

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1976-1977

Annexe au procès-verbal de la séance du 28 avril 1977.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

en vertu des dispositions de l'article 22, premier alinéa, du Règlement du Sénat, au nom de la Commission des Finances, du Contrôle budgétaire et des Comptes économiques de la Nation (1) sur la situation financière de la Sécurité sociale,

Par M. Marcel FORTIER,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Edouard Bonnefous, président ; Geoffroy de Montalembert, Max Monichon, Jacques Descours Desacres, Henri Tournan, vice-présidents ; Yves Durand, Roger Gaudon, Joseph Raybaud, Modeste Legouez, secrétaires ; Maurice Blin, rapporteur général ; Auguste Amic, Roland Boscary-Monsservin, René Chazelle, Bernard Chochoy, Jean Cluzel, Yvon Coudé du Foresto, Marcel Fortier, Jean Francou, Gustave Héon, Paul Jargot, Louis Jung, Robert Lacoste, Fernand Lefort, Georges Lombard, Raymond Marcellin, Josy-Auguste Moinet, Mlle Odette Pagani, MM. Gaston Pams, Pierre Prost, Mlle Irma Rapuzzi, MM. Paul Ribeyre, Edmond Sauvageot, François Schleiter, Robert Schmitt, Maurice Schumann.

SOMMAIRE

	Pages.
Avant-propos	3
Introduction	5
PREMIERE PARTIE. — L'importance croissante des dépenses sociales	9
CHAPITRE 1. — L'évolution récente des dépenses sociales	9
CHAPITRE 2. — Les dépenses de santé	17
CHAPITRE 3. — Les charges de retraite	33
CHAPITRE 4. — Les allocations familiales	39
DEUXIEME PARTIE. — Les difficultés permanentes de financement	43
CHAPITRE 1. — L'effort contributif des employés et des employeurs	44
CHAPITRE 2. — Le recours à l'Etat	49
CHAPITRE 3. — Les différents aspects de la compensation entre les régimes	52
Conclusion	55
Annexes	61
ANNEXE N° 1. — Mesures d'assainissement de la situation financière de la Sécurité sociale (déclarations de Mme Veil, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, au cours de son audition, par la commission, le 27 avril 1977)	63
ANNEXE N° 2. — Les conditions nécessaires pour parvenir à une diminution du taux de croissance des frais d'hospitalisation (déclarations de M. Prieur, directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie, au cours de son audition le 7 avril 1977)	70
ANNEXE N° 3. — Données sur l'équipement hospitalier	73

TABLE DES SIGLES UTILISES DANS LE RAPPORT

C. F. D. T.	Confédération française démocratique du travail.
C. F. T. C.	Confédération française des Travailleurs chrétiens.
C. G. C.	Confédération générale des Cadres.
C. G. M. P. E.	Confédération générale des petites et moyennes entreprises.
C. G. T.	Confédération générale du Travail.
C. G. T. - F. O.	Confédération générale du Travail (Force ouvrière).
C. N. A. F.	Caisse nationale des allocations familiales.
C. N. A. M. T. S. ...	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
C. N. A. V. T. S. ...	Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés.
C. N. P. F.	Conseil national du patronat français.
F. M. F.	Fédération des médecins de France.

AVANT-PROPOS

L'équilibre financier de la Sécurité sociale est préoccupant.

De multiples commissions ministérielles, groupes de travail se « penchent » sur cette question et « réfléchissent » depuis des années pour tenter de trouver un remède à cette situation inquiétante.

Les responsables politiques subissent une double pression :

— agir pour développer l'éducation sanitaire et la prévention (ce qui constitue une incitation à mieux se soigner et presque toujours à plus dépenser) ;

— et freiner, sinon réduire, le montant des dépenses de santé.

Aucun gouvernement, français ou étranger, n'a trouvé la recette miracle qui permettrait de concilier ces exigences contradictoires.

On se contente de procéder à des « replâtrages » :

— tantôt, usant de la touche « recettes » en augmentant les cotisations patronales et ouvrières ;

— tantôt en instituant une franchise, un ticket modérateur plus lourd, une discrimination dans les remboursements, sans parler d'une pression sur les médecins et les prescriptions médicales.

Votre rapporteur se propose donc d'établir un bilan de la situation financière de la Sécurité sociale.

INTRODUCTION

Les récentes difficultés financières des institutions de protection sociale ont conduit la Commission des Finances à étudier la question de l'équilibre des divers régimes.

Votre commission a donc ainsi été amenée à prolonger l'œuvre entreprise depuis l'an dernier à l'initiative de la Commission des Affaires sociales du Sénat et à soumettre à notre Assemblée le présent rapport d'information (1).

La Commission des Finances a convié à participer à son étude au sein d'un groupe de travail les membres de la Commission des Affaires sociales, qui ont toujours démontré une connaissance approfondie des questions de protection sociale (2).

Votre commission a ensuite défini sa méthode de travail.

Compte tenu de l'institution récente de mécanismes de compensation entre salariés et non salariés, son étude aurait été incomplète si elle avait été limitée à l'examen de la crise du seul régime général de la Sécurité sociale.

Il convient de constater que la dégradation de la situation du régime général a conduit à une prise de conscience de l'acuité des problèmes à résoudre.

(1) Un groupe de travail, constitué au sein de la Commission des Affaires sociales, a procédé aux auditions des représentants des organisations suivantes : Caisse nationale d'assurance maladie, Mutualité sociale agricole, C. G. T. - F. O., C. G. P. M. E., C. N. P. F., C. G. T., C. F. D. T. Fédération des établissements d'hospitalisation privée, F. M. F. (médecins de France), Fédération hospitalière de France, C. G. C. (cadres), Caisse nationale d'assurance-vieillesse des travailleurs salariés, Caisse nationale des allocations familiales, Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (A. C. O. S. S.), Syndicat national de l'industrie pharmaceutique, Conseil de l'ordre des pharmaciens.

(2) Le groupe de travail de la Commission des Finances a ensuite procédé aux auditions complémentaires suivantes : MM. Debray, membre de l'Institut, Guitton, membre de l'Institut, Sournia, médecin-conseil national du régime général de la Sécurité sociale, Derlin, président, et Prieur, directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie, Chotard, vice-président du C. N. P. F., Jacquelin Bardeau, chef du service de l'Inspection générale des Affaires sociales, et Gueniot, membre du Haut-Comité médical de la Sécurité sociale.

A cet égard, les principales caractéristiques de l'évolution de la situation du régime général méritent d'être brièvement rappelées.

Le redressement constaté de 1968 à 1971 a été provoqué par un progrès des recettes supérieur à la croissance des dépenses ; mais depuis l'année 1972, un renversement de tendance a conduit à la diminution progressive de l'excédent global, avant d'aboutir au solde négatif de l'année 1974, où, pour chacune des trois branches (assurance-maladie, assurance-vieillesse, prestations familiales), la gestion a été déficitaire. Un tel état de fait n'avait pas été constaté depuis la réforme de 1967.

Le retour à un faible excédent, au titre des allocations familiales, n'a pu compenser, en 1975, la dégradation des résultats des autres branches.

Des mesures d'économie ont donc été prises par les pouvoirs publics pour limiter un déficit estimé initialement à 13, puis 16 milliards de francs en 1977, mais dont l'importance devrait être, en définitive, beaucoup plus réduite (1).

Encore faut-il signaler que l'ordre de grandeur des sommes versées par le régime général au titre de la compensation démographique représente, en montant brut, en 1975, plus de 10 milliards de francs.

Pour l'avenir, les travaux préparatoires du VII^e Plan ont insisté sur la nécessité de limiter l'ampleur du besoin de financement de la Sécurité sociale. Cet impératif tendant à préserver l'équilibre financier des institutions doit être réalisé sans rechercher une « budgétisation plus poussée qu'actuellement des dépenses de la Sécurité sociale ». Selon le Plan, deux moyens devraient être utilisés pour améliorer le montant des ressources propres de la Sécurité sociale : une limitation du niveau global des prestations sociales, grâce à une meilleure sélectivité des dépenses, et une répartition plus équitable des cotisations, par une réforme de l'assiette de ces impositions.

Il serait cependant imprudent de considérer ces orientations sans apercevoir la nature très réelle des incertitudes de financement susceptibles d'affecter les différents régimes jusqu'au terme

(1) Cf. Annexe n° 1 (déclarations de Mme Veil, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, au cours de son audition, par la commission, le 27 avril 1977).

du VII^e Plan. En particulier, l'hypothèse retenue d'un net ralentissement du taux de croissance tendancielle des dépenses d'assurance-maladie paraît beaucoup trop optimiste compte tenu des leçons de l'expérience et de la structure même de ces charges.

Il apparaît donc de plus en plus clairement qu'il n'est plus possible de poursuivre une politique de protection sociale sans mesurer les coûts et les avantages respectifs de toute extension du système. Cette attitude suppose, bien évidemment, une définition claire et cohérente des principaux objectifs recherchés par les Pouvoirs publics.

Une doctrine devra être élaborée en fonction de diverses contraintes économiques : maintien à un taux élevé de la progression des prix de détail, progression du chômage, déficits persistants des finances publiques. L'évolution de la société, caractérisée par le vieillissement de la population, ne permettra pas, sans une considérable amélioration de la productivité de la main-d'œuvre, de surmonter aisément ces difficultés. De même, les aspects juridiques de la question mériteront un examen particulier : doit-on, au nom de l'égalité, assurer à tous, dans des conditions sensiblement identiques, des prestations uniformes, sans aucun souci d'équité réelle, compte tenu de la situation respective des catégories professionnelles concernées ?

Le moment semble opportun pour procéder à une réflexion d'ensemble capable d'apporter des réponses précises à toutes ces questions.

La généralisation du système de Sécurité sociale a tout d'abord modifié les critères d'intervention traditionnels de la collectivité. De nombreux groupes sociaux, dont la capacité contributive est faible, voire nulle, bénéficient de plus en plus souvent de l'aide de la collectivité : ainsi en est-il, par exemple, des handicapés et des jeunes à la recherche d'un premier emploi. Il convient donc d'examiner, et surtout de chiffrer correctement, quelles peuvent être les conséquences financières d'une substitution du principe de la solidarité nationale à la conception traditionnelle de l'assujettissement des intéressés selon l'exercice d'un métier.

En second lieu, une harmonisation des prestations servies aux bénéficiaires devra être entreprise, grâce à une meilleure connaissance des revenus, permettant une détermination précise de l'effort contributif exigé de chacun.

Enfin, la généralisation de la compensation financière suppose un souci de recherche permettant de définir les caractéristiques du futur régime de protection sociale des Français.

Dans ces conditions, il est opportun de ne pas profiter de ce renouvellement des conceptions doctrinales pour tenter d'aboutir à la mise en place d'un système de Sécurité sociale équitable et cohérent.

PREMIERE PARTIE

L'IMPORTANCE CROISSANTE DES DEPENSES SOCIALES

CHAPITRE I^{er}

L'évolution récente des dépenses sociales.

La complexité des régimes de protection sociale, les particularités des modes de financement et la diversité des dépenses ne permettent pas de décrire correctement l'évolution de la situation financière de la Sécurité sociale sans apprécier au préalable la question des charges figurant à l'*Etat retraçant l'effort social de la Nation*, fourni à l'appui de l'examen, par le Parlement, du projet de loi de finances.

Ce document doit, en effet, être utilisé avec précaution, car les modalités de l'imputation de certaines dépenses conduisent parfois à des doubles emplois comptables.

Mais les données statistiques fournies par cet Etat révèlent parfaitement la croissance continue, depuis quelques années, des dépenses sociales.

L'accroissement des charges de cette nature est le résultat de la politique de généralisation et d'harmonisation suivie depuis l'institution de la Sécurité sociale.

1. — L'IMPORTANCE DES DÉPENSES SOCIALES DE LA NATION

Plusieurs critères peuvent être utilisés pour évaluer l'importance des dépenses sociales de la Nation. Mais, en dernière analyse, quelles que soient les notions utilisées, l'évolution récente traduit la rapidité incontestable de la croissance des charges, et, corrélativement, l'importance de l'effort social de la Nation.

Il est notamment particulièrement significatif de constater que, depuis 1972, la progression du montant des dépenses sociales a toujours été supérieure à celle de la hausse des prix, comme le révèle le tableau ci-dessous :

	MONTANT des dépenses sociales.	POURCENTAGE d'accroissement annuel.	HAUSSE DES PRIX de détail.
	(En milliards de francs.)	(Pourcentage.)	
1972	196,49	+ 12,95	+ 6,9
1973	227,56	+ 16,26	+ 8,5
1974	271,92	+ 19,49	+ 15,2
1975	343,06	+ 26,16	+ 9,6

Une telle évolution a pu faciliter le développement de l'inflation.

De même, l'accroissement des dépenses sociales a excédé, en 1973 et en 1974, l'augmentation du montant des opérations à caractère définitif du budget de l'Etat, mesurée compte tenu des lois de finances initiale et des « collectifs » intervenus en cours d'exécution.

	ACCROISSEMENT ANNUEL des dépenses sociales.	ACCROISSEMENT des opérations à caractère définitif du budget de l'Etat.
	(Pourcentage.)	
1972	+ 12,95	+ 18,45
1973	+ 16,26	+ 13,21
1974	+ 19,49	+ 15,19
1975	+ 26,16	+ 26,36

L'examen des différents postes de dépenses démontre cependant que cette évolution n'a pas été identique pour les différents risques.

Sans doute les deux principaux postes, la santé et le groupe invalidité-vieillesse-décès, ont-ils pu représenter respectivement un peu moins d'un quart et un peu plus d'un tiers de l'ensemble ; mais l'évolution de la conjoncture, caractérisée par une baisse de la fécondité et une détente de l'emploi, a provoqué une diminution de la part des dépenses liées à la famille et une augmentation des charges afférentes au développement du chômage. Il semble, de plus, que le coût des activités de gestion-administration des différents risques ait récemment augmenté.

La part de la *santé* est ainsi passée de 23,78 % des dépenses sociales en 1971 à 24,16 % en 1975 ; celle de *l'invalidité, de la vieillesse ou du décès*, de 37,81 % à 37,78 % ; mais celle de la *famille* est revenue de 19,62 % en 1971 à 15,36 % en 1975, alors que les dépenses liées à *la formation des hommes et à la lutte contre le chômage* atteignaient 3,03 % en 1975, contre 1,76 % en 1971.

En outre, une tendance irréversible à l'augmentation de la part des dépenses sociales dans la production intérieure brute peut être constatée : on passe ainsi, en cinq années, de 21,46 % en 1971 à 26,82 % en 1975.

Une telle ponction sur les ressources productives du pays exerce évidemment un effet sur la situation financière des différents régimes de Sécurité sociale, dont le coût peut être estimé à environ 75 % du montant total des dépenses sociales de la Nation.

Une étude des pratiques suivies par les autres pays révèle d'ailleurs toute l'importance accordée en France aux mécanismes de protection sociale.

Ainsi, pour établir une comparaison internationale des seules dépenses de Sécurité sociale exprimées en pourcentage du produit national brut aux prix du marché, il est possible de se référer aux séries harmonisées établies par les services de l'Office statistique des Communautés européennes.

Pour la dernière année connue (soit 1972), la France, avec un taux de 16,4 %, occupait apparemment une place relativement modeste, après les Pays-Bas (20,6 %), l'Italie et le Danemark (20,4 %), la République fédérale d'Allemagne (18,7 %), le Luxembourg (18,6 %), la Belgique (17,1 %), mais devant le Royaume-Uni (14 %) et l'Irlande (11 %). Mais l'ampleur des dépenses sociales demeure bien supérieure à l'importance de l'effort accompli par les Etats-Unis ou par le Canada.

Le tableau ci-dessous révèle la situation dans quelques grands pays :

**Dépenses de la Sécurité sociale exprimées en pourcentage
du produit national brut aux prix du marché (a).**

	PAYS	1962	1966	1968	1969	1970	1971	1972
1	Allemagne (R. F.).....	14,5	16,0	17,2	17,0	17,4	17,8	18,7
2	France	13,1	15,5	15,9	15,7	15,9	16,2	16,4
3	Italie	11,9	15,9	16,4	16,7	16,5	18,0	20,4
4	Pays-Bas	12,2	16,5	17,5	18,1	18,6	19,7	20,6
5	Belgique	13,4	15,1	16,5	16,2	16,0	16,3	17,1
6	Luxembourg	13,9	16,1	17,3	16,4	15,9	17,6	18,6
7	Royaume-Uni	»	»	»	»	13,7	13,9	14,0
8	Irlande	»	»	»	»	10,6	11,0	11,0
9	Danemark	»	»	»	»	19,4	20,7	20,4
10	Grèce	»	10,4	»	»	»	»	»
11	Turquie	1,4	1,7	»	»	»	»	»
12	Norvège	10,2	11,3	»	»	»	»	»
13	Suède	12,8	15,6	»	»	»	»	»
14	Suisse	7,9	8,9	»	»	»	»	»
15	Autriche	17,8	18,5	»	»	»	»	»
16	Portugal	5,1	5,3	»	»	»	»	»
17	Finlande	9,7	11,6	»	»	»	»	»
18	Espagne	3,7	4,0	»	»	»	»	»
19	U. R. S. S.	10,0	11,1	»	»	»	»	»
20	Etats-Unis	6,9	7,2	»	»	»	»	»
21	Canada	10,1	9,6	»	»	»	»	»
22	Japon	»	6,0	»	»	»	»	»

a) En raison de différences dans le champ d'observation, les séries harmonisées des pays de la Communauté ne sont pas absolument comparables avec celles du B.I.T. pour les autres pays.

Source : *Statistiques de base de la Communauté*, Office statistique des Communautés, 1973-1974, tableau 76, p. 91.

2. — LES CAUSES GÉNÉRALES DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DES RÉGIMES : GÉNÉRALISATION DE LA PROTECTION ET ACTUALISATION DES PRESTATIONS

Une intéressante explication de la croissance des dépenses sociales en longue période a été proposée à votre commission par le professeur Henri Guitton, membre de l'Institut :

En effet, au cours de son audition par la commission, le 16 février 1977, le professeur Henri Guitton devait rappeler que dès la fin du XIX^e siècle, la France avait adopté une législation sur les accidents du travail et sur la mutualité, complétée en 1928 et 1930 par les lois sur les assurances sociales. Ce sont les ordonnances de 1945 et 1946 qui ont institué le régime de Sécurité sociale qui, dans les grandes lignes, demeure aujourd'hui mais dont l'équilibre financier apparaît gravement compromis.

Pourquoi ce déséquilibre ? C'est essentiellement, selon M. Guitton, parce que la France n'a pas su choisir. En effet, les dépenses de santé et les recettes de santé obéissent à des dynamiques ou à des logiques de développement qui ne sont pas du tout comparables.

Le déficit était inévitable et qu'il soit de type exponentiel n'a rien de surprenant. Les recettes assises sur les revenus des actifs et, essentiellement, sur la masse salariale ne peuvent dépasser un certain seuil sans mettre en péril le système économique lui-même.

