

# PROTECTION SOCIALE ET SOLIDARITÉ EN FRANCE

## Évolutions et questions d'avenir

**Mireille Elbaum**

CNAM

Chercheure affiliée à l'OFCE

*Les mécanismes de solidarité qui caractérisent le système de protection sociale français ont connu depuis vingt-cinq ans des évolutions diverses et parfois contradictoires. Les théories post-welfaristes de la justice sociale et les « nouvelles théories du marché du travail » ont mis l'accent, de façon assez contestable, sur la responsabilité individuelle et les effets pervers des prestations sociales. L'enchevêtrement des instruments et de logiques s'est accru : à l'« hybridation » des prestations a répondu une diversité croissante de composantes et d'acteurs (organismes de protection complémentaire, collectivités décentralisées), qui suscite des problèmes d'équité et de régulation. Les questions de coût du travail et de financement n'ont cessé de polariser l'attention, alors que le sous-emploi et la fragmentation des statuts remettaient en cause l'efficacité même de la couverture sociale. Les possibilités de transferts d'assiette étant désormais limitées suite aux exonérations bas salaires, il faut surtout réfléchir à la nécessité d'un financement solidaire des dépenses sociales à mutualiser. L'impact du vieillissement sur les dépenses est à cet égard inéluctable, mais ce sont avant tout les choix collectifs qui en détermineront l'ampleur, notamment pour la santé et la dépendance. Les incitations financières mises en avant pour « responsabiliser les assurés » en matière de retraites, de santé ou de minima sociaux tendent à faire peser sur eux l'essentiel des ajustements, alors qu'ils n'ont souvent pas de réelle liberté de choix, en l'absence de responsabilisation réciproque des autres acteurs du système (entreprises, professionnels de santé...). Enfin, les questions d'universalité ou de ciblage des prestations d'une part, d'individualisation ou de familialisation du système socio-fiscal d'autre part, ont pris une nouvelle actualité avec les prestations en faveur du handicap et de la dépendance, l'idée de moduler les remboursements maladie en fonction du revenu, les perspectives de réforme des avantages conjugaux et familiaux liés à la retraite, et les projets visant à favoriser l'autonomie des jeunes.*

**Mots clés :** Protection sociale. Justice. Solidarité. Politique sociale.

mireille.elbaum@cnam.fr

Le système de protection sociale français a connu au cours des vingt-cinq dernières années des évolutions importantes, qui en ont pour partie modifié la nature et le fonctionnement. Dans un contexte de sous-emploi massif qui a fragilisé ses ressources tout en conduisant à des besoins de protection et de couverture accrus, il s'est adapté en empruntant des logiques diverses et parfois contradictoires : mesures de rééquilibrage des comptes, diversification des financements, révisions récurrentes des mécanismes de régulation, mise en place de protections minimales pour répondre aux situations de précarité et aux déficits de couverture les plus criants (Revenu minimum d'insertion, Couverture maladie universelle), réorientation et diversification des dispositifs en réaction aux transformations de l'environnement social (montée de l'activité féminine, recompositions familiales, développement des demandes d'accès aux soins, vieillissement de la population), reconnaissance de nouveaux « risques sociaux » comme la perte d'autonomie. Loin du simple « repli » (*retrenchment*) qui aurait caractérisé l'évolution de certains États-providence (Pierson, 2001), les dépenses de protection sociale rapportées au PIB se sont accrues de plus de 5 points entre 1981 et 2005, cette montée étant principalement imputable aux dépenses de vieillesse et de santé.

Le système de protection sociale français n'en est pas moins aujourd'hui fragilisé, à la fois par les remises en cause dont il fait l'objet, notamment au nom de l'emploi, par les besoins de financement qu'il induit dans un contexte où le vieillissement pèse tendanciellement à la hausse sur les dépenses, par une fragmentation, une opacité et une complexité qui rendent sa régulation de moins en moins maîtrisable, et par son incapacité à protéger efficacement certaines populations, comme les jeunes adultes ou les travailleurs précaires. Il semble donc contraint à des réorientations et à des choix, qui, comme le montrent les évolutions passées, peuvent aller dans le sens d'une plus ou moins grande solidarité, avec des conséquences très différentes en termes de prise en charge des besoins sociaux et d'effet sur les inégalités.

L'objet de cet article est de passer en revue quelques-unes des principales questions posées, en les mettant en regard des évolutions observées depuis le milieu des années 1980 et des pistes de réflexion en débat. Quatre grandes questions seront d'abord évoquées : les références utilisées en termes de justice sociale et d'analyse économique pour apprécier le rôle de la protection sociale, les conséquences de l'hybridation des prestations et de la diversification des acteurs (assurances complémentaires, collectivités locales), les problèmes d'emploi, de coût du travail et de financement, et l'impact potentiel du vieillissement de la population. On reviendra ensuite sur les doutes que

suscitent des politiques de responsabilisation financière reposant essentiellement sur les assurés, ainsi que sur deux questions à l'actualité renouvelée : celle de l'universalité ou du ciblage des prestations, celle de l'individualisation ou de la familialisation du système socio-fiscal.

## I. Quelles références en matière de justice et d'analyse économique de la protection sociale ?

Les références collectives à l'aune desquelles sont jugés le contenu et l'efficacité des politiques de protection sociale se sont assez largement modifiées depuis la fin des années 1980, en lien avec la diffusion des théories post-welfaristes de la justice sociale et ce que l'on a appelé « les nouvelles théories du marché du travail ». Ce qui en a été retenu, à savoir l'accent mis sur la responsabilité individuelle et les effets pervers des prestations sociales, est toutefois partiel et contestable, sachant que d'autres idées pourraient aussi utilement guider les évolutions de « l'État social ».

### I.1. Les enseignements limités des théories post-welfaristes de la justice sociale...

Les objectifs assignés à la protection sociale en termes de « justice sociale » ont été historiquement indissociables de la reconnaissance des droits individuels et collectifs des travailleurs et de la diffusion de la notion de « risque », qui a permis à la fois le développement des techniques d'assurance, et la recherche d'une mutualisation solidaire, c'est-à-dire intégrant une part assumée de redistribution, pour les risques sociaux reconnus comme tels (Ewald, 1986) : la couverture sociale de ces risques contribue alors à traduire, sous forme de dettes et de créances instituées, les liens d'interdépendance et de solidarité organique entre les différents membres de la société, et a pu s'interpréter comme une forme de « propriété sociale » partagée (Castel, 1996).

Les nouvelles théories du bien-être ont contribué à promouvoir une vision des politiques sociales davantage centrée sur la liberté et la responsabilité individuelles, lesquelles sont mises en regard des objectifs de réduction des inégalités, au travers de principes de justice distributive. Dépassant les difficultés de l'approche utilitariste à aboutir à une fonction collective de bien-être social, ces théories dites post-welfaristes ont pour intérêt de prendre parti sur ce qui doit faire l'objet de redistribution et sur les règles qui doivent guider cette dernière, avec des implications directes pour les politiques sociales. Selon John Rawls (1971), la priorité devrait ainsi être donnée à l'égalisation des ressources

dans le domaine des « biens sociaux premiers » : priorité aux droits et libertés de base, égalité des chances pour l'accès aux positions et aux fonctions, acceptation des inégalités de revenu et de richesse dans la mesure où elles améliorent la situation des membres les plus désavantagés de la société, les objectifs et les goûts des individus restant du domaine de leur responsabilité personnelle. Pour Ronald Dworkin (1981), l'égalisation des ressources devrait tenir compte des talents et les handicaps dont disposent les individus, mais pas les conséquences de leurs préférences et aspirations, qui relèvent de la responsabilité individuelle et ne devraient pas faire l'objet de compensation par les politiques publiques, lesquelles devraient se limiter aux inégalités dont les individus ne sont pas responsables.

Selon ces deux approches, et aussi ambitieux que soit le champ de la redistribution envisagé, ce sont donc les ressources et non les situations (réalisations) des individus qui devraient être l'objet des politiques sociales, et la responsabilité issue de leur liberté de choix un élément dont elles devraient tenir compte dans la définition des prestations à visée redistributive.

Ces approches, ou du moins la façon dont elles se sont diffusées dans « l'espace public », ont largement inspiré certaines orientations récentes des politiques sociales. En matière de compensation du handicap et de la perte d'autonomie, ont par exemple été mis en place des dispositifs (APA, PCH<sup>1</sup>) prenant la forme d'un budget mis à disposition des personnes pour financer un plan d'aide individualisé et réaliser leur « projet de vie ». Du côté des préférences individuelles, l'accent a été mis, à l'occasion de la réforme des aides à la garde d'enfants et de l'institution de la PAJE<sup>2</sup>, sur l'objectif de favoriser le « libre choix » des familles en matière de modes de garde et, à l'occasion de la réforme des retraites de 2004, sur la possibilité pour les retraités d'arbitrer entre niveau de pension et âge de départ en retraite sur la base de la « neutralité actuarielle ». En matière de responsabilisation, on peut bien sûr citer les politiques d'activation des prestations de chômage et d'assistance sociale, qui insistent sur le risque de « dépendance » aux allocations et la responsabilité de ceux qui les reçoivent vis-à-vis de leur propre réinsertion (Dang et Zajdela, 2007). Du même type d'inspiration découlent les réflexions sur l'accès à la formation continue sous forme de « droit de tirage individuel » excluant en large part l'engagement de l'entreprise, et l'idée selon laquelle l'État social devrait avant tout doter les individus de « capitaux » ou « d'actifs » de départ, charge à eux de les valoriser ensuite sur les marchés du travail et des biens (Gautié, 2003), idée qui a inspiré la récente proposition de dotation universelle qui pourrait être attribuée aux jeunes adultes pour égaliser leurs

1. APA : Allocation personnalisée d'autonomie. PCH : Prestation de compensation du handicap.

2. PAJE : Prestation d'accueil du jeune enfant.

positions de départ et leur donner la faculté d'agir en acteurs indépendants (CAS, 2006; Le Clainche, 2007).

Ces orientations, qui veulent concilier égalité des chances et responsabilité individuelle, ne prennent toutefois pas en compte les obstacles que rencontrent effectivement les personnes pour faire valoir leur liberté de choix dans l'environnement social dans lequel elles se trouvent. Elles ne tiennent pas non plus compte du fait que certains individus ou groupes sociaux se trouvent dans des positions socialement dominées qui les empêchent de faire valoir l'intégralité de leurs droits et d'employer avec les mêmes chances d'efficacité les ressources qui leur sont consenties.

C'est pourquoi on peut souhaiter, suivant en cela Jérôme Gautié et Hélène Zajdela, que les politiques sociales s'inspirent davantage de théories de la justice sociale comme celles promues par Amartya Sen ou Nancy Fraser, en en recherchant les implications concrètes. Selon le premier de ces auteurs, l'accent doit être mis sur les « capacités de base », c'est-à-dire sur les capacités qu'ont effectivement les individus de choisir leur projet de vie compte tenu de leurs caractéristiques et de leur environnement, et donc sur les conditions leur permettant réellement d'accéder à des modes de vie (« fonctionnements ») considérés comme équivalents (Sen, 1992). La mission des politiques sociales est alors, au-delà de la compensation financière des handicaps, d'agir sur la multiplicité des difficultés ou inéquités auxquelles les personnes sont concrètement confrontées dans les différentes dimensions de leur vie, en tenant compte du fait qu'elles conditionnent l'exercice de leur responsabilité économique : prise en charge précoce des problèmes de santé, égalisation de l'accès aux soins et à la prévention, capacités d'accueil suffisantes et financièrement accessibles pour les enfants et les personnes âgées afin de permettre aux femmes d'exercer la plénitude de leurs choix professionnels, engagement de la collectivité dans l'accompagnement des chômeurs et des salariés précaires vers des emplois de meilleure qualité, prise en compte des problèmes de transport ou des difficultés qu'ont certains parents à assurer le suivi scolaire de leurs enfants. Ceci implique qu'au-delà des dotations financières, les politiques sociales assurent une offre suffisante et équitablement répartie de services sociaux de qualité, en faisant prioritairement bénéficier les populations qui ont des difficultés à y accéder du fait de leur environnement social ou géographique.

Selon la philosophe américaine Nancy Fraser, l'objectif à retenir en termes de justice devrait être de concilier, afin d'assurer une « participation paritaire à la vie sociale », les politiques de redistribution et la reconnaissance des groupes sociaux culturellement dominés, telles les minorités ethniques (Fraser, 2005). Elle met l'accent sur les dangers d'une dissociation entre les deux types de démarche, que ce soit en privilégiant une optique exclusive de reconnaissance identitaire, ou en

tentant de corriger les inégalités économiques sans tenir compte des discriminations ou des phénomènes de domination culturels, alors que ces deux dimensions de la justice sont étroitement mêlées dans la plupart des revendications sociales. Ceci implique par exemple pour les politiques sociales, outre le fait de lutter contre les discriminations dans la sphère économique, de préférer les dispositifs universalistes aux politiques ciblées d'assistance susceptibles d'induire des « dénis de reconnaissance », de prendre en compte les aspirations à la reconnaissance des salariés précaires ou des chômeurs, qui souffrent non seulement de faibles ressources mais d'un statut dévalorisé au sein de la société (cf. le mouvement des chômeurs de l'hiver 1997), et de laisser une place significative aux régulations collectives (négociation, contrôle) dans la définition et l'exercice des droits sociaux, sans se limiter aux mécanismes individuels d'incitation.

Et même la perspective d'une égalisation des « capacités » ou d'une réelle parité de participation n'exclut pas, pour les politiques sociales, de tenter de limiter les inégalités effectives de situations, dans la mesure où il est très difficile de faire la part entre responsabilités sociales et individuelles (déterminisme *versus* libre arbitre), et où l'on ne peut nier que les choix des individus, par exemple en matière de cursus scolaire ou de comportements de santé, restent pour une large part conditionnés par leur milieu social d'origine (Fleurbay, 2001 et 2006; Elbaum, 2007).

## 1.2. ...et des nouvelles théories de la négociation salariale

À cet accent sur la responsabilité individuelle inspiré des théories de la justice sociale, s'est conjugué le développement d'analyses économiques mettant en doute les effets de la protection sociale sur la croissance et l'emploi, relayées dans la sphère politique par des organismes comme l'OCDE. Ces analyses se fondent notamment sur les « nouvelles théories du marché du travail », qui ont tenté, dans les années 1980-1990, d'expliquer la persistance d'un chômage structurel apparaissant, au terme des tentatives d'estimation économétrique du NAIRU (*Non Accelerating Inflation Rate of Unemployment*), à la fois durablement élevé et largement involontaire (Perrot, 1992; Freyssinet, 2004; L'Horty, 2006). Ces théories, qui se réfèrent à des situations d'information et de concurrence imparfaite, expliquent le sous-emploi par une rigidité des salaires réels, elle-même imputable à un mode de fixation des salaires issu des interactions entre employeurs et salariés au sein des branches et des entreprises, et notamment aux mécanismes de la négociation collective. Ces théories de la négociation salariale (salaire d'efficience, approche *insiders/outside*) ont été intégrées, à la suite de Layard, Nickell et Jackman (1991), dans des modèles d'équilibre général du type WS-PS (*wage setting – price setting*) qui retiennent

comme variables explicatives de l'emploi et du chômage d'équilibre non seulement le coût du travail supporté par les entreprises, mais aussi les prélèvements sociaux à la charge des salariés, que ceux-ci répercuteraient dans leurs objectifs de négociation salariale, dès lors que les prestations reçues en contrepartie ne seraient pas strictement considérées comme du « salaire différé ».

