

2015

SÉCURITÉ SOCIALE



Projet de loi de financement
de la Sécurité sociale - PLFSS

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 : poursuivre le redressement des comptes sociaux en préservant un haut niveau de protection sociale

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 de santé et de protection sociale. Ils permettent ainsi d'apprécier les résultats de ces politiques au regard des différents objectifs qui leur sont assignés et de juger de l'adéquation des mesures proposées dans le PLFSS de l'année au contexte économique, démographique, sanitaire et social.

Alors que le gouvernement poursuit le redressement des comptes publics, il est particulièrement utile de disposer d'informations permettant de décrire et d'apprécier les caractéristiques des politiques sociales menées, à la fois dans leur capacité à mieux protéger les Français, et dans leur aptitude à se moderniser et à être efficaces. Les indicateurs présentés dans les programmes de qualité et d'efficience font état des bonnes performances ou des progrès de la France dans les domaines de l'accessibilité et de la qualité des soins, de l'assurance d'un niveau de vie adapté aux retraités, comparable à celui des actifs, de la conciliation d'un dynamisme des naissances avec un niveau élevé de participation des parents à l'activité économique. Ces résultats constituent une base solide sur laquelle asseoir le rétablissement financier de la Sécurité sociale.



Suite à la crise économique et financière de 2009, les comptes publics ont connu une dégradation sans précédent. Le déficit des régimes de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a ainsi atteint un niveau historique de 29,6 Md€ en 2010, en raison de la chute des recettes, qui reposent pour l'essentiel sur les revenus d'activité. Depuis, les comptes ont amorcé un redressement malgré une conjoncture économique défavorable. Après deux années de rebond (+2,0 % en 2010 et +2,1 % en 2011) consécutif au fort recul de 2009 (-2,9 %), la croissance du produit intérieur brut en volume est restée très modeste en 2012 et 2013 (+0,3 % chaque année) et ne devrait pas dépasser 0,4 % en 2014. Fin 2013, la richesse nationale n'était encore que très légèrement supérieure – de l'ordre de 2 % – au niveau qui était le sien juste avant le déclenchement de la crise.

Dans ce contexte peu favorable, la Sécurité sociale a, par une maîtrise résolue de sa dépense, combinée à l'apport de recettes nouvelles, engagé la réduction de son déficit : le solde des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV a été ramené



MINISTÈRE
DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES



à -16,0 Md€ en 2013, l'amélioration observée en 2013 ayant été de même ampleur qu'en 2012 (un peu plus de 3 Md€ chaque année). Avec un déficit de -15,4 Md€, l'année 2014 devrait cependant marquer un temps d'arrêt dans la réduction des déficits.

Compte tenu de perspectives de reprise économique encore très graduelles (+1,0 % de croissance du PIB en 2015, +1,7 % en 2016), la France a dû adapter sa stratégie budgétaire, en portant à 2017 l'objectif d'un déficit public ramené à 3 % du PIB. Pour atteindre cet objectif, les administrations publiques mettront en œuvre un programme d'économies de 50 Md€ à cet horizon. Les administrations de sécurité sociale (ASSO), qui constituent le principal secteur des administrations publiques en termes de dépenses (27 % du PIB en 2013), participeront à cet effort à hauteur de 21 Md€, l'État et les collectivités locales contribuant respectivement à hauteur de 18 Md€ et de 11 Md€.

L'effort attendu des régimes de sécurité sociale s'appuiera en premier lieu sur une maîtrise renforcée et amplifiée des dépenses d'assurance maladie. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) verra ainsi son taux d'évolution abaissé à 2 % en moyenne sur la période 2015-2017, ce qui représente un effort global d'économies de 10 Md€ sur trois ans. En cohérence avec les orientations contenues dans le projet de loi de santé, quatre grands axes d'actions ont été identifiés, relatifs au pilotage de la dépense hospitalière, au virage ambulatoire et à l'efficacité de la prise en charge en établissement, aux produits de santé et à la promotion des génériques, enfin à la pertinence et au bon usage des soins.

Dans le champ de la politique familiale, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 comprend un volet de 700 M€ d'économies sur les prestations de la branche famille, qui s'ajouteront à celles déjà mises en œuvre en 2014. La maîtrise des frais de gestion administrative des caisses de sécurité sociale devrait par ailleurs permettre de dégager 1,2 Md€ d'économies d'ici 2017.

