

2011

SÉCURITÉ SOCIALE



Projet de loi de financement
de la Sécurité sociale - PLFSS

Les programmes de qualité et d'efficience, qui constituent l'annexe 1 au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), offrent une présentation « objectifs / résultats » des politiques mises en œuvre au moyen du réseau des organismes de sécurité sociale. Ils permettent ainsi d'apprécier la performance de ces politiques au cours des dernières années, et de juger de l'adéquation des mesures proposées dans le PLFSS courant au contexte économique, démographique, sanitaire et social.

En une période où la Sécurité sociale doit faire face à une situation financière fortement dégradée, qui appelle des mesures de redressement, il est particulièrement utile de disposer d'informations qui permettent de former un jugement sur la pertinence de l'utilisation des fonds publics qui sont alloués à ses différentes branches.

Sous cet angle, les programmes annexés au PLFSS pour 2011 mettent un accent particulier sur des enjeux – les conditions financières de l'accès aux soins, l'emploi des travailleurs âgés, les « niches sociales » – qui entrent en résonance avec les initiatives législatives qui seront débattues au Parlement au cours de l'automne 2010.

Les programmes de qualité et d'efficience : un éclairage sur la performance des politiques de sécurité sociale

Les programmes de qualité et d'efficience annexés au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 permettent d'apprécier les résultats obtenus par les politiques mises en œuvre dans les lois de financement précédentes, au regard des objectifs d'accessibilité, de qualité, d'efficience et de viabilité des principaux dispositifs de Sécurité sociale. Ils donnent ainsi à voir des réussites indéniables, telles que :

- le haut niveau de couverture des risques maladie et vieillesse ;
- un dynamisme démographique permis par une large compensation des coûts d'éducation des enfants supportés par les familles ;
- la qualité de la prise en charge sanitaire des Français ;
- des progrès sensibles en matière de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et d'efficience hospitalière, ainsi que dans le domaine de l'emploi des travailleurs après 55 ans.

Ces succès ne doivent cependant pas dissimuler des axes de progrès identifiés par les programmes de qualité et d'efficience :

- une reprise à la hausse de la proportion de personnes qui déclarent avoir renoncé à des soins pour raisons financières, ce malgré les dispositifs qui protègent les personnes à ressources modestes ou en mauvais état de santé des conséquences des ajustements opérés ces dernières années sur le niveau des remboursements des soins par l'assurance maladie ;
- une hausse de la fréquence des maladies professionnelles et une stagnation de la gravité des accidents du travail au cours des dernières années ;
- une répartition des prélèvements sociaux qui continue à peser différemment sur les revenus selon leur niveau et leur nature, malgré les mesures prises au cours des dernières années pour réduire les « niches sociales » qui réduisent l'assiette des cotisations sociales ;
- une difficulté pour les entreprises d'appliquer correctement les différents régimes d'exonération des cotisations sociales ;
- une situation financière de la Sécurité sociale gravement dégradée en 2009 et en 2010.

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 et le projet de loi portant réforme des retraites mettent l'accent sur le redressement financier de la Sécurité sociale, au moyen d'une poursuite de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse – la réforme des retraites visant à garantir durablement l'équilibre du système de retraite et à maintenir le haut niveau de pension actuellement perçu par les retraités au moyen d'une élévation de l'âge du départ en retraite – mais aussi d'une affectation de ressources supplémentaires et de la poursuite de la réduction des « niches sociales ».



Les dépenses des administrations de sécurité sociale représentent plus d'un quart du produit intérieur brut et 43 % de l'ensemble des dépenses publiques. En protégeant les Français contre les risques de l'existence – maladie, invalidité, vieillesse, perte d'autonomie – et en allant au devant des besoins des familles, elles contribuent de façon décisive à la cohésion sociale. Dans le même temps, du fait de leur poids élevé, elles interagissent avec l'ensemble de l'économie, en modifiant certains comportements des ménages et des entreprises. Mesurer les résultats obtenus par les politiques mises en œuvre au moyen des dépenses de sécurité sociale constitue donc un enjeu essentiel.

À cet égard, les programmes de qualité et d'efficacité, qui constituent l'annexe 1 au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011, permettent de dresser un panorama des politiques sanitaires et sociales mises en œuvre au moyen du réseau des organismes de Sécurité sociale. Ils mettent en valeur les réussites permises par les politiques de sécurité sociale, tout autant que les axes de progrès qu'elles recèlent également. Il est important de préciser que les résultats ainsi présentés ne se limitent pas à la mesure des coûts que la Sécurité sociale fait peser sur l'économie, mais ambitionnent également de prendre en compte la valeur du bien-être qu'elle apporte aux citoyens. La démarche poursuivie au moyen des programmes de qualité et d'efficacité participe ainsi de la recherche d'indicateurs diversifiés de la performance économique et du progrès social.