C'est donc bien la protection sociale dans son ensemble qui se trouve ainsi mise en cause à travers les prélèvements qu'elle induit, quel que soit son contenu en termes de couverture des risques et son mode de financement.

À ce chômage structurel de type involontaire s'ajouterait le « non emploi volontaire » lié à l'impact des prestations sociales sur le salaire de réservation de chômeurs et des inactifs, et aux mécanismes de « désincitation au travail » dont elles seraient à l'origine, avec une focalisation de ces analyses sur les bénéficiaires de l'assurance chômage et des minima sociaux (Erhel et Zajdela, 2003).

Ces théories ont pris une place importante dans les débats économiques des années 1990-2000, alors qu'elles suscitent des doutes importants, en l'absence de changements majeurs qui seraient intervenus dans les modes de fonctionnement du marché du travail, sur leur capacité à expliquer la montée massive du sous-emploi à partir de la fin des années 1970.

Elles ont en particulier inspiré les appels de l'OCDE à des « réformes structurelles », qui outre les « rigidités » liées à la réglementation du travail, prennent pour cible la réduction du « coin socio-fiscal » (*tax wedge*), c'est-à-dire l'ensemble des prélèvements effectués sur les salaires, qu'il s'agisse des cotisations payées par les employeurs ou des cotisations et impôts à la charge des salariés, avec le calcul annuel de « taux d'imposition » moyens et marginaux (OCDE, 2006) en partie repris par l'Union européenne dans le cadre du suivi de la Stratégie européenne pour l'emploi. Sont également produits des indicateurs de « trappe à chômage » et de « trappe à inactivité », traduisant « l'absorption » par le système socio-fiscal des gains de revenus obtenus lors du retour à l'emploi (Carone, Immermoll, Paturot et Salomäki, 2004), et aussi en partie repris au niveau européen, en écho à l'objectif de « rendre le travail plus rémunérateur » (*making work pay*), dans le cadre du processus de coordination sur la protection et l'inclusion sociale.

Ces approches centrées sur le poids et les distorsions induites par les prélèvements ont conduit à mettre sur le devant de la scène le problème du financement de la protection sociale, et celui des gains liés au retour à l'emploi. Elles ne s'intéressent cependant pas à ce que ces prélèvements permettent effectivement de financer, et à l'effort qui doit en tout état de cause être consenti par les agents économiques

pour financer des dépenses comme la santé et les retraites, y compris dans les pays où ce financement est en large part privatisé. Les prélèvements sociaux sont en effet avant tout le reflet du degré et des modes de mutualisation (services publics nationaux, assurances sociales, couvertures professionnelles, assurances individuelles...) collectivement choisis pour la couverture des risques sociaux : leur fonction est aussi, en termes d'analyse économique, de garantir un contrat collectif de coopération mutuellement avantageux sur le long terme, contrat dont le contenu et la pérennité dépendent de l'adhésion et de la crédibilité que parviennent à conserver les systèmes de protection d'une génération à l'autre (Parent, 2001 ; Masson, 2002).

L'analyse économique de la protection sociale nécessite également de s'inspirer d'autres apports théoriques, développés par exemple dans le champ de l'économie de la santé. Ceux-ci montrent notamment l'intérêt d'assurances publiques obligatoires ne pratiquant pas une tarification liée au risque pour faire face aux problèmes de sélection ou d'écrémage des risques, et être à même de proposer à tous les agents, même ceux considérés comme des « mauvais risques », une assurance à long terme à des coûts non prohibitifs (Blanchet, 1996 ; Drèze, 1997 ; Henriot et Rochet, 1998). Il importe de la même façon de tenir compte du rôle de la protection sociale vis-à-vis de la formation du capital humain et de la productivité des travailleurs, qu'il s'agisse du maintien en bonne santé des actifs potentiels (Ullmann, 1998), de l'entretien de leur employabilité, ou de l'amélioration, via les transferts, de la situation sociale (et des perspectives scolaires) des enfants des familles pauvres (CERC, 2004). L'une des missions essentielles de la protection sociale, qui a été au fondement de la création de l'assurance chômage, est enfin de contribuer à faciliter les adaptations économiques et la prise de risques, et de limiter les conséquences sociales des évolutions liées aux restructurations d'activités et à l'internationalisation des économies, évolutions dont l'intensification est, comme l'a souligné Tony Atkinson, susceptible de conduire à des besoins de protection à la fois accrus et renouvelés (Atkinson, 2002 et 2004).

## 2. Hybridation du système et diversification des acteurs : des problèmes d'équité et de régulation

Les difficultés qu'ont connues les États-providence à partir des années 1980 ont conduit la plupart d'entre eux à engager des politiques d'ajustement, qui ont utilisé une palette de mesures largement semblable, et suscité l'idée qu'à une phase d'expansion succédait désormais une phase de repli. Les tensions politiques qui ont présidé à ces révisions auraient par ailleurs conduit les gouvernements à privi-

légier les réformes préservant les coalitions et les « arrangements institutionnels » antérieurs (*path dependency*), et consistant plutôt à « durcir » les caractéristiques intrinsèques des systèmes en place : privatisation et réduction des filets de sécurité, sous contrepartie de « workfare », dans les États-providence libéraux; réductions plus égalitaires et maintien des services sociaux, avec un accompagnement renforcé vers l'emploi, dans les pays scandinaves; évolution, avec de plus grandes difficultés à réformer, vers une plus forte contributivité du système et vers davantage de distinction entre assurance et solidarité dans les systèmes bismarckiens (Merrien, 2002; Palier, 2006).

Ces réflexions s'appliquent en partie au système français, mais ses évolutions montrent aussi un enchevêtrement d'instruments et de logiques qui rendent difficile une catégorisation simple des sentiers de réforme empruntés aux différentes époques, entre l'infléchissement des instruments existants (modulation des cotisations ou des prestations), l'introduction de nouvelles règles s'inscrivant dans la logique du système (révision des conditions d'ouverture des droits), ou le recours à des dispositifs qui en modifient les principes (transferts de responsabilités ou changement des modes de financement) (Palier, 2006; Ferrera, 2007). Des voies divergentes ont en outre été suivies pour les différents risques, et de nouveaux besoins de couverture en partie pris en compte. On a ainsi assisté à une « hybridation » du système de prestations, ainsi qu'à une diversification des composantes et des acteurs de la protection sociale, avec à la clé à la fois des problèmes d'égalité de traitement et de régulation.

## 2.1. Le caractère hybride des adaptations du système français

Si l'on considère l'échelonnement des réformes depuis le début des années 1980, plusieurs grilles de lecture peuvent être mobilisées.

**Au plan chronologique**, les années 1980 ont surtout été celles des « plans de redressement de la Sécurité sociale » (plans Barrot de 1979, Bérégovoy de 1982-1983, Seguin de 1986 ou Evin de 1989) qui, dans une perspective de rééquilibrage des comptes, ont notamment concerné l'assurance maladie. Ils ont simultanément tenté de limiter les remboursements, *via* l'augmentation du ticket modérateur, l'encaissement des budgets hospitaliers et le contrôle du prix des actes, et à accroître les financements, *via* le déplafonnement et l'accroissement des cotisations, mais aussi l'introduction de nouvelles taxes (tabac, alcools, industrie pharmaceutique) (Join-Lambert, 1997; Palier, 2005). L'indexation des prestations familiales a par ailleurs été revue à la baisse. Les principales extensions de prestations ont concerné la petite enfance (création de l'APE et de l'AGED<sup>3</sup> en 1986), et surtout l'organisation

3. APE : Allocation parentale d'éducation. AGED : Allocation de garde d'enfant à domicile.

du retrait massif des travailleurs âgés du marché du travail à des fins de lutte contre le chômage (retraite à 60 ans en 1982, contrats de solidarité et préretraites du Fonds national de l'emploi). Dans ce contexte de mesures à visée plutôt « conjoncturelle », la réforme de l'indemnisation du chômage de 1984 a toutefois introduit une séparation structurellement lourde de conséquences entre un régime d'assurance paritaire et un régime de solidarité financé par l'État (Daniel et Tuchsirer, 1999).

Les années 1990 ont vu la mise en œuvre de mesures plus lourdes et structurelles visant à maîtriser les dépenses d'assurance maladie, de retraites et d'indemnisation du chômage : réforme Balladur de 1993, tentatives de conventions avec les professionnels dans les années 1990-1993, plan Juppé de 1995-1996, accord UNEDIC de 1992 introduisant la dégressivité des allocations chômage. Elles se sont accompagnées d'une diversification de l'assiette des charges sociales (création de la CSG en 1991 et de la TGAP<sup>4</sup> en 1999) et de législations visant à donner davantage de pouvoirs au Parlement dans le pilotage des finances sociales (création des PLFSS<sup>5</sup> et de l'ONDAM<sup>6</sup> en 1996). Parallèlement, des mesures ont été prises pour développer les congés parentaux (ouverture du bénéfice de l'APE au deuxième enfant par loi Veil de 1994) et répondre, à l'aide de dispositifs souvent d'un nouveau type, aux difficultés nées de la crise et de la fragilisation du tissu social : création du RMI en 1988 et de la CMU en 1999, loi de lutte contre les exclusions en 1998.

Le début des années 2000 a vu se développer une nouvelle phase de réformes, dont l'objet affiché est davantage d'infléchir les comportements, qu'il s'agisse du retour à l'emploi des chômeurs et des allocataires de minima sociaux, de la prolongation d'activité des travailleurs âgés ou du comportement des assurés en matière de santé : convention d'assurance chômage de 2000 mettant en place un plan d'aide au retour à l'emploi (PARE), réforme des filières raccourcissant les durées d'indemnisation en 2002, réforme Fillon des retraites en 2003, mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements de santé en 2004-2005, réforme de l'assurance maladie par la loi du 13 août 2004, introduction de la prime pour l'emploi en 2001, décentralisation du RMI en 2004 et « mesures d'activation » (intéressement, CI-RMA<sup>7</sup>) liées au plan de cohésion sociale et à la loi de retour à l'emploi en 2005-2006. De nouvelles couvertures se sont parallèlement développées dans les domaines de la dépendance, avec la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001 et de la CNSA<sup>8</sup> en 2004, et du handicap, avec la loi de février 2005 et la prestation de

4. TGAP : Taxe générale sur les activités polluantes.

5. PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

6. ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

7. CI-RMA : Contrat d'insertion-Revenu minimum d'activité.

8. CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

compensation du handicap mise en place début 2006. Les aides à la garde d'enfants ont également été unifiées et élargies (création en 2004 de la prestation d'accueil du jeune enfant), avec l'objectif affiché de solvabiliser le « libre choix » des parents entre les différents modes de garde. La réforme de l'assurance maladie d'août 2004 et la loi organique d'août 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale sont enfin revenues une nouvelle fois sur la régulation financière du système, avec des pouvoirs importants confiés au directeur général de la CNAM, tentant d'organiser un « retrait du politique » (Bras, 2004).

**Au plan des orientations**, ces réformes ont donc oscillé entre des mesures de maîtrise des comptes sans modification de la logique profonde du système, caractéristiques de la difficulté à réévaluer les « droits acquis » dans un régime de type bismarckien, des tentatives d'élargissement structurel de son financement, et des mesures significatives de réduction des dépenses, qui ont induit des besoins accrus de couverture complémentaire ou supplémentaire (maladie, retraite), ou nécessité l'intervention de nouveaux dispositifs de solidarité (RMI, CMU). Elles ont aussi périodiquement tenté d'infléchir la régulation du système, à la fois dans son fonctionnement institutionnel, et à travers l'action sur les comportements des acteurs (assurés, chômeurs, offreurs de soins). Elles se sont enfin efforcées de répondre à de nouvelles priorités, soit en aménageant les dispositifs existants (politique familiale), soit en introduisant de nouveaux instruments mixant les logiques d'assurance et d'aide sociale (APA, RMI...), soit enfin en s'engageant dans la reconnaissance de nouveaux « risques », qu'il s'agisse de la perte d'autonomie ou de l'indemnisation des victimes de l'amiante et des accidents thérapeutiques.

**Au plan des logiques institutionnelles** enfin, la contributivité du système s'est accrue en matière d'assurance chômage et de retraite, avec des règles plus restrictives pour l'accès à l'indemnisation et le calcul des taux de remplacement en matière de retraite (règle des vingt-cinq meilleures années), et une distinction plus marquée entre logiques d'assurance et de solidarité (création du régime de solidarité en 1984 et du Fonds de solidarité vieillesse en 1993). Les prestations maladie et famille, désormais pour partie financées par la CSG, ont au contraire évolué dans le sens de l'universalisation, à la réserve, pour ces dernières, du développement de prestations sous conditions de ressources comme le complément familial ou l'allocation de rentrée scolaire (27 % des prestations en 2005). L'aide sociale locale s'est par ailleurs maintenue et même étendue, non seulement du fait de la décentralisation de certains dispositifs de solidarité, mais aussi dans les domaines de l'aide aux personnes handicapées et de l'aide sociale à l'enfance.

Ces évolutions apparemment divergentes des différents segments de la protection sociale n'ont pas empêché un brouillage de plus en plus important des frontières entre sécurité sociale, aide sociale et action

sociale, avec la création de prestations de « troisième » ou de « quatrième type » empruntant simultanément à plusieurs de ces logiques. Des dispositifs comme la CMU, le RMI, l'APA et la PCH se caractérisent en effet, comme les prestations d'assurance, par des conditions d'accès et des barèmes donnant lieu à des droits généraux définis au niveau national, mais aussi par des conditions de ressources et une absence de contribution préalable; s'y ajoute pour les trois dernières l'examen individualisé au niveau local de la situation des bénéficiaires, pour définir le contenu de la prise en charge ou engager un processus de contractualisation (Borgetto, 2003). Ce brouillage a connu un dernier avatar avec la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), fonds national chargé de transférer aux départements des ressources provenant en partie de cotisations sociales. Le champ des interventions sociales s'est enfin largement diversifié pendant la période, par exemple dans le domaine de la lutte contre l'exclusion, ou avec le développement de services d'aide à la personne, soutenus par des concours publics et un ensemble d'exonérations fiscales et sociales.