Au contraire, les dépenses ont un autre type d'assiette, puisqu'elles sont liées au coût des soins, d'une part, et à la psychologie des malades, d'autre part. Or, le coût des soins est devenu lui-même exponentiel en raison des progrès considérables accomplis dans le domaine technique.

Quant à la psychologie du malade, elle est devenue telle qu'il estime de plus en plus normal de recevoir des soins très chers. Il serait injuste de réserver ces soins onéreux aux seuls privilégiés et d'en priver ceux qui ne se trouvent pas au même niveau de l'échelle sociale.

Cette convergence de facteurs entraîne inévitablement une disproportion flagrante, créatrice de déficit, entre les soins et les coûts.

Selon M. Guitton, il convient donc de revenir sur le principe même de l'organisation de notre financement, qui a toujours donné naissance à deux conceptions, celle d'une justice commutative et celle d'une justice distributive.

C'est sur le système commutatif qu'a été fondée, au XIX^e siècle, la législation sur les assurances. L'individu a droit à ce que lui donne son travail, les accidents du travail étant compensés par un système d'assurance libre.

Une autre conception est celle de la justice distributive. Même en l'absence de contrat employeur-employé — et nous le savons bien avec la généralisation de la Sécurité sociale — il y a nécessité de venir au secours de l'individu le plus défavorisé.

Il s'agit là d'un transfert de revenus déjà créés, passant par le canal d'un budget et permettant une redistribution de ces revenus entre les actifs et les non-actifs, les malades et les bien portants. On arrive alors à l'idée que tout individu est créancier de la société, même s'il ne lui apporte rien.

Pour M. Guitton, les Pouvoirs publics ont constamment hésité entre ces deux conceptions : l'heure n'est-elle pas venue de généraliser, clarifier, amplifier et unifier tout le système ?

En tout état de cause, l'évolution des dépenses sociales a été, en majeure partie, dictée par la généralisation de la protection et l'actualisation des prestations.

Il n'est pas inutile de rappeler à cet égard les principales étapes.

L'organisation de la Sécurité sociale a été instituée par *l'ordonnance du 4 octobre 1945* et par la *loi du 22 mai 1946*.

Le premier de ces textes visait à « garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, de couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent ». Mais les régimes agricoles et les régimes spéciaux demeuraient distincts du régime général.

La loi du 22 mai 1946 précisait les conditions d'établissement de l'assiette des cotisations.

L'évolution ultérieure a été caractérisée par un souci constant d'étendre le bénéfice du système de protection sociale ainsi mis en place à toutes les catégories sociales de la Nation et par une certaine volonté de permettre une adaptation du montant des prestations servies à l'évolution du coût de la vie.

Mais cette entreprise a été réalisée dans des conditions très différentes selon les professions ; à cet égard, l'intention exprimée par le législateur en 1945 de créer un régime unique n'a pas reçu de consécration pratique.

Aussi bien la généralisation du système a-t-elle pu être réalisée grâce au maintien de régimes particuliers.

La Sécurité sociale a pu être ainsi étendue à environ 98 % de la population active. Il n'est pas inutile de rappeler les principales phases de cette évolution :

- une convention du 14 mars 1947 a créé le régime complémentaire des cadres ;
- la loi du 17 janvier 1948 a institué quatre régimes autonomes vieillesse (professions industrielles et commerciales, exploitants agricoles, professions libérales, agriculteurs) ;
- la loi du 25 janvier 1961 a mis en place le régime d'assurance maladie des exploitants agricoles ;
- la loi du 8 décembre 1961 a institué une retraite complémentaire ;
- la loi du 12 juillet 1966 a créé le régime maladie des non-salariés non agricoles.

Il convient d'ajouter à cet ensemble le risque chômage garanti par les A. S. S. E. D. I. C. et par le Fonds national de solidarité auquel participe la Sécurité sociale et qui verse des allocations complémentaires ou non aux personnes les plus défavorisées.

De plus, un premier effort d'harmonisation a été réalisé par la *loi du 3 juillet 1972*, qui prévoit l'alignement du régime de l'assurance vieillesse des commerçants et des artisans sur celui du régime général. De même, la *loi du 27 décembre 1973* a disposé que les régimes dont bénéficient les commerçants et les artisans seraient « progressivement harmonisés avec le régime général en vue d'instituer une protection de base unique dans le respect des situations qui leur sont propres » ; cette loi précise que cette harmonisation devra être réalisée avant la fin de 1977.

Enfin, la *loi du 24 décembre 1974* « relative à la protection sociale de tous les Français » dispose notamment : « un système de protection sociale commun à tous les Français sera institué au plus tard le 1^{er} janvier 1978 dans les trois branches d'assurances maladie-maternité, vieillesse, prestations familiales » ; ce texte laisse de côté l'assurance invalidité. Pour atteindre cet objectif les régimes de base obligatoires légaux de Sécurité sociale seront progressivement harmonisés et tous les Français non encore affiliés à l'un de ces régimes seront admis au bénéfice d'une protection sociale, sous des conditions « tenant compte de leurs capacités contributives ».

Cette recherche récente d'une nécessaire harmonisation des régimes risque sans doute de conduire à une progression des charges sociales.

Mais depuis quelques années, une nette augmentation des dépenses de protection sociale a pu cependant être constatée, non seulement sous l'influence de l'évolution de la conjoncture, mais encore sous l'effet de plusieurs décisions ponctuelles et coûteuses prises par les Pouvoirs publics.

La croissance des dépenses de l'assurance maladie a surtout été le résultat de la progression rapide du coût des équipements ainsi que de l'accroissement constant de la consommation médicale des Français.

Il convient également de rappeler que la Caisse nationale d'assurance maladie a sévèrement été mise à contribution pour harmoniser les charges sociales supportées par les différents secteurs de l'économie. Depuis plusieurs années, elle devait ainsi assurer le financement d'une fraction des déficits de l'assurance maladie des salariés agricoles, des mineurs, des marins, des agents de la S. N. C. F. et de la R. A. T. P. ; l'extension récente des mécanismes de la compensation aux régimes des militaires et des travailleurs indépendants, selon la formule provisoire de la loi

du 27 décembre 1973, a encore accru l'importance de la participation du régime général à l'équilibre financier global des différents régimes.

Pour l'assurance vieillesse, plusieurs mesures ont eu pour effet d'augmenter les dépenses : prise en compte progressive de 37,5 annuités au lieu de 30 pour la détermination de la retraite ; assouplissement des conditions relatives à l'octroi d'une pension anticipée en cas d'inaptitude au travail ; majoration progressive, de 1972 à 1975, des taux de pension ; liquidation de la pension, depuis 1973, d'après les rémunérations des dix meilleures années d'activité ; amélioration des droits des conjoints survivants ; relèvement des allocations minimales supérieur à la hausse des salaires et des prix.

De même, **pour les prestations familiales**, les mesures récentes ont eu pour effet d'entraîner des dépenses supplémentaires : dès 1973, la réforme des allocations de salaire unique et de la mère au foyer, l'extension du bénéfice de l'allocation logement à de nouvelles catégories de la population, la suppression des abattements de zone, la création d'allocations spécifiques pour les orphelins et pour les handicapés mineurs et adultes, l'institution d'une prestation en faveur de la garde des enfants ont contribué à la réduction progressive de l'excédent du régime. De plus, à partir de 1974, les allocations ont été revalorisées par voie de renégociations en vue d'améliorer leur pouvoir d'achat ; les barèmes de l'allocation-logement ont été révisés ; les droits à retraite des mères de famille ont été élargis et les allocations de maternité et pour frais de garde ont été développées.

Au total, toutes ces mesures ponctuelles, décidées sous l'empire des nécessités, d'un faible coût financier unitaire, à l'exception de la compensation entre les régimes, ont cependant représenté depuis 1960 un très important montant global de dépenses.

L'absence d'une nécessaire planification initiale de la croissance souhaitable des charges, rigoureuse et précise, a ainsi conduit à une augmentation considérable des dépenses (1).

Un examen plus détaillé de l'évolution des dépenses des différents régimes souligne d'ailleurs la nécessité de mieux maîtriser cette progression des charges.

(1) A titre d'exemple d'une absence de prévision, pour le coût social des travailleurs étrangers en France, on pourra consulter le rapport d'information de M. Fernand Icart, président de la Commission des Finances de l'Assemblée Nationale (A. N. 1976-1977, n° 2685).

CHAPITRE II

Les dépenses de santé.

La croissance récente des dépenses de santé a été très rapide : exprimé en francs courants, le montant des charges imposées à ce titre à la Nation a plus que doublé de 1971 à 1975, comme le révèle le tableau ci-dessous :

1971	1972	1973	1974	1975
(En milliards de francs.)				
41,3	50,5	58,0	68,8	88,8

Après avoir examiné les causes générales de la progression de ces dépenses, il sera nécessaire d'étudier plus précisément les perspectives de l'évolution de la situation financière du régime général.

1. — LES CAUSES GÉNÉRALES DE LA PROGRESSION DES DÉPENSES DE SANTÉ

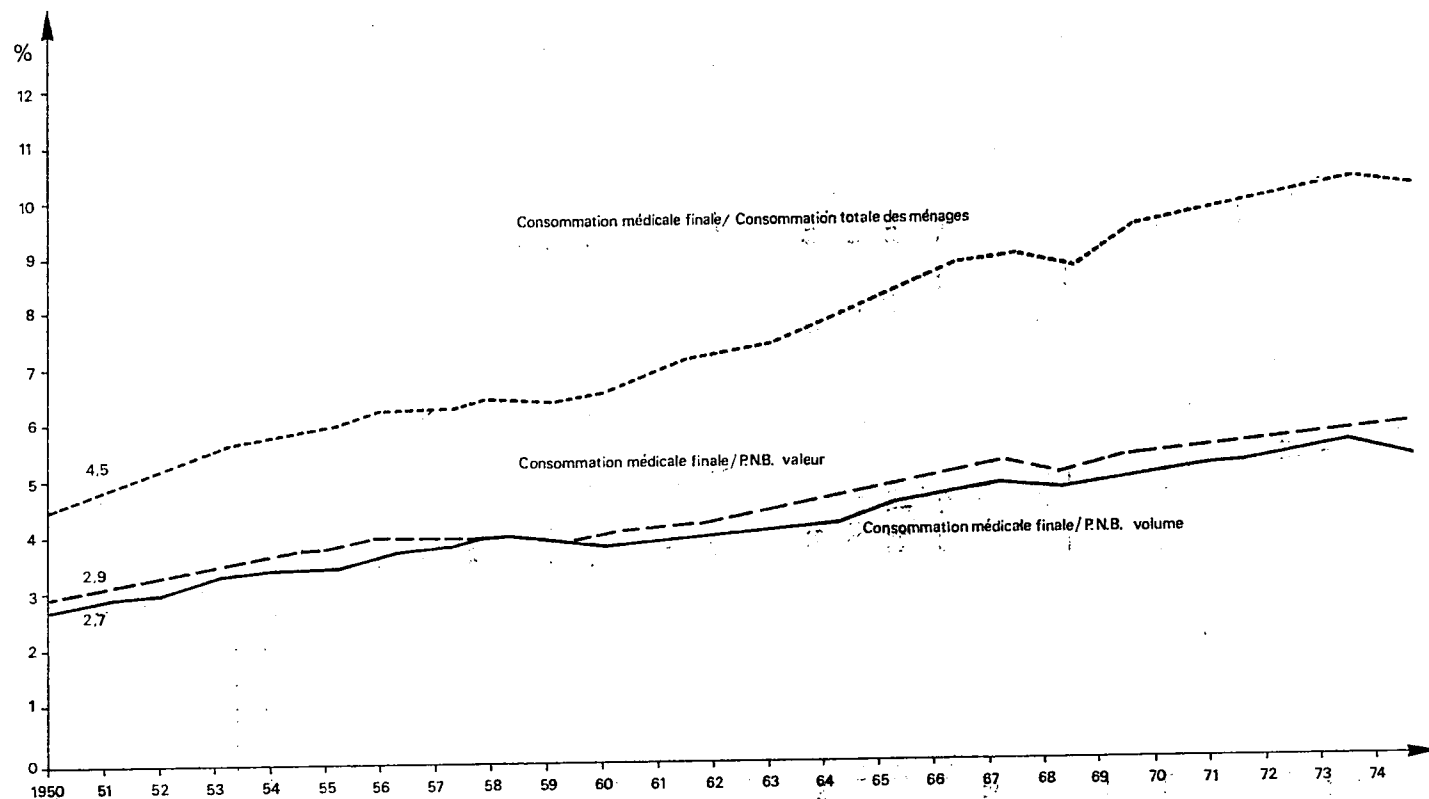
L'étude de l'évolution récente des différents postes de dépenses souligne notamment la responsabilité de la croissance des frais liés à l'hospitalisation dans la progression générale des charges (1).

	1971	1972	1973	1974	1975
(En milliards de francs.)					
Soins	8,2	9,4	11,1	12,7	15,8
Hospitalisation	15,1	17,7	20,5	25,4	34,3
Pharmacie	8,0	9,1	10,3	11,8	14,3

En fait, dès 1968, les dépenses d'hospitalisation ont augmenté annuellement beaucoup plus rapidement que les frais de pharmacie, de consultations et de visites.

(1) Données extraites de *L'Etat retraçant l'effort social de la Nation, résultats 1973, 1974, 1975*, p. 21. On pourra constater, en comparant les deux tableaux reproduits dans cette page, que l'addition des postes spécifiques (soins, hospitalisation, pharmacie) ne coïncide pas avec le total général des dépenses de santé : pour 1975, la différence ressort à 24,4 milliards de francs.

Evolution comparative de la consommation médicale finale, du P.N.B. et de la consommation totale des ménages (1950-1974).



Source : Comptes nationaux de la Santé (reproduit dans le rapport annuel pour 1976 de l'Inspection générale des Affaires sociales, p. 23).

Des précisions intéressantes ont été fournies à votre commission à ce sujet le 6 avril 1977 par M. Jacquelin Bardeau, chef du Service de l'Inspection générale des Affaires sociales :

— la croissance annuelle des dépenses de santé, de l'ordre de 15 %, peut être difficilement limitée compte tenu de l'augmentation du niveau de vie ;

— une action sur la réduction des coûts devrait permettre de compenser les effets de l'accroissement de la consommation médicale ;

— le montant des frais d'hospitalisation représente en 1976 plus de la moitié des dépenses de santé ; le prix de journée est trop onéreux ; la durée des séjours est souvent abusive ; une réforme du mode de tarification du prix de journée est donc indispensable, fondée sur une participation des usagers au financement du système ;

— l'état de l'équipement hospitalier est suffisant ; mais l'effectif des lits occupés demeure trop important compte tenu des besoins réels ;

— l'augmentation future du nombre des médecins risque de provoquer un accroissement des dépenses médicales ; une bonne connaissance de la répartition géographique des praticiens est indispensable ;

— le système actuel devrait être révisé en vue de diminuer son coût financier, sans pour autant subir une refonte complète ;

— toute action fondée sur une diminution du remboursement des frais de pharmacie risque de n'avoir que des effets limités ;

— la discussion, au Parlement, d'un budget social pourrait fournir un moyen de limiter la progression des dépenses ;

— les mesures les plus urgentes à prendre concernent la réforme de la tarification hospitalière ; pour l'assurance-vieillesse, des dispositions devront également être étudiées en vue de limiter la progression annuelle du coût de la protection sociale.

Il importe donc d'étudier successivement les principaux postes des dépenses de santé.

a) *La croissance des dépenses liées à l'hospitalisation soulève donc plusieurs questions d'un intérêt primordial pour l'avenir de notre système de protection sociale.*

Il n'est pas inutile de rappeler que, selon le rapport de la « Commission Santé et Assurance Maladie » instituée dans le cadre de la préparation du VII^e Plan, les dépenses hospitalières à la charge de l'assurance-maladie ont, au cours du VI^e Plan, augmenté plus vite que prévu (10,6 % contre 9,8 % l'an), « ce dépassement ayant porté non sur la croissance en volume, un peu moins élevée qu'il n'avait été envisagé (4,2 % contre 4,5 % l'an), mais sur les prix relatifs » (1). Cette évolution devrait se poursuivre pendant les prochaines années ; la croissance en prix et en volume de ces dépenses serait un peu plus rapide dans les hôpitaux publics que dans les établissements privés.

Compte tenu de ces données, ainsi que de l'augmentation prévue de la part des dépenses hospitalières dans le montant total des charges de santé (49 % en 1980 contre 42,8 % en 1974), il convient de souligner la nature des actions susceptibles d'être menées pour limiter l'ampleur de cette progression.

Tout d'abord, l'urgence d'une révision des dispositions de la réglementation applicable au financement de l'hôpital public est évidente :

En effet, le coût financier de l'hospitalisation est de plus en plus onéreux, notamment en raison des imperfections du système du prix de journée, qui conduit les responsables à adopter des règles de gestion anormales (2). Le docteur Debray a rappelé aux membres de votre commission, réunie le 26 janvier 1977, les conditions imposées aux gestionnaires de l'hôpital public pour équilibrer leurs recettes et leurs dépenses : la nécessité de disposer d'un coefficient d'occupation des lits élevé pour obtenir des crédits suffisants aboutit en réalité à une prolongation souvent injustifiée de la durée de séjour des malades et à une admission quelquefois trop libérale des patients. Aussi bien le système actuel ne réserve-t-il aucune possibilité de limiter les dépenses, car il satisfait, tout à la fois, les responsables et les utilisateurs de l'hôpital. Il importe donc de

(1) Rapport de la « Commission Santé et Assurance-Maladie » instituée dans le cadre de la préparation du VII^e Plan, p. 142.

(2) A titre indicatif, au 1^{er} janvier 1976, à Paris, le prix de journée dans les hôpitaux de l'Assistance publique était fixé à 382 F en médecine, à 579 F en médecine spécialisée, à 525 F en chirurgie générale, à 645 F en chirurgie spécialisée et à 1 145 F dans les services très spécialisés.

renforcer le contrôle des médecins-conseils des caisses de Sécurité sociale sur la vérification des actes effectués et sur les durées moyennes d'hospitalisation (1) ; mais cette première action ne doit pas dispenser de définir un nouveau système de financement de l'hôpital public ; sans doute la question est-elle singulièrement difficile, car la réforme prévue par la loi hospitalière du 31 décembre 1970 n'a pas encore pu être mise en œuvre.

Plusieurs solutions peuvent cependant être envisagées pour résoudre ces difficultés.

Le système préconisé par la Commission « Santé et Assurance-Maladie », au moment de la préparation du VII^e Plan, fondé sur le choix d'une formule de « globalisation », permettant la suppression du prix de journée et l'octroi annuel à l'hôpital d'une enveloppe globale de crédits couvrant les dépenses de fonctionnement, constitue à cet égard une suggestion intéressante. Cette proposition demeure toutefois subordonnée à la réalisation de plusieurs conditions (notamment à la nécessité de partager les financements accordés aux hôpitaux entre les différents régimes de Sécurité sociale, et non plus entre trois régimes seulement) (2).