À moyen terme, les réformes structurantes engagées dans le domaine des retraites, notamment avec la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites de 2014, concourront également au rééquilibrage du solde structurel des administrations publiques. S'agissant des régimes obligatoires de base et du FSV, l'ensemble des actions mises en œuvre crédibilisent une perspective de déficit ramené à 4 Md€ en 2018.

L'augmentation de notre croissance potentielle, qui est au cœur de la stratégie économique du Gouvernement, suppose aussi de restaurer la compétitivité de nos entreprises, atteinte – comme l'a montré le rapport de M. Louis Gallois – par 10 ans d'érosion continue. Dans le prolongement du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi créé en 2013, le Gouvernement a, à l'été 2014, engagé avec le pacte de responsabilité une dynamique de réduction des prélèvements pesant sur le travail et l'activité économique. Les baisses de cotisation et la suppression progressive de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés permettront à la fois de favoriser la création d'emplois, notamment peu qualifiés, de rétablir le taux de marge des entreprises et, partant, de soutenir la production et l'investissement. Ces baisses de prélèvements – qui seront intégralement compensées à la Sécurité sociale – représentent un effort de 6,3 Md€ en 2015.

Compte tenu des tensions auxquelles sont soumises les dépenses de santé et de protection sociale sous l'effet du vieillissement de la population, le défi que les régimes de sécurité sociale ont à relever est de concilier ce redressement de leurs comptes avec une protection de haut niveau des Français, notamment grâce à un système de soins accessible et performant, à un système de retraite assurant aux retraités un niveau de vie comparable en moyenne à celui des personnes actives, et à une politique familiale permettant de soutenir les familles et de favoriser la participation des parents à l'activité économique.

Au moyen du suivi de près de 180 indicateurs, les programmes de qualité et d'efficacité, qui constituent l'annexe 1 au projet de loi de financement de la Sécurité sociale, ont pour objectif de permettre au Parlement, et par suite aux acteurs de la protection sociale, d'apprécier la capacité des politiques sanitaires et sociales à concilier l'adéquation des prestations aux besoins de protection contre les risques de l'existence, et la viabilité des ressources qui en assurent le financement.

Les programmes de qualité et d'efficacité annexés au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 restituent les résultats des politiques de santé et de protection sociale au regard de quatre grands enjeux :

- Comment tendre vers une plus grande égalité d'accès des Français aux soins et aux prestations sociales ?
- Comment améliorer la qualité des prises en charge sanitaires et sociales ?

■ Comment rendre plus efficaces la production des soins et la fourniture des prestations sociales ?

■ Comment assurer l'équilibre durable des comptes de la Sécurité sociale ?



Offrir à tous les Français un égal accès aux soins et aux prestations sociales

La France est l'un des pays qui consacrent la part la plus importante de leur richesse nationale à la santé et à la protection sociale (près de 33 % en 2011, contre 30 % dans l'ensemble des pays de l'Union européenne). Il importe donc de veiller à ce que cet effort assure un haut niveau de couverture des risques sociaux à tous les Français, et en priorité à ceux que leur état de santé expose à des frais de soins élevés ou qui vivent dans la pauvreté.

Dans le domaine de la santé, ce sont les obstacles financiers qui sont les plus susceptibles de nuire à un égal accès aux soins. Un haut niveau de prise en charge des frais de santé par des mécanismes de mutualisation des risques individuels est donc décisif pour l'accessibilité du système sanitaire. Globalement, 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 plusieurs années au-dessus de 77 % (77,4 % en 2013). 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. Qui plus est, la part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages, qui avait globalement augmenté entre 2006 et 2011 sous l'effet de mesures pesant directement sur les assurés,

recule depuis deux ans : elle s'établit désormais à 8,8 % et a retrouvé le niveau qui était le sien en 2006 (cf. graphique 1). La France est ainsi, avec les Pays-Bas, le pays développé dans lequel le reste à charge des ménages sur leurs frais de santé, en part de la consommation de soins et de biens médicaux, est le plus faible parmi les pays développés.