Le caractère « hybride » du système de protection sociale français s'est donc renforcé après vingt-cinq ou trente ans de difficultés économiques, au prix d'une fragmentation et d'une complexité devenues difficilement maîtrisables.

## 2.2. Un rôle accru des assurances complémentaires et des collectivités locales

À cette hybridation du système de prestations répond une diversité croissante des composantes de la protection sociale et des acteurs qui y interviennent, avec une montée du rôle des organismes de protection complémentaire et des collectivités décentralisées.

**L'État** conserve bien sûr son omniprésence dans le système, à la fois en tant qu'employeur public (retraites des fonctionnaires), financeur de certaines prestations de solidarité, comme la CMU, l'AAH<sup>9</sup>, l'ASS<sup>10</sup> ou les aides au logement (l'État et les organismes d'administration centrale ont versé au total 13 % des prestations sociales en 2005), et contributeur financier à l'équilibre des régimes sociaux (régimes spéciaux, compensation des exonérations de charges). Il exerce surtout une mission de régulation d'ensemble, à travers la répartition des compétences et des charges financières, la fixation des recettes et du contenu de la plupart des prestations, et la tutelle sur les caisses de Sécurité sociale. Cette mission de régulation est toutefois battue en

9. AAH : Allocation aux adultes handicapés.

10. ASS : Allocation de solidarité spécifique.

brèche par la fragmentation des intervenants, porteurs chacun d'une légitimité propre, dans un système où compétences et flux financiers sont très largement entrecroisés.

En premier lieu, seuls les régimes de base de la Sécurité sociale sont inclus dans le champ des lois de financement annuelles de la Sécurité sociale, et donnent lieu, sous le contrôle du Parlement, à la fixation de prévisions de recettes et d'objectifs de dépenses pour l'année à venir, ainsi que, depuis la loi organique de 2005, à la présentation de perspectives d'équilibre pluriannuelles à l'horizon des quatre prochaines années (Pellet, 2006).

**Les régimes d'origine conventionnelle** que sont d'une part les retraites complémentaires de l'AGIRC et de l'ARRCO, d'autre part l'assurance chômage relevant de l'UNEDIC, demeurent en effet gérés par les partenaires sociaux sur une base paritaire, bien qu'ils entrent dans le champ des assurances sociales obligatoires, et donc des dépenses publiques financées par prélèvements obligatoires, auxquelles s'appliquent les règles du Pacte européen de stabilité et de croissance.

Les partenaires sociaux gestionnaires de ces régimes restent ainsi principalement maîtres des conditions de leur équilibre, qu'il s'agisse des taux de cotisations, des règles d'accès ou du niveau des prestations, alors même que celles-ci influent sur le taux de remplacement global du système de retraites, sur le nombre de bénéficiaires des prestations de solidarité et du RMI, ou sur la cohérence d'ensemble des aides à l'emploi.

**Les acteurs privés de la protection complémentaire et supplémentaire** ont pris de leur côté une importance croissante sur trois segments de la couverture des risques sociaux : l'assurance maladie complémentaire, la retraite supplémentaire et la prévoyance. Les organismes qui y contribuent (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) revendiquent des principes de fonctionnement assez différents : les mutuelles s'engagent par exemple à ne pas sélectionner leurs adhérents ou individualiser leurs cotisations en fonction de critères d'état de santé, tandis que les institutions de prévoyance, qui sont également des organismes à but non lucratif, reposent sur des accords paritaires et sont gérées par les représentants des employeurs et des salariés. Si la place de ces organismes reste limitée au sein de la protection sociale dans son ensemble (un peu plus de 4 % des prestations, ce chiffre n'incluant toutefois pas les assurances privées souscrites à titre individuel), elle est devenue significative et assez originale en France dans le domaine de la couverture maladie, du fait de l'absence de plafonnement, comme dans d'autres pays, des restes à charge non remboursés par les régimes de Sécurité sociale. En 2004, 92 % de la population disposait ainsi d'une assurance maladie complémentaire,

dont 7,5 % au titre de la CMUC<sup>11</sup> financée par l'État (Allonier, Guillaume et Rochereau, 2006). Leur part dans le financement des dépenses totales de santé avoisine aujourd'hui 13 %, et a crû d'environ 3 points au cours des trente dernières années, suite aux réductions répétées des taux de remboursement intervenues au fil du temps, et à la création en 1980 du secteur 2 à honoraires libres (Fenina et Geffroy, 2006).

Cette protection maladie complémentaire est mise en œuvre selon des logiques diverses : collective ou individuelle, obligatoire ou facultative, tarifiée ou non en fonction de l'âge et de la composition familiale. Les contrats souscrits offrent surtout des niveaux de protection très variables, plus réduits pour les contrats individuels que pour les couvertures d'entreprise, et extrêmement différenciés s'agissant du remboursement des dépassements d'honoraires, des prothèses dentaires et de l'optique, les contrats individuels d'entrée de gamme se limitant souvent à la prise en charge du ticket modérateur (Arnould, Pichetti et Rattier, 2007). Les accords de prévoyance proposent de leur côté une série de garanties en cas de décès, d'invalidité, d'incapacité ou de dépendance. 95 % des prestations versées par les mutuelles ont toutefois trait à la santé, contre la moitié de celles versées par les institutions de prévoyance, qui se consacrent davantage à l'invalidité et à la vieillesse. En matière d'épargne retraite, 2,6 millions de contrats avaient en 2005 été souscrits par des particuliers (dont 1,7 million de PERP, Plan d'épargne retraite populaire, issus de la loi Fillon) et 2,5 millions par des salariés à titre collectif sur la base de cotisations définies. Les versements correspondants ont représenté 4,3 % des cotisations collectées par les régimes obligatoires, dont 56 % dans le cadre de contrats collectifs. Versant environ 90 % des prestations, ce sont essentiellement les sociétés d'assurance qui sont positionnées sur ce marché, là aussi très fragmenté (Augris, 2007).

**Les collectivités locales** jouent enfin un rôle de plus en plus important dans la couverture des risques sociaux, à la fois au titre de l'aide sociale traditionnelle, mais aussi de l'action sociale extra-légale ou facultative, ces trois composantes étant dans les faits de plus en plus difficiles à distinguer. Les principaux acteurs de l'aide sociale décentralisée sont depuis 1983 les départements, qui y consacrent environ 65 % de leur budget de fonctionnement ; leurs compétences ont été beaucoup étendues dans la période récente, avec la mise en place en 1997 de la prestation spécifique dépendance, suivie en 2002 par l'APA, la décentralisation en 2004 du RMI, et, à compter du début 2006, la création de la prestation de compensation du handicap. Cette « mainmise » du département sur l'action sociale et la lutte contre l'exclusion, et l'ampleur que revêtent aujourd'hui des prestations comme l'APA et le RMI, en font désormais le gestionnaire d'un pan entier de la protection

11. CMUC : Couverture maladie universelle complémentaire.

sociale, cette « ascension du département-providence » traduisant, selon Robert Lafore, le développement d'un système spécifique de protection pour les personnes durablement éloignées du marché de l'emploi et des assurances sociales d'origine socio-professionnelle (Lafore, 2004). Fin 2005, plus de 2,7 millions de personnes bénéficiaient ainsi de l'aide sociale départementale, pour des dépenses d'environ 23 milliards d'€, dont près de 1,1 million d'allocataires du RMI, 1,1 million de personnes âgées, 236 000 personnes handicapées et 272 000 jeunes au titre de l'aide sociale à l'enfance (Chastenot et Trepeux, 2006). À côté des départements, les communes sont aussi très présentes en matière d'action sociale, souvent dans le cadre de partenariats. Huit sur dix mènent par exemple des actions en faveur des personnes âgées, et quatre sur dix des actions en faveur des personnes en difficulté d'une part, des enfants et adolescents d'autre part (Dutheil, 2002). Les nombreuses associations du champ social se voient enfin déléguer une partie importante de l'action sociale facultative par les collectivités publiques, que ce soit dans le cadre de prestations de services ou de coopérations donnant lieu, par exemple, à une offre de services complémentaires (Bellaredj, Douard, Pouchadon, Vérétoit et Zaffran, 2006).

### 2.3. Des problèmes d'équité et de régulation

Cette multiplicité de composantes et d'acteurs crée des problèmes d'équité et de régulation, qui s'ajoutent en France à ceux d'un système bismarckien classique, caractérisé par la rémanence de multiples régimes professionnels, comme les régimes spéciaux, mais aussi les régimes indépendant ou agricole.

En termes d'équité, l'extension de la protection maladie complémentaire, largement impulsée par le fait que son financement n'entre pas dans le champ des prélèvements obligatoires, est en soi un sujet de débat (Marical et de Saint Pol, 2007). La protection maladie d'entreprise a en particulier une dimension fortement inégalitaire, dans la mesure où, selon l'IRDES, elle n'est proposée que par environ quatre établissements du secteur privé sur dix (regroupant environ sept salariés sur dix), cette proportion augmentant avec la taille de l'entreprise, étant plus faible dans l'industrie que dans le bâtiment ou les services, et plus forte chez les entreprises qui emploient des cadres. Ces derniers bénéficient en outre de niveaux de remboursement systématiquement plus élevés, les contrats pouvant comporter des garanties à option ou réservées à certaines catégories de salariés (Francescani, Perronnin et Rochereau, 2006). Du côté des prestations décentralisées, les politiques propres des départements influent, à côté des facteurs socio-démographiques, sur les disparités de recours à l'APA (Jeger, 2005), et des conceptions différentes semblent se faire jour quant à l'articulation des

objectifs d'insertion sociale et professionnelle dans les politiques destinées aux bénéficiaires du RMI (Le Bihan, Martin et Rivard, 2006).

En termes de fonctionnement, le système se caractérise par une absence de transparence maintes fois soulignée, tant du point de vue des usagers, qui peuvent s'adresser à plusieurs guichets pour des aides voisines (par exemple les aides ménagères ou celles aux familles en difficulté), que du point de vue de la représentation nationale et du débat social : la complexité des circuits de financement de la Sécurité sociale (fonds, financements croisés, transferts divers) est ainsi régulièrement mise en cause, et la superposition entre aides nationales et locales rend très difficile d'apprécier réellement les gains liés au retour à l'emploi, et surtout d'en percevoir la cohérence (Anne et L'Horty, 2002).

En termes de régulation, l'absence de maîtrise coordonnée des décisions prises par les partenaires sociaux en matière de retraites complémentaires et d'assurance chômage pose question, d'autant qu'elle s'accompagne d'une pluralité de logiques en fonction du type de prestation auquel émerge chaque bénéficiaire : les partenaires sociaux de l'UNEDIC, désireux « d'activer » les dépenses d'assurance chômage, ont ainsi eu tendance à proposer aux chômeurs indemnisés leur propre système de suivi et d'aides au retour à l'emploi, alors que la responsabilité de l'ensemble de la politique de l'emploi incombe à l'État, et que les départements ont désormais à définir des actions spécifiques pour les bénéficiaires du RMI au titre de leur politique d'insertion et aménagent dans cette perspective les contrats aidés (CERC, 2005 ; Sautory, 2007).

L'État apparaît à cet égard dans une position ambiguë, dans la mesure où il est à la fois investi d'une mission de régulation d'ensemble et soucieux de préserver l'équilibre, non seulement des finances publiques, mais aussi de son propre budget. On a ainsi assisté au fil du temps à une multiplication des transferts de responsabilités et de charges, souvent liés à des questions d'équilibre financier, et facteurs de contestations permanentes entre les acteurs ainsi que, dans certains cas, de problèmes de continuité de prise en charge. La décentralisation du RMI s'est ainsi effectuée à un moment où la situation du marché du travail conduisait à une forte augmentation du nombre de ses bénéficiaires, et à des charges financières accrues pour les départements (IGAS, 2006). L'impact des décisions relatives aux filières d'assurance chômage se répercute aussi, *via* le taux de couverture du régime, sur le nombre d'allocataires du RMI et de l'allocation spécifique de solidarité (ASS), avec des conséquences à la fois pour le statut des personnes indemnisées, et les finances des collectivités publiques (État et départements).

De même, les décisions relatives aux taux de remboursement de l'assurance maladie influent sur la situation financière des mutuelles, qui doivent opter entre la diminution des prestations antérieurement servies à leurs adhérents et des prélèvements supplémentaires. La régulation



de l'assurance maladie pose à cet égard des difficultés particulières, dans la mesure où, lorsque les mutuelles accroissent leur prise en charge, l'effet éventuellement recherché sur les comportements de consommation des assurés s'annule, sauf pour les ménages les plus modestes et dotés des plus faibles couvertures complémentaires. La réforme de l'assurance maladie d'août 2004 a certes recherché une meilleure coordination entre les deux secteurs (création de l'UNCAM et de l'UNOCAM<sup>12</sup>) et institué la notion de « contrats responsables », réservant les avantages fiscaux et sociaux à ceux qui respectent le parcours de soins et laissent le forfait de un euro à la charge des assurés. Mais cette coordination n'est qu'embryonnaire et risque de donner lieu à d'importantes difficultés si des franchises de remboursement viennent à être mises en place pour les différentes catégories de soins.

### 3. Les lancinantes questions de l'emploi et du financement : une réorientation souhaitable

La question des liens entre protection sociale et emploi et, dans cette perspective, des réformes à apporter à son mode de financement n'a cessé depuis les années 1970 de revenir dans le débat public de façon récurrente. L'accent mis sur le problème du coût du travail a toutefois pu faire oublier que le développement du sous-emploi et la fragmentation des formes d'emploi qui est allée de pair, remettaient en cause l'efficacité même d'une couverture sociale encore pour partie inspirée de principes bismarckiens, et nécessitaient aussi de se repencher sur la contribution de la protection sociale à « la sécurité économique » des travailleurs (Castel, 2003). En matière d'assiette de financement de la protection sociale, les marges de manœuvre apparaissent désormais, après l'expérience des exonérations bas salaires, limitées, avec des effets potentiels du second ordre, sauf à impliquer dans les transferts d'assiette d'autres contributions que les seules cotisations de Sécurité sociale; il faut surtout s'interroger sur la façon optimale et solidaire de financer des dépenses de santé et de retraite, dont le retour au plein emploi ne permettrait pas d'assurer l'ensemble du financement.

#### 3.1. Des problèmes de coût du travail constamment mis en avant, mais des politiques instables et pour partie discutées

Depuis les années 1980, et même 1970, les objectifs consistant d'une part à alléger le coût du travail *via* la réduction des cotisations

12. UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie. UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

employeurs, et d'autre part à élargir l'assiette des prélèvements à d'autres revenus que ceux issus du travail, ont été une préoccupation constante des politiques publiques. Celles-ci ont toutefois connu une instabilité manifeste, un succès limité en ce qui concerne la diversification effective des assiettes et des effets certains, mais pour partie discutés, en matière d'exonération de charges sociales.

