

2012

SÉCURITÉ SOCIALE



Projet de loi de financement
de la Sécurité sociale - PLFSS

Les programmes de qualité et d'efficacité du PLFSS 2012: de meilleures performances sociales dans un contexte financier troublé

Les programmes de qualité et d'efficacité, 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 crise économique et financière rend plus nécessaire, mais aussi plus difficile, le redressement des comptes publics et plus particulièrement ceux de la Sécurité sociale, il est particulièrement utile de disposer d'informations qui permettent de juger de la pertinence de l'utilisation des fonds publics qui sont alloués à ses différentes branches.

Sous cet angle, les programmes annexés au PLFSS pour 2012 mettent un accent particulier sur des enjeux – la réduction du déficit de la Sécurité sociale, les conditions financières de l'accès aux soins, l'emploi des travailleurs âgés, l'amélioration de l'efficacité de l'offre de soins – qui seront débattus au Parlement au cours de l'automne 2011, lors de l'examen du projet de loi.

Les programmes de qualité et d'efficacité annexés au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 permettent d'apprécier les résultats obtenus par les politiques mises en œuvre dans les lois de financement précédentes, au regard des objectifs de viabilité du financement, d'accessibilité, de qualité et d'efficacité des principaux dispositifs de sécurité sociale. Cet examen des performances des politiques sanitaires et sociales est cette année d'autant plus opportun qu'il intervient à un moment où les développements de la crise économique et financière pèsent sur les conditions du redressement des finances publiques de nombreux pays européens, dont la France.

Il est donc particulièrement important de contrôler la pertinence des financements considérables alloués à la Sécurité sociale. À cet égard, les programmes de qualité et d'efficacité font apparaître des évolutions récentes favorables :

- une diminution en 2009 et en 2010 de la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages après remboursements de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ;
- la confirmation de la qualité de la prise en charge sanitaire des Français ;
- des progrès sensibles en matière de maîtrise médicalisée des dépenses de santé ;
- la poursuite de l'amélioration de la proportion de personnes âgées de 55 à 64 ans en emploi, malgré un environnement économique défavorable.

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

- une vigilance à maintenir en matière d'accessibilité financière des soins, compte tenu de la hausse de la proportion de personnes qui déclarent renoncer à des soins pour raisons financières, et de la tendance récente à l'augmentation des montants moyens des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins ;
- une hausse de la fréquence des maladies professionnelles et une stagnation de la gravité des accidents du travail au cours des dernières années ;
- une progression des alternatives à l'hospitalisation, notamment de l'hospitalisation à domicile, qui pourrait être plus rapide, et ainsi permettre à la fois une réduction des coûts et une amélioration de la qualité des prises en charge des patients.

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 met en œuvre une partie du plan de réduction des déficits publics annoncé par le Gouvernement le 24 août 2011. En ajoutant les mesures déjà votées dans la loi de finances rectificative pour 2011 et les dispositions qui seront prises dans le cadre du projet de loi de finances pour 2012, ce sont ainsi 6 Md€ de recettes nouvelles qui seront affectées à la Sécurité sociale, dont 4 Md€ au titre de la réduction des « niches sociales ». La maîtrise des dépenses et l'affectation de ces recettes permettraient à la situation financière de la Sécurité sociale de connaître un net redressement qui se poursuivra au cours des années suivantes. Ainsi, la pérennité du financement de la Sécurité sociale est-elle consolidée, sans dégradation du haut niveau de couverture des risques sociaux dont bénéficient les Français.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION
SOCIALE

Les programmes de qualité et d'efficacité qui constituent l'annexe 1 au projet de loi de financement de la Sécurité sociale ambitionnent de fournir au Parlement, et plus largement à tous les acteurs de la Sécurité sociale, une information sur les performances des politiques qui visent, au moyen des prestations servies par les organismes de Sécurité sociale, à couvrir les Français contre certains risques — maladie, accidents du travail, vieillesse — ou charges liées à la famille. La mesure de ces performances doit en outre être rapportée au coût de ces prestations pour les finances publiques : en effet, les dépenses des administrations de sécurité sociale représentant plus d'un quart du produit intérieur brut et près de la moitié de l'ensemble des dépenses publiques, il est donc essentiel de vérifier que les assurés retrouvent bien des prestations et de services sociaux de qualité en retour des contributions qui leur sont demandées.