L'intérêt de disposer d'indicateurs détaillés mesurant la performance des politiques de sécurité sociale apparaît également à la lumière de la situation financière fortement dégradée des comptes sociaux en 2009 et 2010, en conséquence de la crise économique et financière et de son impact négatif sur l'activité économique et par suite sur les recettes de la Sécurité sociale. À l'heure où s'élabore une stratégie de redressement des finances publiques dans leur ensemble, dont une part déterminante portera sur la maîtrise des dépenses sociales, il est important de mesurer pour chaque dispositif de Sécurité sociale la pertinence de l'utilisation faite des fonds publics.

L'annexe 1 au projet de loi de financement comprend six programmes de qualité et d'efficacité, correspondant aux quatre branches de la Sécurité sociale – maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraites, famille – aux enjeux de financement de la Sécurité sociale et de recouvrement des cotisations et contributions sociales, ainsi qu'à ceux afférents à l'invalidité et à la prise en charge de la perte d'autonomie. Bien que les questionnements socio-économiques soient de nature assez différente selon les branches, les programmes de qualité et d'efficacité proposent une grille d'analyse des politiques sanitaires et sociales qui permet de dégager quatre grands axes transversaux s'appliquant à l'ensemble de la Sécurité sociale, et à partir de laquelle il est possible de commenter les résultats des politiques sanitaires et sociales observés jusqu'au début 2010 :

- l'accès à des prestations sociales et à des soins adéquats ;
- la qualité des prestations et services de sécurité sociale ;
- l'efficacité de la fourniture des services de protection sociale ;
- la viabilité du financement de la Sécurité sociale.

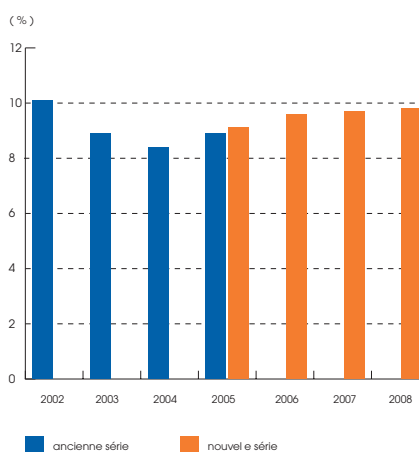
L'ACCÈS À DES PRESTATIONS SOCIALES ET À DES SOINS ADÉQUATS : des progrès en matière de niveau de vie des retraités et des familles, et une attention à porter aux conditions financières de l'accès aux soins.

D'une façon générale, le système français de sécurité sociale assure une couverture substantielle des principaux risques de l'existence à l'ensemble des citoyens. En témoignent plusieurs indicateurs :

- la part des dépenses de santé prises en charge par les administrations publiques est supérieure aux trois quarts depuis une quinzaine d'années (76,8 % en 2009). La France figure ainsi parmi les pays de l'OCDE qui consacrent la part la plus importante de leur richesse à la prise en charge publique des soins. Certes, cette situation est à analyser dans le contexte de la forte progression, au cours des dernières années, des admissions en affections de longue durée ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur sur les remboursements de soins – la part des dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie liée à la prise en charge des affections de longue durée étant passée de 44 % en 2002 à 59 % en 2009 – et par ailleurs la part des dépenses publiques de santé a légèrement diminué depuis 2004 (cf. *infra*). L'objectif du Gouvernement tout au long de la présente législature est néanmoins de garantir le niveau élevé de prise en charge publique des dépenses de santé aujourd'hui atteint ;

- le montant moyen des pensions des retraités récents demeure une fraction élevée du revenu d'activité des travailleurs qui approchent du départ en retraite (73,9 % en 2008), et le niveau de vie médian d'un retraité est proche (90 % environ) du niveau de vie médian d'une personne occupant un emploi. Le taux de pauvreté monétaire parmi les personnes âgées de 60 ans et plus est en outre sensiblement inférieur à la proportion de personnes pauvres dans l'ensemble de la population (9,8 % contre 13,0 % en 2008, cf. *graphique 1*) ;

GRAPHIQUE 1
Taux de pauvreté parmi les 60 ans et plus
Source : Insee, enquête sur les revenus fiscaux et sociaux.