L'analyse historique des ressources de la protection sociale montre d'abord que la diversification de ses ressources s'est accompagnée d'une hausse importante et continue des prélèvements sociaux (plus de 5 points de PIB depuis 1981) : il s'est donc autant agi, et ceci est sans doute de nature à inspirer l'avenir, de rechercher des ressources supplémentaires pour financer le moins défavorablement possible les dépenses sociales que des substitutions d'assiette en tant que telles (Caussat, Hennion, Horusitzky et Loisy, 2005). Cette diversification, qui n'a pas empêché de continuer à recourir jusque dans la période récente à des augmentations de cotisations (0,2 point en 2006 dans le cadre de la réforme de l'assurance vieillesse), s'est à la fois traduite par la taxation des revenus des placements, du patrimoine et de remplacement (chômage et retraite), et par la création de taxes spécifiques sur les entreprises et sur les produits (Volovitch, 2001 ; Horusitzky, 2005).

Le premier temps a consisté, jusqu'en 1989-1990, à poursuivre pour les branches autres que la vieillesse le mouvement de déplaçonnement des cotisations sociales amorcé en 1967. La montée de la contribution sociale généralisée (CSG), prélèvement proportionnel étendu aux revenus du patrimoine et de remplacement, a pris place en plusieurs étapes à partir de 1990, d'abord pour financer les prestations familiales, puis les dépenses de solidarité en matière de vieillesse (création du FSV<sup>13</sup> en 1993). Complétée en 1996 par une contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), elle est surtout venue se substituer, à partir de 1998, à 4,75 points de cotisation maladie à la charge des salariés, et a une nouvelle fois été accrue en 2004 dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie (assiette élargie de 95 à 97 % pour les revenus d'activité et taux porté à 6,6 % sur les retraites et à 8,2 % sur les revenus du patrimoine et de placement). La multiplication des impôts et taxes spécifiques a quant à elle démarré dès les années 1970 et s'est étagée tout le long de la période, avec à la fois des taxes sur les alcools et tabacs (à partir de 1982-1983), un prélèvement spécifique de 2 % sur les revenus du capital, une taxe sur le chiffre d'affaires des sociétés (dont le bénéfice va aux régimes des non salariés et au FSV), différentes taxes sur les médicaments, les officines et les laboratoires pharmaceutiques, et, également depuis 2004, la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) liée à la suppression d'un jour chômé.

13. FSV : Fonds de solidarité vieillesse.

Une partie de ces taxes a été affectée, après différentes péripéties quant à leur mode de financement, à la compensation aux régimes de Sécurité sociale des allègements de charges employeurs qui se sont concomitamment développés, avec la même complexité et la même instabilité, tout au long de la période. Initialement mis en place à la fin des années 1970 pour favoriser l'embauche des jeunes, les dispositifs spécifiques d'exonérations de charges s'appliquant à des publics, des circonstances, des zones ou des activités particuliers dépassent aujourd'hui (d'après la loi de finances) le nombre de 45, pour un coût total voisin de 6 milliards d'€ (dont 3,2 remboursés aux régimes de Sécurité sociale), pas moins de six nouvelles mesures ayant été instituées en 2006 (Direction de la Sécurité sociale, 2006). Les allègements généraux de charges n'ont pas été moins évolutifs, puisqu'aux exonérations de cotisations sur les bas salaires mises en place à partir de 1993 se sont superposées celles associées au temps partiel et à la réduction du temps de travail, l'ensemble ayant été fusionné à partir de 2005.

Le dispositif actuel d'allègement de charges sur les bas salaires est donc, comme l'a souligné Yannick L'Horty, le fruit d'une construction progressive, avec pas moins de huit réformes entre 1993 et 2005 (L'Horty, 2006), et une dernière en juillet 2007 concernant les entreprises de moins de vingt salariés : la ristourne dégressive de cotisations atteint désormais pour elles 28,1 points au niveau du SMIC, et 26,1 points pour les autres entreprises, pour s'annuler à 1,6 SMIC. Ces modifications répétées, à un rythme annuel ou biannuel, illustrent le fait que, malgré le coût très important qu'elles représentent aujourd'hui (plus de 19 milliards d'€ pour plus de 10 millions de salariés concernés), l'extension progressive des allègements bas salaires a pour partie répondu de façon « défensive » aux répercussions potentielles des relèvements du SMIC (notamment en 1995 et en 2003-2005 avec le processus de convergence des garanties mensuelles de rémunération) et de la compensation salariale de la réduction du temps de travail, sachant que les relèvements du SMIC continuent mécaniquement à accroître l'étendue du dispositif (L'Horty, 2007).

Les effets de ces réformes sont en outre pour partie sujets à discussion. En ce qui concerne la diversification de l'assiette, la part des cotisations dans le financement de la Sécurité sociale est certes passée de 80 % au début des années 1980 à environ 2/3 aujourd'hui, au profit des impôts et taxes et des contributions publiques. Mais cette réduction est pour partie liée à la dynamique peu favorable qu'a connue la masse salariale entre 1981 et 1989, et seules ont été concernées les cotisations de Sécurité sociale proprement dites : les diverses contributions assises sur les salaires (logement, formation,...), et surtout les cotisations versées aux régimes de retraite complémentaire et à l'assurance chômage ont en effet été tenues à l'écart de ce processus. Surtout, alors que l'extension de la CSG a pu être considérée par certains

politistes comme le signe d'une partition entre les segments contributifs et non contributifs de la Sécurité sociale (Palier, 2005), celle-ci continue à 65 % à être prélevée sur une assiette salariale, et la part des prélèvements sur les salaires reste depuis 1990 voisine des trois-quarts dans le financement de la protection sociale dans son ensemble. Malgré l'ampleur des modifications institutionnelles, l'impact économique des substitutions d'assiette a donc été du second ordre par rapport à celui des ressources supplémentaires mobilisées pour la protection sociale, avec des effets macroéconomiques forcément limités (Caussat, Hennion, Horusitzky et Loisy, 2005).

Les allègements généraux de charges sociales sur les bas salaires ont eu, de façon reconnue, un impact spécifique plus substantiel, grâce aux effets de substitution entre emploi qualifié et non qualifié, à la répercussion de la diminution des coûts sur le volume de la demande, et à un effet d'assiette lié à la concentration des allègements, qui permet de diminuer davantage le coût du travail (Rémy, 2006). Même si un accord existe sur le fait que ces mesures ont eu un effet positif significatif sur l'emploi et ont contribué à interrompre la tendance à la diminution des emplois non qualifiés à l'œuvre depuis le début des années 1980 (Chardon, 2001), l'évaluation de leur impact aboutit à des résultats divergents et largement discutés. Les difficultés en sont d'une part l'instabilité des dispositifs et ses interférences avec la réduction du temps de travail, d'autre part l'ambiguïté de la notion d'emplois peu qualifiés (qui peuvent se caractériser par le salaire, le diplôme ou la CSP), et enfin les différences dans les méthodes d'évaluation employées, qui vont des modélisations macroéconomiques aux études sur données individuelles, en passant par les approches sectorielles (OFCE, 2003 ; Rémy, 2006 ; L'Horty, 2006 ; Conseil d'orientation pour l'emploi, 2006).

Pour la seule ristourne Juppé en vigueur en 1997, d'un montant voisin de 6 milliards d'€, les évaluations vont de 120 000 à 490 000 créations d'emplois non qualifiés, et, malgré l'estimation avancée par le COE, l'interrogation est encore plus forte pour les 19 milliards d'€ d'allègements actuels, historiquement associés au processus de réduction du temps de travail. Les évaluations sont moins nombreuses et moins conclusives quant aux effets de ces mesures en termes de « trappe à bas salaires » : si la proportion de salariés rémunérés au SMIC et les phénomènes de déclassement se sont développés depuis 1995, les allègements ne sembleraient pas avoir directement nui à l'augmentation des rémunérations des salariés concernés (Lhommeau, 2005 ; Sraer, 2007).

### 3.2. De nouveaux changements d'assiette potentiellement de second ordre eu égard à la nécessité de financements solidaires

Le mode de financement de la protection sociale a fait l'objet de nouveaux débats dans la période récente en raison du poids élevé que conservent en France les cotisations sociales dans le PIB (16,2 % en 2004 pour les cotisations sociales obligatoires, contre 11,6 % pour la moyenne de l'UE à 15 et 9,5 % pour l'ensemble de l'OCDE) et d'un taux d'imposition implicite sur le travail relativement élevé parmi les pays européens (OCDE, 2006 ; Eurostat, 2007).

Les deux propositions principalement en discussion consistent à remplacer une fraction des cotisations employeurs, soit par une cotisation à la valeur ajoutée (CVA) revenant à imposer davantage le capital, soit, en suivant les exemples danois et allemand, par un accroissement de la TVA, impôt pesant essentiellement sur la consommation des ménages. Ces propositions ont donné lieu à différents travaux de simulation macro-économique à court-moyen terme, complétées les cas échéant par des maquettes de long terme (Bénard, Nicolas et Delpal, 2006 ; Timbeau, Blot, Heyer et Plane, 2007 ; Coupet et Renne, 2007). Quelles que soient leurs méthodes et leurs hypothèses, ces travaux confirment qu'il n'existe pas « d'assiette miracle » pour financer la protection sociale (Malinvaud, 1998), et surtout que si l'on reste dans le cadre des cotisations de Sécurité sociale actuelles, les marges de manœuvre sont désormais très limitées, avec des effets potentiels de second ordre en termes d'emploi.

Chaque prélèvement est en effet assorti d'incertitudes et de problèmes spécifiques, qui doivent être pesés avant d'introduire dans le système de nouveaux éléments d'instabilité. En ce qui concerne la cotisation à la valeur ajoutée, les difficultés portent notamment sur la définition de l'assiette (qui peut ou non inclure l'amortissement des investissements), les risques d'optimisation fiscale, et sur la maîtrise des transferts entre secteurs et entreprises. Des incertitudes existent par ailleurs sur l'élasticité de substitution entre capital et travail (vecteur essentiel des effets potentiels sur l'emploi), et, à long terme, sur les risques d'une imposition accrue du capital en termes de localisation des activités.

En ce qui concerne la « TVA sociale », dont le mécanisme économique est proche de celui d'une dévaluation compétitive, les éventuels gains de compétitivité, de croissance et d'emploi ne peuvent être obtenus qu'au prix d'une détérioration du pouvoir d'achat des ménages (Sterdyniak, 2007). De fortes incertitudes portent sur les comportements de marge des entreprises et donc les risques d'inflation au-delà de l'augmentation du prix des produits importés, et sur les répercussions au niveau de la boucle prix-salaires. Au plan international, les incertitudes découlent du fait que certains de nos partenaires pourraient

aussi s'engager dans la même voie, ainsi que des réactions potentielles de la Banque centrale européenne.

C'est toutefois le champ même de la substitution potentielle qui pose le problème le plus épineux : compte tenu des allègements bas salaires, les cotisations employeurs de Sécurité sociale ne représentent plus en effet (hors accidents du travail et pour les seules entreprises de plus de 20 salariés) que 2,1 points au niveau du SMIC, alors même que l'ensemble des prélèvements à la charge des employeurs atteint encore 19 points (il est d'environ 45 % au-dessus de 1,6 SMIC). Si l'on désire à la fois ne pas réduire la progressivité des prélèvements, ne pas perturber les circuits de financement associés aux diverses contributions spécifiques<sup>14</sup> et rester dans une logique assurantielle pour le financement des retraites complémentaires, la principale question est celle des cotisations d'assurance chômage (6,4 % dont 4 % à la charge des employeurs), qui ont jusqu'ici été paradoxalement tenues à l'écart de toutes les mesures d'exonération ou de substitution d'assiette recherchant un effet sur l'emploi, au nom du caractère assurantiel et paritaire du régime. En l'absence de changement d'orientation sur ce point, ou, comme l'a envisagé l'OFCE, de création de « crédits de cotisation » modifiant profondément la logique des prélèvements sociaux actuels, les marges de manœuvre apparaissent donc très réduites, une substitution des cotisations employeurs à hauteur de 2 points ne pouvant guère permettre, au meilleur des hypothèses, d'aboutir à la création de plus de 20 000 à 80 000 emplois à l'horizon de 4 ou 5 ans.

La focalisation du débat social sur ces problèmes de changement d'assiette apparaît donc largement illusoire, sauf à reconsidérer de façon plus fondamentale la logique institutionnelle du système. Elle a tendance à éluder la principale question pour les années à venir, qui reste celle du financement solidaire des dépenses sociales, notamment de santé et de retraite, que le retour au plein emploi ne permettrait pas entièrement d'assurer. Il est bien sûr important de ne pas confondre ces besoins de financements à moyen terme ni avec les déficits nés de la faiblesse de la croissance économique et du sous-emploi, qui donnent lieu à des plans de redressement au coup par coup, ni avec un objectif excessivement rigoureux de réduction de la dette publique (Creel et Sterdyniak, 2006). Il est cependant clair que des choix devront être faits entre des ajustements budgétaires privilégiant, comme le conseille l'OCDE, la réduction des dépenses sociales (OCDE, 2007) et une stratégie comportant d'une part un réexamen de leur pertinence et de leur apport en termes de solidarité, et d'autre part un financement mettant à contribution les ménages sur la base la plus équitable possible, c'est-à-dire plutôt en prélevant sur leurs

14. Accidents du travail, Fonds national d'aide au logement, versement transport, taxe d'apprentissage, participation à la formation continue et à l'effort de construction.

revenus pour la maladie ou la dépendance (et sur leurs salaires pour les retraites), que sur leur consommation.

### 3.3. Sous-emploi et fragmentation des statuts : le besoin de réexaminer l'efficacité de la couverture sociale

Ce besoin de recentrage du débat vaut également pour les adaptations à apporter à la protection sociale eu égard aux évolutions du marché du travail. Les déséquilibres persistants qui se sont développés depuis la fin des années 1970 se sont en effet traduits à la fois par la montée d'un haut niveau de chômage et par le développement de formes diverses de sous-emploi (temps partiel contraint, travail intermittent, stages, chômeurs découragés...) qui en constituent le « halo » et ont eu tendance à brouiller les frontières entre emploi, chômage et inactivité (Cézard, 1986). Ce brouillage s'est accompagné d'une diversification des statuts et des formes d'emploi (emplois temporaires, sous-traitance), traduisant une segmentation de plus en plus prononcée du marché du travail, et une différenciation marquée entre des trajectoires restant orientées vers la stabilité, et d'autres porteuses de déqualification ou d'instabilité (Freyssinet, 2006). Ces risques d'instabilité, qui apparaissent de plus en plus liés aux caractéristiques individuelles (âge, diplôme, mais aussi origine ethnique ou état de santé) (CERC, 2005) contribuent à entretenir un sentiment d'insécurité économique (Rigaudiat, 2005), renforcé par le fait que la polarisation de l'emploi au sein des ménages a eu tendance à s'accroître (la part des ménages où personne n'a d'emploi a doublé entre 1975 et 2002), et que les disparités des durées du travail annuelles sont un facteur majeur de pauvreté laborieuse (Ravel, 2005 ; CERC, 2006).