Cette préoccupation générale d'adéquation coût/performance revêt une actualité toute particulière dans le cadre de l'examen par le Parlement du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, alors que des incertitudes pèsent sur l'environnement macroéconomique international, exerçant une contrainte sur les comptes publics des États. Dans ce contexte, la France s'est engagée auprès de ses partenaires européens, à l'occasion du programme de stabilité transmis à la Commission européenne au 1^{er} semestre 2011, à respecter une trajectoire de redressement du solde des administrations publiques (de -5,7 % du PIB en 2011 à -4,5 % en 2012, -3,0 % en 2013 et -2,0 % en 2014). Tous les sous-secteurs des administrations publiques devront prendre leur part à cet effort, et notamment la Sécurité sociale compte tenu de son poids dans l'ensemble des finances publiques, même si sa part dans le besoin de financement d'ensemble de la sphère publique reste limitée (16,7 % en 2010). S'assurer que les dépenses engagées dans les politiques qui transitent par les réseaux des organismes de sécurité sociale le sont à bon escient est donc particulièrement nécessaire dans cet environnement économique et financier contraint.

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 —, auxquelles sont ajoutés les enjeux de financement de la Sécurité sociale et de recouvrement des cotisations et contributions sociales, ainsi que 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 2011 :

- la viabilité du financement de la Sécurité sociale ;
- 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 FINANCIÈRE DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE :

des efforts maintenus de maîtrise des dépenses, couronnés par le respect en 2010, pour la première fois depuis 1997, de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, qui, associés à de nouvelles recettes issues du plan de lutte contre les déficits publics, permettent d'envisager un retour à l'équilibre financier de la Sécurité sociale à moyen terme.

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, a été fortement affectée par la crise économique qui a touché la France fin 2008. En effet, pour la première fois depuis la seconde guerre mondiale, la masse salariale du secteur privé, principale assiette des ressources des régimes de sécurité sociale, a diminué de 1,3 % en 2009. Le solde du régime général a ainsi affiché un déficit de -20,3 Md€.

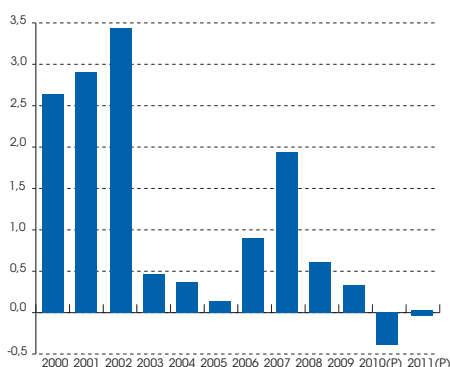
Dans ce contexte troublé, la France s'est engagée, dès 2010, dans le cadre du programme de stabilité, à limiter le déficit de ses administrations publiques à 3 % du PIB en 2013. Cette stratégie de redressement des finances publiques a été réaffirmée dans le programme de stabilité d'avril 2011 et dans les lois financières pour 2012 qui sont en cours d'examen par le Parlement.

Compte tenu de leur poids significatif dans l'ensemble des dépenses publiques, les prestations de sécurité sociale constituent un enjeu essentiel de l'effort de maîtrise des dépenses nécessaire au redressement des finances publiques. En la matière, les politiques de régulation des dépenses de sécurité sociale peuvent s'appuyer sur l'acquis essentiel que constitue le ralentissement des dépenses de santé observé depuis 2005, couronné en 2010, pour la première fois depuis 1997, par le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement (cf. graphique 1). Les observations portant sur la première partie de l'année 2011 laissent augurer un nouveau respect de l'objectif voté, en progression de 2,9 % par rapport à l'objectif 2010. Enfin, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 retient, conformément à l'objectif fixé par le Président de la République lors de la deuxième conférence sur les déficits publics du 20 mai 2010, une progression de l'ONDAM de 2,8 %.

La loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010 s'inscrit également dans ce cadre, en retenant l'objectif de ramener le système de retraite dans son ensemble à l'équilibre à l'horizon 2018, partant d'un besoin de financement avant réforme et hors charges financières estimé à 45 milliards d'euros de 2008 à l'horizon 2020. L'instrument déterminant de cette stratégie est l'augmentation progressive de la durée d'activité, obtenue au moyen d'une élévation de deux ans des âges légaux de la retraite, tant l'âge minimum que celui requis pour obtenir une pension à taux plein sans condition de durée de cotisation. Parallèlement, l'augmentation progressive de la durée de cotisation nécessaire pour

GRAPHIQUE 1
Dépassements de l'ONDAM
(en % de l'objectif voté)

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale



obtenir une pension à taux plein, prévue par la réforme des retraites de 2003, sera poursuivie de manière à tenir compte des gains d'espérance de vie. Ce levier d'action permet d'obtenir un effet maximum sur les conditions d'équilibre des régimes de retraite, en entraînant non seulement une diminution de leurs charges du fait de l'élévation attendue de l'âge effectif moyen de départ en retraite, mais aussi une augmentation de leurs produits sous l'effet du surcroît de cotisations apporté par les assurés prolongeant leur carrière professionnelle. Cela suppose naturellement des évolutions dans le fonctionnement du marché du travail et dans les pratiques des employeurs de façon à rendre effectif le maintien en activité des travailleurs âgés (cf. *infra*).

