



Réforme du financement de la sécurité sociale : quelques éléments de cadrage

André Gauron

En installant le Haut conseil du financement de la protection sociale fin septembre, le Premier ministre, Jean Marc Ayrault, a déclaré ouvrir un « chantier majeur mais particulièrement difficile », conscient qu'à ce jour il « n'existe pas de consensus sur les solutions ni même sur le diagnostic ». La réforme souhaitée par le gouvernement devra répondre à trois défis : la pérennité du système, la clarification des financements et la compétitivité de l'économie. En outre, il faut à la fois, à rappeler le Premier ministre, rééquilibrer les comptes et financer les besoins nouveaux, notamment ceux liés au vieillissement. En installant cette instance, Jean Marc Ayrault a voulu engager une concertation approfondie avec les partenaires sociaux et au-delà un large débat avec le pays. C'est dans cet esprit que cette note a été rédigée et débattue au sein de Lasaire.

I. UNE SOLIDARITE A PRESERVER

La sécurité sociale est née en 1945 avec une ambition qui ne s'est jamais démentie : assurer une couverture aussi large que possible aux assurés sociaux, retraités et aux familles. L'article 1 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 posait le principe d'une « organisation destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent ». Quatre « risques » étaient visés : la maladie-maternité, les maladies professionnelles et les accidents du travail, la retraite et les charges de famille. La question de créer ou non un cinquième risque pour la prise en charge de la dépendance, dont il ne sera pas question ici, posée depuis plusieurs années, pourrait compléter ce système. En revanche, l'assurance chômage, créée en 1958, comme un régime complémentaire à l'aide publique. Elle n'a été généralisée qu'en 1967 et a attendu 1984 pour devenir un régime de base. Ce papier n'en traite pas non plus.

L'ordonnance de 1945 imaginait un système universel. Plusieurs lois furent votées en 1946 en ce sens, généralisant la sécurité sociale à tous les français résidant sur le territoire national pour la maladie-maternité et la famille et à la population active en matière de retraite. Dans les faits, il en alla tout autrement du fait de l'opposition de nombreux secteurs de la société (cadres, commerçants, artisans, agriculteurs) relayés par la démocratie chrétienne. Près de trois décennies seront nécessaires pour que ce principe d'universalité devienne effectif avec la création en 1948 de régimes de retraite pour les différentes professions de non-salariés, d'une assurance maladie pour les agriculteurs en 1961 et pour les professions non salariées non agricoles en 1966, de l'institution d'un mécanisme de compensation généralisée entre régimes de base obligatoires en 1974 et de l'extension des prestations familiales à toute

la population (la suppression de la condition d'activité est votée en 1975) à partir du 1^{er} janvier 1978. L'assurance maladie ne deviendra universelle qu'avec la création de la CMU en 1999.

Une caisse unique de sécurité sociale devait en assurer la gestion, mais dès 1949 une caisse distincte est créée pour gérer la branche famille, qui acquiert ainsi son autonomie. En 1967, le principe d'autonomie de gestion de chacun des risques sera étendu à l'assurance maladie-maternité, aux maladies professionnelles et accidents du travail et à la retraite). Toutefois, une trésorerie commune sera maintenue avec la création de l'ACOSS (agence centrale des organismes de sécurité sociale). Mais dès 1946, le principe d'un régime unique avait été abandonné devant la volonté de nombreuses professions, y compris de salariés, de maintenir leur régime propre de retraite, notamment dans le secteur public et pour les non-salariés (agricoles ou non). En outre, dans le secteur privé, des régimes complémentaires (regroupés dans l'Arrco et l'Agirc), dont l'affiliation a été rendue obligatoire en 1972, créés par accords de branche et gérés paritairement par le patronat et les syndicats, complètent une retraite de base voulue modeste par l'ordonnance de 1945.

A la différence du système britannique qui assure une couverture universelle mais forfaitaire¹, donc minimale, la sécurité sociale française allie deux principes : une proportionnalité du revenu de remplacement au salaire limité toutefois à un plafond (en général 50 % du salaire²) et des allocations sous condition de ressources pour les ménages à faible revenu (principalement allocation logement, complément familial, allocation de rentrée scolaire, allocation adulte handicapé, minimum vieillesse, enfin CMU et CMUC). A mesure de l'extension de la couverture sociale, le système a ainsi cherché à répondre à la diversité des situations, notamment des populations qui n'ont pas ou peu cotisé. Mais il n'a pas dévié de son ambition initiale, malgré les pressions venues de la droite et du patronat, d'assurer une large couverture sociale face aux risques de réduction ou de perte de leur capacité de gain. En revanche, la généralisation de la sécurité sociale en matière maladie, maternité et famille s'est traduite par un net recul de son caractère professionnel qui avait été la marque de sa fondation, héritage de la tradition mutualiste qui en a jeté les bases dès la fin du XIX^e siècle.