Ces modifications du fonctionnement du marché du travail ont bien sûr des conséquences en termes de couverture sociale. Certes, les prestations sociales continuent à jouer un rôle efficace d'amortisseur dans les périodes d'activité économique ralentie, contribuant à la stabilisation du revenu disponible des ménages, à travers non seulement les dispositifs liés à l'emploi (indemnisation du chômage, préretraites) ou à l'insertion, mais aussi l'ensemble des prestations sous conditions de ressources, qu'il s'agisse des minima sociaux, des aides au logement ou de certaines prestations familiales (Bechtel et Caussat, 2006 ; Boone et Gilles, 2006).

Ce rôle stabilisateur n'empêche pas la fragilisation du processus d'acquisition des droits sociaux dans un système où, en dépit de l'existence de mécanismes de compensation ou de solidarité, celle-ci reste pour une part significative liée aux périodes travaillées : le sous-emploi et la fragmentation du marché du travail remettent alors en cause l'efficacité même des mécanismes de couverture, nécessitant un réexamen

à la fois dans le domaine du chômage, des retraites et de la protection complémentaire santé.

En matière **d'indemnisation du chômage**, les conditions d'accès à l'indemnisation (avoir travaillé 6 mois dans les 22 derniers mois pour bénéficier d'une indemnisation de 7 mois, un dans les 23 derniers mois pour être indemnisé un an et 16 mois au cours des 26 derniers mois pour l'être pendant 23 mois), excluent ainsi les personnes en provenance de l'inactivité (primo-demandeurs ou personnes cherchant à reprendre un emploi) et surtout les titulaires de contrats très courts ou de contrats à durée limitée plus longs dont le chômage se prolonge. Et pour les chômeurs en fins de droits, l'accès à l'allocation spécifique de solidarité (ASS) nécessite d'avoir exercé une activité salariée pendant cinq ans au cours des dix dernières années. Ceci aboutit à ce que, compte tenu de l'instabilité croissante du marché du travail, environ 40 % des demandeurs d'emploi ne perçoivent pas d'allocation (12 % sont indemnisés par le régime de solidarité), les jeunes étant environ six sur dix à ne pas être couverts. Ces taux de couverture ont en outre beaucoup fluctué en fonction des problèmes d'équilibre financier du régime paritaire, la réforme des filières d'indemnisation intervenue en 2002 ayant conduit à une réduction de plus de 5 points de la proportion de chômeurs couverts par le régime d'assurance, avec une légère compensation du côté de l'ASS. Ceci a conduit une part croissante des chômeurs à basculer vers d'autres minima sociaux, le RMI (Nivière, 2006), l'API et dans certains cas l'AAH, dont les montants et les conditions d'indexation sont beaucoup moins favorables (Périer, 2006), laissant pendante la situation des jeunes de moins de 25 ans sans charge de famille.

En matière de **retraites**, la règle de calcul des pensions du régime général à partir du salaire des vingt-cinq meilleures années, au lieu des dix, implique que la pension peut se trouver réduite lorsque les « aléas de carrière » prennent la forme de périodes de travail à temps partiel contraint, ces périodes se répercutant en outre sur les points acquis au titre des régimes complémentaires (Colin et Mette, 2003). Les périodes de prolongation d'études ou d'inactivité jouent quant à elles principalement sur le nombre de trimestres cotisés, avec un risque de réduction du fait des mécanismes de décote (en cas de départ avant 65 ans) ou de proratisation en fonction de la durée de cotisation de référence (160 trimestres actuellement et 164 trimestres en 2012). La validation d'un trimestre à partir d'un minimum de 200 heures de travail rémunérées au SMIC se veut néanmoins assez favorable au travail intermittent, notamment pour les jeunes en période d'insertion. Toutefois, à 30 ans, 60 % des jeunes adultes de la génération 1970 n'avaient pas validé les 40 trimestres d'assurance leur permettant théoriquement de partir à 60 ans, et 10 % d'entre eux avaient validé moins de 20 trimestres (Burrigand et Kohler, 2005). Enfin, si les périodes de chômage indemnisé

donnent lieu à validation par les régimes de retraite (régime général comme AGIRC et ARRCO), les périodes de chômage non indemnisé ne sont prises en compte que dans la limite d'un an (après la cessation de l'indemnisation ou pour une première période de chômage non indemnisé). Ceci pose un problème majeur pour les chômeurs de longue durée et les Rmistés qui ne valident pendant ces périodes aucun droit à la retraite, et risquent alors de dépendre du filet constitué par le « minimum vieillesse ».

En effet, le minimum contributif du régime d'assurance vieillesse, que la réforme des retraites de 2003 a prévu d'ajuster pour garantir un niveau de pension égal à 85 % du SMIC, ne concerne que les salariés faiblement rémunérés ayant validé des carrières complètes à temps plein, et il est désormais prévu que ce minimum soit plus favorable pour les périodes cotisées que pour celles validées à d'autres titres (chômage par exemple) (Cour des Comptes, 2004; Conseil d'orientation des retraites, 2007).

Enfin, en matière de **couverture santé**, si l'accès à l'assurance maladie est universel pour les prestations en nature, il est assorti de certaines limites pour les prestations en espèces, et, surtout, les salariés temporaires et les chômeurs peuvent se trouver pénalisés en matière d'accès aux assurances maladie complémentaires. C'est en particulier le cas pour les protections complémentaires d'entreprise, dont un certain nombre prévoient des clauses d'ancienneté ou d'exclusion des salariés en contrat à durée déterminée. Si certaines mutuelles d'entreprise élargissent leur affiliation aux salariés de sous-traitants ou à d'anciens titulaires de CDD, la plupart s'en tiennent, en cas de perte d'emploi, aux obligations posées par la loi Evin de décembre 1989, à savoir proposer aux sortants une garantie identique à celles dont ils bénéficiaient précédemment, à un tarif qui peut être majoré jusqu'à un maximum de 50 % (et par définition sans contribution de l'employeur). Le relais doit donc souvent être pris par d'autres organismes, et pour les personnes qui ont les revenus les plus bas, par la CMU, mais à des conditions généralement beaucoup moins avantageuses.

Il est donc nécessaire de s'interroger sur le rôle potentiel de la protection sociale dans les propositions de « sécurisation des parcours professionnels » avancées, souvent sur des bases assez floues, à la suite des premiers travaux menés sous l'égide de Jean Boissonnat (Commissariat général du plan, 1995) et de l'Union européenne (Supiot, 1999). La plupart de ces réflexions concernent avant tout le régime du contrat de travail, les licenciements économiques, l'accompagnement et la formation des chômeurs (Méda et Minault, 2005; Dayan, 2006).

Il est néanmoins clair qu'en ce qui concerne la protection sociale, l'amélioration de la sécurité des travailleurs implique la reconnaissance de nouveaux besoins de couverture induits par les conditions de

fonctionnement du marché du travail, cette reconnaissance étant plutôt de nature à faciliter les adaptations économiques qu'à entraver la croissance et l'emploi.

Parmi les sujets de réflexion, figure en premier lieu la réforme de l'indemnisation du chômage, avec des questions comme le caractère pro-cyclique du système d'assurance, l'indemnisation des licenciés économiques, la modulation des contributions payées par les employeurs en fonction du recours aux emplois temporaires ou de l'ancienneté dans l'emploi, la participation des fonctionnaires au financement du régime, les incohérences et discontinuités entre les filières (Coquet et Sylvain, 2007) et l'indemnisation des jeunes et des salariés précaires. Devraient aussi être recherchées l'harmonisation des dispositifs d'insertion destinés aux chômeurs indemnisés et non indemnisés, et, de façon plus fondamentale, la coordination entre assurance, solidarité et minima sociaux. Du côté de la couverture maladie, sont principalement en cause l'ouverture des contrats complémentaires d'entreprise aux salariés de faible ancienneté ou ayant perdu leur emploi, l'inefficacité de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, qui ne parvient pas à atteindre son public potentiel (Franc et Perronin, 2007), et l'étendue des couvertures dentaire et optique dans le cadre de la CMU ou des contrats complémentaires les moins protecteurs. Du côté des retraites enfin, les principaux problèmes à traiter concernent la situation des chômeurs durablement non indemnisés (qui ne valident pas de droits à la retraite), la possibilité d'une compensation améliorée pour les périodes de travail à temps partiel, la garantie prévue pour les faibles retraites (qui, à travers le minimum contributif, ne concerne actuellement que les salariés ayant effectué une carrière complète), ainsi que les règles applicables aux poly-pensionnés, que la réforme de 2003 n'a harmonisées avec celles s'appliquant aux monocotisans que pour les régimes alignés sur le régime général, ce qui est de nature à pénaliser les mobilités professionnelles, et participe, comme la retraite des chômeurs, aux réflexions qui s'imposent sur l'égalisation des droits et la sécurisation des trajectoires.

#### 4. L'impact de la démographie et du vieillissement : inéluctable... mais aussi l'objet de choix collectifs

Ces problèmes de financement et d'adaptation des prestations sont à mettre en regard des incidences potentielles de la démographie et du vieillissement, dont l'impact sur les dépenses et l'équilibre financier de la protection sociale a parfois tendance à être présenté de façon « dramatisée ».

La Commission européenne calcule ainsi désormais, en s'appuyant sur les projections du Comité de politique économique, les efforts budgétaires (*tax gap*) nécessaires d'une part pour ramener la dette publique à 60 % du PIB en 2050 compte tenu des incidences financières projetées du vieillissement, et d'autre part pour permettre aux excédents budgétaires futurs de financer entièrement, dans une perspective intertemporelle, à la fois le coût de la dette actuelle et les dépenses supplémentaires liées au vieillissement (Commission européenne, 2006). Selon ces calculs, l'effort budgétaire à accomplir dès aujourd'hui en termes de solde primaire des administrations publiques serait dans le premier cas de 3,2 points de PIB et dans le second de 4 points ; ceci impliquerait de ne pas se contenter de limiter les déficits à un niveau permettant de stabiliser la dette, ce que permet d'ores et déjà un solde voisin de -2,5 points de PIB (Creel et Sterdyniak, 2006), mais de parvenir à des excédents budgétaires significatifs. Ceux-ci nécessiteraient, par leur ampleur, des ajustements immédiats, lesquels devraient avant tout reposer, si l'on en croit les préconisations de l'OCDE sur une limitation drastique des dépenses.

Or, si l'impact à attendre des évolutions démographiques est indéniable sur les dépenses sociales, les incertitudes sont nombreuses en la matière, et ce sont avant tout les choix collectifs qui en détermineront l'ampleur, ainsi que le financement plus ou moins solidaire.

Le vieillissement de la population française est bien sûr en lui-même inéluctable. Même si la révision récente des projections démographiques de l'INSEE ne conduit plus à anticiper à l'horizon 2050 de décroissance significative de la population d'âge actif, l'augmentation du taux de dépendance démographique sera importante et inévitable : les 60 ans et plus devraient représenter en 2050 de 65 à 73 % du nombre des habitants de 20 à 59 ans, et les 65 ans et plus de 48 à 54 % des habitants de 20 à 64 ans, soit des proportions en quasi doublement par rapport à 2005 (respectivement 38 et 25 %) (Robert-Bobée, 2006). La révision à la hausse de la fécondité et du solde migratoire, et toutes les variantes envisageables quant à l'évolution de ces deux facteurs ne peuvent en effet contrecarrer l'effet de l'allongement séculaire de l'espérance de vie (vieillesse par le haut) et de la « vague » correspondant à l'arrivée aux âges élevés des *baby-boomers* nés entre 1946 et 1964 (Héran, 2006).

#### 4.1. La question des retraites : niveau des pensions et âge de sortie d'activité

En ce qui concerne les retraites, ceci se retrouve bien sûr dans les variables-clé que sont le taux de dépendance économique et l'évolution du nombre des retraités, qui fondent les projections du Conseil d'orientation des retraites réactualisées en 2007. Celles-ci retiennent la variante

basse de la remontée des taux d'activité simulée par l'INSEE pour les 60-64 ans dans le cadre de ses projections de population active, ce qui correspond à un rapport entre actifs et inactifs de 60 ans et plus passant de 2,2 en 2005 à 1,3 en 2050, et à une augmentation d'environ 64 % du nombre total de retraités (28 % entre 2005 et 2020) (Coudin, 2006 ; COR, 2007). Sur ces bases, le besoin de financement global des régimes de retraites apparaît loin d'être impossible à financer par la collectivité, étant estimé à environ 0,7 point de PIB à l'horizon 2020 et 1,7 point en 2050. Il est clair toutefois que les incertitudes concernant le taux de chômage d'équilibre (estimé par le COR à 4,5 % en 2015 contre 7 % pour le Comité de politique économique européen) et l'évolution de la pension moyenne induisent en la matière une incertitude non négligeable.

Ces hypothèses sont surtout fondées sur des choix dont la pérennité doit être interrogée : indexation des pensions limitée aux prix et ne permettant donc pas aux retraités de bénéficier de l'amélioration générale du niveau de vie (une indexation des pensions sur les salaires nets conduirait à des besoins de financement supplémentaires de 3,6 points de PIB à l'horizon 2050), sensible diminution du rapport entre le niveau de vie des retraités et celui des actifs, qui atteindrait dans le scénario central 9 points d'ici 2020 et 18 points à l'horizon 2050 (Brun-Schammé et Rapoport, 2006). Elles supposent *a contrario* des changements de comportement de la part des entreprises et une amélioration des conditions de travail permettant effectivement aux salariés âgés de prolonger leur activité, à la fois après 60 ans et surtout entre 55 et 59 ans. Faute de quoi il est clair que les charges correspondantes se trouveraient transférées sur les régimes de chômage ou d'invalidité, ou que les risques de précarisation de la situation des retraités ayant des carrières incomplètes rendraient le système socialement non viable.

Les choix collectifs qui seront effectués en matière de niveau des retraites et d'activité des travailleurs âgés, et qui correspondent à de vrais arbitrages entre générations, seront donc aussi déterminants que l'effet direct du vieillissement. Et, eu égard aux projections actuelles, les besoins de financement pourraient s'avérer plus difficiles à assumer par la voie de prélèvements solidaires si des solutions ne sont pas trouvées pour prolonger de façon équitable et socialement acceptée l'activité des travailleurs âgés, ce qui suppose *a contrario* une prise en compte explicite et équivalente selon les secteurs des problèmes de santé et de pénibilité.

