet de loi de finances 1993	Variation	
			Valeur	%
Protection et prévention (chap 34.11 36.51 AP 47.13 et 66.50) CP	9,45 348,04	9,6 404,26	0,15 56,22	1,59% 16,15%
Formation des professions médicales et paramédicales (chap 43.32 43.34 art. 10)	551,04	578,52	27,48	4,99%
Actions et services obligatoires de santé (chap 47.14)	321,56	333,67	12,11	3,77%
Lutte contre la toxicomanie (chap 47.15 art. 11 et 12 chap 47.16)	675,38	695,79	20,41	3,02%
Pharmacie, médicaments, matériels biomédicaux et évaluation des soins (chap 47.51)	39,7	42,6	2,9	7,30%
Agence française du sang (chap 36.71 nouveau)	0	15	ns	ns
Actions internationales dans le domaine de la santé (chap 42.10 art. 20 nouveau)	0	2,5	ns	ns
Equipement sanitaire (chap 56.10 art. 10 AP 20,30,40,50,80) CP	42,05 28	40 24,3	-2,05 -3,7	-4,88% -13,21%
Subventions d'équipement sanitaire (chap 66.11) AP CP	571 551,5	500 458,18	-71 -93,32	-12,43% -16,92%
TOTAL (CP)	2515,22	2554,82	39,6	1,57%

Dépenses ordinaires

Les évolutions constatées s'expliquent notamment par :

- Le développement des actions relatives à la prévention générale et au contrôle sanitaire de l'environnement : + 13,95 millions de francs (chapitre 47-13 article 10)
- L'augmentation des crédits affectés à l'agence française de la lutte contre le sida : + 50 millions de francs (chapitre 47-13 article 50);
- La création de quatre nouveaux registres de pathologie : + 1,5 million de francs (chapitre 47-13 article 60);
- Le financement d'une nouvelle structure chargée de coordonner la surveillance épidémiologique et l'évaluation des risques transfusionnels, en vue de contribuer à la sécurité des produits sanguins labiles : + 1,5 million de francs (chapitre 47-51 article 90 nouveau);
- La création de l'agence française du sang : + 15 millions de francs (chapitre 36-71 article 10);
- L'évolution du nombre et du montant des bourses versées aux professions para-médicales : + 22,75 millions de francs (chapitre 43-34 article 10);
- Le financement d'actions internationales dans le domaine de la santé : + 2,5 millions de francs (chapitre 42-10 article 20);
- L'ajustement aux besoins des crédits destinés :
 - au service central de protection contre les rayonnements ionisants : + 1,26 millions de francs (chapitre 36-51 article 20);
 - au dispositif de soins en faveur des toxicomanes : + 19,09 millions de francs (chapitre 47-15 articles 11 et 12);
 - aux actions et services obligatoires de santé dans les T.O.M : + 6,54 millions de francs (chapitre 47-14 articles 21,22,24 et 25);
 - aux actions et services obligatoires de santé : - 2,12 millions de francs (chapitre 47-14 articles 40 et 80);

- au dépistage anonyme et gratuit du sida : + 1,24 million de francs (chapitre 47-14 article 70) ;

- à la formation continue et au recyclage des professions médicales et paramédicales : - 2,5 millions de francs (chapitre 43-32) ;

- aux subventions allouées aux écoles privées de formation de sages-femmes et d'auxiliaires para-médicaux : + 5,5 millions de francs (chapitre 43-32 article 10) ;

- aux stages extra-hospitaliers pour les internes en santé publique et recherche : + 12,81 millions de francs (chapitre 43-32 article 20) ;

- La réalisation d'économies budgétaires dans les crédits de formation et de recyclage des professions médicales et paramédicales : - 21 millions de francs (chapitre 43-32).