La sécurité sociale a maintenu le pluralisme des régimes et des gestions. Mais l'harmonisation réalisée à partir des années soixante a permis de dégager des principes communs. Elle présente aujourd'hui un visage mixte : elle est universaliste en maladie, maternité et famille et professionnelle en retraite et en maladies professionnelles et accidents du travail ; elle assure des prestations monétaires proportionnées aux revenus d'activité en même temps que des prestations forfaitaires complémentaires pour les plus modestes ; enfin, elle assure le remboursement des soins de façon forfaitaire, identique pour tous, mais à un niveau de moins en moins satisfaisant en dehors des longues maladies (voir point 5). En outre, le système français a un caractère familial prononcé qui le différencie radicalement des systèmes individualistes où chaque membre de la famille doit être assuré individuellement, donc cotisé pour son compte.

¹ Le système anglais ne couvre que les prestations monétaires. Les soins sont assurés gratuitement par un organisme étatique.

² Le taux des indemnités journalières est porté au deux tiers du salaire à partir du 31^{ème} jour.

Le propre du modèle social français réside dans cet équilibre qui lui donne une identité très forte et manifeste une forte solidarité au sein de la population entre générations, entre familles avec ou sans enfants, entre niveau de revenus. Il se caractérise par l'importance des prestations forfaitaires indépendantes du niveau de revenus, qu'il s'agisse des remboursements de soins ou des allocations familiales, et par l'existence d'allocations ciblées sur les personnes à revenus modestes, voire sans ressources. Bien que ce ne soit pas sa finalité directe, ce système organise une forte redistribution des revenus. Si on tient compte du caractère proportionnel aux revenus des prélèvements sociaux (cotisations et CSG), la Commission des comptes de la sécurité sociale estime que « la sécurité sociale contribue à hauteur de moitié à l'effort de redistribution des revenus »³. Cette appréciation doit toutefois être tempérée par l'importance prise par les restes à charge en matière de maladie évoquée plus loin.

II. UNE REFORME DU FINANCEMENT INABOUTIE

L'évolution du financement de la sécurité sociale vers plus d'universalisme, amorcée à partir des années quatre-vingt, a également contribué à cet effort de redistribution des revenus. L'élargissement de l'assiette des cotisations à l'ensemble des revenus s'est effectué en deux temps : d'abord en déplaçant les cotisations sociales puis avec la création de la CSG fin 1990 (loi de finances 1991). Le plafonnement des cotisations (le fait qu'elles ne soient perçues que jusqu'à un certain niveau de salaire) avait été justifié à l'origine par le plafonnement corrélatif des revenus de remplacement qu'il s'agisse des indemnités journalières ou des pensions de retraite. Ce plafonnement laissait aux cadres la possibilité de souscrire, s'ils le souhaitaient, une assurance complémentaire et plus sûrement de la négocier au sein de l'entreprise comme un « avantage » annexe au salaire. Mais un tel plafonnement n'était plus justifié pour financer les prestations en nature maladie-maternité et les prestations familiales.

Bien que les indemnités journalières soient calculées dans la limite du plafond de la sécurité sociale⁴, les cotisations qui les financent ont été entièrement déplaçonnées. Ne sont plus plafonnées que les cotisations retraite du régime général dont le montant de la pension est lui-même calculée dans la limite du plafond. Toutefois, depuis juillet 1991, une cotisation déplaçonnée a été instituée (1,6 % employeur + 0,1 % salarié depuis 2003). Peut-on aller plus loin et déplaçonner progressivement les cotisations retraite ? Dans la perspective d'une réforme des régimes de retraite, on peut imaginer pour les salariés du secteur privé un rapprochement du régime général et des régimes complémentaires qui rendrait moins pertinent le maintien d'un plafond : les salariés qui se situent au-dessus du plafond cotisent en effet d'une part, sur la base du plafond au régime général et à l'ARRCO (tranche A) et, d'autre part, au-dessus du plafond à l'AGIRC (jusqu'à huit fois le plafond).