En outre, il devrait être possible de limiter la longueur des séjours grâce à l'institution d'un abattement sur le prix de journée, applicable à partir d'une certaine durée d'hospitalisation. Cette procédure devrait cependant veiller à maintenir l'accès de l'hôpital à des sources de financement suffisamment importants afin de ne pas provoquer une réduction des programmes d'équipement susceptibles de nuire au développement de la recherche.

Mais, plus modestement, il conviendrait de mieux analyser les coûts respectifs de la part hospitalière et de la part médicale dans la structure du prix de journée.

En second lieu, il convient de constater que si l'augmentation des prix de journée est en grande partie le résultat de l'accroissement des coûts supportés par l'hôpital, de nombreuses actions conduites par les pouvoirs publics ont eu également une influence certaine sur l'évolution de ces prix de journée :

Il faut citer, ici, l'effort d'humanisation des établissements hospitaliers et les mesures prises en faveur des personnels. Il

(1) Un contrôle systématique des hospitalisations a déjà pu être mené à bien par les médecins conseils de la Caisse nationale du régime des non-salariés dans le secteur public (avril 1975) et dans le secteur privé (octobre 1975). Les résultats obtenus ont permis de réaliser des économies importantes, d'un montant global de près de 2 millions de francs pour un mois.

(2) *Id. ibid.*, p. 147 et 148.

serait donc très utile de limiter la croissance continue du secteur hospitalier, génératrice de dépenses budgétaires et de hausses de coûts, en développant des formules de traitement médical fondées sur l'hospitalisation à domicile ou sur les consultations externes.

Enfin, une solution devra être prochainement apportée à la question de la comparaison des coûts d'hospitalisation publique et privée :

Le prix de journée du secteur privé est conventionnel, débattu avec les caisses sous le contrôle du préfet ; le prix public est fixé par voie administrative.

Entendu par votre commission le 6 avril 1977 M. Derlin, président de la Caisse nationale d'assurance maladie, a estimé que la croissance des dépenses liées à l'hospitalisation pourrait être limitée quand l'effort actuel de modernisation des établissements sera achevé.

Une meilleure maîtrise de l'équipement hospitalier et l'amélioration des conditions de fonctionnement ont semblé à M. Prieur, directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie, entendu le même jour par votre commission, deux conditions nécessaires pour parvenir à une diminution du taux de croissance des frais d'hospitalisation ; en outre, une réforme de la tarification devrait avoir pour effet de supprimer de nombreuses anomalies de gestion (1).

M. Chotard, vice-président du Conseil national du patronat français, également entendu le 6 avril 1977 par votre commission, a estimé que le principe de responsabilité doit inspirer les modifications de la gestion des hôpitaux publics par une révision de la tutelle de l'administration sur les établissements, par l'adoption d'un budget global annuel et limitatif, par l'institution d'une direction unique dans chaque hôpital, en y associant les chefs de service, par la discussion d'un tarif de responsabilité de prise en charge des assurés signé à l'hôpital entre les caisses et les hôpitaux, par une concurrence mieux organisée entre le secteur privé et le secteur publics, et par une décision libre des gestionnaires de l'assurance maladie pour assurer les investissements.

Il n'est pas inutile, en conclusion, de rappeler la ventilation, pour 1975, des dépenses d'hospitalisation de la C. N. A. M. T. S. fournie par le document *Etat retraçant l'effort social de la Nation* :

(En millions de francs.)

Hospitalisation. Cures		26 801,32
Non ventilable	»	
Honoraires du secteur public.....	1 456,09	
Frais de séjour.....	24 675,45	
Non ventilable	9 080,57	
Médecine	7 081,86	
Chirurgie	6 242,89	
Spécialités coûteuses	1 085,71	
Convalescents et chroniques.....	1 184,42	
Cures.....		169,78

(1) On trouvera à l'annexe n° 2 les déclarations de M. Prieur à ce sujet.

De même, la répartition des frais de séjour de l'assurance-maladie-maternité, donnée par la Caisse nationale d'assurance-maladie dans son rapport d'activité pour 1975, mérite d'être reproduite :

Répartition des frais de séjour maladie.

	SECTEUR public.	SECTEUR privé.	TOTAL secteurs public et privé.	POURCENTIAGE	
				Part secteur privé dans la ligne.	Part total ligne dans le total général.
I. — Disciplines hospitalières traditionnelles.					
Chirurgie	4 041 894	2 777 958	6 819 852	40,7	27,6
Médecine	6 171 967	1 074 040	7 246 007	14,8	29,4
Maternité	15 851	6 494	22 345	29,1	0,1
Pédiatrie	»	»	Chiffres non connus.		
Convalescents et chroniques..	831 545	32 901	864 446	3,8	3,5
 2. — Etablissements spécialisés.					
A. — Psychiatrie	2 901 475	834 843	3 736 318	22,3	15,1
B. — Tuberculose	191 964	518 375	710 339	73,0	2,9
C. — Centres anticancéreux..	»	»	Chiffres non connus.		
D. — Etablissements spécialisés pour enfants :	»	»			
a) Maisons d'enfants à caractère sanitaire....					
b) Etablissements pour enfants inadaptés.....	302 405	2 601 081	2 903 486	89,6	11,8
c) Pouponnières					
Total 1 + 2 (unité : en milliers de francs) ...	14 457 101	7 845 692	22 302 793	35,2	90,4
 3. — Autres.					
Spécialités coûteuses	990 051	97 404	1 087 455	9,0	4,4
Réadaptation fonctionnelle ...	72 089	144 348	216 387	66,7	0,9
Maisons de repos ne facturant pas forfaitairement les honoraires	1 799	130 354	132 153	98,6	0,5
Maisons de repos facturant forfaitairement les honoraires..	3 658	198 704	202 362	98,2	0,8
Autres	148 290	586 023	734 313	79,8	3,0
Total 1 + 2 + 3 (unité : en milliers de francs).	15 672 988	9 002 525	24 675 463	36,5	100,0

Répartition des frais de séjour maternité.

	SECTEUR public.	SECTEUR privé.	TOTAL secteurs public et privé.	POURCENTAGE	
				Part secteur privé dans la ligne.	Part total ligne dans le total général.
<i>Disciplines hospitalières traditionnelles.</i>					
Chirurgie	10 616	14 134	24 950	56,6	2,0
Médecine	2 238	»	2 238	»	0,2
Maternité	732 885	503 587	1 236 472	40,7	97,8
Total (unité : en milliers de francs)	745 939	517 721	1 263 660	41,0	100,0

Entendu le 22 avril 1977 par votre commission, M. Guéniot, professeur d'économie de la médecine, membre du Haut Comité médical de la Sécurité sociale, a fourni les précisions suivantes sur la question de l'hospitalisation :

— le développement des équipements hospitaliers, notamment à l'échelon local et régional, depuis 1945, a entraîné une capacité excessive pour certains établissements, notamment les centres psychiatriques ;

— l'importance des dépenses hospitalières dans le montant total des frais de santé est due, en partie, à la prise en compte de plusieurs catégories de dépenses (colonies sanitaires, centres médicaux psychopédagogiques, par exemple) dans la détermination du coût de l'hospitalisation ; la question d'un éventuel transfert de charge doit être clairement envisagée. La réforme du système actuel de tarification du prix de journée dans les hôpitaux est moins importante que cette meilleure imputation des dépenses ;

— la nécessité de diminuer le montant des dépenses d'hospitalisation impose une action en vue de développer les soins dispensés à domicile.

Selon le professeur Sournia, entendu le 16 février 1977 par votre commission, l'organisation hospitalière est bonne, mais il y a déjà trop de lits d'hôpital, peut-être mal répartis géographiquement. La situation qualitative est certainement pire à Paris qu'en province où l'on commence à avoir de bons hôpitaux.

Selon lui, il n'existe pas de mécanisme administratif pour fermer des lits alors qu'il est facile — les maires le savent bien — d'en créer et de faire construire un hôpital.

b) *Les dépenses de soins et de pharmacie.*

Les progrès de la consommation des biens et des services de santé, ainsi que le développement très onéreux des techniques médicales, ont également contribué à l'augmentation récente des charges de santé. Il devient donc très urgent de résoudre, par des moyens appropriés, la délicate question de cette progression de la consommation médicale.

Les dépenses de soins et de pharmacie des Français ont beaucoup augmenté de 1960 à 1974 : exprimées en pourcentage de la consommation des ménages, elles ont pu ainsi passer de 6,6 % en 1960 à 10,2 % en 1974. Cependant, de 1970 à 1975, le montant des dépenses de santé n'a progressé, en francs constants, que de 7,36 % par an ; le taux de croissance, certes très soutenu, est en fait inférieur aux prévisions alors prises en compte au moment de l'élaboration du VI^e Plan, qui misaient sur un accroissement annuel de l'ordre de 8,7 % à 10,9 %. La Commission de la Santé et de l'Assurance maladie prévoit d'ailleurs une augmentation, en valeur relative, de 7,2 % à 9,2 % pendant chacune des cinq années du VII^e Plan ; le tableau ci-dessous, établi par cette Commission, compare les prévisions et les réalisations concernant les dépenses de santé.

Prévisions et réalisations concernant les dépenses de santé.

Taux annuel d'accroissement moyen.

	VI ^e PLAN (1970-1975)		VII ^e PLAN (1976-1980)
	Prévisions.	Réalisations (1).	
Volume	8,3 à 10,5	9,14	7,8 à 9,3
Valeur relative	8,7 à 10,9	7,36	7,2 à 9,2

(1) Estimations provisoires pour 1975 (mars 1975).

Source : rapport de la Commission Santé et Assurance Maladie instituée pour la préparation du VII^e Plan, p. 136.

Au cours des prochaines années, plusieurs facteurs devraient entraîner une certaine accélération du rythme de croissance de ces dépenses.

Tout d'abord, *le vieillissement de la population*, lié à la tendance à la diminution de la natalité constatée depuis environ une décennie, doit contribuer à augmenter le coût du système de soins. En effet, les traitements de personnes âgées représentent des charges supérieures aux frais nécessaires à l'entretien de la population active.

De plus, *l'effectif des médecins en activité doit être appelé à augmenter pendant toute la durée du VII^e Plan*. Selon les projections du ministère de la Santé, le nombre des praticiens devrait passer de 76 583 en 1975 à plus de 105 000 en 1980 ; une telle évolution risque évidemment de provoquer un accroissement excessif des actes médicaux, et partant, un engagement financier accru des organismes de Sécurité sociale. Le médecin joue en effet un rôle d'ordonnateur des dépenses et le docteur Debray a même pu souligner à ce sujet que la signature d'une ordonnance pouvait être parfaitement assimilée à l'émission d'un chèque en blanc tiré sur les caisses de la Sécurité sociale. Sans doute doit-on constater avec satisfaction une prochaine amélioration de la densité médicale française ; mais compte tenu des incertitudes financières de l'avenir, il sera absolument nécessaire de mieux contrôler la nature des actes médicaux.

Pourtant, selon le professeur Sournia, entendu le 16 février 1977 par votre commission, il semble peu probable, malgré cette augmentation prochaine de l'effectif des praticiens, que le nombre des prescriptions subisse un accroissement très important, car trois raisons essentielles peuvent conduire à une limitation des actes :

— d'abord, notre pays manque de médecins du travail, de médecins de protection maternelle et infantile, de médecins de santé publique ;

— ensuite, le corps médical se féminise : 11 à 12 % de femmes actuellement et 32 % en 1984. Il est possible que certaines d'entre elles n'exerceront pas autant que les hommes.

— enfin, en 1984, les médecins, et tout particulièrement les généralistes, n'accepteront certainement pas les conditions de vie actuelles, ce qui devrait les conduire à diminuer l'importance de leur activité professionnelle.

Mais, toujours selon le professeur Sournia, la France doit cesser d'être le seul pays au monde qui ne maîtrise pas l'évolution de ses effectifs de praticiens : la sélection qui a lieu à la fin de la première année de médecine est trop tardive. Elle doit s'exercer

en fait au niveau du baccalauréat et le concours doit être ouvert à tous les bacheliers, car privilégier la formation mathématique conduit à négliger le dialogue avec le patient.

Enfin, *la question des dépenses pharmaceutiques devra faire l'objet d'un examen attentif.* Les prévisions pour 1980 révèlent la possibilité de limiter à une « fourchette » comprise entre 1,4 % et 2,90 % en valeur relative le taux d'accroissement annuel moyen, ce qui constitue une augmentation inférieure à celle de l'ensemble des dépenses de soins. La part des produits pharmaceutiques dans le montant total de ces frais passerait ainsi de 23,9 % en 1974 à 17 % en 1980.

Dans ce domaine, il convient avant tout d'améliorer l'information du public et d'agir sur le comportement des médecins. Les auteurs du rapport de la Commission Santé et Assurance maladie instituée pour la préparation du VII^e Plan, ainsi que les rédacteurs du Comité des revenus et des transferts constitué à l'occasion de la deuxième phase de préparation du VII^e Plan ont souligné la nécessité d'apprendre « à consommer mieux, c'est-à-dire souvent à consommer moins » (1).

La réussite d'une telle action présenterait l'avantage de ne pas être entreprise sous des formes autoritaires, ce qui révélerait l'inutilité des formules diverses de réglementation administrative de l'activité des praticiens, et notamment de l'utilisation des « tableaux statistiques », appelés communément « profils médicaux ».

La nécessité de prévoir, au bénéfice du corps médical, l'institution d'une formation permanente en thérapeutique est donc évidente.

Au-delà de cette modification souhaitable de comportement, il convient d'inviter la population à consommer des produits moins coûteux, soit en limitant les possibilités de remboursement de certains médicaments, soit en améliorant le mécanisme de formation des prix.

Mais si ces réformes doivent être entreprises à moyen terme, les difficultés financières actuelles de l'assurance maladie du régime général de la Sécurité sociale imposent de recourir à des solutions plus rapides.

(1) Rapport de la Commission Santé et Assurance maladie, p. 152, et rapport du Comité des revenus et des transferts, p. 124.

2. — L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE
DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

La Caisse nationale d'assurance maladie couvre 38 millions d'assurés ; elle gère plus des trois quarts des sommes destinées au financement du risque « maladie ».

L'évolution des recettes et des dépenses de la Caisse a été la suivante depuis 1973 :

	1973	1974	1975	1976 (Prévisions.)	1977 (Prévisions.)
	(En milliards de francs.)				
Recettes	57,8	68,6	83,8	101,8	119,3
Dépenses	59,7	71,2	89,4	107,4	124,1
Solde	— 1,9	— 2,6	— 5,6	— 5,6	— 4,8

Source : *Etat retraçant l'effort social de la Nation* (résultats 1973, 1974, 1975, p. 29) et *Prévisions de recettes et de dépenses des régimes obligatoires de Sécurité sociale pour 1976 et 1977*, p. 24.

Il convient cependant de constater que les résultats effectifs enregistrés pour 1976 et 1977 devraient être beaucoup plus favorables que ne permettaient de le penser les prévisions effectuées à l'automne 1976 pour ces deux années.

L'importance du déficit constaté pour 1975 est due à deux causes essentielles :

— les dépenses de la Caisse nationale ont augmenté fortement, avec retard par rapport à la hausse des prix de détail, en raison de l'application de mesures réglementaires (revalorisation des indemnités journalières et pensions d'invalidité, fixation des prix de journée hospitaliers) ;

— les recettes assises sur les salaires, qui avaient subi un net accroissement en 1974 par rapport à 1973 ont subi les effets de la crise de l'emploi et d'un certain ralentissement des rémunérations lié à la modification de la conjoncture.

Plusieurs conseils restreints ont alors été consacrés au redressement de la situation financière de la Caisse nationale d'assurance maladie.

En effet, les prévisions effectuées à la fin de l'année 1975 pour l'année 1976 se soldaient par une insuffisance de recettes de 9,4 milliards de francs pour la seule Caisse nationale de l'assurance maladie.

Mais les projections réalisées à la fin de l'année 1976 pour cette même année avaient déjà conduit à une révision en baisse de ce déficit, ramené à 5,6 milliards de francs.

Car des mesures d'économie avaient été prises depuis la fin de l'année 1975.

La première série de mesures (augmentation d'un point de la cotisation sur la totalité des salaires, réduction du taux de la T. V. A. sur les produits pharmaceutiques) a été décidée par le Gouvernement en novembre 1975 : elle devait avoir pour effet de ramener l'insuffisance prévue de recettes de 9 milliards à moins de 2 milliards de francs en 1976. En juin 1976, de nouvelles prévisions ont été effectuées qui faisaient apparaître une insuffisance de recettes de l'ordre de 5 milliards de francs pour 1976 et d'environ 10 milliards de francs pour 1977. Ces déficits, qui apparaissent forts en valeur absolue, doivent cependant être comparés au montant total des dépenses qui atteint près de 100 milliards de francs.

Malgré tout, le Gouvernement, dans le cadre du « Plan Barre », le 22 septembre 1976, a estimé nécessaire de continuer à agir en ce sens pour réduire les dépenses.

Au cours de son audition par la commission, le 6 avril 1977, M. Prieur, directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie, a évalué comme suit l'incidence de ces mesures d'économie :

- radiation de la liste des médicaments remboursables de certaines spécialités : 450 millions de francs ;
- relèvement du ticket modérateur sur certaines prestations : 80 millions de francs ;
- institution d'un ticket modérateur sur les frais de transport : 170 millions de francs ;
- économies diverses : 30 millions de francs.

Une certaine amélioration de la situation financière de la Caisse nationale de l'assurance maladie doit donc pouvoir être constatée en 1976.

Devant votre commission, le 6 avril 1977, M. Derlin, président de la Caisse nationale d'assurance maladie a ainsi rappelé le ralentissement de la progression des dépenses d'assurance maladie enregistré en 1976 par rapport à 1975. Les premières estimations pour 1977 conduisent même à envisager une diminution de ces dépenses en 1977 par rapport à 1976. Cette évolution est également

le résultat combiné de la réduction sensible des prescriptions pharmaceutiques et de la progression, assez limitée, des frais de radiologie.

Selon M. Prieur, directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie, la situation financière devrait ainsi être équilibrée en 1977.

Dans sa communication au Conseil des Ministres du 13 avril 1977, Mme Veil, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, a précisé que diverses mesures étaient à l'étude pour amener les malades et les médecins à modérer eux-mêmes la progression des dépenses de santé.

Mme Veil a exprimé son intention de diminuer fortement le taux de remboursement de plusieurs centaines de spécialités pharmaceutiques que le Ministère estime « surconsommées » et « non indispensables » à la santé. Cet échantillon doit être comparé aux quelque dix mille produits pris en charge par l'assurance maladie.

Le ticket modérateur passe ainsi de 30 % à 60 % ou 70 % pour les médicaments antiasthéniques (fortifiants), les psychostimulants, les laxatifs.

Abordant en outre devant le Conseil des Ministres la progression des dépenses hospitalières, Mme Veil a indiqué que les éléments du prix de revient seraient, à l'avenir, décomposés en hébergement, administration et soins proprement dits.