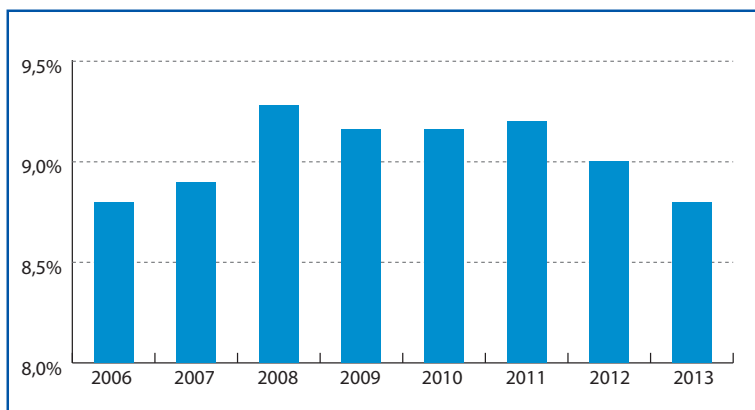
Afin de limiter les obstacles financiers à l'accès aux soins, le projet de loi de santé prévoit d'étendre le tiers-payant pour les soins de ville, d'ici à 2017, à l'ensemble des assurés aussi bien pour la part des dépenses prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires que pour celle financée par les organismes d'assurance maladie complémentaires. Cette dispense intégrale de l'avance des frais, d'ores et déjà appliquée aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), sera étendue dans un premier temps aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS), à compter du 1^{er} juillet 2015, avant d'être généralisée dans un second temps à l'ensemble des assurés sociaux.

Le projet de loi de santé poursuit également les actions déjà engagées pour favoriser l'accès aux soins en particulier pour les populations les plus fragiles. Le relèvement du plafond de la CMUc (et par conséquent de celui de l'ACS) de 8,3 %

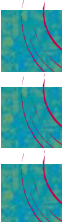
le 1^{er} juillet 2013 devrait permettre à 750 000 personnes supplémentaires de bénéficier d'une couverture complémentaire santé prise en charge par la collectivité (au titre de ces deux dispositifs). Depuis l'entrée en vigueur de l'avenant n° 8 à la convention médicale, le bénéfice d'une opposabilité des tarifs de responsabilité est étendu aux titulaires de l'ACS, qui ne supporteront donc plus de dépassements tarifaires chez les professionnels de santé ; le relèvement au 1^{er} janvier 2014 du montant de

Graphique 1

Part des dépenses de santé restant à la charge des ménages



Source : Drees, comptes de la santé.





l'ACS pour les assurés de plus de 60 ans, l'amélioration de la prise en charge des soins optiques et dentaires et des audioprothèses pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire – domaines où le renoncement aux soins est le plus important – amélioreront fortement l'accessibilité des soins pour les plus démunis. Enfin, la LFSS pour 2014 a amorcé le chantier de la généralisation de la couverture complémentaire à tous les Français à l'horizon 2017.

Le fait de disposer d'un haut niveau de couverture maladie ne garantit cependant pas une protection complète contre le risque de coûts élevés des soins. En particulier, les dépassements appliqués par les médecins aux honoraires de certains actes et aux tarifs de certains dispositifs médicaux, notamment en matière dentaire et optique, représentent une part importante du reste à charge des ménages sur leurs frais de santé. Si la part de la population résidant dans des départements dans lesquels au moins la moitié des spécialistes exercent dans le secteur à honoraires libres progresse depuis plusieurs années (elle s'établit à 20 % en 2013), le taux de dépassement – rapport du montant moyen des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement – est en léger reflux depuis deux ans, même s'il reste à un niveau élevé, 52 %.

La mise en place du contrat d'accès aux soins fin 2013 découlant de l'avenant n° 8 à la convention médicale conclue entre les médecins libéraux et

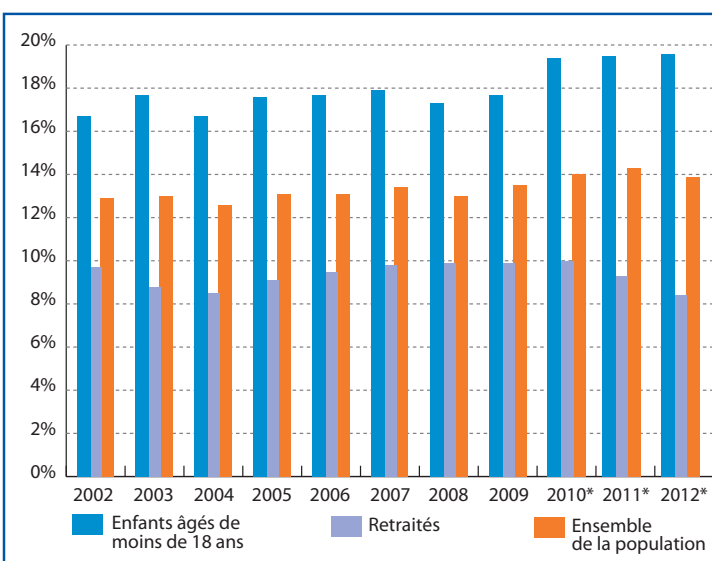
l'assurance maladie devrait permettre de modérer les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès effectif des patients aux soins. Il engage les médecins pratiquant des honoraires libres et souscrivant au contrat d'accès aux soins à geler les dépassements d'honoraires en contrepartie notamment d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales et d'une meilleure solvabilisation par l'assurance maladie des frais de soins. En 2014, près de 10 000 médecins libéraux y ont souscrit.