Parallèlement à ces efforts sur les dépenses, il importe également de sécuriser les recettes de la Sécurité sociale afin de réduire son déficit. La loi sur les retraites de 2010 participe d'un tel objectif puisqu'elle comporte un volet « recettes » important. En effet, des mesures de convergence entre le secteur privé et le secteur public ont été prises, comme l'alignement du taux de cotisation salariale retraite acquitté par les fonctionnaires sur celui du privé. En outre, des recettes nouvelles réparties équitablement sur l'ensemble des acteurs économiques sont apportées aux régimes de retraite et au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Ainsi, les ménages imposés à la tranche la plus élevée du barème de l'impôt sur le revenu ont vu leur taux marginal augmenter d'un point.

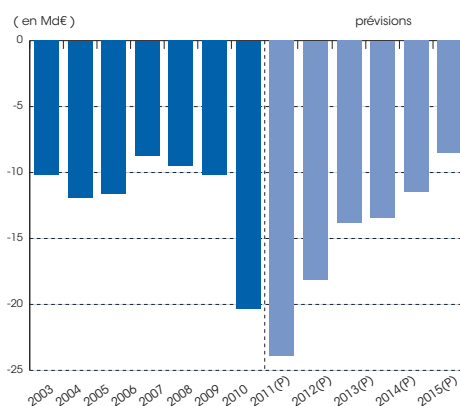
Par ailleurs, les prélèvements sur les stock-options et les retraites chapeaux ont été relevés. Les revenus du capital sont également mis à contribution de façon spécifique (plus-values de cession mobilières et immobilières, dividendes et intérêts). Concernant les entreprises, le gain de recettes induit par l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales bénéficie intégralement au Fonds de solidarité vieillesse. Enfin, à plus long terme, les cotisations au régime général 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.

Outre les recettes associées à la réforme des retraites, des mesures nouvelles annoncées par le Premier ministre le 24 août dernier dans le cadre d'un plan global de réduction des déficits, permettront d'améliorer les recettes de la Sécurité sociale d'environ 6 Md€, dont 4 Md€ au titre de la réduction des niches fiscales et sociales. Parmi ces mesures figurent : la taxation des plus-values immobilières sur les résidences secondaires, après neutralisation de l'inflation, la hausse du forfait social sur les dispositifs tels que l'épargne salariale ou la retraite supplémentaire porté de 6 % à 8 %, l'élargissement d'un point de l'assiette de la CSG et de la CRDS sur les revenus d'activité, la hausse des prélèvements sociaux de 1,2 point sur les revenus du capital ou encore la réintégration des heures supplémentaires dans le barème des allègements généraux de cotisations sociales, les avantages fiscaux et sociaux prévus par la loi TEPA étant maintenus. Par ailleurs, en coordination avec une stratégie globale en matière de santé publique, un renchérissement des prix du tabac est prévu, ainsi qu'une augmentation des taxes sur les boissons fortement alcoolisées et la création d'un nouveau prélèvement sur les boissons avec du sucre ajouté.

L'ensemble de ces efforts, portant à la fois sur les dépenses et sur les recettes, permettront un redressement important des comptes de la Sécurité sociale (cf. *graphique 2*). Le déficit du régime général se réduirait ainsi de 10 Md€ entre 2010 et 2012, puis il s'améliorerait encore de 5 Md€ jusqu'en en 2015 pour

atteindre - 8,5 Md€, les déficits de la branche vieillesse étant d'ores et déjà financés par le biais de la reprise par la CADES des déficits annuels de la CNAV et du FSV durant la période de montée en charge de la réforme des retraites. Hors branche vieillesse, le déficit pourra être contenu à environ 4 Md€ en 2015, soit un niveau jamais atteint depuis 2002.

GRAPHIQUE 2
Solde du régime général
Source : PLFSS pour 2012



Les perspectives financières de la Sécurité sociale à moyen terme, que l'on peut tracer à partir des mesures proposées dans le plan de réduction des déficits publics et dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, crédibilisent la trajectoire de retour à l'équilibre avant la fin du prochain quinquennat, en particulier si l'on apprécie cet équilibre dans un périmètre élargi à la Caisse d'amortissement de la dette sociale et au Fonds de réserve pour les retraites.