- le système des prestations familiales et des aides fiscales aux familles assure en moyenne un niveau élevé de compensation

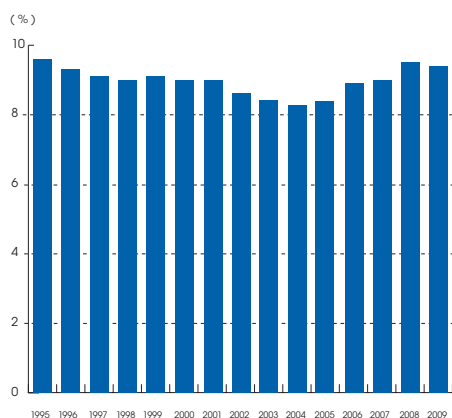
des charges que représente l'éducation des enfants. En outre, le Gouvernement mène des efforts très importants en faveur de la garde d'enfant. Cela explique que la France obtienne les meilleurs résultats en Europe à la fois pour le dynamisme des naissances et pour la proportion de femmes qui occupent un emploi. Entre 2010 et 2012, 200 000 offres d'accueil du jeune enfant devront être créées pour répondre aux besoins des parents. La convention d'objectifs et de gestion conclue par l'État et la CNAF pour la période 2009 - 2012 permet de dégager de nouveaux moyens pour concrétiser ces efforts dans le domaine de l'accueil collectif des jeunes enfants.

Les succès du système de sécurité sociale au regard de sa mission de protection des Français contre les aléas de l'existence ne doivent cependant pas occulter des domaines où une vigilance particulière doit s'exercer.

■ Dans le domaine des conditions financières de l'accès aux soins, la part des dépenses de santé qui est laissée à la charge des ménages s'est certes stabilisée en 2009 (9,4 % contre 9,5 % en 2008), mais est orientée à la hausse depuis 2004 où elle a augmenté d'environ un point (cf. graphique 2).

GRAPHIQUE 2 Part des dépenses de santé restant à la charge des ménages

Source : DREES, comptes nationaux de la santé.



Il y a lieu de distinguer deux facteurs dans cette tendance :

■ des mesures de responsabilisation des patients et d'orientation de la prise en charge vers les dépenses les plus justifiées médicalement, prises depuis le début de

la présente décennie, qui ont porté sur la revalorisation du forfait journalier à l'hôpital, la rationalisation de l'exonération de ticket modérateur sur les soins hospitaliers, la mise en place de forfaits et de franchises sur les soins ambulatoires, ou le déremboursement de certains médicaments ;

■ plus préoccupante, l'évolution des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins généralistes et spécialistes, qui a également contribué à transférer une fraction supplémentaire des dépenses de santé à la charge directe des ménages : la proportion de personnes résidant dans des départements dans lesquels plus de 20 % des omnipraticiens exerce dans le secteur à honoraires libres se maintient autour de 18 % en 2008 et 2009 ; le taux de dépassement - rapport du montant moyen des dépassements aux honoraires - est pour la première fois en 2009 supérieur à 50 % ; réguler la fréquence et le montant moyen des dépassements d'honoraires demeure un objectif important de la politique d'assurance maladie.

Au total, cette hausse du reste à charge des ménages sur leurs dépenses de soins est maîtrisée. En témoigne le fait qu'au sein de l'OCDE, seuls les Pays-Bas présentent un reste à charge sur les dépenses de soins plus faible en moyenne qu'en France. Au surplus, l'augmentation modeste des restes à charge depuis 2004 ne semble pas traduire une élévation significative des obstacles financiers à l'accès aux soins. En particulier, les ménages les plus modestes, pour lesquels le reste à charge est effectivement un facteur décisif du recours aux soins, ont quant à eux été protégés de l'effet des mesures précédentes grâce à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) qui leur garantit une prise en charge intégrale de leurs soins et l'application des tarifs de responsabilité des actes et des dispositifs médicaux, sans possibilité pour les professionnels de santé de pratiquer des dépassements tarifaires. On peut également relever que le nombre de bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé a progressé de plus de 40 % depuis le début de l'année 2008. Ce dispositif, qui attribue aux personnes dont les ressources sont à peine supérieures au seuil permettant de bénéficier de la CMUc une aide réduisant le coût d'acqui-

sition d'une couverture maladie complémentaire, contribue sans nul doute à limiter l'impact de la hausse du reste à charge sur les frais de santé supportés par les ménages modestes.

De fait, les indicateurs objectifs disponibles montrent que le reste à charge des 10 % de personnes les plus modestes reste contenu, de l'ordre de 2,3 % du revenu disponible. D'un autre côté, l'enquête « Santé et protection sociale » réalisée par l'IRDES en 2008 révèle que la proportion de personnes déclarant avoir renoncé à des soins pour des raisons financières a notablement augmenté entre 2006 et 2008, et en particulier parmi les personnes bénéficiant de la CMUc. Ce dernier indicateur doit conduire les acteurs des politiques de santé à mieux comprendre les ressorts de ces comportements et à renforcer leur vigilance en matière d'accessibilité des soins.