L'augmentation moyenne des prix de journée sera limitée, en 1977 par rapport à 1976, à 12,5 %.

Mais l'équilibre financier de la Caisse nationale d'assurance maladie dépendra également de l'importance du financement des mécanismes de compensation entre régimes.

Selon M. Prieur, entendu par la commission le 6 avril 1977, les dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie atteignent 118 milliards de francs en 1977, dont 5,3 milliards de francs de charges de compensation.

Les charges de compensation se répartissent comme suit :

Versement au régime des salariés agricoles au titre de l'inclusion du régime dans les comptes de la Caisse nationale	1,66 milliard de francs.
Versements de compensation « assurance-maladie-prestations en nature » effectués par la Caisse nationale au profit du régime des cheminots, du régime des mineurs, du régime des agents de la R. A. T. P. et du régime des marins du commerce.....	2,24 milliards de francs.
Versement de compensation « accidents du travail » de la Caisse nationale au profit du régime minier.....	1,40 milliard de francs.

En outre, la Caisse nationale doit recevoir du budget de l'Etat une somme de 1,4 milliard de francs correspondant au coût de la compensation avec les régimes de non-salariés.

Or sur cette question, la position de la Caisse nationale de l'assurance maladie a été exprimée à plusieurs reprises et peut être ainsi résumée :

1° La Caisse nationale est d'accord pour une compensation démographique « à égalité de prestations et de cotisations » ; ceci signifie que le régime général doit verser aux régimes compensés la somme qu'il leur verserait si lesdits régimes étaient, du point de vue des cotisations comme du point de vue des prestations, intégrés financièrement dans le régime général ;

2° La Caisse nationale de l'assurance maladie n'accepte pas la compensation démographique avec les régimes de non-salariés, car les bases de cette compensation reposent sur la connaissance des revenus des travailleurs indépendants ; or cette connaissance est très imparfaite. C'est pourquoi il n'est pas possible de demander aux salariés les plus modestes de financer, même partiellement, le régime de protection sociale des travailleurs indépendants.

Le Parlement a fait droit en partie aux réserves de la Caisse nationale de l'assurance maladie puisque, jusqu'au 1^{er} janvier 1978, la charge pour le régime général résultant de la compensation avec les régimes de non-salariés est supportée par l'Etat. Mais qu'en sera-t-il au-delà du 1^{er} janvier 1978 ?

Après avoir défini la position de la Caisse nationale sur les principes de la compensation, il convient de préciser sa position sur les modalités de cette compensation :

1° Le régime général des salariés de l'industrie et du commerce s'est vu rattacher financièrement depuis de nombreuses années un certain nombre de régimes de salariés ou de non-salariés qui disposent souvent d'institutions mutualistes de gestion : fonctionnaires, agents des collectivités locales, étudiants, agents de l'E. D. F., salariés agricoles.

Or les principes de la compensation ne s'appliquent pas ou s'appliquent mal à ces régimes. C'est ainsi que les cotisations versées pour les fonctionnaires et agents des collectivités locales sont assises sur une assiette qui est inférieure à celle du régime général (exclusion de l'indemnité de résidence).

Enfin, le taux des cotisations dues au titre des salariés agricoles est inférieur à celui du régime général. De plus, un certain

nombre de catégories sociales, telles que les étudiants, les assurés volontaires ou les adultes handicapés, ne donnent pas lieu à des cotisations et la Caisse nationale devrait recevoir une compensation à ce titre.

2° Il subsiste en matière de taux et d'assiette de cotisations encore quelques distorsions dans l'appréciation de la charge pour le régime général de la compensation avec les régimes spéciaux de salariés.

Enfin, il conviendra d'apporter rapidement, à moyen terme, une solution satisfaisant à la question des « charges indues » supportées par la Caisse nationale d'assurance maladie.

L'estimation du montant de ces charges indues varie suivant les auteurs ; en fait, il s'agit du problème important des rapports entre l'Etat et la Sécurité sociale. La Commission Grégoire en a fait une analyse détaillée et objective, tout en reconnaissant que le problème d'imputation d'une dépense à l'Etat ou à la Sécurité sociale relevait très largement d'une philosophie politique à définir par le Parlement.

Mais l'important est que la Commission a reconnu qu'il existait des « charges indues » ; le rapport converge avec les positions de la Caisse nationale sur les points suivants :

Harmonisation de l'assiette des cotisations des fonctionnaires agents des collectivités locales et personnel de l'E. D. F. : + 650 millions de francs.

Egalité des taux de cotisations d'accidents du travail pour les salariés agricoles et le régime minier : + 200 millions de francs.

Imputation à l'Etat des charges d'enseignement médical et paramédical supportées par le prix de journée des établissements hospitaliers : + 230 millions de francs.

Ressources supplémentaires destinées à améliorer le financement des catégories sociales affiliées au régime général sans cotisation (étudiants, assurés volontaires) : + 1 330 millions de francs.

En revanche, la Commission Grégoire estime que la Caisse nationale doit prendre en charge le coût (1 350 millions) de la compensation avec les régimes de non-salariés.

En résumé, la Commission Grégoire considère que le déficit de la Caisse nationale de l'assurance maladie est alourdi par des charges indues ou des insuffisances de cotisations au niveau de 1,1 milliard de francs, alors que la Caisse nationale pense que ce chiffre devrait être au minimum de : $1,1 + 1,4 = 2,5$ milliards de francs.

CHAPITRE III

Les charges de retraite.

Les dépenses de l'assurance vieillesse ont, ces dernières années, augmenté plus rapidement que les frais de l'assurance maladie.

La dégradation de la situation financière de la Caisse nationale d'assurance vieillesse est évidemment le résultat de cette croissance des dépenses.

1. — LA PROGRESSION DES DÉPENSES DE VIEILLESSE

Dans tous les pays de la Communauté européenne, les prestations de vieillesse représentent l'effort le plus important accompli au titre de la protection sociale : le montant de ces dépenses atteint ainsi près de 40 % des charges totales en Italie, en France et en République fédérale d'Allemagne.

De plus, le vieillissement de la population, dans un système fondé sur la répartition des ressources, va augmenter l'effectif des ayants droit au moment même où le nombre des actifs va diminuer.

A cet égard, l'évolution de la structure par âges de la population française a été la suivante depuis 1956 :

	1956	1976
	(Pourcentage.)	
Moins de vingt ans.....	30,7	32
Entre vingt et soixante-quatre ans.....	57,8	54,5
Soixante-cinq ans et plus.....	11,5	13,5

A l'avenir, selon les projections démographiques, la situation devrait être critique aux alentours de 1980, puis après une amélioration temporaire de 1981 à 1985, elle continuerait à subir une dégradation jusqu'en 2000.

Une troisième cause de dépenses est constituée par la nécessité permanente d'adapter le montant des pensions à l'évolution du coût de la vie.

A cet égard, si le montant minimum des pensions a pu récemment progresser régulièrement, l'insuffisance de cette prestation permet d'estimer que la croissance des dépenses engagées à ce titre devrait continuer à l'avenir.

Exprimé en taux annuel, ce montant minimum a ainsi évolué depuis le 1^{er} octobre 1972 (1) :

Du 1 ^{er} octobre 1972 au 30 juin 1973	2 100 F
Du 1 ^{er} juillet 1973 au 31 décembre 1973	2 250 F
Du 1 ^{er} janvier au 30 juin 1974	2 450 F
Du 1 ^{er} juillet au 31 décembre 1974	3 000 F
Du 1 ^{er} janvier 1975 au 31 mars 1975	3 250 F
Du 1 ^{er} avril au 31 décembre 1975	3 500 F
Du 1 ^{er} janvier au 30 juin 1976	3 750 F
Du 1 ^{er} juillet au 31 décembre 1976	4 000 F
A partir du 1 ^{er} janvier 1977	4 300 F

Il en est de même pour l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité dont l'évolution a été la suivante depuis le 1^{er} janvier 1972 :

Du 1 ^{er} janvier au 30 septembre 1972	1 800 F
Du 1 ^{er} octobre 1972 au 30 juin 1973	2 400 F
Du 1 ^{er} juillet au 31 décembre 1973	2 550 F
Du 1 ^{er} janvier au 30 juin 1974	2 750 F
Du 1 ^{er} juillet au 31 décembre 1974	3 300 F
Du 1 ^{er} janvier au 31 mars 1975	3 550 F
Du 1 ^{er} avril au 31 décembre 1975	3 800 F
Du 1 ^{er} janvier au 30 juin 1976	4 300 F
Du 1 ^{er} juillet au 31 décembre 1976	4 500 F
A partir du 1 ^{er} juillet 1977	4 700 F

Au total, le montant des avantages minimaux a évolué comme suit depuis le 1^{er} janvier 1975 :

ALLOCATIONS avantages minimum.	DU 1 ^{er} janv. 1975 au 31 mars 1975.	DU 1 ^{er} avril 1975 au 31 déc. 1975.	DU 1 ^{er} janv. 1976 au 30 juin 1976.	DU 1 ^{er} juill. 1976 au 31 déc. 1976.	A partir du 1 ^{er} janv. 1977.
	(En francs.)				
Allocation non contributive ou minimum des pensions et rentes.	3 250	3 500	3 750	4 000	4 300
Allocation supplémentaire du F. N. S.	3 550	3 800	4 300	4 500	4 700
Total	6 800	7 300	8 050	8 500	9 000
Plafond annuel de ressources :					
Personne seule.....	7 700	8 200	8 950	9 400	9 900
Ménage	13 600	14 600	16 100	17 000	18 000

(1) Les chiffres qui suivent ont été extraits du supplément au numéro 7443 de *Liaisons sociales* (5 janvier 1977).

Enfin, il semble extrêmement difficile, dans ces conditions, d'envisager une fixation à l'âge de soixante ans du départ à la retraite. Selon M. Pavard, directeur de la Caisse nationale d'assurance-vieillesse des travailleurs salariés, le coût de cette réforme serait de 11 milliards de francs pour le seul régime général et de 16 milliards de francs pour l'ensemble des institutions de sécurité sociale. Aussi bien devrait-on augmenter de 3 % le taux de cotisation pour permettre le financement d'une telle initiative.

2. — L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE-VIEILLESSE

Depuis quelques années, la Caisse nationale d'assurance-vieillesse a subi une nette dégradation de sa situation financière.

Le tableau ci-dessous révèle l'ampleur des difficultés rencontrées depuis 1973, compte tenu de la prise en charge de la compensation démographique :

	1973	1974	1975	1976 (prévis.)	1977 (prévis.)
	(En milliards de francs.)				
Recettes	22,4	30,2	40,7	49,9	59,1
Dépenses	23,1	30,6	42,6	49,9	60,5
Solde	— 0,7	— 0,4	— 1,9	0	— 1,4

Source : *Etat retraçant l'effort social de la Nation, résultats 1973, 1974, 1975*, p. 29, et *Prévisions de recettes et de dépenses des régimes obligatoires de Sécurité sociale pour 1976 et 1977*, p. 23.

Les prévisions pour 1976 traduisent, en fait, un excédent minime (+ 4 millions de francs).

En effet, les charges imposées au régime général au titre de la solidarité nationale ont contribué à la détérioration des comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

De plus, le coût des différentes réformes réalisées depuis l'année 1972, tendant à garantir une meilleure protection sociale aux retraités, à l'exclusion des revalorisations de pension et du minimum vieillesse, a représenté plus de 5 milliards de francs, soit environ le huitième des dépenses totales de la Caisse en 1975.

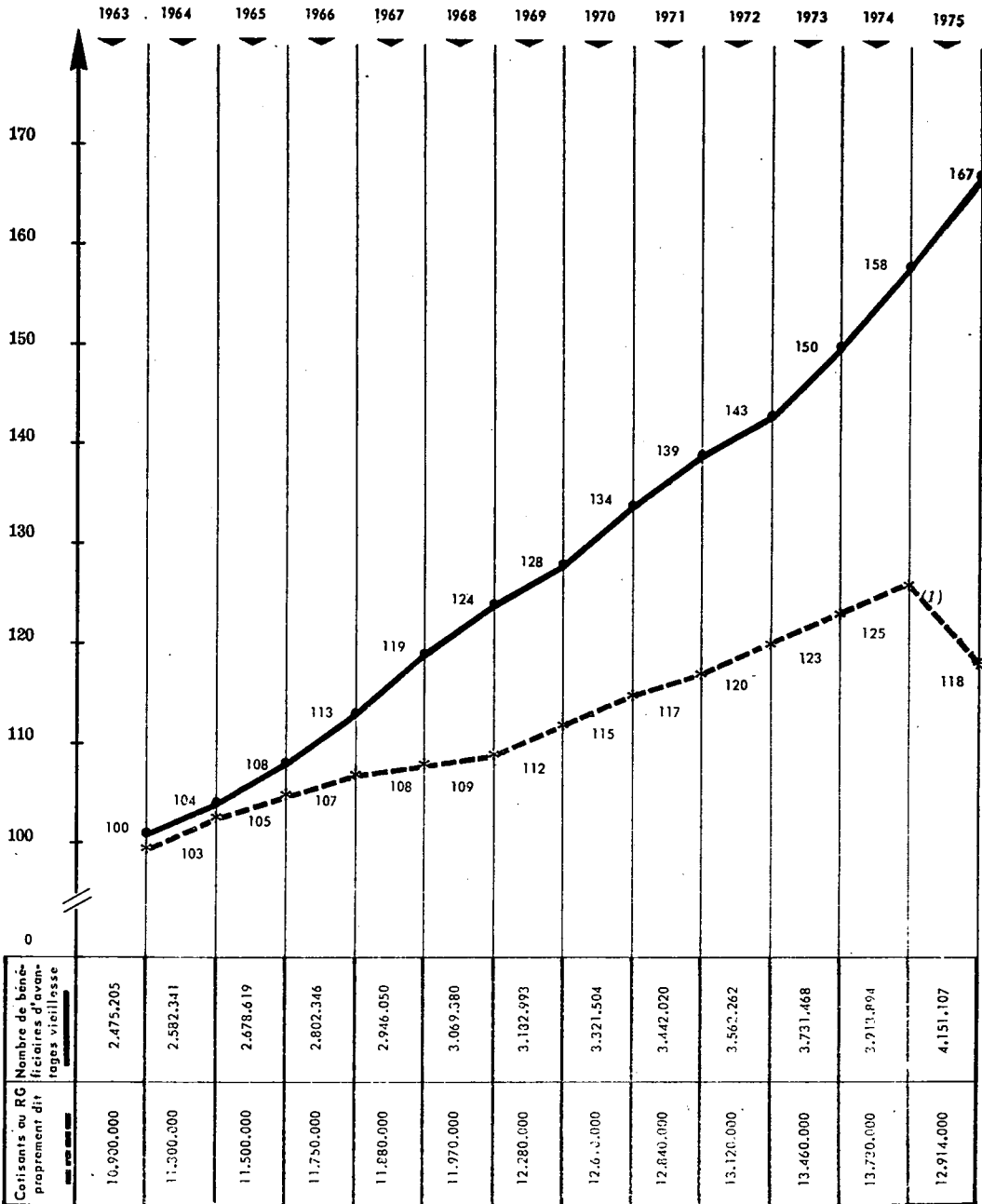
Mais, outre l'incidence de ces mesures récemment prises en vue d'améliorer la situation des retraités, l'évolution défavorable du rapport des cotisants aux retraités, en diminution régulière depuis plusieurs années, a sérieusement contribué à perturber le système de financement des pensions.

Ce rapport démographique est ainsi passé de 4 en 1967 à 3,51 en 1975 et même à 3,11 en 1976 ; désormais, il est à craindre que ne subsistent très bientôt que trois cotisants pour un retraité.

Les graphiques reproduits ci-contre révèlent l'ampleur des difficultés dues à l'évolution prévisible du rapport de l'effectif des cotisants au nombre des retraités.

En tout état de cause, l'évolution de la situation financière de la Caisse d'assurance vieillesse du régime général devrait être très préoccupante au cours des prochaines années. Selon M. Pavard, son directeur : « L'évolution des effectifs de cotisants et de bénéficiaires et le rapport démographique qui en résulte montrent qu'à terme, et sauf redressement improbable de la tendance, l'équilibre du régime général posera des problèmes analogues à ceux que posent les autres régimes de vieillesse ».

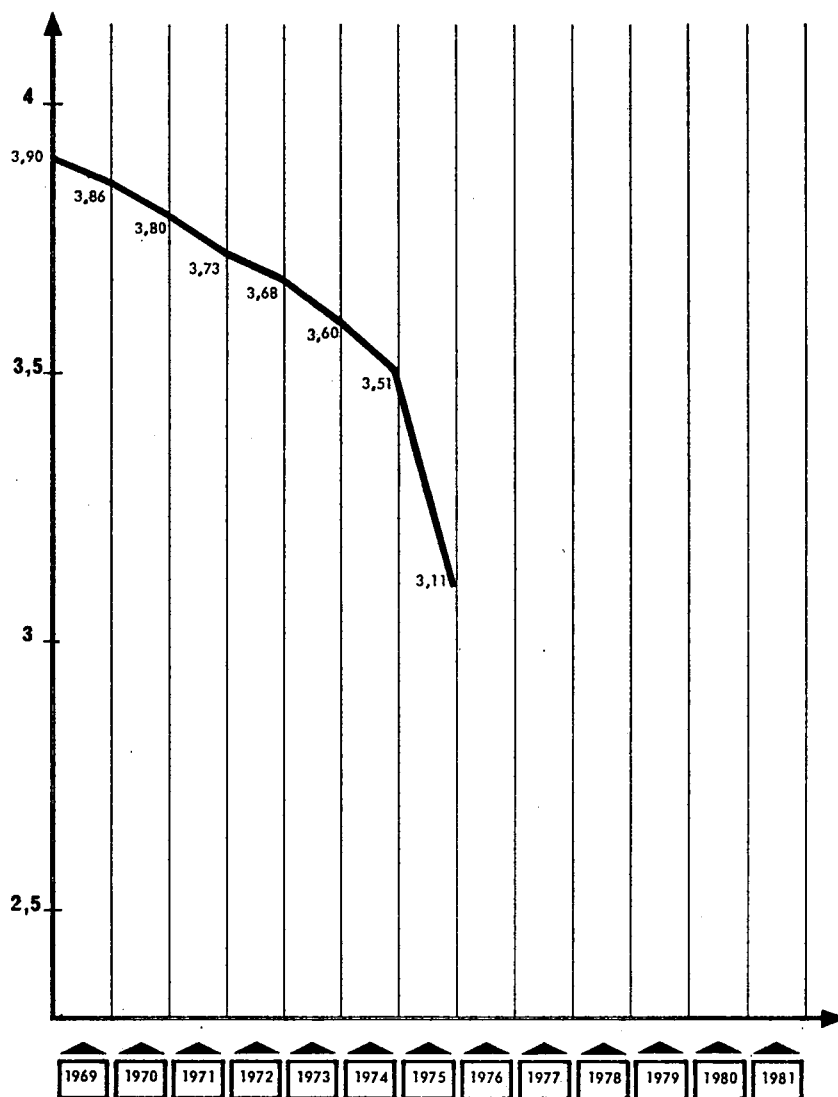
**Evolution depuis 1963 du régime général.
Nombre de cotisants et nombre de bénéficiaires d'un avantage vieillesse.**



(1) La baisse enregistrée correspond à l'augmentation du chômage en 1974 et 1975

Evolution du régime général.