Dans le domaine des prestations sociales, un indicateur pertinent de leur contribution à l'accès des Français à des conditions de vie décentes est la proportion des bénéficiaires des principaux programmes de protection sociale dont le niveau de vie reste inférieur au seuil de pauvreté (987 € par mois pour une personne isolée en 2012). S'agissant des personnes retraitées, la part des personnes pauvres y est sensiblement inférieure à celle mesurée dans l'ensemble de la population (8,4 % en 2012, contre 13,9 %, cf. graphique 2) et a fortement reculé par rapport à l'année précédente. Cette situation traduit l'arrivée à l'âge de la retraite de générations nouvelles qui, plus fréquemment que celles qui les ont précédées, font valider des droits à la retraite acquis à l'issue de parcours professionnels complets.

La situation est plus contrastée en ce qui concerne les enfants, puisque près d'un sur cinq vivait en 2012 dans une famille dont les ressources étaient inférieures au seuil de pauvreté (cf. graphique 2). Cette proportion est sensiblement supérieure à la prévalence de la pauvreté dans l'ensemble de la population, et ce malgré l'effort important des pouvoirs publics en faveur des familles. Cependant, sans cet effort, le risque de pauvreté des enfants serait beaucoup plus élevé : les transferts sociaux et fiscaux contribuent à réduire de plus de 40 % le taux de pauvreté des enfants, et à elles seules les prestations familiales contribuent pour près de 60 % à cette réduction. Initialement centrée sur le soutien de la natalité, la politique familiale française a en effet progressivement mis l'accent sur le soutien du revenu des familles les plus modestes, ce que traduit la part significative (43 % en 2013) des prestations soumises à condition de ressources. Il n'en reste pas moins que la réduction de la pauvreté enfantine demeure une priorité des politiques sociales.

À cet égard, les mesures prises par le Gouvernement traduisent la volonté de recentrer les prestations vers les familles les plus vulnérables : ainsi, l'allocation de rentrée scolaire a été augmentée

Graphique 2
Taux de pauvreté des enfants et des retraités



Champ : France métropolitaine, individus vivant dans un ménage ordinaire dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétroalés 2002 à 2004, Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2010.

(*) : à partir de 2010, les revenus financiers sont estimés avec l'enquête Patrimoine 2010.

de 25 % en 2012, le complément familial a fait l'objet d'une majoration en 2014 en faveur des familles vivant sous le seuil de pauvreté et l'allocation de soutien familial a été relevée la même année. Dans le domaine fiscal, l'abaissement, en 2014, du plafond de l'avantage résultant de la présence d'enfants au foyer (réduction du plafond du quotient familial à 1 500 € par an et par demi-part), a également contribué à une meilleure répartition des aides publiques aux familles. Les familles aisées étaient en effet paradoxalement mieux aidées que les familles aux revenus modestes : la redistribution s'opérait en France selon une courbe en U, la perte des prestations sous condition de

ressources étant compensée pour les plus riches par un avantage en impôt croissant avec le revenu jusqu'à des niveaux élevés dans la distribution des revenus. La suppression de la première tranche de l'impôt sur le revenu, qui fera sortir de l'impôt trois millions de ménages, abaissera par ailleurs fortement le niveau des taux marginaux de prélèvement qu'ils supportaient à ce niveau de la distribution des revenus. Ces décisions concrétisent l'engagement de répartir de façon juste le nécessaire effort de redressement des comptes publics, en l'occurrence en apportant un supplément de pouvoir d'achat aux familles à revenus modestes et moyens.