A côté d'un financement assis sur les revenus d'activité, l'universalisation des prestations familiales et des prestations en nature maladie-maternité justifiait d'élargir l'assiette des revenus d'activité à l'ensemble des revenus. C'est la raison d'être de la CSG qui

³ Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2011, p. 28.

⁴ Le plafond 2012 est de 3 031€ mensuel.

se substitue en partie à des cotisations sociales tout en préservant le principe d'une ressource propre qui garantit l'autonomie de la sécurité sociale par rapport au budget de l'Etat. D'abord affectée à la branche famille à hauteur de 1,08 point (réduit depuis 2011 à 0,80), elle a ensuite été affectée à la branche maladie (5,29 pts) où elle s'est substituée intégralement aux cotisations salariales ainsi qu'au FSV et à la CNSA (à hauteur de 0,83 pt et de 0,10 pt)⁵. La réforme initiée par Michel Rocard et poursuivie par Lionel Jospin dessinait une architecture de financement cohérente avec la nature des prestations, réservant les cotisations sociales aux prestations à caractère professionnel (partie contributive des retraites) et attribuant une ressource assise sur tous les revenus aux prestations universelles (assurance maladie et branche famille) et de solidarité (FSV et CNSA).

Cette réforme reste cependant inaboutie du fait très largement du changement d'orientation pris par les pouvoirs publics avec les exonérations de cotisations sociales que l'Etat se doit de compenser par des recettes budgétaires ou fiscales. En substituant un panier de ressources fiscales à une compensation budgétaire, le gouvernement avait tenté de s'abstraire de son obligation de compensation à l'euro près. Rappelé à l'ordre par le Parlement, il ajuste désormais annuellement les recettes fiscales destinées à compenser la perte due aux exonérations de cotisations. Toutes les branches reçoivent à ce titre leur quote-part de fiscalité. Nonobstant ce point, les branches retraite et AT-MP qui servent des prestations liées à l'activité professionnelle conservent logiquement un financement exclusivement par des cotisations assises sur les revenus d'activité, correspondant au caractère professionnel des prestations de retraite, la partie non contributive des retraites étant assurée par le FSV.

La situation est très différente en ce qui concerne les branches famille et maladie dont les prestations ont désormais un caractère universel. La famille, qui a été la première concernée par la substitution de CSG aux cotisations sur les seuls revenus d'activité, reste au deux tiers financée par de telles cotisations. Le basculement intégral vers la CSG supposerait de substituer environ 3 points de CSG à 5,80 points de cotisations sociales. Toutefois, une telle opération affecterait à la fois les revenus des actifs et les pensions des retraités. Elle devrait donc s'accompagner pour les uns d'une hausse des salaires au moins égal à 3 % et pour les seconds d'une revalorisation des retraites dans les mêmes proportions qu'il faudrait financer. Une autre solution consisterait à substituer une taxe environnementale aux cotisations familiales. Mais cela n'a pas grand sens pour la branche famille. Une telle taxe serait plus justifiée en matière de santé à l'instar des taxes sur le tabac et l'alcool qui, à défaut de jouer un rôle réellement préventif, font contribuer les consommateurs.

L'assurance maladie est la seule qui justifie d'un financement mixte, à la fois à base professionnelle, universelle et fiscale. La base professionnelle (cotisations sociales) manifeste l'implication des entreprises dans la santé. Elle n'est pas propre au système français mais se rencontre dans tous les pays (à l'exception de ceux comme la Grande-Bretagne qui ont un système de santé financé par le budget de l'Etat). Partout, la santé au travail constitue en effet une composante importante des dépenses de santé. Dans le système français, les maladies dites « professionnelles » relèvent d'une définition beaucoup trop restrictive pour englober l'ensemble des pathologies liées aux conditions de travail et à son environnement. La contribution des employeurs au financement de l'assurance maladie y palie partiellement mais

⁵ En outre, 0,20 de CSG en 2009, porté à 0,48 en 2011, ont été affectés à la CADES pour ne pas avoir à majorer la CRDS qui a quasiment la même assiette que la CSG.

en même temps dédouane les entreprises les moins attentives à la santé de leur salariés en imposant un taux uniforme contrairement aux AT-MP qui proportionnent le taux de cotisation au degré d’accidents du travail ou de maladies professionnelles. Il y aujourd’hui, au-delà des fraudes organisées à la sous-déclaration, un déport des maladies liées aux conditions de travail sur l’assurance maladie. A défaut de rattacher la médecine du travail à l’assurance maladie, le contrôle médical de l’assurance maladie devrait disposer d’un pouvoir propre de requalification en maladies professionnelles des pathologies nées des conditions de travail.