■ En matière de prélèvements sociaux pesant sur les ménages, le montant des cotisations et contributions acquittées rapporté au niveau de vie est faible sur les 10 % de ménages les plus pauvres, et augmente jusqu'au 9^e décile de la distribution des niveaux de vie. Au niveau des 10 % de ménages les plus favorisés, l'effet des plafonds qui s'appliquent à certaines cotisations sociales, et surtout de la part des revenus du patrimoine moins fortement sollicités, se traduit par un poids du prélèvement social dans le niveau de vie un peu plus faible que dans les zones immédiatement inférieures de la distribution des revenus. L'existence de « niches sociales », soit des assiettes exonérées de cotisations sociales ou assujetties à un taux très réduit, telles que la participation et l'intéressement, les versements des employeurs à des régimes de prévoyance collective ou les indemnités versées aux salariés en cas de licenciement ou de mise à la retraite, explique cette dégressivité localisée du prélèvement social. La perte d'assiette induite par ces dispositifs est estimée à 42,6 milliards d'euros en 2008, soit 8,9 % de la masse salariale.

Il apparaît souhaitable que le prélèvement social porte sur l'assiette la plus large possible, de manière à écarter les risques d'une pénalisation de l'emploi en cas de concentration de cette assiette sur les seuls revenus du travail. Depuis 2009, la ré-

duction des « niches sociales » constitue un levier prioritaire de la politique du financement de la Sécurité sociale, et pour les prochaines années un élément décisif de la stratégie de redressement des finances publiques présentée par le Gouvernement. Des mesures significatives ont été prises, parmi lesquelles on peut citer : en 2009, la création d'un « forfait social » sur les revenus exonérés de cotisations sociales ; en 2010, l'extension de l'assiette des prélèvements sociaux aux retraites supplémentaires d'entreprises (« retraites-chapeau »), aux plus values sur valeurs mobilières dès le premier euro, ou aux revenus des contrats d'assurance vie en unités de compte ou « multi-supports » en cas de succession. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 comprend un nouveau train de mesures visant à élargir le périmètre des revenus soumis à prélèvements sociaux, comme le rapprochement du taux des cotisations sociales dues sur les « stock-options » sur le taux de droit commun sur les salaires. L'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales permettra en outre de prévenir les comportements d'optimisation de la répartition au fil de l'année des rémunérations versées aux salariés à l'aide de primes et de rémunérations exceptionnelles de fin d'année.

LA QUALITÉ DES SERVICES ET PRESTATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE : *des efforts continus dans l'ensemble des branches, mais une complexité persistante du calcul des cotisations et contributions sociales pour les entreprises.*

L'apport de la Sécurité sociale à l'amélioration du bien-être des Français passe non seulement par un montant financier des prestations sans cesse adapté, mais également par des progrès continus de la qualité des services associés.

Ainsi, en matière de services de santé, les Français bénéficient d'une exceptionnelle liberté de choix pour organiser leur parcours dans le système de santé, grâce en particulier à une offre de soins ambulatoire et hospitalière abondante et qui reste globalement répartie de façon homogène sur le territoire, en dépit de la tendance à une légère dégradation observée au cours des cinq dernières années, durant lesquelles environ 250 000 personnes supplémentaires ont été dénombrées comme vivant dans des zones où la densité de médecins généralistes est faible.

D'autres indicateurs témoignent d'un haut niveau de qualité du système de santé français, tels que :

- l'état de santé général de la population : la France réalise d'excellentes performances en matière d'espérance de vie à 65 ans, puisqu'elle occupe le sixième rang des pays de l'OCDE pour les hommes avec 18,0 ans, et le second rang pour les femmes avec 22,3 ans. Elle se situe également à un niveau proche des meilleurs résultats en matière de mortalité infantile. Cependant, notre pays voit ces indicateurs favorables tempérés par certains points faibles persistants, comme une mortalité élevée avant 65 ans, particulièrement chez les hommes ;

- le déploiement de structures de soins alternatives à l'hospitalisation, et donc moins contraignantes pour les patients : structures

d'hospitalisation à domicile – 97 % des territoires de santé en étant équipés en 2009 – développement de la pratique de la chirurgie ambulatoire avec l'objectif qu'elle atteigne en 2010 une proportion de 85 à 90 % sur une sélection d'actes traceurs ;

- l'engagement des établissements hospitaliers dans la lutte contre les maladies nosocomiales, au travers de la mise en œuvre systématique de protocoles de prévention, qui participe également de l'amélioration de la qualité des soins.

En matière de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes handicapées et âgées, les améliorations de la qualité des prestations se traduisent notamment par des efforts de diversification de l'offre de services qui répondent au souhait très largement majoritaire des personnes âgées de demeurer en leur domicile le plus longtemps possible. La part de ces services progresse régulièrement dans l'ensemble des places en structures pour personnes en perte d'autonomie, et atteint en 2009 27 % pour les enfants handicapés et 17 % pour les adultes handicapés et les personnes âgées. Dans le secteur des personnes âgées, l'objectif est de faire progresser la proportion de personnes âgées dépendantes qui résident à leur domicile quel que soit leur degré de perte d'autonomie : à cet égard, le tableau 1 montre que cette proportion progresse effectivement parmi les bénéficiaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie – la principale prestation sociale en faveur des personnes âgées dépendantes – pour les personnes en dépendance moyenne et modérée, mais reste stable pour les personnes les plus lourdement dépendantes. L'engagement du Président de la République d'améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie à l'horizon 2012 peut donc trouver matière à concrétisation en faveur de ces personnes.