Dépenses en capital

Les évolutions constatées au titre de la santé publique s'expliquent essentiellement par :

- La poursuite des travaux relatifs à la restructuration d'une unité de soins des thermes d'Aix-les-Bains (chapitre 56-10 article 10), la dotation correspondante atteignant 20 millions de francs en autorisations de programme et 7 millions de francs en crédits de paiement ;

- L'évolution des crédits consacrés à la modernisation des services d'aide médicale d'urgence (chapitre 56-16 article 40), qui se caractérise par une contraction des autorisations de programme (4,5 millions de francs en 1993 contre 7,5 millions de francs en 1992) et des crédits de paiement (1,8 million de francs en 1993 contre 6,95 millions de francs en 1992) ;

- La diminution des subventions d'équipement sanitaire (chapitre 66-11), notamment consacrées à la modernisation des établissements de soins et de cure. Les crédits correspondants pour 1993 atteignent ainsi 500 millions de francs en autorisations de programme (soit une diminution de 71 millions de francs par rapport au budget voté de 1992) et 458,18 millions de francs en crédits de paiement (soit une diminution de 93,3 millions de francs).

b) Les crédits relatifs à l'action sociale

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des crédits correspondants aux différentes missions assurées par le ministère des Affaires sociales et de l'intégration dans le domaine de l'action sociale.

Budgétairement, ces crédits relèvent des actions 02 (Actions à caractère social), 03 (Formation des professions sanitaires et sociales) et 08 (Population et migration).

Nomenclature budgétaire	Budget voté de 1992	Projet de loi de finances 1993	Variation		
			Valeur	%	
Etablissements nationaux à caractère social (chap 36 21)	74,21	77,43	3,22	4,34%	
Service national des obécteurs de conscience (chap 37 01)	196,38	211	14,62	7,44%	
Formation des professions sociales (chap 43 33 et 43 34 art. 20)	472,7	549,92	77,22	16,34%	
Remboursement des dépenses afférentes à l'I.V.G. (chap 46 22)	145	140	5	-3,45%	
Aide sociale obligatoire (chap 48 23 48 25 et 48 26) dont : C.H.R.S. C.A.T	8869,12 2073,97 4364,47	9277,48 2197,2 4652,93	408,36 123,23 288,46	4,60% 5,94% 6,61%	
Revenu minimum d'insertion (chap 46 21 nouveau)	0	13600	ns	ns	
Actions internationales dans le domaine social (chap 42 10 nouveau)	0	2,8	ns	ns	
Adaptation aux adultes handicapés (chap 46 92)	18775	18819	1044	5,62%	
Programmes d'action sociale (chap 46 02 47 21 et 47 15 art. 20)	767,44	848,69	81,45	10,61%	
Subventions à divers régimes de protection sociale (chap 47 22 et 47 23)	6947,73	2597,73	-4350	-62,61%	
Action en faveur des travailleurs migrants (chap 47 81)	189,53	188,99	-0,54	-0,28%	
Équipement social établissements nationaux (chap 56 10 art 70)					
	AP	4	4	0	0,00%
	CP	3,2	2,2	-1	-31,25%
Subventions d'équipement social (chap 56 70)					
	AP	538,7	596,7	0	0,00%
	CP	432,7	512,2	79,5	18,37%
TOTAL CP	33873,01	44827,34	10954,33	32,34%	

Dépenses ordinaires

Les principales évolutions constatées à ce titre dans le domaine de l'action sociale s'expliquent notamment par :

- l'inscription au budget des Affaires sociales et de la santé des crédits relatifs au R.M.I. qui étaient antérieurement inscrits au budget des charges communes : + 13.600 millions de francs (chapitre 46-21 article 10 nouveau);

- La diminution des subventions versées par l'Etat à divers régimes de protection sociale, résultant de l'aménagement des modalités de calcul de la surcompensation entre les régimes spéciaux d'assurance-vieillesse : - 3.824 millions de francs (chapitre 47-23 article 10);

- La création de 2600 places en Centres d'aide par le travail : + 108 millions de francs (chapitre 46-23 article 70);

- L'augmentation des crédits consacrés à l'action sociale en faveur des jeunes (+ 60 millions de francs chapitre 47-21 article 60) et le financement des mesures d'accompagnement en faveur des jeunes chômeurs de longue durée (+ 40 millions de francs chapitre 47-21 article 10);