L'ACCÈS À DES PRESTATIONS SOCIALES ET À DES SOINS ADEQUATS : *une offre abondante de prestations, notamment en matière de soins et d'aides aux familles, qui laisse cependant subsister certaines attentes insatisfaites.*

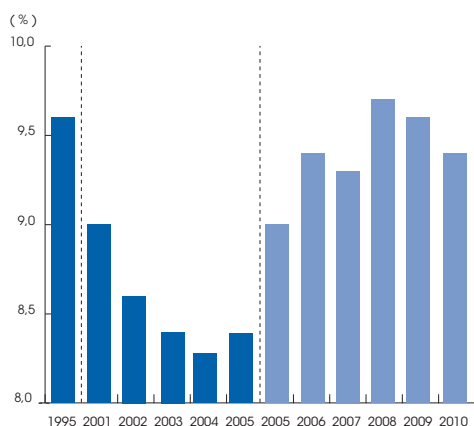
L'importance des sommes en jeu permet au système français de Sécurité sociale, dans sa globalité, d'assurer à l'ensemble des citoyens une couverture substantielle des principaux risques de l'existence. Dans le domaine de l'assurance maladie, la prise en charge publique des dépenses de santé — c'est-à-dire la couverture assurée à titre

principal par la Sécurité sociale, et à titre auxiliaire par l'État, le Fonds CMU et les collectivités locales —, se maintient depuis une dizaine d'années au dessus de 75 % (77 % en 2010). 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. Ce haut niveau de couverture publique permet une large mutualisation des risques individuels de maladie, facteur d'un accès aux soins facilité pour les personnes en mauvais état de santé qui peuvent bénéficier de soins leur permettant de participer à l'activité économique malgré leur situation défavorisée. L'objectif du Gouvernement tout au long de la présente législature est de garantir ce niveau élevé de prise en charge publique.

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages est en léger reflux en 2010 (9,4 %). La hausse observée entre 2005 et 2008 semble ainsi interrompue (cf. graphique 3). Par ailleurs, la France est, après les Pays-Bas, le pays développé dans lequel le reste à charge des ménages est le plus faible, et ce malgré l'augmentation d'un point de cet indicateur entre 2004 et 2008.

GRAPHIQUE 3 Part des dépenses de santé restant à la charge des ménages

Source : DREES



Note : rupture de série en 2005 liée au passage à la nouvelle base des comptes nationaux de l'INSEE.

L'évolution de la part des dépenses de santé financées par les administrations publiques est tributaire d'une variété de facteurs influençant cet indicateur tantôt à la hausse, tantôt à la baisse. D'un côté, la progression importante des admissions en affection de longue durée, donnant droit à l'exonération du ticket modérateur sur les remboursements de l'assurance maladie, a contribué à l'augmentation de cet indicateur depuis une dizaine d'années. D'un autre côté, diverses mesures ont été mises en œuvre depuis 2005 afin d'améliorer l'efficacité du système de soins et de limiter le déficit de l'assurance maladie, qui ont eu pour effet d'augmenter légèrement le reste à charge des ménages entre 2004 et 2008 sur leurs frais de santé : déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant, mise en place du parcours de soins, revalorisations du forfait journalier à l'hôpital, mise en place de forfaits et de franchises. En 2009 et 2010, en l'absence de mesure tarifaire

importante affectant la participation des ménages, le reste à charge des ménages a repris sa tendance antérieure de lente diminution.

S'agissant en particulier des personnes à revenus modestes, il convient de rappeler qu'elles peuvent bénéficier de 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. En 2010, 4,3 millions de personnes bénéficiaient de la CMUc. En outre, les personnes dont les revenus sont immédiatement supérieurs au seuil de ressources pour l'accès à la CMUc peuvent bénéficier de l'aide à la complémentaire santé (ACS), qui consiste en une prise en charge par le Fonds de financement de la CMU d'une partie du coût d'acquisition d'une couverture maladie complémentaire. Fin novembre 2010, 533 000 personnes utilisaient leur attestation ACS. Les revalorisations du plafond de ressources de l'ACS, au 1^{er} janvier 2011 et 2012 prévues dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 permettront de maintenir dans ce dispositif les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et du minimum vieillesse, en dépit de la forte progression de ces allocations depuis 2007. Ainsi l'ACS continuera de contribuer 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 disponibles montrent que le reste à charge des 10 % de personnes les plus modestes reste contenu, de l'ordre de 2,1 % du revenu disponible.