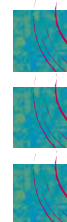
Améliorer la qualité des soins et l'adéquation des prestations sociales aux besoins des Français

Dans le domaine de la santé, l'enjeu de l'amélioration de la qualité des soins est de faire progresser l'état de santé de l'ensemble de la population. La France réalise d'excellentes performances en matière d'espérance de vie à 65 ans : elle occupe en 2012 le deuxième rang mondial pour l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes et le troisième chez les hommes avec respectivement 23,4 ans et 19,1 ans. Elle se situe également à un niveau proche des meilleurs résultats en matière de mortalité infantile. Toutefois, la mortalité prématurée reste élevée avant 65 ans, et les écarts substantiels d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles ne diminuent pas ou peu au cours du temps. Ces résultats contrastés trouvent assurément leurs causes dans certains facteurs de risques tels que la consommation de tabac et d'alcool, ou les déséquilibres nutritionnels. C'est pourquoi le programme national de réduction du tabagisme annoncé le 25 septembre 2014, en lien avec le plan cancer III, ambitionne de réduire le nombre de fumeurs de 10 % d'ici cinq ans, de ramener la prévalence du tabagisme à moins de 20 % d'ici 10 ans et, à plus long terme de limiter la part des jeunes fumeurs à 5 %. Ce programme, qui sera relayé par le projet de loi de santé, renforcera notamment les actions de prévention à l'égard des jeunes particulièrement touchés par le tabagisme (près d'un tiers des adolescents de 17 ans fument).

En matière de santé au travail, outre l'enjeu de prévention des accidents et des maladies d'origine professionnelle pour lequel la tarification des cotisations dues par les employeurs sur une base individualisée à partir de l'historique de la sinistralité constitue un élément de réponse significatif, com-

plétée par des actions menées auprès des entreprises, le système de réparation se doit de prendre en compte la diversité des situations rencontrées. À côté de la procédure fondée sur des tableaux décrivant les conditions pour bénéficier d'une indemnisation, il existe des procédures particulières autorisant la reconnaissance de pathologies « hors tableau ». Ces procédures se sont développées et ont permis de reconnaître 7 500 maladies, soit 15 % des maladies reconnues en 2013.

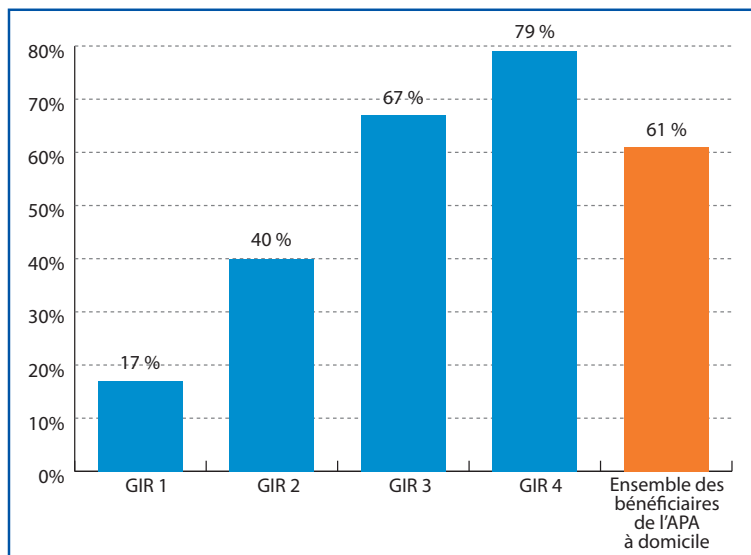
S'agissant enfin de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes handicapées et âgées, l'amélioration de la qualité des prestations passe par des efforts de diversification de l'offre de services qui répondent au souhait très largement majoritaire des personnes de demeurer à leur domicile le plus longtemps possible. La part de ces services dans l'ensemble des places en structures pour les personnes en situation de handicap a fortement progressé ces dernières années : elle atteint 18,4 % en 2013 pour les adultes et 30,8 % pour les enfants. Dans le secteur des personnes âgées, l'objectif est de faire progresser la proportion de personnes âgées dépendantes qui résident à leur domicile. En 2013, plus de 1,2 million de personnes bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – la principale prestation sociale en faveur des personnes âgées dépendantes – dont 61 % à domicile. Cette part a effectivement progressé depuis 2005 pour les personnes en dépendance moyenne et modérée (GIR 3 et 4), mais reste stable pour les personnes les plus lourdement dépendantes (GIR 1 et 2, cf. graphique 3). Mieux répondre aux aspirations des personnes lourdement dépendantes à demeurer à leur domicile constitue donc un enjeu





Graphique 3

Proportion de bénéficiaires de l'allocation personnalisée pour l'autonomie vivant à domicile selon le degré de dépendance en 2012



Source : Drees.

essentiel de la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie et l'un des objectifs du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement en cours d'examen par le Parlement : l'APA y est notamment renforcée afin de solvabiliser des besoins qui étaient imparfaitement couverts (via notamment l'augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile et la réduction du niveau de participation financière). Par ailleurs, le projet de loi favorisera une meilleure accessibilité des logements et de la ville aux personnes en situation de perte d'autonomie afin de répondre à leurs besoins de mobilité et promouvra le développement de la prévention pour favoriser un vieillissement en bonne santé.