L’importance de la contribution des employeurs ne peut pas être interrogée indépendamment de la façon dont la santé au travail est prise en charge par les entreprises. Elle représente aujourd’hui 45 % des produits contre 36 % pour la CSG (auxquels s’ajoutent les prélèvements spécifiques sur les revenus du capital). L’assurance maladie perçoit en outre différentes taxes (principalement taxes sur le tabac et l’alcool et sur l’industrie et la distribution de médicament) Si on souhaite réduire la contribution des employeurs, cela ne pourrait se faire que par substitution de cotisations sociales vers une taxe environnementale dans la perspective d’une transition technologique vers une économie décarbonnée.

On peut résumer le schéma souhaitable du financement dans la matrice ci-dessous :

Financement	Cotisations	CSG	Fiscalité
Famille		X	
Maladie	X1	X	X
Accidents du travail	X1		
Retraite	X	(FSV)	

1 – part patronale

Faut-il aller plus loin, notamment en matière de CSG en rendant celle-ci progressive comme certains le souhaitent dans la perspective d’un rapprochement avec l’impôt sur le revenu ? Une telle évolution renforcerait le caractère redistributif de la sécurité sociale, mais il pourrait aussi affaiblir l’adhésion d’une partie de la population en adjoignant à l’objectif de solidarité qu’organise la seule organisation de la couverture sociale un objectif en soi de redistribution. En outre, sa mise en œuvre se heurterait à plusieurs difficultés : d’une part, la progressivité s’appliquerait-elle aussi aux revenus de remplacements, (notamment les retraites) alors que ceux-ci ne cotisent déjà pas à la même hauteur que les actifs ; d’autre part, comment prendre en compte les revenus du capital qui supportent déjà des prélèvements spécifiques au-delà de la CSG.

III. L’OBSTACLE DES EXONERATIONS BAS SALAIRES

La poursuite de la réforme du financement de la sécurité sociale sur la base cotisations sociales/ CSG se heurte à une difficulté de taille : les exonérations de cotisations sociales sur les bas salaires qui sont venues interrompre le mouvement de réforme engagée avec la CSG et distordre l’architecture du financement. Quand ces allègements ont été décidés, à partir de 1993, la question de l’allègement du coût du travail sur les activités de main d’œuvre était posée depuis déjà 15 ans et avait reçu des réponses partielles. Les premières réflexions sur le coût du travail des industries de main d’œuvre remontent à la fin des années soixante-dix avec le rapport Brunhes qui proposait de substituer une contribution étendue à toute la valeur ajoutée aux cotisations (patronales) assises sur les seuls salaires. Cette proposition qui

reviendra jusqu'à aujourd'hui dans le débat n'a pas vu le jour. Plutôt que de s'engager dans cette voie, les pouvoirs publics ont choisi dans un premier temps une baisse du taux des cotisations famille financée par leur déplafonnement puis, avec la création de la CSG, un transfert de cotisations employeurs vers la CSG avec compensation sur les salaires (opération réalisée à la création de la CSG qui n'a jamais été renouvelée) puis une substitution entre CSG et cotisations salariales (maladie).

Cette solution ne satisfaisait pas vraiment le patronat, qui plaida et obtint, à partir de 1993-1995 une, baisse générale de « ses charges sociales » au motif qu'elles étaient proportionnellement plus élevées en France qu'en Allemagne, principal concurrent de l'industrie française. Si le poids des cotisations était alors plus élevé, elles s'appliquaient aussi à des salaires en moyenne plus faibles si bien que le coût salarial était alors très inférieur au coût allemand. Autrement dit, le poids des charges sociales par rapport au salaire était sans incidence sur le coût salarial global. A coût salarial identique, l'Allemagne a simplement une répartition différente entre salaires et cotisations sociales avec un prélèvement social imputable sur le salaire également plus important (le partage salarié/employeur est de 50/50 en Allemagne contre un tiers/deux tiers en France). De leur côté, les gouvernements successifs ont justifié cette mesure avec deux arguments différents : lutter contre les délocalisations et compenser le niveau du smic jugé trop élevé du smic dans le secteur des services comparé à leur productivité.