Il reste que, par ailleurs, 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, y compris parmi les personnes bénéficiant de la CMUc. Toutefois, elle note également que les CMUcistes renoncent beaucoup moins souvent à des soins que les personnes n'ayant pas de complémentaire, ce qui tend à confirmer l'impact positif de la CMUc. Une vigilance doit donc être maintenue sur cet enjeu d'accessibilité aux soins des personnes à faibles revenus, qu'il serait souhaitable de parvenir à mieux documenter à l'aide d'études socio-économiques permettant d'affiner la compréhension de l'appréciation par les individus de leurs besoins de santé et la perception consécutive des attentes non satisfaites à l'égard du système de santé. Un programme d'études actuellement en cours, coordonné par la DREES et auxquels sont associés la CNAMTS, le Fonds CMU et l'IRDES, devrait permettre d'améliorer la connaissance dans ce domaine.

Un autre enjeu dans lequel la France se distingue par un effort soutenu est celui de la redistribution de la richesse nationale en faveur des familles (allocations liées à la maternité, familiales, de logement, aides fiscales dont le quotient familial). Dans ce périmètre élargi, l'OCDE place ainsi la France au premier rang des pays développés pour l'effort financier public en faveur des familles, avec 3,7 % environ de sa richesse nationale. Initialement centré sur la compensation des pertes de niveau de vie entraî-

nées par l'arrivée d'un enfant dans une famille, le dispositif français de politique familiale s'est progressivement réorienté vers le soutien aux familles modestes, puis, au cours des dernières années, vers l'aide à la conciliation par les parents de leurs responsabilités familiales et professionnelles. Cet enjeu a en effet été identifié par l'Union européenne, dans le cadre de la stratégie dite « de Lisbonne », comme l'une des conditions permettant d'assurer aux économies européennes une croissance économique forte, et aux citoyens un haut niveau d'emploi et de protection sociale. À long terme, faciliter le maintien des mères dans l'emploi tout en offrant aux parents les moyens de se consacrer à l'éducation de leurs enfants assure une natalité et un taux d'activité élevés, qui tous deux contribuent au renouvellement des générations et facilitent l'équilibre financier des régimes sociaux.

Un effort sans précédent a été réalisé au cours des dernières années pour développer l'offre de services d'accueil des jeunes enfants ou pour permettre à l'un des parents de cesser temporairement son activité professionnelle sans obérer ses chances ultérieures de retour à l'activité professionnelle. La création en 2004 de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a ainsi permis de renforcer les prestations servies aux familles qui recourent aux services d'un assistant maternel, et élargi le complément de libre choix d'activité (CLCA) aux enfants de rang 1, qui compense financièrement la réduction ou l'arrêt d'activité. Parallèlement, le développement de l'offre d'accueil du jeune enfant — environ 80 000 places de crèche ont ainsi été ouvertes depuis le premier plan d'investissement lancé en 2001 — a été une priorité. En outre, le statut des assistants maternels a été substantiellement revalorisé. Enfin, le congé de paternité, créé en 2002, donne la possibilité aux pères de nouveaux nés ou d'enfants adoptés de bénéficier de 11 jours de congés supplémentaires, ce afin de favoriser un partage plus égal des responsabilités parentales entre hommes et femmes.

En complément de ces efforts d'ores et déjà acquis, le Gouvernement a décidé d'amplifier cet élan en fixant l'objectif de création

TABEAU 1

Suivi de l'objectif de création de 200 000 solutions d'accueil sur la période 2009-2012

Sources : CNAF et AcoSS/pajemploi

	Objectif 2009	Réalisations 2009	Taux de réalisations 2009	Objectif cumulé 2009-2010	Réalisations cumulées 2009-2010*	Taux de réalisations 2010*	Objectif 2009-2012
Accueil collectif							
Nombre de places nouvelles	12 460	12 400	99 %	27 400	24 820	91 %	60 400
Augmentation de fréquentation par place	10 015	8 175	82 %	19 940	16 815	84 %	39 600
Accueil par un assistant maternel							
Nombre d'enfants supplémentaires de moins de 3 ans gardés par un assistant maternel	25 000	21 170	85 %	50 000	42 520	85 %	100 000

* Les données 2010 sont prévisionnelles.

de 100 000 solutions de garde en accueil collectif et de 100 000 enfants supplémentaires gardés par un assistant maternel sur la période 2009-2012 (cf. tableau 1). Après deux années, le nombre de nouvelles solutions créées en accueil collectif atteint 41 600 environ, soit un taux de réalisation de 88 % par rapport à l'objectif à fin 2010. Ces nouvelles places correspondent d'une part, à la délivrance de nouveaux agréments par les services de protection maternelle et infantile (24 800 places environ) et, d'autre part, à l'amélioration du taux d'occupation des places existantes (16 800 places environ). En ce qui concerne l'accueil par un assistant maternel, 42 500 enfants supplémentaires ont été accueilli en 2009 et 2010, soit un taux de réalisation de 85 % de l'objectif fixé pour la fin 2010 de 50 000 enfants gardés.