- La création de places dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale : + 8 millions de francs (chapitre 46-23 article 20);

- Les interventions de l'Etat en faveur des travailleurs migrants étrangers : + 6,1 millions de francs (chapitre 47-81 article 10);

- Le financement d'actions internationales dans le domaine social : + 2,5 millions de francs (chapitre 42-10 article 10);

- L'ajustement aux besoins de diverses dotations et notamment :

• la contribution de l'Etat au financement de l'allocation pour adultes handicapés : + 1.044 millions de francs (chapitre 46-92 article 10);

• les subventions à divers régimes de protection sociale : - 362,9 millions de francs (chapitre 47-23 articles 10 et 20);

- les subventions destinées aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale et aux centres d'aide par le travail : + 270 millions de francs (chapitre 46-23 articles 20 et 70);

- les crédits affectés à l'action sociale de l'Etat : - 55 millions de francs (chapitre 47-21);

- les rentes mutualistes des anciens combattants et victimes de guerre : + 37 millions de francs (chapitre 47-22 article 20);

- les centres de formation des travailleurs sociaux : + 31,47 millions de francs (chapitre 43-33 article 10);

- Le transfert de crédits :

- affectés à la formation des professions sociales, et antérieurement inscrits au fonds de la formation professionnelle et de la promotion sociale (budget du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle) : + 19 millions de francs (chapitre 43-33 article 50);

- concernant la formation professionnelle des réfugiés en centres provisoires d'hébergement, antérieurement inscrits au budget du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle : + 19 millions de francs (chapitre 47-81 article 50).

Dépenses en capital

Les évolutions constatées au titre de l'action sociale s'expliquent essentiellement par :

- la poursuite des opérations de rénovation dans les instituts nationaux de jeunes aveugles de Paris et de jeunes sourds de Bordeaux, les dotations correspondantes demeurant stables en autorisations de programme (4 millions de francs) et diminuant d'un million de francs en crédits de paiement (2,2 millions de francs) ;

- L'évolution des subventions d'équipement social accordées par l'Etat (chapitre 66-20), qui demeurent au niveau atteint l'année précédente en autorisations de programme (596,7 millions de francs) et augmentent en crédits de paiement (512,2 millions de francs en 1993 contre 432,7 millions de francs en 1992).

Il convient de noter à ce sujet l'augmentation des subventions d'investissement en ce qui concerne la modernisation des hospices (soit 517 millions de francs en autorisations de programme contre 496 millions de francs en 1992 et 475,57 millions de francs de crédits de paiement contre 402,4 millions de francs en 1992).

c) Les moyens des services

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des crédits affectés au fonctionnement des services et inscrits au budget des Affaires sociales et de la santé pour 1993.

Nomenclature budgétaire	Budget voté de 1992	Projet de loi de finances 1993	Variation	
			Valeur	%
Dépenses de personnel des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales (chap 31.41 31.42 31.96 33.90 33.91 33.92 et 37.12)	1838,46	1914,79	76,33	4,15%
Dotations de fonctionnement des services extérieurs sanitaires (chap 37.13)	656,94	732,34	75,4	11,48%
Dotations de fonctionnement des services centraux (chap 34.95 34.98)	214,12	322,7	108,58	50,71%
Statistiques et études (chap 34.94)	30,42	29,9	-0,52	-1,71%
Innovation sociale (chap 44.01)	23,82	18	-5,82	-24,43%
Formation (dont E.N.S.P) (chap 37.05 36.41)	82,73	88,81	6,08	7,35%
Moyens et actions des services de tutelle hospitalière (chap 37.14 nouveau)	0	20	ns	ns
Frais de justice et réparations civiles (chap 37.91 nouveau)	0	10,98	ns	ns
Equipements administratifs (chap 57.93)				
AP	47,06	44,52	-2,54	-5,40%
CP	43,81	29,13	-14,68	-33,51%
TOTAL CP	2890,3	3166,65	276,35	9,56%