#### 4.2. Vieillesse et dépenses de santé : des incertitudes sur l'évolution des pratiques de soins

En matière de santé, les interrogations quant à l'impact qu'aura effectivement le vieillissement sur les dépenses sont encore plus marquées, et les choix collectifs en matière de pratiques médicales et de régulation

auront également un rôle prépondérant. Le constat incontournable est bien sûr celui de la croissance des dépenses avec l'âge, avec, selon la CNAM, des dépenses de soins supérieures de 2 à 2,5 fois entre 60 et 80 ans, et de plus de 3,5 fois au-delà, à ce qu'elles sont entre 40 et 50 ans (Polton et Sermet, 2006). L'impact « mécanique » du vieillissement devrait alors conduire, selon les estimations, à des dépenses supplémentaires de 1,5 à 1,8 point de PIB entre 2005 et 2030 et de 2,3 à 3 points à l'horizon 2050 (Commission européenne, 2006 ; Cornilleau, Hagneré et Ventelou, 2004), ce qui est important mais une nouvelle fois loin d'être impossible à financer avec un pouvoir d'achat des ménages croissant en moyenne de 1,8 à 2 % par an.

Les interrogations qui entourent ces évaluations ne peuvent toutefois être ignorées. À la baisse, joue l'idée qu'une partie de l'accroissement des dépenses avec l'âge est liée aux dépenses de la dernière année de la vie (l'augmentation des coûts dans le temps se trouverait alors repoussée par l'accroissement projeté de la longévité), et que l'on peut anticiper une « compression de la morbidité », aboutissant à ce que les gains d'espérance de vie soient des années de vie en bonne santé. À la hausse, joue au contraire l'idée que les progrès d'espérance de vie seront obtenus en soignant pendant de longues années des personnes atteintes de maladies chroniques prenant un tour plus ou moins sévère (scénarios dits « d'expansion de la morbidité » ou « d'équilibre dynamique »). Le profil des consommations de soins par âge évolue en outre avec les pratiques médicales et l'intensité des soins prodigués aux personnes âgées : sur la période 1992-2000, l'augmentation des dépenses de soins induite par la modification des pratiques à âge et morbidité donnés aurait ainsi été près de quatre fois supérieure à l'effet du changement de la structure d'âge de la population (Dormont, Grignon et Huber, 2006). Ceci reflète le fait que, d'une génération à l'autre, les personnes âgées ont de plus en plus accès aux innovations thérapeutiques, dont certaines leur sont spécifiquement destinées, avec des améliorations thérapeutiques qui peuvent être incontestables (chirurgie de la cataracte), ou moins avérées.

Enfin, et cette fois-ci pour relativiser l'impact du vieillissement, d'autres facteurs jouent sur la dynamique des dépenses de façon beaucoup plus substantielle. Il s'agit par exemple de la croissance de la richesse nationale, des prix relatifs des soins et produits de santé (jusqu'ici historiquement orientés à la baisse), du progrès technique, à la fois de productivité et surtout d'extension de gamme, de l'évolution de l'offre de soins (densité de professionnels, capacité des établissements), ainsi que, bien sûr, des modes de régulation du système et de l'effet à long terme des réformes. Il est clair à cet égard que les dépenses ont eu tendance à s'accroître plus rapidement dans les systèmes « à remboursement » comme en France que dans les modèles de soins publics intégrés (Royaume-Uni, Danemark, Suède), ou même dans les

systèmes où les médecins sont liés aux assureurs publics par des mécanismes de contractualisation (Pays-Bas) (Azizi et Pereira, 2005).

La « tendance autonome » des dépenses s'est toutefois ralentie depuis le milieu des années 1990 (Cornilleau, 2006), et la prolongation de ce mouvement est une question clé pour l'avenir : même si le vieillissement induit une part significative de l'évolution future des dépenses de santé, l'ampleur de cette dernière, et donc la possibilité d'en faire accepter un financement solidaire, dépendra largement de la façon dont les autres facteurs d'augmentation sont par ailleurs régulés. La question concerne notamment l'appréciation des pratiques de soins eu égard à leur rapport coût-efficacité, et plus globalement la mise en œuvre de régulations autres que celles faisant peser sur les assurés une part croissante des dépenses, sans que des priorités collectives aient été déterminées et la responsabilité des prescripteurs réellement engagée.

### 4.3. Dépendance et perte d'autonomie : quels choix de prise en charge ?

En matière de dépendance et de perte d'autonomie, le vieillissement de la population se traduira aussi bien sûr par des besoins importants de prise en charge, mais son impact dépendra également des décisions collectives quant à la façon de l'assurer. Il faut d'abord noter que les échéances sont en ce domaine plus tardives qu'en matière de retraites, dans la mesure où, après une première accélération attendue vers 2010, le nombre de personnes de plus de 80 ans augmentera surtout à partir 2025-2030. À partir des estimations évaluant le nombre de personnes âgées dépendantes (au sens des GIR 1 à 4 de la grille AGGIR<sup>15</sup>) entre 800 000 et un million en 1998-1999 (Colin, 2000), l'actualisation des projections réalisée en 2005 sous l'égide du Commissariat général du plan confirme d'abord l'interrogation que constitue la progression de l'espérance de vie sans incapacité, l'augmentation attendue pouvant varier de 200 000 à 370 000 entre 2005 et 2030 (Commissariat général du Plan, 2005).

Les choix sociaux concernant l'hébergement et la prise en charge de ces personnes seront également déterminants, selon que les politiques adoptées décident de privilégier beaucoup plus résolument le maintien à domicile, ou poursuivent les tendances actuelles en matière d'institutionnalisation des plus dépendants. De la même façon, l'évolution des taux d'encadrement en établissement, eu égard à la lourdeur des cas accueillis, et la place laissée à domicile aux aidants familiaux joueront fortement sur le nombre, le statut et le coût des emplois à créer, sachant que les frais de personnel représentent dans ce secteur

15. GIR : Groupes iso-ressources. AGGIR : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources.

environ 85 % des coûts totaux de prise en charge. Dans la mesure où le nombre d'aidants familiaux potentiels s'accroîtra moins que celui des personnes dépendantes, où l'on souhaite une amélioration de la qualité des prises en charge, et où les restes à charge des familles devront être limités parce qu'ils sont parfois difficilement supportables, il semble difficile d'imaginer une évolution des dépenses inférieure à 0,4 à 0,5 point de PIB d'ici 2030 (Gisserot et Grass, 2007). L'enjeu est là encore de les financer par la voie de prélèvements solidaires, l'option de l'assurance privée facultative se révélant à la fois économiquement et socialement peu pertinente.

Enfin, il faut noter que les évolutions démographiques sont aussi porteuses d'autres enjeux de fond pour la protection sociale. C'est bien sûr le cas pour les politiques familiales, mais aussi pour les politiques du logement. Les projections démographiques laissent en effet augurer une croissance du nombre de ménages supérieure à celle de la population, avec une diminution de leur taille moyenne liée à l'érosion des modes traditionnels de cohabitation, l'accroissement du nombre de célibataires et de divorcés, et l'augmentation du nombre de personnes âgées vivant seules à leur domicile (Jacquot, 2006). Ceci implique une adaptation à la fois quantitative et qualitative de l'offre de logements : volume, taille, coût en adéquation avec le nombre d'occupants, caractéristiques adaptées au vieillissement... qui, dans un contexte de fortes tensions sur le marché, n'est sans doute pas le moindre des problèmes en voie de se poser aux politiques sociales.

## 5. Le leurre d'une responsabilité financière reposant essentiellement sur les assurés

La volonté de pallier aux déséquilibres récurrents des comptes de la Sécurité sociale avait conduit dès les années 1970-1980 à des plans de redressement accroissant la participation financière des assurés, notamment, dans le domaine de la santé, à travers l'augmentation du ticket modérateur et la mise en place du forfait hospitalier. Depuis les années 1990-2000, les incitations financières sont davantage mises en avant, en écho à la diffusion des nouvelles théories du bien-être, comme un moyen de « responsabiliser les assurés » et en tant que principe structurel servant de guide aux réformes, ce qui n'exclut pas de les utiliser en cas d'urgence financière pour obtenir des ressources supplémentaires.

Ces incitations financières, positives ou négatives, ont pris des voies différentes dans les domaines des retraites, de la santé, du chômage et des minima sociaux. Les expériences passées et les propositions en débat montrent toutefois les limites d'un concept qui tend à faire peser

sur les assurés l'essentiel des ajustements, alors que, compte tenu des mesures adoptées, et en l'absence d'engagement à même hauteur de la responsabilité des autres acteurs du système (entreprises, professionnels de santé ou même collectivités publiques...), ils n'ont souvent pas la possibilité d'exercer effectivement leur liberté de choix : le terme de « responsabilisation » risque alors de se réduire, si celle-ci n'est pas partagée, à une mise à contribution financière problématique pour les ménages modestes, et de nature à entamer la solidarité du système.

### 5.1. Retraites : un pari qui dépend aussi des entreprises et de la prise en compte des problèmes de santé

Dans le domaine des retraites, les réformes de 1993 et de 2003 n'ont pas voulu remettre directement en cause le principe d'un départ possible à 60 ans, mais ont misé sur l'allongement de la durée de cotisation nécessaire pour bénéficier d'une retraite « à taux plein », avec le pari, dans le cas de la réforme de 2003, que les salariés pourraient réaliser un arbitrage entre leur âge de départ en retraite et le niveau de leur pension (Cornilleau et Sterdyniak, 2003).

La réforme Balladur, à travers la règle des vingt-cinq meilleures années pour le calcul du salaire annuel de référence et l'indexation des pensions sur les prix, a surtout joué sur la diminution des taux de remplacement des pensions du secteur privé : le maintien d'un taux de décote très élevé de 10 % par année de cotisation manquante avant 65 ans et l'absence d'avantage à travailler au-delà de la durée de cotisation correspondant au taux plein (160 trimestres à partir de 2003) laissent une place en principe réduite aux arbitrages individuels. Toutefois, parmi les salariés potentiellement concernés, et en dehors même du recours aux préretraites ou à l'invalidité, le report de l'âge de liquidation aurait été de moitié inférieur à l'impact attendu, révélant l'hétérogénéité des préférences ou des contraintes individuelles (Bozio, 2006).

La réforme Fillon de 2003 a quant à elle spécifiquement mis en avant ces possibilités d'arbitrage, en réduisant dans le secteur privé le taux de la décote à un niveau plus proche de la neutralité actuarielle (5 % par année manquante à partir de 2013), en étendant progressivement celle-ci à la fonction publique, et en instituant un mécanisme de surcote majorant la pension perçue de 3 % par année de travail au-delà du taux plein (taux porté en 2007 à 4 % au-delà d'un an et 5 % après 65 ans) (Mayeur, 2003). L'évaluation de ses effets potentiels est toutefois complexe, dans la mesure où ces nouvelles règles, qui vont dans des sens opposés, se couplent à l'allongement annoncé de la durée d'assurance donnant lieu à une retraite complète (41 ans en 2012, et 41 ans 3/4 en 2020) et, *a contrario*, à la mise en place d'une possibilité de



départ anticipé pour carrière longue pour les salariés ayant commencé à travailler avant 16 ou 17 ans.

Les simulations réalisées par l'INSEE à l'aide du modèle Destinie anticipent une augmentation marquée des taux d'activité après 60 ans, assortie d'un report sensible (+ 1,3 an) de l'âge de liquidation des actifs, plus prononcé pour les plus qualifiés et les fonctionnaires, tandis que les inactifs auraient au contraire tendance à l'avancer (Buffeteau et Godefroy, 2006; COR, 2007). Ce report potentiel est néanmoins assorti d'incertitudes importantes, car, si un tiers à la moitié des salariés âgés du secteur privé se disent prêts à moduler leur âge de départ en fonction des incitations financières, le départ à 60 ans reste très largement plébiscité, comme le montre l'accélération des départs intervenue depuis l'annonce des réformes, et les choix individuels sont aussi liés à d'autres facteurs personnels ou familiaux (Rapoport, 2006).

L'accroissement des taux d'emploi des travailleurs âgés, non seulement après 60 ans mais d'abord entre 55 et 59 ans, est en outre indispensable pour rendre acceptable et crédible l'augmentation annoncée de la durée de cotisation, sauf à envisager une diminution massive des pensions ou des « vases communicants » entre budgets sociaux posant au bout du compte les mêmes problèmes de financement. Or, le pari sur lequel repose la poursuite de la réforme des retraites apparaît à l'heure actuelle plus que problématique. La France demeure en effet, avec la Belgique et l'Italie, parmi les pays qui ont les plus faibles taux d'emploi des hommes de 55 à 59 ans (59 % en 2005 contre 67 % pour l'Union européenne à 15, et plus de 80 % au Danemark et en Suède) (Aliaga et Romans, 2006). Le taux d'emploi global des 55-64 ans s'est certes sensiblement accru depuis 5 ans (+ 8 points en moyenne), mais cela résulte avant tout d'un effet d'âge temporaire (la classe d'âge des 55-59 ans devenant plus nombreuse du fait des générations du *baby boom*), et de l'arrivée dans cette tranche d'âge de femmes ayant davantage travaillé que leurs aînées. En revanche, les comportements d'activité des hommes de plus de 55 ans apparaissent, à âge donné, stables depuis 1995 à un niveau sensiblement inférieur à celui de 1985 (Minni, 2007; Marioni, 2007).

C'est essentiellement par le biais des cessations anticipées d'activité que se fait l'éviction des seniors de l'emploi, avec des objectifs sociaux qui continuent pour une large part à être considérés comme légitimes. Les dispositifs qui y contribuent relèvent en effet de plusieurs systèmes institutionnels qui ont chacun leur légitimité propre : préretraites publiques pour réduire l'impact des licenciements économiques (ASFNE<sup>16</sup>) ou pour prendre en compte le cas des travailleurs ayant des conditions de travail particulièrement pénibles (CATS<sup>17</sup>) (Merlier,

16. ASFNE : allocation spéciale du fonds national de l'emploi.

17. CATS; Cessation d'activité de certains travailleurs salariés.

2006); prolongation de l'indemnisation à partir de 50 ans et dispenses de recherche d'emploi à partir de 55 ou 57,5 ans pour les chômeurs âgés ayant peu de perspectives de retrouver un emploi; recours, certes moins répandu qu'ailleurs en Europe, aux pensions d'invalidité et à l'allocation aux adultes handicapés, mais pour quand même près de 350 000 personnes de 55 à 59 ans (Barnay et Jeger, 2006); du côté du système de retraites, recours à la retraite pour inaptitude (Omnès, 2006), ouverture avant 60 ans des droits à pension dans la plupart des régimes spéciaux, et bien sûr possibilité de départ anticipé pour carrière longue instituée par la réforme Fillon au bénéfice des salariés ayant de longues durées de cotisation et ayant commencé à travailler très tôt.

Ces dispositifs ont sans conteste été utilisés dans le cadre d'un consensus entre employeurs et salariés pour permettre le retrait massif des travailleurs âgés du monde du travail et contribuer à en faire une « norme sociale », un départ précoce restant souhaité par la majorité des salariés âgés (Rapoport, 2006).