Mais la mesure n'a pas eu l'effet économique escompté. D'une part, les exonérations bas salaires ont bénéficié principalement aux secteurs des services, commerce et hôtels-café-restaurants et assez peu à l'industrie contrairement à l'objectif initial qui était de lutter contre les délocalisations, d'autre part, l'effet emploi mis en avant par différentes évaluations est discutable dans la mesure où celles-ci font abstraction à la fois de l'impact du passage aux 35 heures et des coups des revalorisations du smic que les exonérations sur les bas salaires ont permis : entre 1995 et 2008, la baisse de 18 points de cotisations s'est accompagnée d'une hausse de 18 % du smic annulant du coût la baisse attendue du coût salarial dont dépend l'effet sur l'emploi. Malgré ce résultat incertain, sous la pression du patronat la mesure n'a jamais été remise en cause. Au contraire, le gouvernement Raffarin a généralisé les exonérations en supprimant la clause d'accord sur les 35 heures héritée des réformes Aubry puis le gouvernement Fillon a reporté la limite d'exonération à 1,6 smic.

Pour la sécurité sociale, les exonérations bas salaires ont eu deux conséquences : d'une part, l'adoption du principe de compensation par l'Etat de la perte de ressources du fait des exonérations a conduit à faire accepter aux organisations syndicales un début de fiscalisation, certes encore faible - 7 % du total des recettes totale des régimes de sécurité sociale - à laquelle elles s'étaient toujours opposées ; d'autre part, la suppression de toute cotisation de sécurité sociale au niveau du smic⁶ a entraîné un désengagement presque total des entreprises à bas salaires du financement de la sécurité sociale et rompt ainsi partiellement le lien qu'instaurent les cotisations sociales comme la CSG entre assurés et bénéficiaires de prestations. D'une certaine façon, c'est moins la fiscalisation qui pose problème que son caractère horizontal qui aboutit à fiscaliser le financement de dépenses qui relèvent d'une logique professionnelle.

⁶ A noter toutefois que les exonérations ne portent que sur les cotisations de sécurité sociale et non sur celles des régimes complémentaires de retraite ni sur les autres prélèvements assis sur les salaires (taxe d'apprentissage, contribution logement, transport, cotisations chômage).

Toutefois, à court terme, une remise en cause des allègements de cotisations se heurte au fait qu'elle entraînerait le renchérissement du coût du travail pour les entreprises à bas salaires et ne serait pas sans conséquence sur l'emploi d'un certain nombre de secteurs, même si celui-ci ne serait pas mécanique comme le prétendent les évaluations du ministère des finances et de la DARES. Cette hausse toucherait principalement les secteurs des services, du commerce et des hôtels-café-restaurants, principaux bénéficiaires des allègements. N'étant pas directement exposés aux risques de délocalisation, ces secteurs auraient toutefois la possibilité de la répercuter dans leurs prix. Mais une telle mesure peut difficilement être envisagée dans la conjoncture actuelle de crise européenne et de faible croissance. Reste que dans un régime professionnel comme le sont les régimes de retraite, aucune entreprise ne devrait être exonérée de sa part de financement et donc de cotisations sociales.

IV. COMMENT RETABLIR L'EQUILIBRE DES COMPTES

La réforme du financement de la sécurité sociale doit aller de pair avec le retour à l'équilibre. Depuis 2001, les différentes branches de la sécurité sociale ont été constamment déficitaires sans que les gouvernements qui se sont succédés au cours de la décennie écoulée n'apportent les ressources indispensables au rétablissement d'un équilibre durable. Comparé au déficit du budget de l'Etat, le déficit de la sécurité sociale est faible : avec 21 Md€ prévus en 2012 (avec le FSV), il représente à peine plus de 6 % des dépenses contre 25 % pour l'Etat. Mais la sécurité sociale a une obligation d'équilibre de ses comptes et ne peut pas en principe accumuler de déficits (la CADES a été créée pour externaliser les déficits accumulés dans une entité de défaisance à laquelle est affectée une ressource particulière, la CRDS). Il a toujours été évident que l'inflexion des dépenses, pour nécessaire qu'elle soit, ne pourrait suffire à résorber les déficits provoqués par le ralentissement économique de 2001-2002 et aggravé par la récession de 2009.