LA QUALITÉ DES SERVICES ET PRESTATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE : des efforts d'amélioration à l'œuvre dans l'ensemble des branches de la protection sociale.

Au-delà de l'étendue des risques qu'elle couvre, la Sécurité sociale contribue également à l'amélioration du bien-être des Français par des progrès continus de la qualité des services fournis par chacune des branches chargées de gérer la couverture de ces risques.

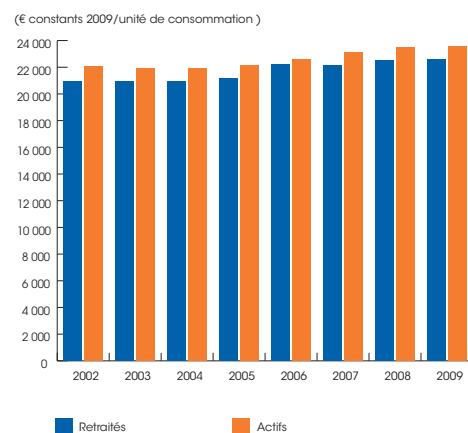
En matière de retraites, tout d'abord, la France se caractérise par un niveau généreux des pensions offertes par les régimes publics, compte tenu de l'existence, pour la majorité des assurés, de deux piliers, de base

et complémentaires, de régimes à affiliation obligatoire. En moyenne, les régimes de retraite assurent un taux de remplacement des derniers revenus d'activité par les pensions de retraite d'environ 74%. Si l'on prend en outre en compte le fait que les retraités disposent de revenus du patrimoine plus élevés que les personnes d'âge actif, et ne supportent généralement plus de charges d'éducation des enfants, le niveau de vie d'un ménage dont la personne est retraitée s'établit en moyenne à 96 % de celui d'un ménage dont la personne de référence est active (cf. graphique 4).

GRAPHIQUE 4

Niveau de vie moyen des ménages dont la personne de référence occupe un emploi ou est retraitée

Source : INSEE, enquêtes « Revenus fiscaux et sociaux »



La réforme des retraites a pour ambition de maintenir durablement une parité de niveau de vie entre actifs et retraités. C'est la raison pour laquelle, afin d'assurer un

financement viable des retraites pour les générations présentes et futures de retraités, elle privilégie l'action sur l'âge effectif de départ en retraite, via le relèvement des âges légaux de la retraite et la poursuite de l'augmentation de la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension à taux plein, parallèle à celle de l'espérance de vie.

S'agissant de la 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 2010, 28,5 % pour les enfants handicapés et 18,4 % pour les adultes handicapés. Dans le secteur des personnes âgées, l'objectif est de faire progresser la proportion de personnes âgées dépendantes qui résident à leur domicile (61 % en 2010) : à cet égard, le tableau 2 montre que cette proportion a progressé effectivement, depuis 2005, parmi les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie — la principale prestation sociale en faveur des personnes âgées dépendantes — en dépendance moyenne et modérée, mais reste stable pour les personnes les plus lourdement dépendantes (GIR 1 et 2). Mieux répondre aux aspirations des personnes lourdement dépendantes à demeurer à leur domicile constitue donc un enjeu essentiel des nécessaires réformes de la prise en charge de la perte d'autonomie.

TABLEAU 2
Proportion de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie vivant à domicile selon le degré de dépendance
Source : DREES

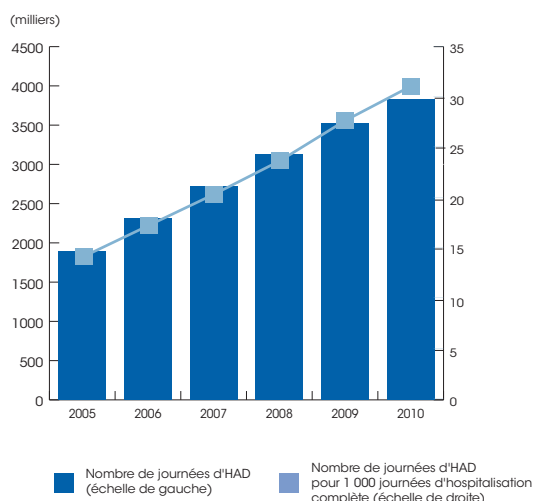
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
GIR1	19 %	19 %	19 %	18 %	19 %	18 %
GIR2	41 %	42 %	42 %	42 %	42 %	41 %
GIR3	65 %	66 %	67 %	67 %	67 %	67 %
GIR4	75 %	77 %	78 %	79 %	79 %	79 %
Total	59 %	60 %	62 %	61 %	62 %	61 %