Dépenses ordinaires

Outre diverses mesures indemnitaires ou statutaires, et divers ajustements aux besoins, les évolutions constatées au titre des moyens des services s'expliquent essentiellement par :

- La poursuite des transferts d'emplois entre l'Etat et les départements au titre du processus mis en oeuvre dans le cadre des lois de décentralisation (partition des D.D.A.S.S) ;

- La création de 65 emplois dans les services extérieurs (15 médecins inspecteurs de la santé publique, 20 inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, 30 secrétaires administratifs), 120 emplois étant par ailleurs supprimés au titre des économies budgétaires ;

- Le renforcement des moyens de gestion du R.M.I : + 80 millions de francs (chapitre 37-13 article 20) ;

- l'affectation de crédits destinés à l'accompagnement de la réforme hospitalière : + 20 millions de francs (chapitre 37-14 nouveau : Moyens et actions des services de tutelle hospitalière) ;

- Le transfert :

• d'emplois dont :

* au ministère de l'Éducation nationale : 52 emplois relevant du service de santé scolaire au ministère de l'Éducation nationale (- 6,56 millions de francs) ;

* au budget des services communs : 61 emplois (- 6,85 millions de francs) ;

• de divers crédits, dont 94,27 millions de francs, antérieurement inscrits au budget des services communs du ministère des Affaires sociales et du travail, et désormais imputés aux articles 34-98, 37-05 et 37-91 du budget des Affaires sociales et de la santé.

- La diminution des crédits consacrés à l'économie sociale (chapitre 44-01 : - 5,82 millions de francs), dont la dotation atteint ainsi 18 millions de francs en 1993 ;

- L'inscription d'une provision de 10,98 millions de francs au titre des frais de justice et de réparations civiles (chapitre 37-91 nouveau).

Dépenses en capital

L'évolution constatée à ce titre traduit la diminution des dotations prévues, tant en autorisations de programme (44,52 millions de francs en 1993 contre 47,06 millions de francs en 1992) qu'en crédits de paiement (29,13 millions de francs en 1993 contre 43,81 millions de francs en 1992).

3. Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

Diverses modifications ont été apportées en seconde délibération par l'Assemblée nationale :

a) Au titre IV (Interventions publiques)

- chapitre 47.21, article 60 (Action sociale en faveur des jeunes) : 55 millions de francs ;

- chapitre 43.33, article 20 (Formation des intervenants de l'aide à domicile) : 2 millions de francs ;

- chapitre 44.01, article 10 (Economie et innovation sociale) : 2,5 millions de francs ;

- chapitre 46.02, article 94 (Aides sociales aux rapatriés et actions culturelles) : 0,5 million de francs ;

- chapitre 46.23, article 70 (Centres d'aide par le travail) : 0,8 million de francs ;

- chapitre 47.15 (lutte contre la toxicomanie) : 0,84 million de francs ;

- chapitre 47.21 (Programmes d'action sociale de l'Etat) : 12,8 millions de francs ;

- chapitre 47.22, article 20 (Majoration des rentes mutualistes des anciens combattants et victimes de guerre) : 1,5 million de francs ;

- chapitre 47.81, article 10 (Interventions de l'État en faveur des travailleurs migrants étrangers) : 2 millions de francs ;

b) Au titre VI (Subventions d'investissement accordées par l'État)

- chapitre 66.11 :

• **article 10 (Modernisation des C.H.R.) : 6,5 millions de francs en autorisations de programme et 5 millions de francs en crédits de paiement) ;**

• **article 20 (Modernisation des établissements de soins et de cure) : 1 million de francs en autorisations de programme et en crédits de paiement ;**

• **article 50 (Psychiatrie extra-hospitalière et lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme) : 2,4 millions de francs de francs en autorisations de programme et crédits de paiement ;**

- chapitre 66.20 :

• **article 40 : 0,5 million de francs en autorisations de programme et en crédits de paiement.**

D'une manière générale, ces modifications se situent dans la droite ligne des abondements de seconde délibération. Malgré quelques améliorations, elles ne sauraient modifier la décision négative de votre Commission.