Soldes du régime général 2008 – 2012

	2008	2009	2010	2011	2012 (p.)
Maladie	4,4	10,6	11,6	8,6	6,8
Accidents du travail	0,2	0,7	0,7	0,2	0,1
Retraite	5,6	7,2	8,9	6,0	5,8
Famille	0,3	1,8	2,7	2,6	2,7
Total régime général	10,2	20,3	23,9	17,4	15,5
FSV	0,8	3,2	4,1	3,4	4,4
Retraite + FSV	4,8	10,4	13,0	9,5	10,3
Total Régime général + FSV	9,4	23,5	28,0	20,9	19,9

Source : CCSS juillet 2012

Le déficit de la sécurité sociale (régime général + FSV) est supérieur à 20 Md€ depuis 2009 malgré un recul sensible en 2011 (23,5 Md€ en 2009, 28,0 Md€ en 2010, 20,9 Md€ en 2011) contre de l'ordre de 9 à 10 Md€ entre 2002 et 2008. Deux branches représentent plus de 80 % du déficit global : la maladie avec un déficit de 8,6 Md€ en 2011 contre 11,6 Md€ en 2010 et la retraite avec 9,5 Md€ en 2011 et 13 Md€ en 2010 (dont 3,5 Md€ et 4,1 Md€ pour le FSV). Les années 2012 et 2013 s'annoncent particulièrement difficiles du fait d'un

ralentissement des rentrées de recettes sociales lié à une faible croissance et le simple maintien du déficit en deçà des 20 Md€ apparaît déjà comme une gageure.

Comme la Cour des comptes l'a écrit dans ses récents rapports sur la situation et les perspectives des finances publiques, sans recettes nouvelles, la pression sur les dépenses ne pourra pas permettre un retour à l'équilibre. Pour étayer son jugement, la Cour a examiné en 2009 « l'hypothèse mécanique » d'une absence de revalorisation de prestations légales (soit une progression de 3,2 % des pensions de retraite au lieu de 4,8 % l'an en moyenne et de 0,8 % au lieu de 2,2 % l'an pour les prestations familiales) et d'une évolution de l'ONDAM inférieure de 1 point à l'objectif du programme de stabilité (soit 2 % au lieu de 3 %) et cela pendant trois ans. Or malgré de tels efforts, le déficit ne serait réduit que d'un peu plus d'un tiers à la fin de la période⁷⁷. Loin de ralentir, les dépenses ont d'ailleurs accéléré en 2011 (+ 2,9 % en 2011 contre 2,6 % en 2010 en maladie et 4,0 % contre 3,7 % en retraite) et les déficits n'ont pu être réduits qu'au prix de recettes nouvelles. Mais elles sont très insuffisantes pour rétablir l'équilibre.

Certaines mesures d'économies ne doivent pas cependant être écartées, qu'il, s'agisse de la maladie, de la famille ou des retraites : en ce qui concerne la maladie, on peut penser à la remise à plat des ALD, du remboursement des médicaments (en prenant exemple sur l'Allemagne qui aligne le remboursement sur le médicament le moins cher) ou d'une meilleure organisation des soins ; concernant la famille, la Cour des comptes avait préconisé le respect des enveloppes fermées en matière d'action sociale et en recentrant les moyens sur les modes d'accueil, notamment les crèches, et par un meilleur encadrement de la prestation d'accueil des jeunes enfants qui doit être mieux corrélée au taux d'effort et de revenus des familles ; enfin, en matière de retraite, une remise à plat des avantages familiaux et la validation des périodes non travaillée et de l'AVPF peuvent également générer des économies. Au total, la Cour estimait possible de dégager de l'ordre de 10 milliards d'euros d'économie.

L'effort le plus important devra toutefois être recherché dans une augmentation des ressources en mobilisant des financements qui pèsent le moins possible sur la croissance. En premier lieu, un effort devrait être demandé aux retraités dont le taux de CSG reste inférieur à celui des actifs. (6,6 % au lieu de 7,5 %). Le gain peut être estimé à 1,5 Md€ qui devrait être affecté au FSV. Toutefois, cette mesure devrait s'accompagner d'une revalorisation des petites retraites qui ont été rognées par les précédents gouvernements. En ce qui concerne les retraites du régime général, anticipant sur une remise à plat des régimes qui pourrait entraîner un rapprochement avec les régimes complémentaires, un effort de solidarité pourrait être demandé aux revenus supérieurs au plafond de sécurité sociale, soit un peu plus de 3 000 € mensuel. L'écart de rendement entre une cotisation plafonnée et une déplafonnée étant de 800 M€, le retour à l'équilibre suppose, compte tenu du rendement du relèvement de cotisations destinées à financer les départs à 60 ans pour carrières longues, de déplafonner environ 6 points de cotisations, à répartir entre salariés et employeurs. Cette mesure préserverait les bas et moyens salaires et n'aurait guère d'impact sur la consommation des ménages ni sur la compétitivité de la plupart des entreprises.

⁷⁷ Cour des comptes, *Situation et perspectives des finances publiques*, juin 2009, p. 123.