Rapport démographique : $\frac{\text{Nombre de cotisants.}}{\text{Nombre de retraités.}}$



Source : rapport d'activité pour 1975 de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

CHAPITRE IV

Les allocations familiales.

La Caisse nationale des allocations familiales a notamment pour rôle d'assurer le financement des régimes de prestations familiales des salariés de toutes professions et des employeurs et travailleurs indépendants des professions non agricoles. A ce titre, elle gère la majeure partie des dépenses de cette branche, soit environ 40 milliards de francs sur un total de près de 50 milliards de francs. En outre, les problèmes de gestion de cette institution constituent la majorité des difficultés de financement rencontrées récemment.

Il n'est donc pas inutile de rappeler l'évolution de la situation financière de la Caisse nationale depuis 1973.

Le tableau ci-dessous fournit l'évolution des dépenses et des recettes au cours de ces trois années :

	1973	1974	1975	1976 prévisions.	1977 prévisions.
	(En milliards de francs.)				
Recettes	32,8	33,8	40,3	45,9	51,2
Dépenses	29,4	35,1	39,8	43,9	48,3
Solde	+ 3,4	- 1,3	+ 0,5	+ 2,0	+ 2,9

Source : *Effort social de la Nation, résultats 1973-1974-1975*, p. 29 et *Prévisions de recettes et de dépenses des régimes obligatoires de Sécurité sociale pour 1976 et 1977*, p. 25.

Une telle évolution doit être appréciée compte tenu de la structure traditionnelle du financement entre les diverses branches de la Sécurité sociale : depuis quasiment l'institution du système de protection sociale, les excédents des allocations familiales ont compensé les déficits de l'assurance maladie ; comme le constate le rapport annuel de la Cour des Comptes publié en 1975 pour les opérations réalisées en 1974, la situation d'ensemble du régime général a pu être préservée grâce au complément de ressources dégagé par les allocations familiales (1).

(1) *Rapport public de la Cour des Comptes* publié en 1975 pour 1974, p. 99.

Or, plusieurs décisions prises depuis 1971 ont contribué à augmenter les dépenses d'allocations familiales, au moment même où la croissance des ressources était limitée par la réduction du taux de cotisation, ramené de 10,5 % à 9 % des salaires à compter du 1^{er} janvier 1974.

Malgré les divers aménagements apportés au système de protection sociale depuis 1971, caractérisés par les réformes des allocations de salaire unique et de la mère au foyer, par l'extension du nombre des bénéficiaires de l'allocation logement et par la création de nombreuses allocations spécifiques, le taux annuel moyen de progression des dépenses est cependant resté fixé à environ 11 % au cours des années 1970-1975, contre un accroissement de 18 % pour les prestations de maladie et de plus de 23 % pour les prestations de vieillesse.

Mais les principaux postes de dépenses liées à la protection de la famille n'ont pas évolué de manière identique. Le coût des diverses allocations familiales a été le suivant :

	1973	1974	1975
Non ventilable.....	589 »	725 »	833 »
Allocations familiales.....	14 064 »	15 054 »	17 226 »
Allocations de salaire unique....	3 629 »	3 534 »	3 434 »
Allocations prénatales et de maternité	1 425 »	1 436 »	1 588 »
Allocations d'éducation spécialisée	20 »	21 »	22 »
Indemnités compensatrices.....	962 »	953 »	934 »
Congés de naissance.....	153 »	165 »	189 »
Prestations extra-légales.....	53,68	55,49	57 »
Prestations instituées depuis 1971.	1 978 »	4 294 »	5 212 »
Majoration de l'allocation de salaire unique.....	1 524 »	1 958 »	2 438 »
Allocation d'orphelin.....	355 »	417 »	527 »
Allocation de mineurs handicapés	16 »	38 »	39 »
Allocation des handicapés adultes	51 »	111 »	145 »
Allocation pour frais de garde	32 »	79 »	196 »
Cotisation vieillesse des mères de famille.....	»	1 227 »	1 310 »
Allocations de rentrée scolaire	»	464 »	557 »
	22 873,68	26 237,49	29 495 »

Le coût de l'allocation logement a été de 3,687 millions de francs en 1973, de 4,494 millions de francs en 1974 et de 4,947 millions de francs en 1975.

Si la sensible diminution du nombre de bénéficiaires est directement responsable de la modération du taux de progression globale, les prestations correspondant à l'allocation logement ont subi un accroissement très rapide (+ 14 % en taux annuel moyen, contre + 9,8 % pour les autres allocations).

A l'avenir, la définition d'un « revenu familial garanti », préconisé par la commission Vie sociale du VII^e Plan, doit constituer une charge financière non négligeable : l'institution de l'allocation de parent isolé, nouvelle prestation familiale servie à compter du 1^{er} octobre 1976, a précisément pour objet de substituer un véritable revenu de remplacement à un simple complément de revenu pour réaliser partiellement cet objectif.

Il convient, enfin, de constater que les charges résultant des mécanismes de compensation avec différents régimes de salariés et avec celui des exploitants agricoles ont représenté 747 millions de francs en 1974.

En tout état de cause, une action de revalorisation des prestations familiales est indispensable. En effet, selon le rapport annuel pour 1976 de l'Inspection générale des affaires sociales, le montant moyen des prestations familiales a évolué comme suit :

Montant moyen annuel des prestations familiales par famille et par enfant (1).

	MONTANT PAR FAMILLE			MONTANT PAR ENFANT		
	En francs courants.	En indice de francs courants base 100 en 1970.	En indice de francs constants base 100 en 1970.	En francs courants.	En indice de francs courants base 100 en 1970.	En indice de francs constants base 100 en 1970.
1970 ..	4 106	100	100	1 652	100	100
1971 ..	4 240	103,3	97,9	1 719	104,1	98,6
1972 ..	4 617	112,4	100,4	1 857	112,4	100,4
1973 ..	5 227	127,3	106,1	2 140	129,5	107,9
1974 ..	5 660	137,8	100,8	2 355	142,6	104,3
1975 ..	6 332	154,2	100,9	2 690	162,8	106,6

(1) Non compris les prestations versées aux familles résidant à l'étranger, ni les allocations aux handicapés adultes.

DEUXIEME PARTIE

LES DIFFICULTES PERMANENTES DE FINANCEMENT

La majeure partie des moyens financiers est constituée par les cotisations versées par les employeurs et par les employés, et par la contribution de la puissance publique au financement du déficit de certains régimes.

Le tableau ci-dessous fait apparaître, en pourcentage du total des recettes, l'importance des différentes sources de financement :

	1973	1974	1975
	(En pourcentage.)		
Assurés	17,01	17,63	17,43
Employeurs	59,06	58,75	57,23
Etat puissance publique.....	18,41	18,03	19,99
Dont quotient familial.....	(2,72)	(2,85)	(2,68)
Collectivités locales.....	1,57	1,63	1,51
Taxes affectées.....	2,29	2,25	2,03
Revenus de capitaux.....	0,85	0,96	0,86
Recettes diverses.....	0,81	0,75	0,95
Totaux	100	100	100

Les assurés et les employeurs financent les trois quarts des dépenses sociales. L'apport de l'Etat, qui représente environ le cinquième des recettes, est en augmentation sensible.

Mais les difficultés permanentes de financement des dépenses sociales conduisent donc à poser trois questions essentielles : l'effort contributif des employés et des employeurs est-il suffisant ? Le recours à l'Etat ne demeure-t-il pas excessif ? Quel bilan peut-on établir de l'expérience généralisée de compensation entre différents régimes ?

CHAPITRE I^{er}

L'effort contributif des employés et des employeurs.

L'examen des diverses charges obligatoires imposées aux entreprises doit conduire à refuser toute solution fondée sur un accroissement brutal de la contribution demandée aux employés et aux employeurs.

En effet, la nécessité de surmonter les difficultés économiques actuelles suppose une relative modération de la progression des charges sociales et fiscales.

Le tableau ci-dessous traduit parfaitement l'importance des prélèvements demandés aux entreprises :

Taux en vigueur au 1^{er} janvier 1977 des charges sociales obligatoires sur salaires.

CHARGES	TAUX		PLAFOND	
	Employeur.	Salarié.	Annuel.	Mensuel.
	(Pourcentage.)		(Francs.)	
1. Sécurité sociale :				
Assurance maladie, maternité, invalidité, décès :				
a) Salariés de moins de 65 ans.....	2,50	1,50	Totalité du salaire.	
	10,95	3	43 320	3 610
b) Salariés de 65 ans et plus.....	2,50	1,50	Totalité du salaire.	
	10,95	2	43 320	3 610
Assurance vieillesse :				
a) Salariés de moins de 65 ans.....	7,70	3,45	43 320	3 610
b) Salariés de 65 ans et plus.....	7,70	»	43 320	3 610
Allocations familiales.....	9	»	43 320	3 610
Accidents du travail.....	Variable.	»	43 320	3 610
2. Retraite complémentaire :				
Non-cadres (minimum).....	2,64	1,76	129 960	10 830
Cadres (minimum) :				
Tranche A.....	2,64	1,76	43 320	3 610
Tranche B.....	6	2	De 43 320 (à 173 280.	De 3 610 à 14 440

CHARGES	TAUX		PLAFOND	
	Employeur.	Salarié.	Annuel.	Mensuel.
	(Pourcentage.)		(Francs.)	
3. Assurance chômage :				
A. S. S. E. D. I. C. (non-cadres et cadres) ..	1,76	0,44	173 280	14 440
Fonds de garantie des salaires.....	0,25	»	173 280	14 440
			De 43 320	
A. P. E. C. (cadres présents au 31 mars) ..	0,036	0,024	à 173 280	»
			(a).	
Complété par le versement forfaitaire...	+ 15,60 F	+ 10,40 F	»	»
4. Construction - logement :				
Participation des employeurs à la construction	1	»	Totalité du salaire (b).	
Cotisation relative à l'allocation de logement	0,10	»	43 320	3 610
5. Taxe d'apprentissage.....	0,50	»	Totalité du salaire (b).	
6. Participation des employeurs à la formation professionnelle continue.....	1	»	Totalité du salaire (b).	
7. Taxe sur les salaires.....	4,25	»	Totalité du salaire.	
(Employeurs non assujettis à la T. V. A.) ..	+ 4,25	»	De 30 000	De 2 500
	+ 9,35	»	à 60 000.	à 5 000
			+ de 60 000	+ de 5 000
8. Transports :				
Taxe pour les transports (taux parisien) ..	1,90	»	43 320	3 610
Prime mensuelle de transport.....	(23 F)			

(a) Contributions payées trimestriellement.

(b) Contributions payées une fois par an.

Source : *Liaisons sociales*.

Il serait donc plus judicieux de mieux adapter la structure des charges fiscales et sociales aux nécessités de l'économie.

Deux objectifs pourraient être simultanément poursuivis : la réduction des inégalités entre les assurés et la suppression des distorsions entre les entreprises.

1. — LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS ENTRE LES ASSURÉS

L'existence du plafond des salaires soumis à cotisation, fixé à 43 320 F par an depuis le 1^{er} janvier 1977, constitue une source majeure d'inégalités.

En effet, il est anormal que, proportionnellement, le coût de l'assurance soit, à prestations égales, plus onéreux pour les titulaires de basses rémunérations que pour les bénéficiaires de salaires élevés.

Selon le Centre de recherches et documentation sur la consommation, la part des ressources monétaires des ménages consacrées au paiement des cotisations sociales atteignait ainsi, en 1970, en moyenne, 15,40 % ; mais elle ne représentait que 5 % pour les exploitants agricoles, 5,90 % pour les inactifs, 7,20 % pour les professions indépendantes, alors que cette proportion était de 16,10 % pour les salariés agricoles, 16,60 % pour les cadres supérieurs, 20,20 % pour les cadres moyens, 21,50 % pour les employés et 26 % pour les ouvriers.

Il existe donc, incontestablement, une dégressivité de la charge des cotisations par rapport au revenu.

Plusieurs arguments peuvent donc être invoqués en faveur d'un déplafonnement. Il n'est pas inutile de rappeler la nature des constatations formulées à cet égard par le Comité des revenus et des transferts du VII^e Plan (1) :

— le plafonnement rend moins onéreux, pour les entreprises, le coût social d'une hausse des hauts salaires ;

— le plafonnement constituerait un « frein à l'embauche en poussant à l'allongement de la durée de travail », car les entreprises se trouvent incitées à accroître le nombre des heures de travail supplémentaires des salariés, quand la limite du « plafond » est dépassée, ce qui permet d'éviter aux unités de production de recruter du personnel ;

— le plafonnement défavorise les industries de main-d'œuvre par rapport aux industries de capitaux, où le niveau des salaires est plus élevé.

— le plafonnement, en limitant la contribution au financement du régime général des catégories les plus favorisées, a permis le développement des systèmes de protection complémentaires (mutuelles et régimes de retraites) ; l'écart entre les niveaux de protection sociale s'est ainsi accru.

Le Comité des revenus et des transferts du VII^e Plan a donc adopté le principe du déplafonnement, sous réserve d'en limiter les effets en excluant la branche « vieillesse » de son champ d'application.

Il convient de signaler que le déplafonnement d'un point de cotisation aurait pu procurer en 1975 environ 4,8 milliards de francs.

Sans aller jusqu'à une solution radicale fondée sur un déplafonnement total, votre rapporteur estime cependant que la nécessité de trouver des ressources supplémentaires pourrait justifier, en ce domaine, des mesures ponctuelles et partielles, mises en œuvre, toutefois, avec une prudence extrême.

Le rapport de la Commission chargée d'étudier un aménagement de l'assiette des cotisations sociales (Commission Granger) fournit à cet égard d'utiles précisions.

(1) Rapport du Comité des revenus et des transferts du VII^e Plan, pp. 152-156.

Les réformes proposées devraient ainsi tenir compte du caractère « souhaitable, socialement et économiquement », du déplafonnement. Mais les effets d'une telle mesure présenteraient de graves inconvénients : un déplafonnement total entraînerait un accroissement des cotisations des cadres, poserait le problème du financement de leur régime complémentaire et supposerait le déplafonnement des prestations de vieillesse et des indemnités journalières de l'assurance maladie ; les transferts qui en résulteraient auraient, de plus, un effet préjudiciable sur le niveau général des prix.

La Commission Granger a donc simplement envisagé de déplafonner progressivement la fraction de la part patronale de la cotisation d'assurance maladie correspondant aux prestations en nature.

Par ailleurs, cette commission a également examiné la possibilité de réviser les modalités de fixation du montant du plafond, car les majorations actuelles dépendent de l'évolution d'un indice peu représentatif de l'ensemble des salaires, à savoir le taux de salaire horaire des ouvriers.

2. — LA SUPPRESSION DES DISTORSIONS ENTRE LES ENTREPRISES

Les éléments retenus pour la définition de l'assiette des cotisations sociales, constitués par le montant des salaires versés, aboutissent en fait à imposer la majeure partie du financement du système aux industries employant *une main-d'œuvre abondante et peu qualifiée* ; il s'agit notamment des branches du bâtiment et des travaux publics, du bois, de l'habillement et du textile ; en revanche, l'effort contributif des entreprises du pétrole, de la chimie et de la construction électrique semble assez faible.

Plusieurs solutions pourraient être envisagées afin de rétablir l'égalité des conditions de concurrence sur le marché ; ces techniques peuvent consister soit en une modulation des taux, soit en une substitution du chiffre d'affaires de l'entreprise aux salaires versés pour la définition de l'assiette des cotisations sociales.

La réforme la plus souhaitable devrait cependant aboutir à substituer progressivement la notion de « valeur ajoutée » à celle des « salaires versés » pour le calcul de la part contributive des entreprises.

La nouvelle assiette devrait notamment comprendre les salaires, les charges sociales, les amortissements, les bénéfices, les frais financiers et, pour des raisons pratiques, les impôts et taxes, car ce

poste n'est pas individualisé dans les entreprises imposées au forfait et l'assiette doit être la même pour toutes les entreprises indépendamment de leur statut fiscal ; les déficits ne seraient pas déductibles ; les frais généraux seraient pris en compte partiellement, notamment pour éviter l'incitation à la fraude par transferts comptables entre postes du compte d'exploitation.

L'une des propositions de la Commission Granger tend précisément à étendre l'assiette des cotisations sociales à d'autres éléments d'exploitation que les salaires.

Les effets d'une telle réforme ont été très précisément analysés par les auteurs du rapport ; cet examen révèle que la réforme envisagée peut conduire à des difficultés importantes liées à la coexistence de deux assiettes de cotisations ; il conviendrait de veiller en particulier à ne pas provoquer un renchérissement trop brutal et trop important des coûts des entreprises affectées par ce transfert de charges ; en outre, un risque inflationniste non négligeable peut résulter de l'apparition probable de comportements tendant à augmenter les prix de détail des produits vendus par les entreprises atteintes par une aggravation de leur effort contributif, au moment où les unités de production bénéficiant de réductions de charges ne chercheraient pas à traduire par des baisses ces allègements ; l'adoption d'une assiette fondée sur la « valeur ajoutée » conduirait par ailleurs à une modification du *rythme de progression des ressources*, car si la valeur ajoutée est moins sensible que les salaires aux fluctuations conjonctuelles, en moyenne période la progression de ceux-ci est un peu plus rapide que celle de la valeur ajoutée (2 % sur huit à neuf ans) ; enfin, les prestations de vieillesse et les indemnités journalières d'assurance maladie progressent comme la masse des salaires, tandis que les prestations familiales évoluent comme les prix, avec un certain décalage temporel ; donc du point de vue du financement, l'assiette « valeur ajoutée » est mieux adaptée au financement des prestations familiales et la recherche du taux d'équivalence doit s'effectuer en tenant compte du rendement respectif des deux systèmes de cotisation en moyenne période.

Il convient donc de ne pas négliger l'étendue de toutes ces difficultés liées à la réforme proposée.

Il appartient aux autorités de prévoir une mise en place progressive et prudente du système envisagé.

En effet, le maintien de la situation actuelle risque de présenter, à moyen terme, de graves inconvénients.

CHAPITRE II

Le recours à l'Etat.

Le recours au budget de l'Etat permet de financer le déficit de nombreux régimes.

Depuis quelques années, la part de la puissance publique dans les recettes sociales demeure sensiblement inférieure à 20 % (18,41 % en 1973 ; 18,03 % en 1974 ; 19,99 % en 1975). Exprimé en base 100 en 1973, l'indice des apports de l'Etat ressort cependant à 161,88 en 1975, contre 152,83 pour l'indice des cotisations des assurés et 144,49 pour l'indice des cotisations des employeurs.