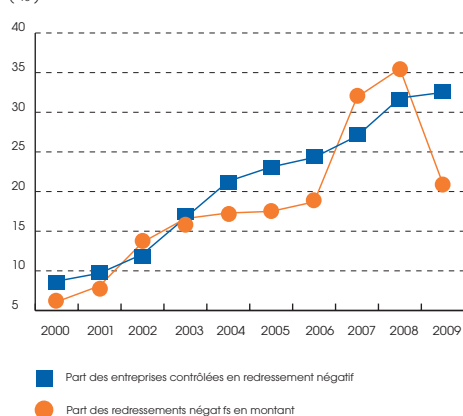
TABLEAU 1
Proportion de bénéficiaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie vivant à domicile selon le degré de dépendance - Source : DREES.

	2005	2006	2007	2008	2009
GIR1	22 %	23 %	24 %	20 %	21 %
GIR2	39 %	40 %	40 %	40 %	40 %
GIR3	65 %	66 %	67 %	68 %	68 %
GIR4	76 %	77 %	78 %	79 %	79 %
Total	59 %	60 %	61 %	62 %	62 %

Un dernier aspect de la prise en compte par les politiques de sécurité sociale de l'objectif de qualité du service rendu porte sur le recouvrement des cotisations et contributions sociales. Dans ce domaine, des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières années afin d'alléger la charge administrative des entreprises au titre du calcul et du paiement des prélèvements sociaux. La poursuite de ces progrès sera tributaire de l'évolution future de la législation du recouvrement des prélèvements sociaux, qui doit

rester simple et stable afin que des procédures allégées puissent y être implantées. À cet égard, les tendances récentes paraissent relativement défavorables : ainsi, le nombre d'entreprises qui bénéficient d'un redressement négatif après contrôle des organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions sociales – les entreprises ayant surestimé le montant dû lors de la déclaration et du paiement –, augmente régulièrement depuis le début de la présente décennie, bien qu'en 2009, dans le contexte de la chute des recettes de la Sécurité sociale, le montant total des redressements négatifs ait baissé (cf. graphique 3). Si cet indicateur fournit une mesure assez indirecte de la complexité du financement de la Sécurité sociale, son évolution suggère néanmoins la nécessité d'un renforcement des efforts de simplification et d'un enrichissement du dialogue entre les cotisants et les organismes chargés du recouvrement des prélèvements sociaux. Ces objectifs ont au demeurant été retenus dans la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et l'ACOSS pour la période 2010 – 2013.

GRAPHIQUE 3
Part des entreprises contrôlées en redressement négatif et montants associés - Source : ACOSS.



L'EFFICIENCE DE LA FOURNITURE DE PRESTATIONS SOCIALES ET DE SERVICES SOCIAUX : des progrès dans les incitations adressées aux offreurs de soins et aux salariés âgés, tempérés par des évolutions médiocres en matière de fréquence et de gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Si les prestations de sécurité sociale répondent à des besoins sociaux fondamentaux,

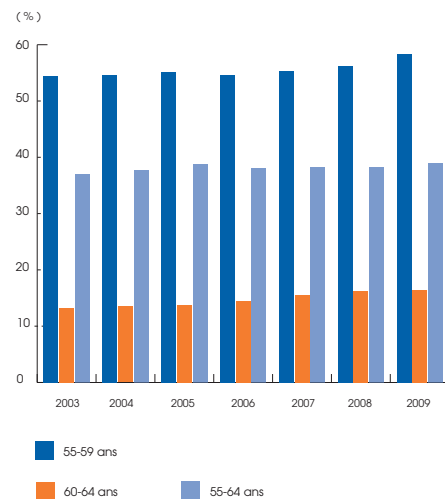
ces dispositifs et leur mode de financement sont cependant susceptibles de modifier les comportements micro-économiques des individus et des entreprises dans un sens parfois défavorable pour la collectivité des assurés qui en assume le financement. C'est pourquoi il est nécessaire de veiller à ce que la législation sociale s'attache tout à la fois à garantir le plus haut niveau de couverture des risques sociaux et de qualité des services, et à adresser des incitations aux acteurs économiques à un juste recours aux dispositifs et à une production efficiente de services.