Note : la dépendance des personnes âgées est évaluée en termes de niveau de demande de soins requis (appelé Groupe iso-ressource – GIR). Six niveaux de perte d'autonomie, plus (GIR 1) ou moins forte (GIR 6), sont ainsi définis. Seuls les niveaux 1 à 4 ouvrent droit à l'APA.

Enfin, l'enjeu de la qualité des prestations et services est particulièrement décisif dans le domaine de la santé. D'une façon générale, les indicateurs disponibles sur les performances globales du système de santé français comparées à celles des pays de niveau de développement comparable font état de résultats favorables. Ainsi, la France est-elle le deuxième pays de l'OCDE pour l'espérance de vie à 65 ans des femmes (22,5 ans en 2009). Partant de cet acquis, les améliorations futures de la qualité des soins doivent

être atteintes au moyen d'actions dans des domaines où des gisements de progrès ont pu être identifiés. C'est notamment le cas dans le domaine des alternatives à l'hospitalisation, et tout particulièrement du développement de l'hospitalisation à domicile (HAD), qui permettrait tout à la fois d'améliorer les conditions de prise en charge des patients en évitant des hospitalisations complètes, et de réduire les coûts des soins. Les données disponibles (cf. graphique 5) montrent que, si le nombre de journées en hospitalisation à domicile progresse rapidement (il a plus que doublé de 2005 à 2010), elles représentent encore une part modeste du nombre total de journées d'hospitalisation complète. À cet égard, la tendance en cours favorable au développement de l'hospitalisation à domicile gagnerait à être accélérée.

GRAPHIQUE 5
Nombre de journées d'hospitalisation à domicile pour 1 000 journées d'hospitalisation complète
Source : SAE - DREES, traitement DSS



L'EFFICIENCE DE LA FOURNITURE DE PRESTATIONS SOCIALES ET DE SERVICES SOCIAUX : des progrès avérés en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie et d'emploi des seniors, tempérés par des évolutions moins favorables de la fréquence et de la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Concilier un financement viable de la Sécurité sociale, qui requiert un contrôle rigoureux de l'évolution des coûts des prestations sociales, avec la garantie de services accessibles et de qualité offerts aux assurés, soulève l'enjeu de l'efficacité de la fourniture des dispositifs sociaux. Comment améliorer la couverture de la population par ces dispositifs en améliorant la qualité, sans augmenter de façon disproportionnée les coûts que leur financement fait peser sur l'économie? Pour résoudre ce dilemme, l'orientation retenue par le Gouvernement consiste à adresser aux assurés et aux offreurs de services sociaux des incitations à un juste recours aux dispositifs et à une production efficiente.

TABLEAU 3
Économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses
d'assurance maladie (en millions d'euros) - source : CNAAMTS

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Conventions avec les médecins libéraux	721	581	383	333	398	396
Antibiotiques	35	46	27	56	0	12
Statines	122	135	131	55	78	68
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	-	13	27	71	20	67
Psychotropes	11	20	8	5	1	3
Arrêts de travail (U)	432	262	0	0	0	-
Transport	-	-	24	57	46	42
Affections de longue durée (ALD)	88	80	73	44	42	10
Prescription de génériques à l'intérieur du répertoire	33	25	-	-	-	-
Accords de bon usage des soins (AcBUS)	0	0	24	15	80	35
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)-sartans	-	-	62	25	70	89
Anti-ostéoporotiques	-	-	-	-	21	21
Anti-dépresseurs	-	-	-	-	33	50
Anti-diabétiques	-	-	-	-	8	-
Antalgiques	-	-	-	-	-	-
Autres	-	-	7	5	-	-
Kinésithérapeutes (recommandation de la HAS sur les actes en série)	-	-	-	-	55	53
Prescriptions hospitalières d'arrêts de travail et de transports	-	-	-	48	23	52
Total prescripteurs	721	581	383	381	476	501
Accord avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)	33	25	107	101	47	-
Total	754	606	490	482	523	501
Objectif	-	816	683	635	660	590
Taux d'atteinte de l'objectif	-	74 %	69 %	76 %	79 %	85 %

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 du remboursement à 100 % des malades en affection de longue durée — respect de l'ordonnancier bizonne. En 2010, 590 millions d'euros d'économies étaient attendus dans le cadre de ces engagements contractuels : cet objectif a été atteint à hauteur d'environ 85 %,

ce qui constitue un progrès appréciable par rapport aux années antérieures (cf. tableau 3).