L'importance relative des aides de l'Etat varie selon les régimes concernés. La puissance publique contribue peu au financement des institutions des salariés de l'industrie et de l'agriculture, mais elle assure la couverture d'un pourcentage non négligeable des dépenses des régimes spéciaux des salariés (près d'un tiers) et de celles des travailleurs indépendants non agricoles (près du quart) ; de plus, la puissance publique prend à sa charge plus de la moitié des frais de risques et de gestion du régime des exploitants agricoles.

Au terme de l'exercice 1976, la puissance publique a consacré au total plus de 23 milliards de francs au financement de différents régimes.

Comme j'ai eu l'occasion de le rappeler dans mon dernier rapport fait au nom de la Commission des Finances du Sénat sur les crédits demandés pour 1977 au titre de la Sécurité sociale, ces aides revêtent deux modalités : des subventions (aides directes) et des taxes affectées (aide indirectes) (1).

Il faut préciser qu'il convient d'ajouter à ces concours le prélèvement sur les ressources du budget au profit du régime général, qui, s'il ne revêt pas l'aspect juridique d'une subvention, en présente néanmoins toutes les autres caractéristiques.

Les subventions sont inscrites à un certain nombre de chapitres budgétaires, dont le tableau ci-après donne le détail pour les deux exercices 1976 (après exécution du budget) et 1977 (prévisions).

(1) Rapport n° 65 Sénat, Annexe n° 34 (1976-1977), p. 8.

Aides de l'Etat à différents régimes de sécurité sociale en 1976 et en 1977.

REGIMES	1976 (1)	1977	BUDGETS	CHAPITRES
	(En millions de francs.)			
Subventions :				
Régime des exploitants agricoles	2 315	3 300	Agriculture.	Chapitre 46-61.
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines	3 165	3 330	Travail.	Chapitre 47-23, article 10.
Régime de retraite des agents de la S. N. C. F.	4 452,5	4 975	Transports terrestres.	Chapitre 47-21.
Caisse autonome mutuelle de retraités des agents des chemins de fer secondaires (C. A. M. R.)	263	303	Travail.	Chapitre 47-23, article 20.
Etablissement national des invalides de la marine (E. N. I. M.)	1 111	1 058	Marine marchande.	Chapitre 47-35 (2).
Caisse de retraites du personnel de la réunion des théâtres lyriques nationaux.....	20,2	23,5	Affaires culturelles.	Chapitre 36-24, article 40.
Caisse de retraites du personnel de la Comédie-Française.....	3,1	2,5	Affaires culturelles.	Chapitre 36-24, article 10.
Caisse de retraites des régies ferroviaires d'outre-mer.....	30	34,2	Economie et finances. — I. Charges communes.	Chapitre 47-91.
Caisse de prévoyance des cadres d'exploitation agricole (section rapatriés)	13,02	20	Agriculture.	Chapitre 46-17.
Régimes de retraites des industriels et commerçants et des artisans	114	0	Economie et finances. — I. Charges communes.	Chapitre 46-90, article 10.
Divers régimes.....	212	328,1	Economie et finances. — I. Charges communes.	Chapitre 46-90, article 20.
Fonds national de solidarité...	4 929	5 640,3	Economie et finances. — I. Charges communes.	Chapitre 46-96.
Prélèvements sur les recettes de l'Etat au profit du régime général	6 479	7 406		
Total	23 121	26 420		

(1) Loi de finances initiale + Loi de finances rectificative n° 76-539 du 22 juin 1976 + Loi de finances rectificative n° 76-978 du 29 octobre 1976 + Loi de finances rectificative n° 76-1220 du 28 décembre 1976.

(2) Ce chapitre correspond à l'ancien chapitre 47-31.

Source : *Prévisions de recettes et de dépenses des régimes obligatoires de Sécurité sociale pour 1976 et 1977* (document annexe au projet de Loi de finances pour 1977, p. 19), mis à jour compte tenu des lois de finances rectificatives.

Parmi les principaux problèmes soulevés par le recours à l'Etat figure évidemment la question de la modification de la structure du financement de certaines charges.

Le rapport de la commission chargée d'étudier les charges supportées par les régimes de protection sociale et par l'Etat, dite Commission Grégoire, déposé le 24 décembre 1975, récapitule parfaitement les données du sujet.

Les charges contestées, en raison de la nature des dépenses, dont la commission demande de modifier l'imputation, concernent les dépenses assumées par les régimes, et qui devraient être à la charge de l'Etat ; ainsi en est-il :

— des frais d'enseignement médical (240 millions de francs en 1975, 270 millions de francs en 1976) ;

— des allocations du Fonds national de solidarité, des majorations pour conjoint à charge, de la quote-part versée au Fonds spécial (5,2 milliards de francs en 1975 et 6 milliards de francs en 1976).

En revanche, l'Etat assume des charges de compensation qui devraient être financées par les régimes (4,3 milliards de francs en 1975 et 6,9 milliards de francs en 1976).

De plus, il existe des charges susceptibles de continuer à être imputées aux régimes de protection sociale, mais dont la contrepartie financière pourrait être mieux assurée ; il s'agit notamment :

— des compensations pour insuffisance de cotisations (fonctionnaires, collectivités locales, salariés agricoles, accidents du travail dans les mines (2,1 milliards de francs en 1975 et 2,5 milliards de francs en 1976) ;

— du financement complémentaire des charges liées aux groupes « non contributifs » (régime étudiant, allocations aux handicapés adultes, déficit de l'assurance volontaire) — (1,8 milliard de francs en 1975 et 2,1 milliards de francs en 1976).

Pour M. Chotard, vice-président du Conseil national du patronat français, entendu le 6 avril 1977 par votre commission, le financement des « charges indues » étrangères à l'objet de la Sécurité sociale, tel le financement de l'équipement hospitalier, doit être transféré au budget de l'Etat ; en revanche, la « compensation démographique » instituée en matière d'assurance vieillesse est nécessaire, sous réserve d'une révision des modalités de fonctionnement du système.

CHAPITRE III

Les différents aspects de la compensation entre les régimes.

L'institution de la compensation entre les régimes a été rendue nécessaire par la disparité de l'évolution de la structure démographique des diverses institutions de protection sociale.

La solution adoptée présente sans doute le mérite d'affirmer la nécessité d'une solidarité effective entre catégories professionnelles. En outre, le caractère temporaire des dispositions actuelles respecte la possibilité de modifier le système adopté compte tenu de l'évolution de la conjoncture.

Mais le recours aux mécanismes de compensation avec les régimes de non-salariés, institués par les dispositions de la loi du 24 décembre 1974, soulève une question essentielle : l'Etat prend à sa charge les déficits de certaines institutions, ce qui accroît encore l'importance effective de la contribution de la collectivité nationale à la protection sociale des Français.

Le choix de cette technique n'est pas nouveau. Pour les prestations familiales, un régime unique pour tous les bénéficiaires, à l'exception des exploitants agricoles, avait déjà été mis en place ; dans les autres branches, la péréquation a d'abord concerné les salariés, par la prise en charge, par le régime général, du financement de certains risques de divers régimes.

Mais les lois du 27 décembre 1973 et du 24 décembre 1974 ont eu pour effet de généraliser et d'étendre les compensations entre régimes sociaux de salariés aux systèmes de protection des non-salariés.

Or, comme le remarque la Cour des Comptes dans son Rapport public de 1975, cette compensation est fondée uniquement, contrairement au principe posé par le législateur, sur les déséquilibres démographiques entre régimes sans prendre en compte également les disparités de capacité contributive entre les différents régimes (1). Aussi bien importe-t-il de mieux connaître, rapidement, l'évolution des revenus des travailleurs indépendants, afin de déterminer plus précisément leur réelle capacité contributive.

(1) Rapport public de la Cour des Comptes pour 1975, p. 104.

Un tel effort d'information est d'autant plus souhaitable que le maintien de tous les avantages acquis, garanti par la loi, risque de provoquer un alignement progressif sur le système le plus favorable ; la perspective d'un important accroissement des charges doit donc être considérée comme très probable.

Selon le rapport spécial de la Commission des Finances de l'Assemblée Nationale sur les crédits demandés pour 1977 au titre de la Sécurité sociale, fait par M. Robert Bisson, la charge pesant sur le régime général du fait des divers mécanismes de compensation est la suivante (1) :

	1975	1976	1977
	(En millions de francs.)		
Mines :			
— Maladie	659	748	912
— Accidents travail.....	1 042	1 204	1 394
Totaux	1 071	1 952	2 306
Salariés agricoles :			
— Maladie	1 397	1 486	1 801
— Vieillesse	1 788	2 095	2 473
— PF	1 048	1 093	1 126
Totaux	4 233	4 674	5 400
S. N. C. F.	831	927	1 151
Marins	129	142	180
R. A. T. P.	59	61	82
Compensation généralisée (loi du 24 décembre 1974).....	5 160	7 877	7 810
Totaux	12 113	15 633	16 929
Remboursements de l'Etat (1)	— 3 980	— 6 479	— 6 206
Soldes	+ 8 133	+ 9 154	+ 10 273

(1) La différence entre le remboursement de l'Etat et le montant de la compensation généralisée correspond à la suppression des anciennes surcompensations Mines et C. A. M. R. en vieillesse.

CONCLUSION

Sans vouloir examiner en détail toutes les modalités souhaitables d'une révision des mécanismes de protection sociale, votre commission a cependant tenu à formuler des propositions qui lui semblent essentielles.

LES DEPENSES DE MALADIE

1. — Pour les dépenses et la gestion hospitalières.

— Une action de restructuration des hôpitaux doit être entreprise de toute urgence, afin de parvenir à une meilleure utilisation ou à une reconversion des équipements et à une réduction du coût très onéreux des établissements.

— Seule cette action de restructuration des hôpitaux pourra permettre de clarifier les données de la question de la détermination des prix de journée dans les établissements ; l'importance de la part incompressible des dépenses hospitalières, due aux charges salariales, empêche en effet toute action vraiment efficace à court terme en ce domaine.

— A cet égard, l'institution d'une tarification des prix de journée de l'hospitalisation publique et de l'hospitalisation privée doit être fondée sur le principe de *la vérité des prix* des charges et des services rendus et, éventuellement, des investissements, qu'ils soient publics ou privés.

— De plus, un développement des actions de contrôle financier est indispensable afin de pallier les insuffisances de la tutelle.

— La nécessité de développer l'hospitalisation à domicile est évidente.

— Il faut impérativement cesser d'implanter des hôpitaux ou des plateaux techniques ne répondant pas aux besoins réels constatés localement.

2. — Pour les dépenses de soins et de pharmacie.

— Un effort de réflexion collective devra être entrepris pour fixer l'étendue du dispositif de protection sociale vis-à-vis de catégories particulières, notamment des handicapés ou des enfants en bas âge atteints d'infirmité.

— La diminution des taux de remboursement de quelques médicaments risque de ne pas conduire à de substantielles économies.

— Une amélioration de la formation économique des médecins présenterait l'avantage d'inciter les praticiens à tenir compte, au moment de leurs prescriptions, de l'évolution de la situation financière des régimes de Sécurité sociale.

— Il conviendrait d'améliorer l'information des malades pour éviter des consommations médicales inutiles.

LES DEPENSES DE VIEILLESSE

— Les dépenses de vieillesse représentent une lourde charge, inéluctable pour la collectivité ; des mesures doivent donc être prises pour éviter la diminution constante du rapport des cotisants aux retraités.

LES ALLOCATIONS FAMILIALES

— L'état actuel de la démographie, très préoccupant, suppose une poursuite de l'effort accompli en faveur des allocations familiales : à terme, l'existence d'une population active nombreuse est la condition d'un financement satisfaisant des retraites.

— Une attention particulière doit être réservée à l'incitation, dans un foyer, à une troisième naissance.

LES ASPECTS FINANCIERS D'UNE REFORME SOUHAITABLE

— **La question du « déplafonnement »** : un « déplafonnement », partiel ou total, procurerait sans doute des ressources appréciables ; mais il semble nécessaire de procéder avec prudence, à partir des conclusions d'études techniques qui devraient être entreprises pour mieux en apprécier l'incidence financière.

— **La question de l'assiette des cotisations sociales** : la nécessité de ne pas imposer les industries de main-d'œuvre implique, à bref délai, une réforme de l'assiette des cotisations sociales ; le système actuel aboutit en effet à pénaliser les industries de main-d'œuvre.

— **La question de l'aide de l'Etat** : une meilleure définition des responsabilités respectives de l'Etat, des employeurs et des employés devrait permettre de mieux déterminer l'importance exacte de l'effort susceptible d'être accompli par la puissance publique.

— **La question de la compensation entre les régimes** : la mise en place d'un régime de protection sociale commun à tous les Français sera une entreprise difficile à réaliser.

Le recours à la compensation permet de répondre dès maintenant à une exigence élémentaire de solidarité nationale.

Compte tenu des observations qui précèdent, votre commission demande à la Cour des Comptes, en application de l'article 10 de la loi n° 67-483 du 22 juin 1967, de lui fournir des études sur les points essentiels suivants :

- 1° L'évolution prévisible de la charge de la protection sociale au cours des prochaines années couvertes par le VII^e Plan ;
- 2° Les voies et moyens d'une meilleure gestion hospitalière ;
- 3° Les modalités d'une amélioration de la gestion de la trésorerie de la Sécurité sociale.

La commission a également demandé à la Cour des Comptes de lui fournir une appréciation sur la valeur statistique des données de l'annexe au projet de loi de finances annuel *Etat retraçant l'effort social de la Nation*.

ANNEXES



ANNEXE N° 1

MESURES D'ASSAINISSEMENT DE LA SITUATION FINANCIERE DE LA SECURITE SOCIALE

(Déclarations de Mme Veil, Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale,
au cours de son audition, par la commission, le 27 avril 1977.)

L'importance de la Sécurité sociale dans la vie quotidienne des Français n'est plus à démontrer. Elle apporte en effet, à chacun, la garantie d'un revenu de remplacement en cas de perte de gain professionnel et elle compense les réductions apportées aux ressources des familles par la présence d'enfants ou par la maladie.

La Sécurité sociale apparaît comme le symbole du progrès social accompli depuis trente ans : le nombre de personnes protégées n'a cessé de croître et les prestations se sont améliorées et diversifiées.

Cette progression se traduit par un coût important : les dépenses sociales de la Nation ont représenté 309 milliards de francs en 1976, dont 276 pour la seule Sécurité sociale, soit une masse équivalente à celle du budget de l'Etat. La place de la Sécurité sociale est donc devenue déterminante au sein des grands équilibres économiques du pays. Des interactions entre elle et l'économie sont effectivement importantes, non seulement du fait des masses financières en jeu mais également en raison du mode de financement de la Sécurité sociale dont 90 % des dépenses sont couvertes par des cotisations assises sur des revenus professionnels.

Le coût global de la protection sociale représente une charge croissante pour la Nation.

Cette croissance n'est évidemment pas anormale : elle a pour contrepartie, sinon en totalité du moins pour la plus grande part, une amélioration de la protection sociale des Français et elle est constatée dans tous les pays dont le développement économique et les structures sociales sont comparables aux nôtres.

Il faut toutefois se demander si les dépenses sociales peuvent continuer de croître à ce rythme : elles représentent actuellement plus du quart de la production intérieure brute. En effet, elles viennent en concurrence, dans les emplois de la richesse nationale, avec d'autres préoccupations dont l'importance croît et qui, toutes, concourent à l'amélioration de la qualité de vie des Français (développement des équipements collectifs, lutte contre les nuisances...).

Or l'accroissement des prélèvements obligatoires, qu'il s'agisse des impôts ou des cotisations sociales, connaît des limites dans une économie libérale qui repose sur la libre entreprise et sur les échanges extérieurs. D'ailleurs les sondages révèlent que les Français ne sont pas disposés à consacrer une part plus élevée de leurs revenus aux dépenses collectives.

Dès lors qu'on ne peut majorer indéfiniment les ressources affectées aux prestations de Sécurité sociale, il faut modérer les dépenses.

Maîtriser les dépenses ne signifie pas bloquer le progrès social. Les réformes déjà intervenues et les engagements pris récemment par les Pouvoirs publics le montrent amplement : la généralisation de la Sécurité sociale et l'harmonisation des niveaux de protection sociale, d'une part, et l'effort qui vient d'être annoncé au profit des familles et des personnes âgées, d'autre part, présentent un coût important.

Il faut donc réorienter les dépenses de Sécurité sociale vers les besoins prioritaires, vers les lacunes les plus importantes qui restent à combler.

Dans ces conditions, la poursuite du progrès social exige une sérieuse maîtrise de la croissance des dépenses de santé.

*

* *

Si les dépenses de prestations familiales et d'assurance vieillesse peuvent être prévues et, par là même, maîtrisées dans une certaine mesure, il n'en est pas de même des dépenses de santé.

La croissance des dépenses de soins est due, en effet, non seulement à une volonté de progrès social, mais également à des causes subies, telles que la hausse des prix et des salaires des services de santé, l'accroissement de la part des personnes âgées au sein de la population totale, le progrès médical et, surtout, l'organisation et le fonctionnement du système de production et de distribution des soins. Dire que les dépenses d'assurance maladie subissent des facteurs de hausse ne signifie pas que la situation est intangible, mais seulement que les intérêts de la Sécurité sociale sont en concurrence avec d'autres intérêts qui plongent leurs racines dans la philosophie même de notre société : c'est notamment le cas du système d'offre de soins et du progrès médical.

Le progrès médical doit profiter à tous les Français. Or seule la Sécurité sociale permet d'en diffuser les bienfaits. Elle est donc contrainte d'en supporter le coût.

S'agissant du système de soins, son organisation générale et les conditions de son fonctionnement relèvent de la responsabilité de l'Etat. Celui-ci doit développer une organisation sanitaire adaptée aux besoins des Français. Tel est le sens de l'effort important mené depuis quelques années dans le domaine hospitalier.

Mais la satisfaction des besoins légitimes des Français en matière de santé ne peut se faire à n'importe quel prix. Contrairement à l'adage bien connu, la santé a un prix et ce prix est supporté pour plus des deux tiers par la collectivité.

L'Etat, qui est responsable de la politique de la santé, l'est également au premier chef de la Sécurité sociale : de sa définition, de son équilibre financier et du bon fonctionnement de la gestion assurée par les partenaires sociaux.

*

* *

Les Pouvoirs publics sont déjà intervenus deux fois pour assurer le fonctionnement normal de l'institution, compromis par un grave déséquilibre financier.

En décembre 1975, avaient été décidées un certain nombre de mesures : relèvement des cotisations, réduction de la T. V. A. sur les médicaments, économies sur les dépenses et amélioration des circuits de trésorerie.

Mais ces mesures n'ont pas suffi : les prévisions réalisées en juillet 1976 faisaient apparaître, pour l'exercice 1977, un déficit de 12 milliards de francs. En septembre 1976, le Gouvernement a donc décidé trois catégories de mesures (pour réduire ce déficit : une augmentation des cotisations (+ 7,3 milliards de francs en 1977), une participation accrue de l'Etat au titre du F. N. S. (+ 1,2 milliard) et des économies en matière d'assurance maladie (1 milliard de francs).