Concernant l'assurance maladie, la logique serait d'augmenter la CSG (0,8 point serait nécessaire). Compte tenu de son impact sur le pouvoir d'achat, cette piste doit être écartée à court terme ou, à minima, l'augmentation devrait être très limitée (par exemple de 0,2 point). L'essentiel de l'effort devrait donc provenir d'économies complétées par transfert fiscal, peut-être étalé sur deux ans, avec entre temps une reprise du déficit résiduel par la CADES.

En outre, la question du financement du régime général de sécurité sociale ne peut pas être traitée indépendamment de celle des régimes complémentaires de retraite d'un côté, mais aussi en partie de l'assurance chômage pour les fins de droits âgés, et des complémentaires santé (mutuelles ou assurances) de l'autre. Le Haut conseil du financement de la protection sociale devrait apporter d'utiles éléments sur ces questions.

V. LA QUESTION DE L'ASSURANCE MALADIE

Au-delà des mesures de retour à l'équilibre évoquées ci-dessus, face à la croissance des dépenses de santé, jugée légitime au nom du droit aux meilleurs soins, la tentation a toujours existé d'en réduire le remboursement en augmentant le ticket modérateur. Cette solution semble aujourd'hui exclue, mais son rejet mérite néanmoins d'être argumenté. La France s'est toujours félicitée d'un taux élevé de prise en charge qui assure ainsi une bonne couverture de soins aux assurés. La réalité est sensiblement différente. Si le taux moyen de prise en charge par les régimes de base reste élevé, bien qu'en léger recul (75,8 % en 2010 contre 77,1 en 2004), la situation des assurés face aux remboursements de soins est très inégalitaire. Le taux de remboursement est de 87,1 % pour les personnes en ALD qui représentent 14,7 % des assurés (chiffre 2008) mais seulement de 60,8 % pour les non ALD (soit 85 % des patients) et à peine supérieur à 50 % pour les soins de ville (56 % hors optique et 51 % avec)⁸. Pour les personnes qui bénéficient d'une exonération totale des soins au titre d'une admission en longue maladie (ALD), le reste à charge avant couverture complémentaire est estimé en moyenne à 6 % des dépenses. Pour 90 % des patients en ALD, il est en moyenne de 245 € mais pour 7,9 % d'entre eux (soit 800 000 personnes), il dépasse 1 000 € annuellement⁹ et est dû pour plus de la moitié aux dépenses hospitalières et pour un quart aux dépenses de médicaments. La même dispersion se rencontre pour les patients non ALD avec un reste à charge de 145 € en moyenne pour 90 % d'entre eux, mais pour les 10 % restants des sommes qui peuvent là aussi dépasser les 1 000 € par an, mais c'est ici les soins de ville qui génèrent les plus gros restes à charge et plus particulièrement les prothèses dentaires et les dépassements d'honoraires. Une minorité d'assurés se trouve de ce fait devant un risque de non accès aux soins ou incité à aller directement à l'hôpital plutôt que de voir un médecin de ville.

Grace à la CMU et au dispositif de la CMUC, les personnes sans couverture complémentaire sont désormais peu nombreuses, mais représentaient encore 6,1 % en 2008 des assurés contre 8,5 % en 2004. Toutefois, la proportion est de 12 % pour les ménages qui disposent de moins de 870 € par mois par unité de consommation contre seulement 3 % pour

⁸ HCAAM, rapport sur l'avenir de l'assurance maladie 2011.

⁹ Ces données sont issues du rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de juin 2011 : *la prise en charge à 100 % des dépenses de santé par l'assurance maladie*

les ménages aisés. Le risque de non accès se concentre ainsi sur la minorité qui ne possède pas de couverture complémentaire, en général des personnes à revenus modestes, très âgées ou exonérées. Enfin, même lorsqu'il est faible, le reste à charge représente une part du revenu des ménages décroissante avec le niveau de revenu : autrement dit, il pèse plus sur les bas revenus que sur les ménages aisés. Une augmentation du ticket modérateur destiné à réduire la dépense de l'assurance maladie aurait donc pour conséquence de réduire un peu plus l'accès aux soins. De plus, la hausse des cotisations des complémentaires qui s'en suivrait risquerait aussi de conduire un plus grand nombre de personnes à renoncer à cette couverture. La hausse du ticket modérateur est donc une solution qui doit être écartée. Comme la Cour des comptes l'a recommandé, la solution passe par une remise à plat complète de la prise en charge des soins avec un objectif de rendre celle-ci plus égalitaire par la suppression de certaines niches et d'avantages qui n'ont plus lieu d'être et de restreindre le champ des admissions en ALD. Les organismes complémentaires, et en premier lieu les mutuelles, sont directement concernés et devraient donc y être étroitement associés.