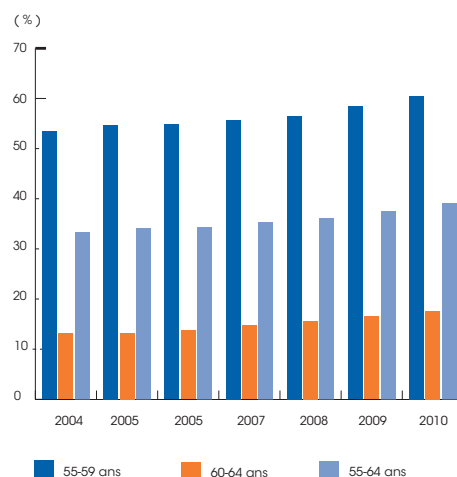
En matière de retraites, l'essentiel de l'effort pour une meilleure efficacité porte sur l'incitation des assurés à retarder l'âge de leur départ en retraite, et des employeurs à embaucher ou maintenir en emploi des salariés âgés. En 2010, le taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans s'est élevé à 39,7 %, soit 0,9 point de plus qu'en 2009 (cf. graphique 6), et atteint même 40,9 % au deuxième trimestre 2011. L'évolution observée au cours des dernières années est donc indubitablement favorable : corrigée de la structure fine par âge, la proportion de personnes âgées de 55 à

59 ans occupant un emploi a progressé de 7,9 points depuis 2003, tandis que cette même proportion parmi les 60-64 ans a progressé de 4,4 points. L'amélioration est particulièrement sensible parmi les femmes (+7 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.

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 cette date, cet indicateur s'établissait à 46,3 %, 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 de la plupart de ses partenaires européens.

À cet égard, la réforme des retraites ambitionne de poursuivre les efforts d'ores et déjà réalisés, afin de garantir un financement durable des retraites sans diminution du montant moyen des pensions. 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 sera portée à 41,5 années en 2015 compte

GRAPHIQUE 6
Proportion de personnes âgées de 55 à 64 ans qui occupent un emploi
Source : INSEE, enquêtes Emploi, calculs DARES

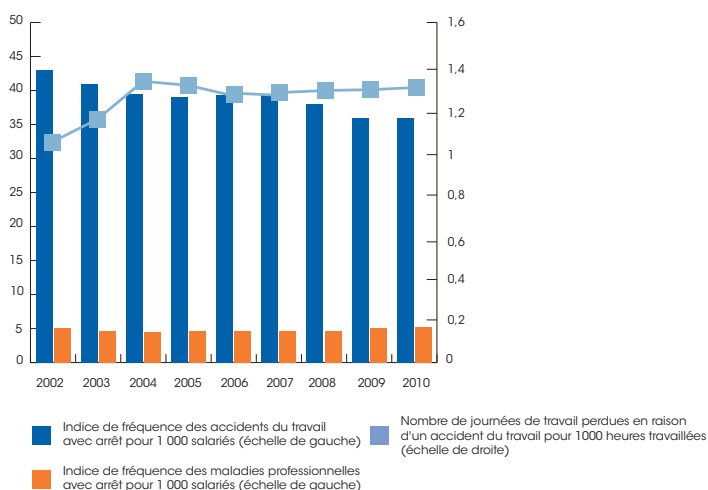


tenu des tendances présentes de l'espérance de vie à 60 ans, le report à 62 ans à l'horizon 2018 de l'âge légal de la retraite et à 67 ans de l'âge permettant l'accès à une pension à taux plein constitue l'instrument principal pour accentuer la progression du taux d'emploi des seniors.

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 7). Face à ces évolutions, 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.

GRAPHIQUE 7 Indice de fréquence des accidents du travail et de gravité des accidents du travail

Source : CNAMTS, statistiques nationales technologiques



Grâce à une maîtrise renforcée de la dépense et de nouvelles recettes, la Sécurité sociale prend toute sa part à l'effort de redressement des comptes publics tout en préservant ses fonctions de fourniture d'assurance contre les risques de l'existence, de lutte contre les inégalités économiques et de soutien du revenu des ménages, qui restent plus que jamais au centre de ses missions.