Au total, le déficit était réduit de 9,5 milliards de francs mais subsistait pour 2,5 milliards de francs.

Il se trouve qu'une augmentation plus forte que prévue des rentrées de cotisations au cours du premier trimestre 1977 et un ralentissement des dépenses de l'assurance maladie depuis la fin de 1976 ont permis de juguler presque totalement le déficit qui restait prévisible pour 1977 (0,4 milliard).

Il est important de souligner que cette moindre croissance des dépenses d'assurance maladie est due à un ralentissement de la consommation de soins (stabilisation du nombre des journées d'hospitalisation, réduction des dépenses pharmaceutiques) obtenu, pour une large part, grâce à la sensibilisation de l'opinion aux difficultés de la Sécurité sociale et aux mesures adoptées, telles que la baisse de la T. V. A. sur les produits pharmaceutiques.

Il reste cependant un problème de trésorerie à résoudre : au 31 décembre 1977, la Sécurité sociale n'aura en caisse que les sommes nécessaires au versement d'une journée de prestations (8 à 900 millions de francs) et ceci pourrait provoquer à certaines périodes très courtes de l'année des difficultés de trésorerie.

Par ailleurs, s'agissant de l'année 1978, les premières esquisses de prévisions font apparaître, compte tenu de l'entrée en vigueur du « complément familial » au 1^{er} janvier 1978, un déficit pour cet exercice de l'ordre de 5 à 6 milliards de francs, si la tendance constatée dans le passé se maintient en 1977.

Il faut évidemment se rappeler l'extrême sensibilité de ces prévisions à la situation économique générale : une accélération de la hausse des salaires améliore les résultats du régime général et un ralentissement de la croissance des prix et des salaires accroît le déficit.

*

* *

Bien que la situation ne soit pas alarmante en 1977, il importe de poursuivre l'effort entrepris pour assurer un équilibre durable de la Sécurité sociale.

Plutôt qu'en multipliant les mesures ponctuelles d'économie telles que la réduction de certaines prestations, c'est par une utilisation toujours meilleure des moyens affectés à la santé et la maîtrise de l'évolution de l'appareil de soins que la croissance des dépenses de santé restera compatible avec l'évolution des ressources de la Sécurité sociale.

Les assurés comme l'ensemble des professions de santé et les gestionnaires de l'appareil de soins doivent par l'exercice conscient de leurs responsabilités concourir à cette bonne utilisation des soins médicaux.

En effet, ce n'est pas davantage par une remise en cause totale de l'institution, de son financement ou de son mode de gestion qu'il est possible de résoudre les difficultés qu'elle traverse. La progression des dépenses de santé est un phénomène général — la France se situant à un niveau moyen par rapport à ses partenaires européens — qui se produit quel que soit le système de protection sociale en vigueur dans ces pays.

C'est donc à la source qu'il faut combattre le mal au stade de la formation des coûts et non pas seulement en agissant sur la structure de prise en charge des dépenses. C'est d'ailleurs la seule méthode qui permettra de maintenir un niveau élevé de protection sociale sans majoration de cotisation ni déplafonnement.

Il s'agit d'assurer la bonne gestion d'un service public auquel tous les Français sont justement attachés comme en témoignent des sondages récents.

Les différentes mesures propres à réaliser les objectifs ainsi définis se regroupent autour de deux axes d'action :

1° Mettre fin à quelques situations anormales dont bénéficient certaines catégories qui participent insuffisamment à leur couverture sociale ;

2° Et, surtout, maîtriser la croissance des dépenses de santé ;

— au stade de l'offre, par une gestion plus rationnelle de l'appareil de soins, notamment des hôpitaux, et un contrôle plus efficace des organismes et des prescriptions de soins ;

— au stade de la demande, par une sensibilisation plus grande des assurés à leurs responsabilités à l'égard de la Sécurité sociale.

Enfin, deux études seront poursuivies afin de rendre plus juste notre système de Sécurité sociale : l'une concerne les charges sociales supportées par les industries de main-d'œuvre, l'autre la prise en charge des soins dentaires par la Sécurité sociale.

*

* *

I. — Il existe actuellement quelques situations aberrantes non justifiées auxquelles il convient dans un souci d'équité de mettre fin. A cet effet :

— le taux normal des cotisations d'assurance maladie sera appliqué aux salariés de 65 ans et plus (soit, pour la part ouvrière, 3 % au lieu de 2 %) ;

— les cotisations des salariés agricoles doivent être rapprochées du taux normal supporté par l'ensemble des salariés. Un relèvement de 1,5 % des cotisations d'assurance maladie interviendra au 1^{er} juillet 1977, mais, en contre-partie, une compensation sera mise en place au bénéfice du régime agricole des accidents du travail. En effet, la charge des rentes anciennes des accidents du travail des salariés agricoles est très lourde en raison du déséquilibre démographique du groupe considéré.

II. — Le souci de maîtriser la croissance des dépenses de santé s'est déjà traduit par de nombreuses mesures depuis 18 mois. Il convient de poursuivre dans cette voie.

A. — En agissant en premier lieu sur l'offre de soins.

1° S'agissant de l'appareil de soins, l'effort de rationalisation doit porter en priorité sur le secteur hospitalier.

En effet, c'est dans ce domaine que les mesures adoptées peuvent avoir les conséquences financières les plus marquantes, puisque les dépenses hospitalières ont constitué 54 % des dépenses de l'assurance maladie du régime général en 1976.

S'agissant des équipements hospitaliers publics et privés, leur adaptation aux besoins réels de la population sera poursuivie par une application rigoureuse de la carte sanitaire, dont les indices de besoins viennent d'être abaissés, entraînant une révision des programmes publics et le refus, sauf exception rare, par exemple dans certaines régions, de la création de nouveaux lits. Par ailleurs, des études concernant les normes qualitatives appliquées aux établissements sont conduites suivant une conception plus réaliste.

Par ailleurs des instructions ont été adressées aux Préfets et aux Directeurs d'hôpitaux pour maintenir les dépenses hospitalières dans la limite des budgets initialement approuvés, lesquels ont été établis de façon très rigoureuse. Depuis

cette année, les organismes d'assurance maladie sont davantage associés à l'élaboration et au suivi des budgets hospitaliers, ce qui est normal puisqu'ils prennent en charge près de 90 % des dépenses d'hospitalisation.

D'autre part, les dérogations ne sont désormais accordées qu'au niveau de l'administration centrale et dans des cas tout à fait exceptionnels.

Enfin, la révision de ces budgets en cours d'année est enfermée dans des limites extrêmement strictes et tout sera mis en œuvre pour rendre la gestion de l'hôpital plus efficace, sans que cela porte atteinte à la qualité des soins.

Afin d'associer les médecins hospitaliers à cet effort nécessaire, une lettre explicative de la situation a été adressée aux présidents des commissions médicales consultatives.

2° *Un contrôle plus efficace des organismes et des prescripteurs de soins* suppose, en effet, une meilleure connaissance par les intéressés de difficultés actuelles et des solutions propres à les résoudre.

L'affinement et l'exploitation en vraie grandeur des « profils médicaux » (tableaux statistiques d'activité des praticiens T. S. A. P.) et la mise en place de « profils hospitaliers » seront accélérés pour apporter des éléments d'information précieux à l'ensemble des professions de santé appelées de ce fait à une meilleure autodiscipline et au contrôle médical de la Sécurité sociale. En même temps celui-ci sera réformé afin d'alléger ses tâches administratives et d'accroître ses possibilités d'intervention auprès des assurés des médecins et des établissements hospitaliers.

B. — Au stade de la *demande de soins*, il s'agit non pas de réduire les prestations mais de *sensibiliser les assurés à leurs responsabilités*.

1° Ici également cette prise de conscience suppose d'abord une *meilleure information*. C'est pourquoi :

— les employeurs communiqueront à leurs salariés au moins une fois par an la récapitulation des cotisations ouvrières et *patronales* de Sécurité sociale versées à leur compte ;

— les assurés seront informés des prestations versées sous forme de tiers-payant, notamment en ce qui concerne les dépenses hospitalières.

2° Afin de rendre les Français plus responsables, mais également dans un souci de plus grande solidarité entre les assurés consommateurs de soins, deux mesures ont été arrêtées.

— Conformément aux propositions de la commission santé assurance maladie du VII^e Plan, le ticket modérateur hospitalier sera remplacé par un *forfait journalier*.

Actuellement, les assurés hospitalisés supportent un ticket modérateur de 20 % calculés sur l'ensemble des frais de séjour. Mais il existe de nombreux cas d'exonération de ce ticket modérateur : pour les interventions chirurgicales ou pour les hospitalisations causées par certaines maladies, ou encore pour les hospitalisations au-delà du trentième jour.

Ce système est injuste. Certains tickets modérateurs sont très élevés et difficilement supportables par les malades ou leur famille : ils peuvent être de plusieurs milliers de francs parce que le malade a été soigné dans un service de médecine, alors que dans un service voisin, pour une appendicite, par exemple, aucun ticket modérateur n'est demandé.

Dans le système proposé, le forfait journalier sera égal pour tous, quel que soit le motif du séjour. La somme totale due à la sortie de l'hôpital correspondra à ce forfait journalier multiplié par le nombre de journées d'hospitalisation.

Cette réforme doit introduire plus d'équité ; elle doit de plus continuer à simplifier les tâches administratives de l'hôpital.

En contrepartie, un projet de loi supprimant les abattements actuellement effectués sur les indemnités journalières servies aux assurés hospitalisés sera soumis au Parlement.

Une remise en ordre des taux de remboursement des médicaments est également prévue.

Le ticket modérateur est actuellement de 10 % pour les médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux et de 30 % pour les autres spécialités pharmaceutiques.

Il est envisagé de prendre deux mesures complémentaires :

— d'une part, de supprimer tout ticket modérateur pour les médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux, qui seraient ainsi remboursés à 100 % ;

— d'autre part, de limiter le remboursement des médicaments « de confort ». La consommation de ces médicaments, comme les fortifiants, s'est fortement développée, sans justification, dans la morbidité générale de la population. Comme pour tout médicament, cette surconsommation est dangereuse. L'augmentation de la participation de l'assuré, strictement limitée à un petit nombre de produits, ira à l'encontre de cette tendance.

Il est totalement exclu que cette augmentation de la participation des assurés mette en cause la qualité des soins :

— les conditions particulières de prise en charge à 100 % (malades atteints de certaines affections) subsistent pour ces médicaments, ce qui ne serait pas le cas s'ils étaient exclus de tout remboursement. Cette prise en charge à 100 % est très importante : elle a concerné 39 % des dépenses pharmaceutiques en 1975 ;

— la possibilité de prise en charge par l'aide sociale est maintenue.

Enfin, la participation globale des assurés à la couverture de leurs dépenses pharmaceutiques ne sera pas aggravée par rapport aux années antérieures : la diminution du taux de T. V. A. sur les spécialités pharmaceutiques a réduit de 11 % dans le courant de 1976 le montant de cette participation. Du fait de la modification envisagée, celle-ci ne pourra, au plus, que revenir au niveau antérieur.

Cette mesure s'ajoute à celles qui sont déjà intervenues : limitation de la publicité pharmaceutique, meilleur contrôle de la mise sur le marché de nouveaux produits, mise en place d'un nouveau système de prix destiné à favoriser les réelles innovations au détriment des spécialités coûteuses sans intérêt thérapeutique nouveau.

3° Egalement en vue de rendre les Français plus responsables et le système de protection plus juste, deux autres questions sont mises à l'étude :

— la prise en charge directe par les organismes d'assurance automobile des dépenses de soins occasionnées par les *accidents corporels de la circulation* : il s'agit de ne pas faire reposer sur l'ensemble des assurés des dépenses provoquées par les risques excessifs auxquels s'expose une partie d'entre eux ;

— *l'absentéisme au travail* : un très récent rapport de l'Inspection générale des Finances en étudie les causes et propose des solutions pour y remédier. Le coût de l'absentéisme est, en effet, élevé pour la collectivité : environ 25 milliards par an à la charge de la Sécurité sociale et des entreprises.

III. — Enfin, *l'amélioration de notre système de protection sociale* fait l'objet de deux études :

1° L'une concerne la notion d'*industrie de main-d'œuvre* et l'évaluation des effets des différentes techniques de *réforme de l'assiette des cotisations sociales* dans les

divers secteurs économiques : elle est confiée au Commissaire général au Plan et devra permettre, conformément à la demande du Parlement, de trouver une solution propre à résoudre les problèmes des industries de main-d'œuvre, s'il apparaît qu'elles sont gravement pénalisées par le système actuel de prélèvement social ;

2° Une amélioration de la *prise en charge des soins dentaires* est mise à l'étude pour déboucher, dès 1978, sur des mesures concrètes très attendues par les assurés.

*

* *

Cet ensemble de mesures ne bouleverse donc pas l'institution de Sécurité sociale, ce que personne ne peut raisonnablement souhaiter.

Il obéit à quelques idées-clés essentielles : une plus grande responsabilité des individus et une plus grande efficacité de l'appareil de soins.

Il s'agit donc d'une action de longue haleine, difficile à conduire, car elle exige un effort de tous les instants de la part des Pouvoirs publics, des partenaires sociaux, des professions de santé et des assurés.

Mais l'enjeu est d'importance : sauver l'institution, lui permettre de progresser encore dans les limites d'une enveloppe financière qui ne peut plus guère être accrue sans mettre en péril les autres choix essentiels de la Nation.

ANNEXE N° 2

LES CONDITIONS NECESSAIRES POUR PARVENIR A UNE DIMINUTION DU TAUX DE CROISSANCE DES FRAIS D'HOSPITALISATION

(Déclarations de M. Prieur, directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie,
au cours de son audition, par la commission, le 6 avril 1977.)

Les dépenses hospitalières, c'est-à-dire le remboursement par les régimes obligatoires d'assurance-maladie des honoraires et frais de séjour exposés par les assurés dans les établissements hospitaliers publics et privé, atteignent maintenant près de la moitié des dépenses de prestations du régime général (assurance-maladie); elles constituent pour les gestionnaires un facteur de préoccupations extrêmement important.

Le coût des soins en milieu hospitalier a une tendance à la hausse extrêmement forte puisque l'on constate, depuis deux ou trois ans, des taux d'augmentation avoisinant 30 % par an; il va de soi que la croissance du produit des cotisations assises sur la masse salariale, à taux constant, est loin d'augmenter à de telles cadences.

Les gestionnaires de l'assurance-maladie ont essayé de déterminer les facteurs sur lesquels il est possible d'agir, sans toucher à la qualité des soins ni bouleverser de façon radicale la structure et le fonctionnement de notre appareil hospitalier.

La Caisse nationale de l'assurance-maladie considère qu'il convient d'agir dans deux directions : d'une part, maîtriser l'investissement hospitalier et, d'autre part, améliorer le fonctionnement de l'hôpital.

I. — LA MAITRISE DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER

Les décisions prises en matière d'investissement hospitalier, dans le secteur public comme dans le secteur privé, sont lourds de conséquences, non seulement par le coût de l'investissement, mais également par les frais de fonctionnement qu'elles entraînent.

Les principales directions d'action sont les suivantes :

- 1° *Revoir en baisse les indices lits-population qui servent à déterminer les besoins futurs de la population.*

En effet, d'une part, les techniques évoluant (pédiatrie, psychiatrie) et, d'autre part, la durée moyenne de séjour diminue : une réduction d'un jour en moyenne de la durée de séjour équivaut à libérer, en France, environ 20 000 lits.

- 2° *Appliquer strictement la carte sanitaire.*

La situation en France fait apparaître que le nombre de lits de soins aigus est suffisant dans l'ensemble des régions.

3° *Maîtriser l'investissement mobilier.*

On sait la tendance du corps médical hospitalier à essayer de se doter des moyens les plus modernes, souvent avant même que les moyens anciens aient été amortis. Il importe qu'un équilibre soit trouvé entre les C. H. U. et les centres hospitaliers, du point de vue des équipements lourds.

4° *Améliorer le patrimoine hospitalier existant (Politique d'humanisation des hôpitaux), sans accroissement de la capacité hospitalière.*

L'ensemble de ces dispositions doit conduire, d'une part, à examiner les demandes présentées par les établissements privés avec beaucoup de sévérité et, d'autre part, à revoir en baisse un certain nombre de programmes d'hôpitaux publics conçus à une époque de pénurie.

II. — L'AMÉLIORATION DU FONCTIONNEMENT

Les conditions différentes de fonctionnement et de tarification existant dans les deux secteurs qui constituent l'armement hospitalier français, nécessitent d'examiner chacun d'entre eux séparément.

A. — *Le secteur privé.*

Ce secteur se caractérise par une emprise importante de la Sécurité sociale sur ses conditions de fonctionnement ainsi que par une rarification incitatrice à la productivité.

1° *L'emprise de la Sécurité sociale.*

La fixation des prix de journée par voie conventionnelle dans le cadre d'augmentation générale, avec possibilité de dérogations individuelles permettent à la Sécurité sociale de négocier avec chaque établissement ses prix de journée.

Contrôle administratif et médical de la Sécurité sociale qui permet à celle-ci de bien connaître les conditions de fonctionnement des établissements privés.

2° *La tarification.*

Dans les faits, le système du prix de journée appliqué aux établissements privés se révèle moins nocif que dans le secteur public, car ce prix de journée ne couvre pas la totalité des dépenses de l'établissement et oblige celui-ci à prélever une partie des honoraires versés au médecin en tant que rémunération des services rendus au praticien exerçant dans la clinique par l'établissement lui-même ; il s'ensuit une puissante incitation à la diminution de la durée de séjour, le nombre d'actes médicaux pratiqués étant fonction, plus du nombre d'entrées que de la durée de séjour.

B. — Le secteur public.

Le secteur public se caractérise par une absence de possibilité d'intervention de la Sécurité sociale en raison du caractère d'établissements publics des établissements.

Les mesures qu'il serait souhaitable de développer sont les suivantes :

1° Développement des soins ambulatoires à l'hôpital : consultations externes, hôpitaux de jour ;

2° Développer l'infrastructure hospitalière en vue de faire sauter les goulets d'étranglement qui empêchent une réduction plus importante de la durée moyenne de séjour : laboratoires et services de radiologie, établissements de dégagement à caractère à la fois médical et social ;

3° Décentraliser la gestion hospitalière au niveau des services, de façon à faire participer le corps médical à la gestion ;

4° Réforme de la tarification :

— à court terme, le prix de journée éclaté dégressif avec le temps ;

— à plus long terme, le budget global.

ANNEXE N° 3

DONNEES SUR L'EQUIPEMENT HOSPITALIER

A. — Les lits excédentaires.

I. — EXCÉDENT DE LITS PAR RAPPORT A LA CARTE SANITAIRE

Indices de besoins et indices d'existant.