C. UNE ADMINISTRATION DEMUNIE

A l'évidence, l'État ne dispose donc pas des moyens financiers l'autorisant à s'impliquer davantage dans la gestion immédiate et quotidienne de notre système de protection sociale.

En revanche, il lui appartient d'élaborer en ce domaine une véritable réflexion stratégique, prenant en compte les exigences qualitatives aujourd'hui incontournables, et dont la mise en oeuvre paraît devoir être effectuée dans le cadre d'une démarche partenariale, associant différents acteurs conscients de leurs responsabilités propres (État, organismes sociaux, collectivités locales).

Or, cette nécessaire redéfinition du rôle de l'Etat dans le domaine social suppose que soit, au préalable, résolu les nombreux problèmes posés par la "grande misère" de l'administration des Affaires sociales.

1. Une faiblesse paradoxale

L'administration des Affaires sociales souffre aujourd'hui d'une faiblesse structurelle :

- se traduisant par la "fuite des cerveaux" ;
- résultant essentiellement de causes historiques qu'il convient de surmonter.

a) *La fuite des "cerveaux"* :

La faiblesse de l'administration des Affaires sociales se révèle notamment par la "fuite des cerveaux", qu'il s'agisse de l'administration centrale ou des services extérieurs.

Or, cette mauvaise cote de l'administration des Affaires sociales, qui relève par nature d'éléments en partie subjectifs, de modes, voire de snobismes, est pourtant un phénomène chaque jour plus paradoxal. Les questions relatives à la santé et à la protection sociale occupent une place grandissante dans la vie de nos concitoyens. Des choix politiques majeurs, de véritables choix de société sont à prendre face aux défis que constituent, notamment, les progrès des techniques médicales, le vieillissement de la population, le chômage. Les effets économiques des transferts sociaux, dont le montant est supérieur à celui du budget de l'Etat, sont au coeur de nombreux débats majeurs ; et l'attachement passionné des français à leur système de protection sociale n'est plus à démontrer.

Comment se fait-il, dans ces conditions, que l'administration qui assure la tutelle et le contrôle des institutions sanitaires et sociales ne soit pas jugée prioritaire et que les hauts fonctionnaires hésitent à venir y exercer leurs talents ?

Cette mauvaise image de l'administration centrale des Affaires sociales paraît confirmée par l'analyse du choix de leur affectation par les élèves des I.R.A. qui ne privilégient guère les services extérieurs des Affaires sociales. Il est vrai que la permanence de ces services, après le transfert aux assemblées départementales d'une partie de leurs compétences dans le cadre de la

décentralisation, donne lieu à quelques inquiétudes. Après un renforcement progressif de certains des services extérieurs du ministère des Affaires sociales depuis 1964, la décentralisation est venue à nouveau troubler le jeu difficile de cette administration dans le circuit interministériel.

On aboutit ainsi à une situation éminemment paradoxale : un ministère exerçant, directement ou indirectement, des attributions considérables et en expansion, souffre ainsi d'une sorte de faiblesse structurelle, sanctionnée et renforcée par la "fuite des cerveaux" susceptibles d'y exercer leurs compétences professionnelles.

b) Des causes historiques :

Pour comprendre cette situation paradoxale, il paraît utile de se référer à l'histoire des structures ministérielles dans le domaine de la santé et à celle des institutions sanitaires et sociales.

On constate, en effet, que ces deux ensembles se sont développés fort inégalement. Le budget social de la Nation a connu un essor considérable, surtout depuis la dernière guerre, mais la plupart des instruments de son développement -les prestations sociales, les biens et les services de santé- sont gérés en dehors de l'État et même des collectivités publiques malgré le rôle traditionnel de ces dernières en matière d'aide sociale. La sécurité sociale, héritière de la mutualité ou des initiatives du patronat social, s'est développée suivant une logique socio-professionnelle. Il en est de même, en grande partie, pour l'indemnisation du chômage. Par ailleurs, l'initiative privée a toujours joué un rôle important dans le développement des services sanitaires et sociaux.