Dans le domaine de l'assurance maladie, la réforme de 2004 a ainsi mis l'accent sur une logique de maîtrise médicalisée des dépenses, qui fait l'objet d'engagements contractuels entre les professionnels de santé et les régimes d'assurance maladie. Des objectifs sont fixés annuellement, qui portent notamment sur les arrêts de travail, sur les prescriptions de certains examens de laboratoires et de certains médicaments – notamment sur la prescription de génériques –, ou sur le contrôle des dépenses des malades en affection de longue durée – respect de l'ordonnancier bizonne. En 2009, 660 millions d'euros d'économies étaient attendus dans le cadre de ces engagements contractuels : cet objectif a été atteint à hauteur d'environ 78 %, ce qui suggère l'existence de marges de progrès dans ce domaine.

En matière hospitalière, la recherche de l'efficacité est facilitée depuis 2004 par la mise en œuvre de la tarification des établissements de santé à l'activité (T2A). L'indicateur de productivité globale des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier décrit la capacité de ces établissements d'adapter leurs dépenses à leurs recettes dans l'hypothèse où celles-ci seraient intégralement constituées de versements au titre de la T2A pour la couverture des soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il montre une réduction progressive de l'hétérogénéité de la productivité au sein d'une même catégorie d'établissements. La T2A sert ainsi de révélateur des gisements de productivité dans le secteur hospitalier, et donne aux gestionnaires un outil pour se rapprocher des meilleures performances en restructurant leur activité.

En matière de retraites, l'essentiel de l'effort pour une meilleure efficacité porte sur l'incitation des assurés à retarder l'âge de leur départ en retraite, et des employeurs à embaucher ou maintenir en emploi des salariés âgés. En 2009, le taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans s'élevait à 38,9 %, soit en 2009, soit 0,7 point de plus qu'en 2008 (cf. graphique 4). L'évolution observée au cours des dernières années montre des signes indéniables d'amélioration : corrigée des structures par âge, la proportion de personnes âgées de 55 à 59 ans occupant un emploi a progressé de 5,8 points depuis 2003, tandis que cette même proportion parmi les 60 - 64 ans a progressé de 3,3 points. L'amélioration est particulièrement sensible parmi les femmes (+ 5,4 points sur l'ensemble de la classe d'âge 55 - 64 ans), les progrès ayant été freinés chez les hommes par le développement de la retraite anticipée pour carrière longue.

GRAPHIQUE 4
Proportion de personnes âgées de 55 à 64 ans qui occupent un emploi - Source : Insee, enquêtes Emploi.



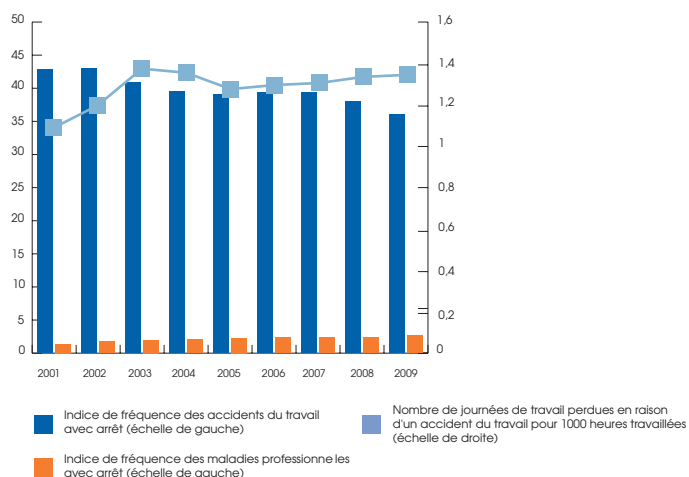
L'objectif retenu par l'Union européenne dans le cadre de la stratégie dite « de Lisbonne » visait à atteindre en 2010 un taux d'emploi de 50 % des 55-64 ans dans l'ensemble des 27 États membres de l'Union. À fin 2009, cet indicateur s'établissait à 46 %, soulignant qu'une part significative de l'effort requis avait été réalisée. La France a apporté une contribution appréciable à ce résultat, bien que sa performance en termes d'emploi des seniors reste inférieure à celle des pays de taille comparable.

À cet égard, le projet de loi portant réforme des retraites propose de poursuivre les efforts d'ores et déjà réalisés, et fixe l'objectif d'atteindre en France, à l'horizon 2018, la valeur moyenne du taux d'emploi des seniors observée dans l'ensemble de l'Union européenne.

La réforme des retraites a pour objectif central le financement durable du niveau favorable de pension dont bénéficient en moyenne les retraités français sans recours massif à des ressources supplémentaires. C'est dans ce cadre que l'élévation progressive de la durée effective d'activité des générations successives d'actifs constitue le levier d'action essentiel. Outre l'allongement de la durée de cotisation requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein, qui atteindra 41 ans en 2012 en application de la réforme de 2003, et qui devrait être portée à 41,5 années en 2020 compte tenu des tendances présentes de l'espérance de vie à 60 ans, le report à 62 ans à l'horizon 2018 de l'âge légal de la retraite constituera l'instrument principal permettant d'atteindre l'objectif fixé en matière de taux d'emploi des seniors.