À cet égard, si le recours aux préretraites a largement diminué dans les années récentes, ne concernant plus qu'un peu plus de 100 000 bénéficiaires en 2005, le relais a été pris par les dispenses de recherche d'emploi (409 000 en 2004-2005 contre 276 000 en 1995), et les départs anticipés pour carrières longues (environ 110 000 nouveaux bénéficiaires en 2004 et 2005). Sans même y inclure l'invalidité, ces mesures concernaient fin 2005 plus de 680 000 personnes, ce qui avoisine les niveaux record du début des années 1980 où les plus de 60 ans étaient également concernés (Minni, 2007). Et la principale mesure de responsabilisation financière des employeurs, à savoir la contribution Delalande versée pour les licenciements de plus de 50 ans, s'est vue à terme remise en cause pour ses effets potentiellement dissuasifs à l'embauche (Benaghel, Crépon et Sédillot, 2004).

Face à cette situation, certains préconisent des mesures drastiques consistant non seulement à supprimer les préretraites et les dispenses de recherche d'emploi, mais encore à remettre en cause le principe même de la retraite à 60 ans, norme butoir qui rendrait non rentable tout investissement dans le recrutement ou la formation des travailleurs âgés (d'Autume, Betbèze et Hairault, 2006).

Le dilemme entre incitations au départ et protection des travailleurs en difficulté n'est toutefois pas facile à trancher, dans la mesure où, au-delà des incitations financières, les problèmes de santé et de conditions de travail jouent aussi fortement sur les comportements de départ. De nombreuses études ont ainsi montré le rôle d'un état de santé dégradé dans les sorties d'emploi, avec des mécanismes de fragilisation et de « sélection » qui ont pu commencer des années auparavant (Coutrot et Waltisperger, 2005; Barnay, 2005). L'effet de l'état de santé joue de façon très discriminante selon la catégorie sociale, avec des répercussions

particulièrement importantes pour les ouvriers. Une partie de ces problèmes de santé porte d'ailleurs la trace des conditions de travail antérieures, et l'inadaptation de celles-ci peut conduire à des processus d'« usure » trouvant leur aboutissement dans la cessation d'activité (Molinié, 2006). La pénibilité ressentie au travail (demande psychologique, absence de latitude décisionnelle, faible récompense reçue) a ainsi des liens étroits avec l'état de santé déclaré (Debrand et Lengagne, 2007), et les aspirations individuelles à poursuivre leur activité sont, chez les travailleurs européens de 50 à 59 ans, avant tout liées à leur satisfaction globale au travail et à la façon dont ils appréhendent leur état de santé (Blanchet et Debrand, 2007). Il importe donc de tenir compte de ces facteurs lorsque l'on réfléchit aux moyens d'accroître l'activité des travailleurs âgés, sans s'en tenir aux seules incitations financières.

En termes de politiques publiques, ceci implique une action combinée sur les anticipations des acteurs, et notamment des employeurs, sur la formation, sur les aides à l'emploi, sur les conditions de travail et sur la santé des salariés et des chômeurs. C'est la combinaison de ces différentes dimensions qui a marqué et permis le succès des politiques menées pour accroître l'emploi des seniors dans les pays d'Europe du Nord (Danemark et Finlande notamment) au cours des années 1990, avec notamment un accent important sur les programmes de formation et de requalification (Redor, 2003). Or, contrairement aux politiques de départs anticipés, ces actions sont forcément longues et difficiles, avec le risque qu'un abaissement des prestations servies aux retraités précoces et aux chômeurs âgés entraîne des conséquences sociales défavorables, notamment pour les moins qualifiés, si les pratiques d'emploi et la prise en compte des problèmes de santé ne sont pas parallèlement corrigées, et si la responsabilité, y compris financière, des employeurs, n'est pas parallèlement engagée.

## 5.2. Assurance maladie : des difficultés à cibler les dépenses non justifiées et à ne pas pénaliser les ménages modestes

La limitation, pour « responsabiliser les assurés », du remboursement des dépenses d'assurance maladie a fait de son côté l'objet de nombreuses études et expériences, montrant qu'elle ne peut être efficiente et équitable que dans des conditions précises, loin de caractériser l'ensemble des mesures récemment décidées ou en projet.

La mise en place d'incitations financières par le biais de mécanismes de copaiement (participation forfaitaire), de ticket modérateur (participation proportionnelle) ou de franchise est en effet une réponse classique à l'« aléa moral *ex post* » en matière de santé (Geoffard, 2000), c'est-à-dire au fait que la couverture complète du risque maladie peut inciter les assurés à des dépenses de soins trop élevées : n'ayant pas à

supporter directement les coûts qu'ils engendrent, ils ne seraient pas incités à limiter leur recours aux soins au « juste nécessaire », et à éviter les dépenses excédentaires lors de chaque « épisode de soins » (arrêts maladie prolongés, consultations et examens redondants ou inutiles, recours excessif aux consommations médicamenteuses...). Cet aléa moral peut alors avoir des conséquences « néfastes » en termes de bien-être collectif, malgré l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des soins que permet une assurance de niveau élevé (Grignon, 2002).

L'ensemble des études réalisées en France ou à l'étranger confirment l'impact de la couverture assurantielle sur les dépenses de santé individuelles, qu'il s'agisse de la célèbre expérimentation menée par la *Rand Corporation* (Chambaretaud et Hartmann, 2004), de l'analyse des franchises maladie applicables en Suisse (Geoffard, 2006) ou, dans le cas français, de l'estimation des déterminants de la consommation de soins.

Le fait de bénéficier d'une assurance complémentaire prenant en charge le ticket modérateur et parfois une partie des dépassements d'honoraires accroît ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, de près de 30 % les dépenses ambulatoires engagées par les individus, effet encore accru dans le cas de la CMU (Raynaud, 2005). Ces études ne permettent toutefois pas d'évaluer en quoi ces dépenses supplémentaires correspondent à des consommations inadéquates, ou permettent au contraire, comme dans le cas de la CMU, la solvabilisation d'une demande de soins utiles qui donnerait lieu, en cas de réduction de la couverture, à des renoncements pour raisons financières.

Or, l'utilisation à des fins de régulation des mécanismes de participation financière implique pour être efficace des conditions précises, qui en rend le maniement sujet à caution. Ils n'ont en premier lieu pas vocation à s'appliquer aux comportements de dépense dont les assurés ne sont pas responsables (par exemple le lien entre âge et santé), ainsi qu'aux risques importants et coûteux sur lesquels les assurés n'ont *ex post* guère de prise, ce qui recouvre notamment l'essentiel des hospitalisations et l'administration des médicaments associés à des maladies graves et/ou chroniques. Ils ne doivent pas non plus inciter à réduire des dépenses jugées utiles et efficaces, par exemple en matière de prévention, alors que les mises à contribution financière peuvent avoir en la matière un effet « aveugle », incitant à privilégier les dépenses dont l'utilité immédiate est la plus ressentie. Ils posent enfin, en l'absence de disposition correctrice, un problème d'équité, dans la mesure où l'élasticité de la demande de soins à son coût est plus élevée pour les ménages à bas revenus, qui peuvent alors renoncer des dépenses indispensables, alors même que leur état de santé est généralement plus dégradé (Dourgnon, Grignon et Jusot, 2001).

Ces grands principes sont globalement respectés dans le système de soins français, dans la mesure où le financement des dépenses hospi-

talières reste à plus de 92 % assuré par la Sécurité sociale, où le remboursement à 100 % des affections les plus graves (affections de longue durée, dites ALD) concentre une part croissante de dépenses d'assurance maladie (environ 60 %), permettant la prise en charge de dépenses dépassant en moyenne 7000 € par patient, et où la création de la CMU a permis de réduire, sans toutefois les éliminer, les renoncements aux soins de ses bénéficiaires (Fenina et Geffroy, 2006 ; HCAM, 2006 ; Vallier, Salanave et Weill, 2006 ; Raynaud, 2005).

Cependant, l'augmentation depuis les années 1980 du ticket modérateur et des dépassements dans le secteur ambulatoire (honoraires de médecins et de dentistes, médicaments hors ceux pris en charge au titre des ALD) conduit à s'interroger sur l'évolution du système, même si les taux de remboursement restent, y compris dans le secteur ambulatoire, globalement stables du fait de la progression des affections de longue durée (HCAM, 2007). Soit ces frais sont pris en charge par les couvertures complémentaires, dont le rôle est spécifique dans le système français, et ils n'ont alors pas d'incidence sur les comportements des assurés, autre que celle liée aux inégalités de couverture ; c'est ce qui a conduit la réforme de l'assurance maladie de 2004 à instituer des « contrats responsables », prévoyant des contributions non remboursables par les assurances complémentaires. Soit ces dépenses donnent lieu pour les patients à des restes à charge qui, du fait de leur caractère indifférencié, peuvent ne pas s'appliquer qu'à des « petits risques » ou à des dépenses susceptibles d'être réduites, et peuvent de ce fait avoir, notamment chez les ménages modestes, des conséquences préjudiciables en termes de santé immédiate ou future.

Certes, si l'on se réfère aux mesures adoptées ces dernières années, les déremboursements des médicaments à faible service médical rendu, la limitation du tiers payant aux seuls médicaments génériques, et la modulation des remboursements en fonction du respect de « parcours de soins » traduisent la recherche d'une « modulation fine » que l'analyse économique appelle de ses vœux (Drèze, 1997). *A contrario*, la hausse du forfait journalier hospitalier, l'introduction d'une contribution forfaitaire de 18 € sur les actes lourds, la participation forfaitaire de 1 € par consultation et, sur un autre plan, l'extension non maîtrisée des dépassements tarifaires (IGAS, 2007) et les effets de seuil liés à la CMU ne s'inscrivent guère dans cette logique. Surtout, les restes à charge peuvent représenter des sommes très élevées pour les patients conduits à d'importantes consommations de soins (même dans le cadre des ALD), suscitant l'idée de remplacer ce dispositif par un plafonnement des restes à charge, le cas échéant modulable en fonction du revenu (Bras, Grass et Obrecht, 2007), mais dont l'articulation avec l'intervention des assurances complémentaires paraît *a priori* difficile à trouver.

Même si un tel « bouclier » était mis en œuvre, l'extension de la participation financière des assurés, par exemple sous forme de franchise annuelle, continue à susciter des questions d'efficacité et d'équité, avec en particulier le risque de dissuader les « bien-portants » (et notamment les jeunes) d'effectuer des consultations et des examens de prévention, pourtant souhaités par la politique de santé publique, et qui sont pour une large part inclus dans la consommation de soins médicaux (Fenina, Geffroy, Minc, Renaud, Sarlon et Sermet, 2006).

De telles contributions financières ont donc un caractère aveugle qui peut rendre préférable, pour contrer le risque d'aléa moral, la définition précise des modes de recours aux soins jugés pertinents pour une prise en charge collective (panier des soins et bonnes pratiques), ainsi que la mise en place d'autorisations et de contrôles, tels que ceux pratiqués par l'assurance maladie pour les indemnités journalières.

Surtout, compte tenu des asymétries d'information prévalant dans le domaine de la santé, et qui concernent notamment la relation médecin-patient (Chambaretaud et Hartmann, 2004), l'efficacité de la régulation implique une responsabilisation financière qui inclut aussi et surtout les professionnels de santé. Or, la récente réforme de l'assurance maladie n'a pas aménagé, dans le cas de la médecine de ville, un mode de paiement à l'acte par nature inflationniste, supprimant même, pour le médecin traitant, la part de rémunération forfaitaire associée antérieurement au système du médecin référent (à l'exception du suivi des patients en affection de longue durée). Elle incite par ailleurs les médecins spécialistes à accueillir des patients « hors parcours de soins », en les autorisant dans ce cas à pratiquer des dépassements. La régulation du système risque donc, si le discours sur la maîtrise médicalisée n'est pas assorti d'incitations économiques pertinentes et, en matière de prescriptions, d'un mode de contractualisation plus ferme, d'en rester à une « impasse » (Geoffard, 2004), en faisant peser sur les patients, d'une façon qui n'est ni juste ni efficace, une part croissante des ajustements.

### 5.3. Chômage et minima sociaux : une focalisation excessive sur les trappes à inactivité et un besoin d'engagement des pouvoirs publics

La part croissante donnée aux mécanismes d'incitation financière dans la prise en charge des chômeurs et des titulaires de minima sociaux reflète enfin une polarisation des politiques sur les problèmes de trappe à chômage et à inactivité, dont l'importance n'est guère confirmée par les études empiriques, et qui risque de reléguer au second plan la question de l'engagement des collectivités publiques à proposer des solutions d'insertion à la fois globales et dans la durée.

Les problèmes de « trappe à chômage » ou « à inactivité » ont pris une place de plus en plus importante dans le débat social à partir des années 1990, à partir de cas types montrant que certains emplois faiblement rémunérés pouvaient se révéler moins rémunérateurs que les prestations de chômage ou d'assistance, du fait des réductions d'allocations et des majorations de contributions socio-fiscales dont ils s'accompagnent (Carone, Immermoll, Paturot et Salomäki, 2004). Ces analyses s'appuient également sur le calcul de taux marginaux d'imposition dans la zone des bas revenus, qui sont très élevés jusqu'à 0,6 ou 0,7 SMIC, et assortis de discontinuités marquées jusqu'aux environs de 2 SMIC. Ces taux montraient surtout, dans les années 1990, un « pic » dépassant 100 % à la sortie du RMI, et lié à la fois au caractère différentiel de la prestation et au mode de calcul des aides au logement et de la taxe d'habitation (Barnaud et Ricroh, 2005). Ces discontinuités sont en outre accrues par l'extrême diversité des aides locales, qui bénéficient largement aux ménages ayant des revenus proches du seuil des minima sociaux (Anne et L'Horty, 2002).

Ces approches, centrées sur les problèmes d'offre de travail, ont bien sûr des limites conceptuelles évidentes, dans la mesure où elles offrent une vision purement statique des gains de revenus associés au retour à l'emploi, et où elles considèrent toujours le renoncement au loisir comme une « désutilité », alors que le temps d'oisiveté a sans doute pour ceux qui en ont trop une valeur très faible (Pucci et Zajdela, 2006). Elles ne tiennent pas compte non plus des perspectives d'évolutions salariales, ni des éléments de valeur non financiers associés au travail, qu'il s'agisse du statut social, de l'identité professionnelle, du sentiment d'utilité et d'estime de soi ou des relations interpersonnelles nouées à cette occasion. La référence systématique à des rémunérations égales ou inférieures à un demi-SMIC pose en outre la question de la norme sociale d'emploi à laquelle on se réfère : accepte-t-on d'envisager ce type d'emplois comme des standards permanents d'activité pour les moins qualifiés, alors qu'ils ne permettent généralement pas de sortir de la pauvreté (Allègre et Périvier, 2005), ou les considère-t-on seulement comme des solutions d'insertion à caractère temporaire ?