En matière sociale, l'État est d'abord un tuteur : gardien des textes et -de plus en plus- des grands équilibres économiques et sociaux de la Nation. Ses moyens ne se sont pas développés à la vitesse de ceux des institutions qu'il contrôle. Ainsi, Michel Laroque (1) peut-il écrire : *"L'administration d'État est, elle, restée relativement pauvre, malgré un effort engagé dans les dernières années, mais largement absorbé par les départs à la retraite ou la constitution de nouveaux services peu opérationnels"*. Le ministère de la santé n'est devenu un département ministériel autonome qu'en 1920.

Par ailleurs, les structures administratives de ce ministère sont restées longtemps marquées par l'émiettement, facteur de faiblesse évident. La constitution de véritables services

1. M. Laroque - Politiques sociales dans la France contemporaine.

extérieurs départementaux ne date que de 1964, celle de services régionaux de 1977. La fusion réelle des services n'a évidemment pas suivi instantanément la fusion juridique... Ainsi, par exemple, la mise en place effective du service unifié de l'enfance (regroupant les services de protection maternelle et infantile, de santé scolaire, de l'enfance inadaptée et de l'ancienne direction de l'aide sociale des préfectures) n'était pas achevée dans tous les départements quand sont intervenues les mesures de décentralisation.

Au niveau central toutefois, la stabilité des grandes directions a été réelle ; mais ce sont les structures gouvernementales et la répartition des attributions entre les ministres et les secrétaires d'Etat qui n'ont cessé de se modifier de manière chaotique ; tout au plus peut-on déceler quelques tendances : la notion d'affaires sociales au sens large, réunissant la santé, la sécurité sociale, le travail et l'emploi, tend à s'imposer ; la santé est de plus en plus dépendante de la sécurité sociale.

Ainsi, la faiblesse structurelle de l'administration des Affaires sociales conduit inévitablement à s'interroger sur sa capacité à répondre efficacement aux exigences qualitatives qui conditionnent désormais l'avenir de notre système de protection sociale.

2. Les conditions de la modernisation :

Trois conditions paraissent aujourd'hui nécessaires afin de permettre à l'administration des Affaires sociales de s'adapter à l'évolution inéluctable du rôle de l'Etat dans ce domaine, à savoir :

a) Le renforcement du système d'aide à la décision :

Le système d'information dont disposent les décideurs dans le secteur sanitaire et social est beaucoup trop rudimentaire et doit être développé. Ainsi la création, en 1982, du S.E.S.I. (service des statistiques, des études et des systèmes d'information) au niveau central constitue-t-elle un pas décisif. Ce qui manque encore, c'est l'adhésion de tous les fonctionnaires à l'importance de la fonction statistique et l'acceptation de ses contraintes. Le P.M.S.I. (programme de médicalisation des systèmes d'information) constitue également un des supports essentiels d'une meilleure connaissance de l'activité hospitalière et du système de santé en général. Ce support devrait favoriser les rencontres de gestionnaires et de médecins autour d'un véritable enjeu

professionnel, alors que trop souvent ils ne font que s'affronter à propos de faux problèmes.

L'évaluation constitue, de la même façon, un axe prioritaire. Le décalage est trop grand entre la vitesse du développement des techniques médicales et la connaissance objective de l'utilisation qui en est faite. Peu d'études existent sur l'évaluation scientifique des techniques et des pratiques professionnelles ; quand elles existent, elles restent trop souvent confidentielles.

L'exercice de la tutelle constitue un axe complémentaire des deux précédents. La tradition juridique et formelle qui prédomine en ce domaine débouche sur une vision trop étroite des problèmes. Dorénavant, l'administration de tutelle doit apprendre à apprécier globalement les résultats d'une institution, hôpital ou caisse de sécurité sociale, compte tenu des moyens dont elle dispose. Les fonctionnaires doivent apprendre les techniques de contrôle et d'audit, et la réglementation doit évoluer dans le même sens. Les contrôles routiniers constituent un gaspillage de moyens humains et d'intelligences s'ils ne s'inscrivent pas dans une perspective globale.