Fournir des soins et des prestations sociales de façon efficiente

Dans le contexte des contraintes fortes qui pèsent sur les finances publiques, l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins et des prestations sociales au bénéfice des assurés ne peut être réalisée exclusivement au moyen de l'apport de ressources supplémentaires. Une partie des coûts supplémentaires induits par les progrès de la couverture sociale doit être financée au moyen d'une meilleure mobilisation des ressources existantes, grâce à une amélioration de l'efficacité des dispositifs sanitaires et sociaux.

Dans le domaine de l'assurance maladie, l'État et l'assurance maladie mettent en œuvre des actions de « maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie », qui visent à améliorer l'efficacité des soins dans le cadre des actes et des prescriptions pratiqués par les professionnels de santé. Une dimension importante de ces actions est la promotion du bon usage des soins et des biens médicaux, via des incitations à des changements de comportement des offreurs de soins. La maîtrise médicalisée est notamment relayée dans les relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, au moyen de dispositions visant à réduire des écarts de consommation de soins médicalement non justifiés, et à promouvoir le respect de bonnes pratiques médicales, notamment celles faisant l'objet de recommandations de la Haute autorité de santé.

Les économies induites par la maîtrise médicalisée sont estimées par l'assurance maladie à 600 M€ en 2013, un montant supérieur à l'objectif initial (550 M€). Les résultats ont été particulièrement satisfaisants dans le domaine des prescriptions de médicaments, des arrêts de travail et de transports sanitaires. Le taux de pénétration des médicaments génériques se maintient au-dessus de 80 % depuis deux ans, après une période de baisse observée depuis 2009. Cette augmentation fait suite à la mise en œuvre depuis 2012 de mesures visant à favoriser la diffusion du médicament générique (généralisation du « tiers payant contre génériques ») avec la participation des pharmaciens d'officine dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique. Elle explique notamment la baisse des dépenses remboursées de médicaments, observée en 2012 (-1,3 %) comme en 2013 (-0,2 %, cf. graphique 4), après des années de forte progression.

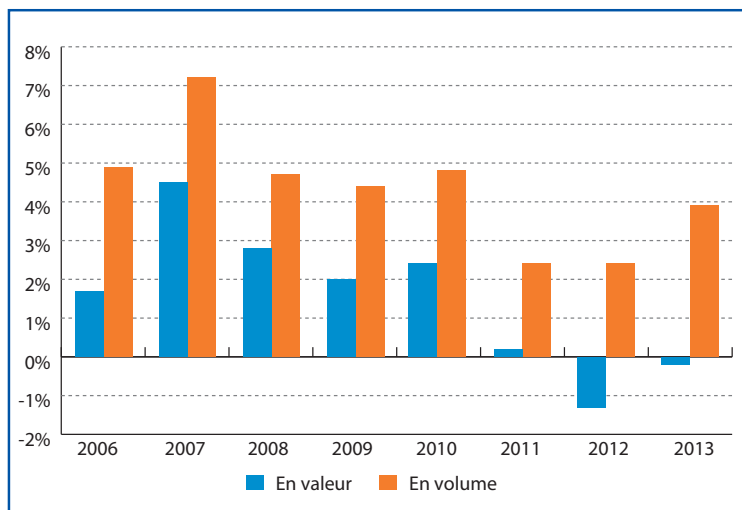
Toutefois, la France se distingue encore comme l'un des pays de l'Union européenne dans lequel la consommation d'antibiotiques est la plus élevée, et en 2013 les réalisations en la matière n'ont pas permis d'atteindre les objectifs fixés.

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qui se substitue depuis 2012 au contrat d'amélioration des pratiques individuelles instauré

en 2009, rend compte, au terme de sa deuxième année, des progrès des pratiques cliniques des médecins libéraux en particulier dans le suivi des pathologies chroniques et de la prescription de médicaments. Les résultats sont en revanche plus contrastés sur le volet de la prévention.

du mode d'accueil de leurs enfants – individuel chez une assistante maternelle ou à domicile, et collectif en crèche –, chacun des modes proposés bénéficiant d'aides dont les montants tendent à égaliser la participation financière demandée aux familles.