Enfin, la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles comporte en principe des incitations importantes à la prévention par les employeurs des problèmes de santé au travail. Ainsi, les entreprises comptant plus de 200 salariés se voient appliquer une tarification individuelle du risque basée sur l'historique de leur sinistralité, et peuvent bénéficier de ristournes dans le cadre de contrats de prévention passés avec l'assurance maladie. Cependant, si l'évolution observée de la fréquence des sinistres est clairement orientée à la baisse en matière d'accidents du travail, elle est en progression pour les maladies professionnelles. De même, le nombre moyen de journées perdues en raison d'un accident ou d'une maladie est en augmentation (graphique 5).

GRAPHIQUE 5
Indice de fréquence des accidents du travail et de gravité des accidents du travail - Source : CNAMTS, statistiques nationales technologiques.

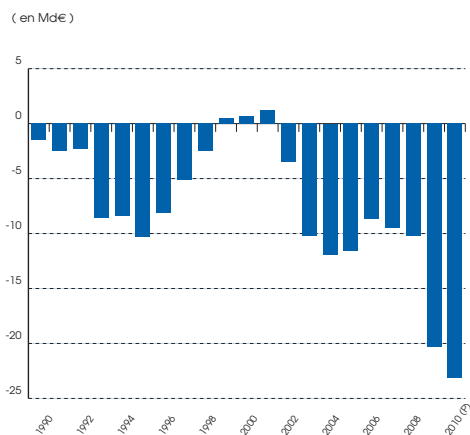


Face à ces évolutions, outre les mesures prises dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 – pérennisation des aides simplifiées aux petites entreprises qui agissent en faveur de la réduction des risques professionnels, plus grande effectivité des sanctions adressées aux entreprises qui tardent à prendre des mesures nécessaires de prévention –, la réforme de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles conçue par les partenaires sociaux gestionnaires de cette branche au sein de la CNAMTS, qui atteindra son plein effet en 2014, contribuera à renforcer les incitations des employeurs à prévenir de façon plus efficace les risques.

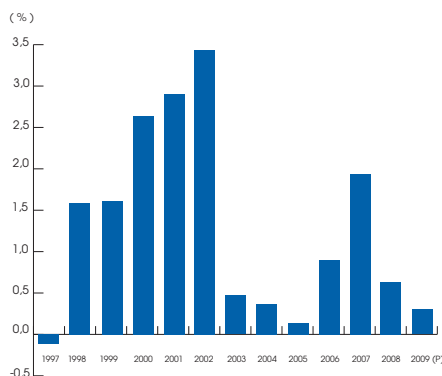
LA VIABILITÉ FINANCIÈRE DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE : une situation financière dégradée en 2009 et en 2010 en conséquence de l'effondrement des recettes, qui appelle une poursuite de l'effort de maîtrise des dépenses de sécurité sociale.

Par viabilité financière du système de sécurité sociale, il faut entendre sa capacité à financer de façon équilibrée les prestations sociales à l'aide de ses ressources propres. À cet égard, la situation du régime général, dont les dépenses représentent les trois quarts des charges de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale, s'est caractérisée jusqu'en 2008 par une stabilisation de son solde financier au voisinage de 10 milliards d'euros. Les résultats de 2009 et les perspectives pour 2010 traduisent en revanche une forte dégradation : le solde du régime général s'est établi à - 20,3 milliards d'euros en 2009 et pourrait atteindre - 23,1 milliards d'euros en 2010 (cf. graphique 6), en raison de l'effondrement des recettes sous l'effet de la contraction de l'activité économique consécutive à la crise économique et financière amorcée à la fin 2007. Pour la première fois depuis la deuxième guerre mondiale, la masse salariale du secteur privé, principale assiette des prélèvements qui financent la Sécurité sociale, a diminué en valeur en 2009 (- 1,3 %).

GRAPHIQUE 6
Solde du régime général - Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale ; calculs DREES.



GRAPHIQUE 7
Dépassements de l'Ondam (en % de l'objectif voté en loi de financement)
 Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale.



Le redressement des comptes de la Sécurité sociale reposera en priorité sur la poursuite de la maîtrise des dépenses sociales. C'est en effet par l'élimination des inefficiences qui existent au sein du système de santé et de protection sociale qu'une réduction durable des déficits sociaux pourra être obtenue. Cette démarche s'appuiera sur les résultats d'ores et déjà accumulés en matière de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. L'évolution observée en 2009 traduit un dépassement de 450 millions d'euros de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté à l'automne 2008, soit + 0,3 % d'écart à cet objectif (cf. graphique 7). Pour 2010, la prévision associée au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 prévoit le strict respect de l'Ondam voté à l'automne 2009, ainsi que le Président de la République en a fixé l'objectif lors de la 2^e conférence sur les déficits publics du 20 mai 2010.