Au-delà de cette remise à plat, il est urgent d'interroger le bien-fondé de la légitimité supposée de la croissance des dépenses de santé. Plus les dépenses de santé augmentent, plus l'assurance maladie a du mal à se financer. Nous sommes arrivés à un point où le niveau des dépenses est tel qu'il exclut une partie de la population de l'accès aux soins. De plus, l'augmentation des dépenses de santé grève le pouvoir d'achat des ménages déjà fortement sollicité par le renchérissement du coût de l'énergie, et pèse sur le budget de l'Etat dès lors qu'on s'interdit de solliciter davantage les entreprises pour ne pas compromettre leur compétitivité. Longtemps vue comme un vecteur de croissance et d'emplois, la croissance des dépenses de santé tend à devenir un frein à cette même croissance.

L'augmentation de la dépense n'est plus aujourd'hui synonyme de mieux être. De nombreuses pathologies apparaissent aujourd'hui évitables. C'est le cas par exemple de l'obésité qui n'a rien de naturelle. Elle est un produit de notre alimentation contemporaine à l'origine de nombreuses pathologies (diabète, maladies cardio-vasculaires...). Pire, plusieurs affaires (Distilbène, l'hormone de croissance, Mediator...) illustrent de manière dramatique le caractère ambivalent des médicaments, à l'origine de troubles graves, voire mortels, en même temps qu'ils apportent une réponse (plus ou moins) efficace à une pathologie. Enfin, la santé au travail dans tous les métiers, industriels agricoles ou de services, doit devenir une vraie priorité de santé publique. Les facteurs pathogènes liés à la production sont aussi importants, et souvent plus nocifs, que ceux induits par la consommation. La société a le droit d'exiger une médecine préventive et curative plus sûre en même temps qu'une alimentation plus saine et un environnement plus propre.

Les progrès scientifiques de la dernière décennie n'ont pas seulement permis de réaliser des progrès considérables dans les traitements des pathologies qui sont à l'origine d'un allongement de l'espérance de vie en bonne santé, ils ont aussi apportés une meilleure connaissance des facteurs pathogènes liés au travail, à l'environnement et à nos consommations d'origine industrielle. La société ne peut plus assister impavide à une demande croissante de soins induite par la multiplication des pathologies liées à ces facteurs. Elle a le droit d'exiger une médecine plus sûre en même temps qu'un travail plus respectueux de la santé des personnes, une alimentation plus saine et un environnement plus propre. La santé est un droit qui ne peut être préservé que si la croissance des dépenses nécessaires à son maintien reste compatible avec les capacités financières des individus et de la société.

Une industrie alimentaire peut être viable sans créer des addictions en surdosant le sucre ou le sel ou en alcoolisant des boissons sucrées pour créer et fidéliser des clientèles captives et soutenir des ventes dans la durée ; de même, l'industrie des produits ménagers ou celle des produits de beauté peuvent vivre sans utiliser des produits cancérogènes. La transition vers une agriculture diminuant considérablement l'importance et la nocivité des intrants chimiques et permettant de reconstituer la valeur des sols est un autre impératif. La poursuite, l'élargissement et l'approfondissement de la logique de la directive européenne REACH pourrait constituer l'exemple d'une dynamique propre à renouveler les processus productifs en les rendant propres et à garantir la santé des producteurs et des consommateurs. Ici, ce n'est pas seulement un principe de précaution qui doit prévaloir, mais lorsque les effets nocifs sont identifiés et connus, c'est un principe d'interdiction qui doit être appliqué. La prévention par la traçabilité ne suffit pas. Les effets nocifs à la santé se doivent d'être combattus. ...).

Au moment où une nouvelle médecine fait son apparition, avec des traitements plus personnalisés et de nouvelles thérapies génique ou cellulaire... qui pourraient être plus efficaces que la chimie médicamenteuse, mais qui sont aussi plus coûteuses, réduire les causes de pathologies évitables devient une impérieuse nécessité. La remise à plat des tarifs de remboursement ne suffira pas à long terme à résoudre le problème posé par l'augmentation des dépenses de santé. Il faudra bien se résoudre un jour à faire face à cette question. Le changement, là aussi, c'est maintenant qu'il doit se faire.