SPECIALITES	SECTEUR — 150 000 habitants.		SECTEUR + 150 000 habitants.	
	Ancien indice.	Nouvel indice. (15 avril 1977.)	Ancien indice.	Nouvel indice. (15 avril 1977.)
	(Pourcentage.)			
Médecine	2,3 à 2,5	1,7 à 2,1	2,5 à 2,7	1,9 à 2,3
Chirurgie	1,8 à 2,0	1,6 à 2,0	2,1 à 2,3	1,9 à 2,3
Gynécologie-obstétrique.	0,4 à 0,5	0,4 à 0,5	0,4 à 0,5	0,4 à 0,5
Total	4,7 à 5,0	3,7 à 4,6	5,0 à 5,6	4,2 à 5,1

L'indice moyen appliqué pour chaque discipline fait apparaître un chiffre qui indique effectivement un important excédent de lits (plusieurs milliers) et qui confirme clairement que la satisfaction des besoins est actuellement atteinte dans le domaine hospitalier.

Il faut cependant faire deux remarques :

— le chiffre précis des excédents ne pourra être connu qu'une fois achevé l'ensemble des cartes sanitaires, ce qui sera effectif très prochainement ;

— à côté de ces excédents, certains déficits restent à combler, c'est notamment le rôle des importantes réalisations en cours ou prévues dans le Nord et en Picardie.

II. — NOMBRE DE LITS A HUMANISER ET ÉTAT DE VÉTUSTÉ

a) Nombre de lits à humaniser.

Au 1^{er} janvier 1976, il restait 190 000 lits en salles communes pour lesquels le financement de l'humanisation n'était pas assuré.

Au cours de l'année 1976, le financement de l'humanisation de 18 000 lits a été assuré avec le concours de l'Etat.

Il faut signaler en outre que le financement de l'humanisation d'un certain nombre de lits a été assuré sans le concours de l'Etat par les E. P. R., les collectivités locales et les établissements eux-mêmes dont on ne connaît pas encore le nombre exact, une enquête étant en cours de dépouillement.

Le programme d'action prioritaire n° 19 a prévu un planning progressif de suppression des lits en salles communes jusqu'à la fin de 1981. Ce planning sera à modifier en fonction des lits humanisés avec le concours des organismes cités ci-dessus.

b) *Etat de vétusté.*

Une enquête sur le patrimoine hospitalier a été faite en 1971. Les résultats les plus significatifs en sont les suivants :

— 47,4 % des surfaces d'hébergement se trouvent dans des locaux rénovés ou construits depuis moins de dix ans et 73,2 % dans des locaux rénovés ou construits depuis moins de vingt-cinq ans ;

— un tiers des lits recensés des hospices ont plus de soixante-quinze ans ;

— un tiers des lits de psychiatrie ont plus de cinquante ans, mais plus de la moitié ont été rénovés ou construits récemment.

Toutefois, il faut signaler les facteurs qui ont modifié l'état de ce patrimoine depuis 1971 :

— depuis 1971, il y a eu un programme important de constructions industrialisées du type U. S. N. (unités de soins normalisées).

En effet de 1971 à 1975 on a réalisé 361 unités de type H, 408 unités de type P et 442 unités de type V, représentant près de 35 000 lits au total.

En 1976, on a encore programmé avec le concours de l'Etat 80 unités de type H, 60 unités de type P et 95 unités de type V représentant plus de 7 000 lits ;

— il y a eu également la construction d'établissements neufs industrialisés ou non, mais ces constructions ont servi essentiellement à compenser le vieillissement du patrimoine.

Par ailleurs si en 1971, 80 % des surfaces médico-techniques existantes avaient été construites ou rénovées depuis moins de dix ans, ces surfaces ont été rénovées moins vite que la partie hébergement du fait que jusqu'ici les crédits destinés à l'humanisation ont été consacrés uniquement à l'hébergement des malades.

B. — L'organisation hospitalière.

La politique du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale pour ce qui concerne le service public hospitalier s'ordonne autour de deux axes :

— poursuivre la rénovation du patrimoine hospitalier, bien que le nombre des lits d'hospitalisation soit jugé globalement suffisant ;

— rationaliser la gestion des hôpitaux publics.

Sur le deuxième point, des progrès importants ont déjà été réalisés, notamment par l'institution de procédures d'analyse de gestion et l'application de procédures informatiques.

Il semble maintenant souhaitable et possible d'élaborer et de diffuser des recommandations portant sur les techniques d'organisation adaptées aux caractéristiques particulières du fonctionnement du service public hospitalier.

En effet, tous les hôpitaux n'ont pas une taille suffisante pour permettre l'extension de l'informatique de gestion et, d'autre part, tous les secteurs de l'activité hospitalière ne peuvent pas être informatisés.

Au surplus, l'action entreprise vise à compléter efficacement le dispositif existant et particulièrement en permettant de tirer les conséquences des écarts constatés dans l'analyse de gestion en procédant aux mesures de redressement nécessaires qui peuvent relever dans une mesure non négligeable des techniques d'organisation.

Une action complémentaire est également en cours, la définition de normes des locaux, d'équipement et de fonctionnement dont l'étude se poursuit et doit être menée avec le souci de la meilleure organisation.

Enfin, les plans des locaux des hôpitaux publics sont conçus de plus en plus avec le souci de tenir compte des coûts d'exploitation déterminés pour partie par les structures architecturales. Ainsi les unités de soins normalisées (U. S. N.) et les hôpitaux types (Fontenoy, de quelque 500 lits, et Duquesne, de 200 à 400 lits), ont été définies compte tenu de l'importance des dépenses d'exploitation par rapport à l'investissement (on estime en général que deux à trois ans de dépenses d'exploitation correspondent au coût de l'investissement initial).

De la même manière et dans le même esprit, des guides de programmation peuvent être également cités parmi d'autres exemples, comme un effort particulier d'organisation.

*
* *

Les études d'organisation hospitalière se situeront à deux niveaux :

1° Dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers universitaires :

D'ici le 1^{er} janvier 1978 chaque centre hospitalier régional disposera d'une cellule d'organisation hospitalière qui comportera au moins un cadre de direction responsable et un chef de bureau ou adjoint des cadres ayant reçu une formation spécialisée. Lorsqu'un centre régional d'informatique hospitalière existe, la cellule comprendra également un ingénieur en organisation en raison de la nécessité d'assurer de bonnes liaisons entre les domaines propres à l'organisation et à l'informatique. Des sessions de formation destinées aux intéressés doivent être organisées au début de l'année universitaire prochaine.

Chaque année, un programme d'étude sera proposé aux cellules d'organisation hospitalière. Les résultats de leurs travaux seront soumis pour chacune d'elles à l'ensemble des autres cellules. On devrait ainsi disposer chaque année de vingt à trente études à la fois théoriques et pratiques et pour certaines d'entre elles déjà expérimentées sur place.

Il faut préciser que chacune de ces cellules sera au service des autres hôpitaux de la région au même titre que les centres régionaux d'informatique hospitalière et dans des conditions d'intervention analogues.

2° Au Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale,

La Direction des Hôpitaux se chargera de diffuser par l'intermédiaire du bulletin officiel du Ministère des fiches techniques d'organisation hospitalière, avec mise à jour permanente, qui devraient constituer, très rapidement, un guide pratique pour les gestionnaires hospitaliers.

Ces fiches seront établies à partir des travaux des cellules régionales d'organisation hospitalière, après avoir été examinées par un groupe de travail permanent qui comprend notamment des représentants de la Division organisation et méthodes-informatique du Ministère, mais aussi du Service central organisation et méthodes (S. C. O. M.) rattaché au Ministère de l'Economie et des Finances, ainsi que diverses personnes désignées en raison de leur compétence.

*
* *

La méthode préconisée permettra ainsi de réaliser aux moindres frais des actions d'information, en permettant aux gestionnaires hospitaliers de recourir directement et en permanence à des conseils d'organisation, et de formation en offrant en un premier temps aux responsables des cellules régionales d'organisation hospitalière puis à d'autres responsables administratifs, médicaux, paramédicaux ou techniques, des hôpitaux publics, d'acquérir en même temps qu'un certain état d'esprit les incitant à chercher l'amélioration de la gestion hospitalière, un minimum de connaissance pour parvenir à cette fin.

Le programme des actions d'organisation sera évidemment très vaste puisqu'il comprend *a priori* tous les secteurs de l'activité des établissements. On établira des priorités au nombre desquelles on peut déjà mentionner l'accélération de la facturation des frais de séjour et des paiements aux fournisseurs.

S'il en est besoin, la conjoncture actuelle constitue certainement une incitation nouvelle à accentuer les efforts déjà consentis dans le domaine de l'organisation hospitalière.

C. — Exemple d'humanisation d'un hôpital public par aménagement des bâtiments existants : l'Hôtel-Dieu à Paris.

Cet établissement implanté sur l'île de la Cité, à Paris, et dont l'administration générale de l'Assistance publique commémore en 1977 le centenaire de sa reconstruction sur des plans établis vers 1865 par M. Diet, architecte, représentait, il y a encore dix ans, *un exemple typique d'hospitalisation en salles communes*.

La nécessité d'adapter les bâtiments existants aux besoins de la médecine moderne tant pour ce qui concerne les soins que le confort des malades a motivé, de la part du maître d'ouvrage, l'établissement d'un vaste programme de rénovation exécuté au titre de l'humanisation et de l'adaptation des services hospitaliers à la réforme des études médicales.

Cette rénovation, achevée à ce jour, constitue une suite de petites opérations portant principalement sur la suppression des salles communes, de manière à limiter les perturbations dans le fonctionnement des services pendant la durée des travaux.

Les responsables du programme d'humanisation de l'Hôtel-Dieu de Paris ont eu à faire face à un certain nombre de contraintes liées à la structure des bâtiments et à la nécessité de conserver à l'édifice classé son aspect d'origine, tout en respectant le programme défini par le maître d'ouvrage dont les caractéristiques peuvent se résumer comme suit :

- création de chambres de un à quatre lits au maximum en remplacement des salles communes ;
- amélioration du confort sanitaire pratiquement inexistant par installation d'équipement au niveau de chaque chambre ;
- création de salles de détente pour les malades, de postes de soins pour le personnel médical et infirmier, de locaux de stockage.

A titre d'illustration des informations générales relatives à la rénovation de l'Hôtel-Dieu, l'exemple de la restructuration de la salle Sainte-Marie située au 4^e étage est développé ci-dessus :

1^o *Exposé et devis descriptif sommaire du dossier d'avant-projet* établi par M. E. Costa de Beauregard, architecte (document ci-joint).

2^o *Instruction administrative du projet* :

Le dossier d'avant-projet est parvenu au Ministère de la Santé le 24 septembre 1974, accompagné des avis favorables des instances locales relevant du Service régional de l'Action sanitaire et sociale d'Ile-de-France.

L'approbation technique du Ministère de la Santé a été donnée le 6 novembre 1974 et la participation financière de l'Etat a été assurée par arrêté du 29 octobre 1974, au taux de 20 %, soit 161 160 F, sur un montant de travaux autorisés de 805 800 F en valeur deuxième trimestre 1974.

3° *Financement des travaux :*

Ministère de la Santé (20 %)	161 160 F.
Ville de Paris (50 %)	402 900
Caisse régionale d'assurance maladie (30 %)	241 740

4° *Déroulement des travaux :*

805 800 F.

Commencement des aménagements : février 1976.

Achèvement des transformations : juillet 1976.

*
* *

L'exécution systématique de ce type de travaux au niveau de l'ensemble de cet établissement a, pour conséquence, outre les améliorations de fonctionnement attendues, de réduire la capacité de l'Hôtel-Dieu ramenée de 920 lits en 1970 à 701 lits en 1977.

Cette réduction n'a cependant pas affecté l'importance des activités de l'Hôtel-Dieu, l'évolution des techniques médicales permettant une diminution des durées d'hospitalisation et une rotation plus grande d'occupation des lits.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — HÔPITAUX DE PARIS

Hôtel-Dieu : modernisation de la salle Sainte-Marie.

Capacité.

Avant travaux : 4 chambres à 1 lit ; 3 chambres à 2 lits ; 1 chambre à 4 lits ; 1 dortoir de 16 lits ; total 36 lits.

Après humanisation : 2 chambres à 1 lit ; 6 chambres à 2 lits ; 3 chambres à 3 lits ; total 23 lits.

Avant-projet, exposé, devis descriptif sommaire : Paris le 25 mars 1974, modifié le 4 juin 1974.

Exposé.

Poursuivant le programme d'humanisation et de modernisation de l'hospitalisation entrepris à l'Hôtel-Dieu, il est prévu dans le cadre du présent avant-projet :

Salle Sainte-Marie : amélioration du confort sanitaire de la partie déjà divisée de la salle ; suppression de la partie subsistante de la salle commune avec création d'étage intermédiaire pour vestiaires et salles de détente des malades.

La répartition des chambres a été comme pour de précédentes opérations similaires réalisées à l'Hôtel-Dieu, étudiée compte-tenu de la largeur relativement restreinte des ailes d'hospitalisation et de l'espacement des croisées. Egalement de la nécessité de superposer les locaux sanitaires.

Il a été prévu systématiquement des cabinets de toilette pour chaque chambre et les annexes hospitalières usuelles.

Il est précisé que les aménagements déjà existants au-dessus de la salle Sainte-Marie (5° étage) ne sont l'objet d'aucune transformation.

Devis descriptif.

Maçonnerie :

- démolition de cloisonnements existants, de parties de murs porteurs pour création de baies, de voûtes en plâtre en partie haute des salles ;
- planchers intermédiaires métalliques, bardeaux céramique, forme béton et chape de finition ; au préalable, scellements de pièces porteuses ;
- cloisonnement : en brique creuse enduite au plâtre ; enduit ciment dans les sanitaires.
- enduit plâtre des bardeaux du plancher intermédiaire ;
- en général tous scellements, percements, raccords indispensables ;
- création d'un escalier en béton armé, paillasses pour postes d'infirmières.

Charpente métallique :

- création de planchers intermédiaires : poutres en acier type HEB (2 par trumeaux) et solivage en I. P. N., compris tous éclissages, assemblages, chevêtres, etc. ;
- renforcement du plancher haut des anciennes salles après suppression des voûtes : potelets de soutènement dans la hauteur des étages hauts portant sur le plancher intermédiaire ;
- linteaux pour élargissement de baies en murs porteurs.

Blocs-portes, menuiserie bois :

- blocs-portes : huisseries métalliques, portes planes pré-peintes à âme alvéolaire ; toutefois portes à âmes pleines dans les circuits empruntés par les chariots ; portes tiercées à oculus sur les chambres pour surveillance des malades ;
- placards et penderies des chambres : panneaux en latté à gaine plastique ou à peindre ;
- croisées : en général croisées conservées, revisées ; rehaussement d'allège sur poste infirmières ; au niveau du plancher intermédiaire, création d'une traverse pour recevoir celui-ci ;
- plinthes bois à peindre ; tous habillages et agencements de détail.

Serrurerie :

- escalier de secours : rampe barreaudée ;
- en général, toutes protections d'angle et accessoires.

Plomberie :

- alimentation : réseau principal en fer galvanisé, réseau secondaire ec. ef. en cuivre ;
- alimentation gaz en cuivre ou acier soudé ;
- évacuation en cuivre ou en fonte pour les gros diamètres à raccorder au réseau existant de l'établissement ;
- appareils sanitaires suivant plan.

Faux plafonds :

- staff : pour habillage des structures métalliques existantes (voûtes supprimées) ou projetées (planchers intermédiaires) ;
- laine minérale : plafonnage démontable des couloirs.

Carrelages, revêtements :

- carreaux 10 × 10 hexagone : poste infirmières, sanitaires communs, laboratoire ;
- carreaux 5 × 5 hexagone : sanitaire des chambres ;
- revêtements faïence : sanitaires communs, douche et dossier des plans poste infirmière.

Sols plastiques :

- dalles thermoplastiques : concerne tout le surplus des sols de l'opération.

Miroiterie :

- portes en glace imprimée aux entrées des services ;
- vitrerie des portes à oculus ;
- vitrerie en recherche des croisées.

Peinture, revêtements muraux :

- postes infirmières, sanitaires communs, laboratoire Saint-Landry : peinture laquée ;
- sanitaires des chambres : revêtement mural type vinyl-émail ;
- chambres, couloirs, revêtement plastique mural type bufflon ;
- accès au droit cage d'escalier principal : grésotex ;
- tous autres locaux : peinture satinée ;
- en général tous apprêts indispensables, peinture des bois et fers.

Volets roulants :

- à toutes les croisées des chambres, volets roulants type alucolor.

Divers :

- inscriptions suivant besoins du service ;
- stores vénitiens sur les oculus de porte ;
- cache-radiateurs (radiateurs à vapeur basse pression) ;
- plaques de propreté, etc.

D. — Centre hospitalier de Metz :
construction d'une maison de santé pour personnes âgées type V.

SITUATION EN 1973

Le Centre hospitalier de Metz gère un établissement annexe, l'hospice Saint-Nicolas, consacré aux soins et hébergement de personnes âgées valides ou grabataires.

Cet établissement d'une superficie de 0,800 hectare, a une capacité de 700 lits. Son origine remonte au XIII^e siècle, quelques bâtiments sont rajoutés au XVI^e siècle. Malgré des améliorations effectuées au cours des âges, cet établissement complètement dépassé au point de vue conception, n'offre de surcroît aucune garantie de sécurité. Situé dans le plus vieux quartier de la ville, son accès est rendu difficile aux services de sécurité en cas de sinistre, à cause des rues étroites et tortueuses par lesquelles on y accède.

C'est pour remédier à cette situation que le conseil d'administration du Centre hospitalier de Metz, dès 1970, a mis à l'étude des projets de création de centre de soins pour personnes âgées plus adaptés que le système existant.

Comme il n'était pas possible de rénover cet hospice trop vétuste d'une part, et mal situé d'autre part, et compte tenu de l'urgence le Ministère a préconisé la solution consistant à construire un établissement pour personnes âgées en banlieue, en utilisant la procédure dite « industrialisée ».

Un terrain de 15 hectares sis à Metz, devant les Ponts, devait offrir toutes les garanties d'espace et d'accès.

Dans un premier temps était programmé un bâtiment industrialisé de 240 lits en 1974, auquel venait s'ajouter en 1975 un autre bâtiment de 120 lits, soit 360 lits au total.

Cette solution a permis l'humanisation de la plupart des 575 lits en salles communes que comptait l'hospice en 1973.

RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES

I V 240. — Valeur janvier 1973	15 644 279 F.
V 120. — Valeur janvier 1975	9 314 858
	<hr/>
Total	24 959 137 F.

Date du début des travaux (O.S) : 21 août 1975 pour le V 240.

Date de mise à disposition : centre hospitalier, 16 mars 1977 (délai : 19 mois).

Date de début des travaux (O.S) : 15 mars 1976 pour le V 120.

Date de mise à disposition : centre hospitalier, 1^{er} mai 1977 (délai : 14 mois).