Graphique 4
Évolution en valeur et en volume des dépenses remboursées de médicaments



Source : CNAMTS, calculs DSS.

L'efficacité de la mise à disposition des prestations sociales peut également prendre des formes plus indirectes, notamment lorsque les règles d'accès à ces prestations incitent les bénéficiaires à se maintenir dans leur activité professionnelle, ce qui permet tout à la fois d'épargner de la dépense et de préserver les recettes des régimes de sécurité sociale.

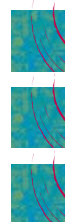
La France se caractérise ainsi par un haut niveau d'emploi féminin, favorisé notamment par les efforts importants en matière de développement de l'offre de structures d'accueil des jeunes enfants. Le taux d'emploi des femmes âgées de 20 à 64 ans atteint 65,5 % en 2013, et retrouve le niveau d'avant le déclenchement de la crise économique en 2009, en hausse de près de cinq points depuis le début de la décennie. Il est supérieur à la moyenne observée dans l'Union européenne (62,5 %). Ce bon résultat peut être relié à l'importance et à la diversité des efforts visant à permettre aux parents de concilier leurs responsabilités professionnelles et familiales. Ainsi, la France dispose d'une capacité théorique d'accueil à temps plein des enfants âgés de moins de 3 ans de près de 54 places pour 100 enfants, et grâce à la scolarisation précoce en école maternelle accueille tous les enfants âgés de 3 à 5 ans. Les parents disposent de plus d'une liberté de choix

Près de 500 000 personnes bénéficient en outre en 2013 d'un complément de libre choix d'activité (CLCA), qui leur assure une allocation en cas de congé parental. Pour autant, si près de 45 % des bénéficiaires de ce dispositif poursuivent leur activité professionnelle à temps partiel, ce qui réduit les risques d'éloignement du marché du travail, la durée très longue de versement du CLCA – trois ans pour le deuxième enfant et les suivants –, peut conduire à une déqualification des parents qui recourent au CLCA à taux plein et rendre difficile leur réinsertion professionnelle à l'issue du congé. Ce phénomène touche particulièrement les femmes qui constituent 96 % des bénéficiaires de cette

prestation. C'est la raison pour laquelle la loi sur l'égalité réelle entre les femmes et les hommes du 4 août 2014, qui vise à accroître le niveau d'emploi des femmes via un meilleur partage des responsabilités parentales, substitue la prestation partagée d'éducation de l'enfant au complément de libre choix d'activité. Chacun des parents disposera d'un droit propre à la prestation, versée en cas de réduction ou de cessation de son activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant. Ces évolutions devraient favoriser un meilleur investissement des pères dans l'éducation de leurs jeunes enfants et réduire les risques de déqualification professionnelle observés chez les parents qui recouraient à de longues durées de CLCA.

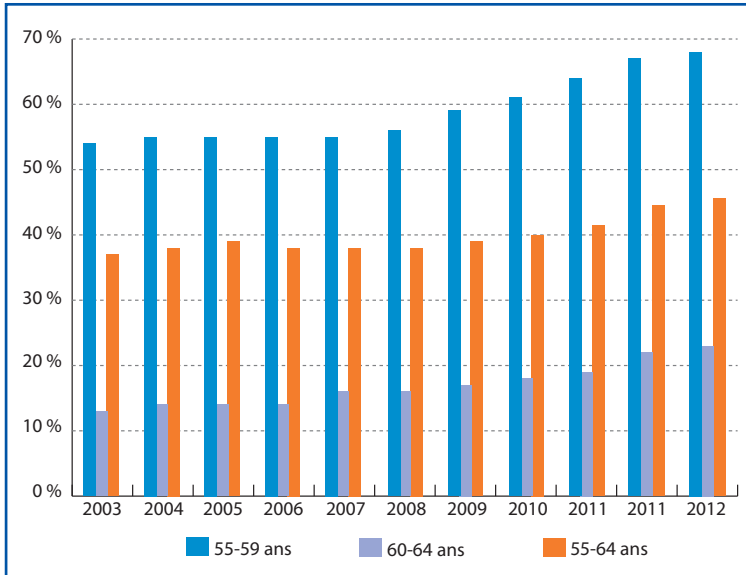
Au total, notre politique familiale favorise à la fois un soutien aux familles, notamment les plus modestes et la conciliation entre vie familiale et professionnelle en assurant un haut niveau d'emploi, des éléments qui contribuent à amortir les effets négatifs du vieillissement de la population sur les comptes de la Sécurité sociale.