Le Président de la République a également fixé l'objectif d'une progression de 2,9 % en 2011 et de 2,8 % en 2012 de l'Ondam. Ces objectifs témoignent de la détermination du Gouvernement à poursuivre le ralentissement des dépenses d'assurance maladie. Infléchir durablement la progression de l'Ondam en-deçà d'un rythme de 3 % par an implique donc

de procéder à une ample refonte des outils de suivi et de pilotage des dépenses d'assurance maladie. Dans ce domaine, le rapport de la commission sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par M. Raoul Briet, dont les conclusions ont été remises au Président de la République en mai 2010, sont d'ores et déjà mises en œuvre. Un comité de pilotage de l'Ondam regroupant l'ensemble des administrations et organismes en charge de la gestion des risques maladie a été constitué et se réunit mensuellement. Les gels de dépenses de nature limitative – telles que les dotations à des fonds de financement – seront utilisés de façon plus intensive aux fins de régulation financière infra-annuelle de l'Ondam. Le principe est également posé du gage de toute mesure nouvelle en cours d'exécution de l'Ondam par des économies à due concurrence. Enfin, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 élargit les missions du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie créé par la réforme de l'assurance maladie de 2004, qui sera appelé à évaluer l'Ondam proposé par le Gouvernement pour l'année à venir dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, ce afin de prévenir tout risque d'erreur manifeste d'appréciation. Ces procédures devraient permettre de détecter au plus tôt tout risque de dépassement de l'Ondam, et ainsi de favoriser la mise en œuvre de mesures correctrices dans des délais appropriés afin qu'elles produisent un impact financier maximal.

Les mesures portant sur les dépenses de la réforme des retraites en cours d'examen par le Parlement permettront également de réduire de moitié le besoin de financement des régimes de retraite, évalué à 45 milliards d'euros à l'horizon 2020. L'autre moitié de ce besoin de financement sera couvert par des mesures portant sur les recettes des régimes de retraite. Ainsi, des recettes nouvelles seront apportées aux régimes de retraite et au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Le Gouvernement prévoit de solliciter davantage les contribuables

imposés à la tranche la plus élevée du barème de l'impôt sur le revenu. Par ailleurs, les prélèvements sur les stock-options et les retraites chapeaux seront augmentés. Les revenus du capital seront également mis à contribution de façon spécifique (plus-values de cession mobilières et immobilières, dividendes et intérêts). Concernant les entreprises, le gain de recettes induit par l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales bénéficiera intégralement à la branche vieillesse du régime général. Enfin, à plus long terme, les recettes de la branche retraite seront augmentées entre 2015 et 2018, et compensées à due proportion par une diminution des cotisations d'assurance chômage, compte tenu de l'amélioration prévue de la situation financière de ce régime.

La stratégie de redressement des comptes sociaux doit cependant tenir compte du fait qu'une grande partie du déficit actuel de la Sécurité sociale est d'origine conjoncturelle, liée à l'effondrement de ses recettes en 2009 et en 2010 en raison du recul puis de la faible croissance économique au cours de ces deux années. Une partie de la croissance perdue depuis 2008, dont il est impossible de prévoir l'ampleur, sera rattrapée au cours des prochains exercices, ce qui contribuera de façon spontanée à l'amélioration des comptes. Dans l'attente de cette reconstitution des recettes et de la réalisation des économies sur les dépenses, il importe d'éviter l'alourdissement de la dette sociale, génératrice pour la Sécurité sociale de charges d'intérêt croissantes qui éloignent encore le terme du redressement. À cet égard, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 prévoit en premier lieu que la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) reprendra en 2011 les déficits cumulés du régime général et du FSV en 2009 et en 2010, ainsi que le déficit prévisionnel des branches maladie et famille pour 2011. Pour cela, elle bénéficiera de ressources nouvelles, pour un montant de 3,5 milliards d'euros en 2011. Afin de tenir compte en outre du caractère ex-

ceptionnel de la dégradation de la conjoncture économique observée en 2009 et en 2010, la durée de vie de la Cades sera prolongée de quatre années, jusqu'en 2025.

Enfin, pour faire face aux besoins de financement de la branche vieillesse du régime général, dont le redressement s'opérera de façon progressive d'ici à 2018, grâce à la mise en œuvre de la réforme des retraites actuellement discutée par le Parlement, la Cades mobilisera les ressources et les actifs du Fonds de réserve pour les retraites pour reprendre les déficits de cette branche cumulés pour les exercices 2011 à 2018, dans la limite de 62 milliards d'euros.

À titre complémentaire de l'action sur les dépenses sociales, le Gouvernement entend également agir afin de rendre plus dynamique le rendement des recettes sociales. La poursuite du réexamen des « niches sociales » constituera le levier d'action essentiel de la mise en œuvre de cette approche.