Diverses évolutions ont été constatées dans ce domaine au cours des dernières années. Il convient toutefois de souligner l'inadaptation des moyens matériels nécessaires à la mise en oeuvre des principes proclamés, notamment dans le domaine de l'évaluation et des informations statistiques. On peut ainsi rappeler, à titre d'exemple, que la division des études économiques et statistiques du ministère des Affaires sociales a perdu 40 % de ses effectifs depuis 1984. Cette division compte aujourd'hui 17 agents, dont la plupart (soit 14 au total) sont des agents mis à disposition dont l'affectation se caractérise par la précarité (1).

b) La qualité de formation des cadres du ministère

Plutôt que de prétendre apporter des analyses ou des solutions nouvelles à ce vaste problème, mieux vaut tenter d'indiquer quelques éléments concrets de réflexion tirés de l'expérience de l'École nationale de la santé publique. Quelques évolutions paraissent essentielles et, notamment, garder l'équilibre entre les formations techniques spécialisées et la formation générale. La modernisation de l'administration, aux affaires sociales comme ailleurs, suppose que les cadres maîtrisent aisément des outils de gestion tels que la comptabilité, l'informatique ou les méthodes d'organisation ; mais les

1. Ainsi, par exemple, l'établissement des comptes prévisionnels de l'Assurance maladie est assuré par un agent au C.N.R.S. dont le départ, toujours menaçant, serait susceptible de paralyser totalement cette activité.

efforts à faire pour donner aux fonctionnaires, notamment administratifs, une compétence technique solide et les possibilités d'utilisation des techniques modernes sont tels qu'on peut être tenté de négliger une réflexion d'ensemble sur les coûts et les avantages de chaque outil et sur ses conditions d'utilisation. Seule une formation générale plus classique permet de développer le sens de la mesure, l'esprit de synthèse, voire le simple bon sens.

c) Le décloisonnement des pratiques administratives

Le décloisonnement entre bureaux et directions de l'administration centrale, entre l'administration centrale et les services extérieurs, apparaît aujourd'hui souhaitable.

Dans certains autres ministères, comme celui de l'équipement, les membres de corps techniques de haut niveau exercent alternativement leurs fonctions dans les services extérieurs et en administration centrale alors qu'au ministère des affaires sociales, les échanges de personnels (administratifs pour l'essentiel) sont restés longtemps l'exception.

La mobilité des agents, géographique et fonctionnelle, est le corollaire d'une administration décloisonnée ; mais celle-ci suppose des corps homogènes dans leurs statuts, entre lesquels les échanges ne soient pas inégaux. On sait que le ministère des affaires sociales souffre d'un fort "taux de fuite" de ses cadres administratifs. Pour les cadres techniques, le vœu du Professeur R. Debré n'a pas été exaucé : il manque au ministère un statut attractif pour les médecins de santé publique. Il serait dramatique de laisser le corps des médecins inspecteurs dans l'état de démoralisation où il se trouve ; outre les aspects purement matériels, la place des médecins dans les services extérieurs a objectivement régressé : précédemment conseillers du préfet, ils sont devenus les subordonnés des directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales. Quant aux ingénieurs, ils devraient recevoir un statut, leurs compétences étant rattachées aux services de l'Etat, alors qu'ils étaient jusqu'à présent contractuels des départements.

Ainsi, l'administration des affaires sociales, qui a la responsabilité ultime d'un secteur en pleine expansion et d'un poids considérable, est jeune, souvent mal structurée, et assez instable. Ces faiblesses ternissent son image. Mais cela ne vaut-il pas mieux que les administrations lourdes et figées ? Pourquoi ne ferait-elle pas, mieux que d'autres, preuve de capacité d'adaptation et d'imagination ? Ce défi doit être relevé.

Reunie le 10 novembre 1992, sous la présidence de M. Christian Poncelet, président, la Commission des finances a décidé de proposer au Sénat de ne pas adopter les crédits des Affaires sociales et de la Santé pour 1993.