L'emploi des travailleurs âgés est également un indicateur pertinent, puisqu'une forte participation des seniors au marché du travail se traduit tout à la fois par des recettes accrues pour les régimes de protection sociale et les comptes publics



Graphique 5

Proportion de personnes âgées de 55 à 64 ans en emploi



Source : Insee, enquêtes Emploi, calculs Dares.

dans leur ensemble et par de moindres charges pour les régimes de retraite. La France connaît une forte progression de cet indicateur depuis 2008 : au premier trimestre 2014, le taux d'emploi des 55-64 ans s'élève à 45,6 % après 45,6 % sur l'ensemble de l'année 2013, en augmentation de plus d'un point par rapport à 2012 (cf. graphique 5). Malgré une forte amélioration en 10 ans (de près de 10 points), le taux d'emploi des 55-64 ans reste cependant inférieur à celui de la moyenne européenne (50,1 %) même si l'écart tend à se réduire depuis 2008.

Les mesures d'élévation de l'âge de la retraite et d'augmentation de la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein contribuent à cette évolution, ainsi que la forte diminution du nombre de bénéficiaires de dispositifs publics de préretraite et de celui des chômeurs dispensés de recherche d'emploi. Elles constituent des leviers pour reculer l'âge effectif de départ en retraite.



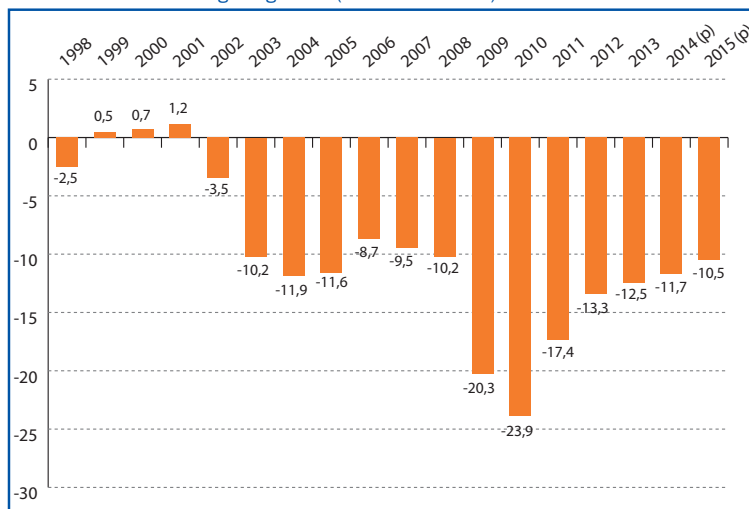
Assurer un financement viable des prestations de sécurité sociale

La recherche de l'équilibre à moyen terme des comptes des régimes de sécurité sociale est une condition du maintien d'un haut niveau de protection sociale. La crise économique et financière de 2009 s'est traduite par un creusement sans précédent du déficit du régime général, qui a atteint un niveau record de 23,9 Md€ (cf. graphique 6).

Depuis, le déficit du régime général s'est réduit sous l'effet notamment des efforts en recettes et en maîtrise des dépenses réalisés chaque année. Avant prise en compte des mesures nouvelles pour 2015, ce déficit attendrait 14,7 Md€ en 2015.

Graphique 6

Évolution du solde du régime général (en Md€ courants)



Source : PLFSS.

Les mesures proposées dans le cadre du PLFSS pour 2015 permettront de ramener le déficit du régime général à 10,5 Md€ en 2015. La réduction du déficit reposera sur un effort d'économie de 4,4 Md€ résultant principalement de la poursuite de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie (dont la progression sera contenue à 2,1 %), des mesures de réforme des prestations familiales s'ajoutant à celles engagées en 2014 et des économies sur la gestion des caisses de sécurité sociale.

Enfin, les réformes structurelles engagées dans les domaines de la retraite et de la politique familiale dès 2014, puis celles à venir dans le domaine de la santé et de l'adaptation de la société au vieillissement devraient permettre de maintenir un haut niveau de protection sociale tout en garantissant la viabilité financière à moyen et long terme du système de protection sociale. Ces réformes permettraient ainsi de ramener le déficit du régime général à environ 3,3 Md€ en 2017.