Surtout, l'existence de réels freins financiers à la reprise d'emploi apparaît, au-delà de la mise en évidence de ces « trappes virtuelles », peu confirmée par les études empiriques. En ce qui concerne l'indemnisation du chômage, les prédictions de la théorie de la recherche d'emploi ne sont que très partiellement validées par les études françaises et étrangères. Si la durée du chômage semble dans certaines études varier positivement avec le montant des allocations, c'est toujours de façon faible, et l'impact de l'indemnisation sur les comportements de recherche d'emploi apparaît peu clair : à la liaison négative univoque entre indemnisation et efforts de recherche d'emploi s'oppose le fait que les allocations chômage peuvent aussi lever les obstacles financiers

à cette recherche (frais vestimentaires, de transport...), et améliorer l'efficacité de la prospection et la qualité des appariements sur le marché du travail (Algan, Cahuc, Decreuse, Fontaine et Tanguy, 2006).

Les principales évaluations portant sur les bénéficiaires du RMI jettent un doute encore plus vif sur le rôle des trappes à chômage ou à inactivité en ce qui concerne leurs perspectives de retour à l'emploi (Guillemot, Petour et Zajdela, 2002). Il faut d'abord noter que les trajectoires des Rmistes sont très hétérogènes, et que les allocataires de la fin 2004 étaient environ 30 % à occuper un emploi dix-huit mois plus tard (Pla, 2007). Parmi eux, certains (13 %) ne sont pas sortis du dispositif, et leurs parcours se caractérisent souvent par des allers et retours sur le marché du travail, plutôt que par des sorties définitives telles que les envisagent les approches dichotomiques de la reprise d'emploi.

Les emplois qu'ils occupent sont en outre majoritairement à temps partiel et, comme l'a montré une étude réalisée sur les allocataires de 1996-1998, ils les ont fréquemment acceptés avec des salaires très faibles (dans 73 % des cas moins de 3000 francs par mois — soit 457 euros). Dans un tiers des cas, ceux-ci n'apportent même guère d'amélioration à leur situation financière, ce qui semble plutôt illustrer le risque de « trappe à pauvreté » que de « trappe à chômage » (Collin, Guillemot, Petour et Zajdela, 2002; Julienne, 2004). Quant aux allocataires restés inscrits au RMI entre 2004 et 2006 et n'ayant pas d'emploi, environ 63 % d'entre eux continuent à en rechercher activement un, et les principaux obstacles qu'ils invoquent sont, non pas le manque d'intérêt financier, mais l'absence de formation adaptée, ainsi que les difficultés de transport et les problèmes de santé. Les Rmistes au chômage ont à cet égard généralement des exigences salariales limitées, deux tiers d'entre eux demandant au plus le SMIC horaire comme « salaire minimal de réserve » (Rioux, 2001). Quant aux allocataires ayant renoncé à l'activité (environ un tiers), ils ont souvent plus de 50 ans, et ce renoncement est fréquemment lié, pour les plus jeunes à des problèmes de disponibilité familiale (un tiers des cas), ou encore une fois à des problèmes de santé (40 % des cas). L'idée de trappe à chômage « fonctionne » donc relativement mal pour les chômeurs et les Rmistes, et la légitimité des mesures visant à rendre le travail plus rémunérateur est davantage à rechercher du côté de l'équité et de la justice distributive que des incitations à l'emploi, dans une société qui peut considérer comme justifié de rémunérer suffisamment le travail (L'Horty, 2006).

Empruntant sans doute aux deux motivations, les réformes qui se sont multipliées depuis les années 1990 se sont largement focalisées sur les incitations financières, avec à la fois des formes de pénalisation, et surtout la mise en place de mécanismes d'incitation ayant également une portée redistributive. Dans la première rubrique, on peut citer la dégressivité des allocations chômage introduite entre 1992 et 2001, qui visait, outre des objectifs financiers, à inciter à des sorties d'indemni-

sation plus précoces avant la fin de droits. Faisant l'objet d'une évaluation pour le moins mitigée (Dormont, Fougère et Prieto, 2001), elle a été remplacée à partir de 2001 par des programmes successifs d'accompagnement personnalisé des chômeurs, assortis d'aides à l'emploi. On peut également mentionner la sous-indexation des minima sociaux, qui, à l'exception de la prime de Noël et d'une revalorisation exceptionnelle en janvier 1999, est restée limitée aux prix : ceci a conduit à un décrochage marqué du RMI et de l'API par rapport au salaire minimum, lequel a atteint pour une personne seule près de 15 points entre 1990 et 2005 (Périer, 2006).

Du côté des incitations, figurent au contraire les mécanismes temporaires d'intéressement, dont l'extrême instabilité a nui à la compréhension et l'efficacité, et d'autre part, à partir de 2001, les réformes des aides au logement et de la taxe d'habitation, et la montée en charge de la prime pour l'emploi (PPE). Ces trois réformes ont eu à la fois des objectifs d'incitation et de redistribution, à un moment où la diminution de l'impôt sur le revenu conduisait à rechercher des compensations pour les ménages à revenus modestes ou moyens.

C'est leur impact redistributif qui a été le plus sensible, la réforme des aides au logement ayant fortement bénéficié aux ménages des deux premiers déciles de niveau de vie, tandis que la prime pour l'emploi a eu un impact plus diffus, principalement vers les ménages du deuxième au cinquième décile, mais aussi dans 30 % des cas vers ceux se situant dans la moitié supérieure de la distribution (INSEE, 2005 ; Jacquot, 2000 ; Courtioux et Lapinte, 2003). En termes d'incitations, ces réformes ont contribué à lisser la courbe des taux marginaux d'imposition et à assortir les reprises d'emploi, à temps plein comme à mi-temps, d'un supplément de revenu incontestable la première année, cet avantage se réduisant à partir de la deuxième année pour les emplois à mi-temps (Hagneré et Trannoy, 2001). La réforme des aides au logement y a pris une part importante, mais la prime pour l'emploi reste largement questionnée pour sa complexité, son caractère diffus, le décalage entre sa perception et celle des revenus d'activité (conduisant à des problèmes pour les salariés qui ont entre-temps perdu leur emploi), et le fait que la progression de ses bénéficiaires soit davantage liée à des effets de seuil qu'à une amélioration de l'activité des ménages concernés (Cour des comptes, 2005 ; Barnaud et Bescond, 2006). Alors que certains la trouvent insuffisante, la concentration opérée depuis 2003 sur les emplois à temps partiel (environ 30 % des bénéficiaires, mais avec un minimum à 0,3 SMIC) est en outre discutée, dans la mesure où, si elle permet effectivement de mieux cibler les travailleurs pauvres, elle constitue une subvention permanente à ce type d'emplois, avec le risque d'y inciter également certaines femmes en couple et d'entretenir des « trappes à bas salaires » (Fugazza, Le Minez et Pucci, 2003 ; Périer, 2005).

Ce bilan conduit donc à s'interroger, au moment où le projet de « revenu de solidarité active » (RSA) veut accroître de façon pérenne, pour faciliter l'insertion des allocataires du RMI, les avantages perçus par les titulaires d'emplois à temps très partiel faiblement rémunérés (Commission Familiales, Vulnérabilité, Pauvreté, 2005). La polarisation sur les incitations financières à l'emploi née des raisonnements sur les trappes à chômage ou à inactivité peut en effet faire oublier les autres difficultés, largement plus pénalisantes, rencontrées par les chômeurs et les allocataires de minima sociaux en matière de santé, de logement, de transport ou de garde d'enfants. Celles-ci impliquent une conception élargie de la notion d'« activation » (Elbaum, 2006), sortant d'une vision dichotomique du retour à l'emploi, et visant une réinsertion de qualité dans la durée. La question clé est à cet égard, à l'image des politiques mises en œuvre dans les pays scandinaves, celles des engagements souscrits non seulement par les bénéficiaires de prestations, mais aussi de façon réciproque par les collectivités publiques pour leur proposer des solutions d'emploi, de formation ou de réinsertion. Et les moyens de suivi et d'accompagnement nécessaires impliquent sans doute d'autres priorités budgétaires que le seul intéressement financier à la reprise d'emploi.

## 6. Universalité ou ciblage, individualisation ou familialisation : des questions à l'actualité renouvelée

Deux derniers aspects sont enfin sujets à débat permanent lorsque l'on s'interroge sur l'évolution de la protection sociale : celui de l'universalité ou du ciblage des prestations d'une part, celui de l'individualisation ou de la familialisation du système socio-fiscal d'autre part. Ces questions, traditionnelles, et qui opposent entre eux les différents modèles d'États-providence, ont pris en France une nouvelle acuité avec les prestations en faveur du handicap et de la dépendance, l'idée de moduler les remboursements maladie en fonction du revenu, les perspectives de réforme des avantages conjugaux et familiaux en matière de retraite et les projets visant à favoriser l'autonomie des jeunes.

### 6.1. Universalité ou sélectivité des prestations : éviter de réduire le champ des mécanismes de solidarité

Les choix des pays européens sont, comme on le sait, différents en matière d'universalité ou de ciblage des prestations sociales, en fonction des conceptions et des traditions qui fondent leur système de protection sociale. Si certains d'entre eux privilégient des prestations

universelles, d'autres ont davantage recours à des allocations sous conditions de ressources, qui peuvent induire une sélection plus ou moins forte des bénéficiaires et se rapprochent dans certains cas d'un « filet de sécurité » minimum. C'est le cas en Irlande et au Royaume-Uni, où les prestations soumises à conditions de ressources représentaient à la fin des années 1990 environ 20 % du total des dépenses de protection sociale. Au contraire, la Suède et le Danemark en comptent une part très réduite (5 % ou moins), tandis que les pays continentaux et méditerranéens se partagent entre des proportions faibles (Belgique, Autriche, Luxembourg mais aussi Italie) ou moyennes (Allemagne, France, Pays-Bas, mais aussi Espagne et Grèce avec 9 à 13 %) (Math, 2003).

En dehors des dépenses de retraite et de santé généralement peu sélectives, les prestations familiales apparaissent peu ciblées dans les pays scandinaves, très fortement dans les pays du Sud et en Irlande, où elles sont en outre peu élevées, et assez fortement au Royaume-Uni, mais aussi en France et en Allemagne (avec plus d'un tiers des prestations sous conditions de ressources).

Cette sélectivité différente des systèmes de protection sociale conduit à des mécanismes d'action eux-mêmes différenciés : alors que les transferts universels réduisent les inégalités de revenus et diminuent le taux de pauvreté, les transferts ciblés sur les plus défavorisés ont surtout un impact sur son intensité, c'est-à-dire sur le niveau de revenu des personnes dont les revenus demeurent en deçà du seuil de pauvreté (Cohen-Solal et Loisy, 2001).

En France, les prestations sous conditions de ressources restent globalement circonscrites à environ 12 % de l'ensemble des prestations de protection sociale, mais 35 % de celles afférentes à la famille et la quasi-totalité de celles liées au logement (Bechtel, Bourgeois, Caussat, Duée, Lebourg et Levrey, 2006). Elles ont eu tendance à se développer au cours des trente dernières années afin de répondre, avec des coûts limités, à de nouveaux besoins ou des déficits du système de couverture (CMU, RMI). Le débat s'est en outre étendu à des prestations jusqu'à universelles, avec l'expérience avortée de la mise sous conditions de ressources des allocations familiales en 1998, et l'idée souvent avancée de moduler le ticket modérateur des remboursements maladie en fonction des ressources des assurés.

Si le « ciblage » des prestations sociales ne recouvre pas toujours une sélectivité uniquement liée à des critères de ressources, cette dernière peut elle-même revêtir plusieurs formes. Les allocations différentielles versées au-dessous d'un certain niveau de revenu et modulées en fonction de ce dernier (comme le RMI ou l'API) en restent certes l'archétype, mais il peut aussi s'agir de prestations uniformes dont l'accès est réservé aux revenus inférieurs à un certain seuil (complément familial, allocation de rentrée scolaire, prime de naissance ou

d'adoption.), ou au contraire d'allocations dont la décision de versement est indépendante du revenu, mais le montant variable en fonction de ce dernier (allocation personnalisée d'autonomie, compléments de libre choix de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)). Le niveau des conditions de ressources peut par ailleurs largement changer la nature de la prestation, entre une sélectivité limitée quand le plafond est relativement élevé (complément familial, allocation de base de la PAJE), et un « filet de sécurité minimum » qui est le propre des minima sociaux (Math, 1996). La concentration des prestations sur les ménages modestes est donc un élément d'appréciation important, qui joue par exemple fortement pour les aides au logement, même si ce sont les prestations familiales sans condition de ressources qui leur apportent le supplément de revenu le plus substantiel (INSEE, 2006).

Le recours au ciblage des prestations en fonction des ressources est le plus souvent motivé par la volonté de répondre aux problèmes spécifiques de certaines populations défavorisées, (comme la difficulté à acquérir une couverture complémentaire maladie), et par la recherche, à coût financier donné, d'une efficacité « maximale » en termes de redistribution verticale et de lutte contre la pauvreté (Math, 1995; Borgetto, 2003). Un argument fréquemment invoqué est aussi d'éviter l'« effet Mathieu », consistant à donner davantage à ceux qui ont déjà, c'est-à-dire à accorder des avantages sociaux plus élevés aux classes moyennes qu'aux plus pauvres : c'est ce débat qui est notamment régulièrement mis en avant à propos du quotient familial, de la prise en charge des frais de garde d'enfants à domicile, ou même de l'impact diffus de la prime pour l'emploi au-delà des troisième ou quatrième décile de revenus. L'objectif plus ou moins affiché peut aussi être de réduire le coût d'un nouveau dispositif, voire des prestations existantes, en cherchant à la fois à éviter l'augmentation des prélèvements obligatoires et à échapper aux incidences sociales défavorables de telles mesures sur les ménages à bas revenus, qui rendraient ces limitations inacceptables. C'est clairement dans cette dernière optique que s'est inscrit en 1998 le débat sur la mise sous conditions de ressources des allocations familiales, dont l'économie attendue a finalement été reportée sur le plafonnement du quotient familial.

La question est par ailleurs revenue dans l'actualité à plusieurs reprises à partir des années 2000. Outre l'exemple déjà mentionné de la prime pour l'emploi, une date importante a été celle de la création de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) qui, à une forme d'universalisation de ce type de couverture, a préféré un dispositif spécifique centré sur les ménages à bas revenus, et qui bénéficie actuellement à environ 4,9 millions de personnes. Des formules successives d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire ont tenté de surmonter les effets de seuil liés à la CMUC, mais avec un succès très limité, y compris pour la dernière aide instituée

par la loi d'août 2004 (ACS<sup>18</sup>) (environ 240 000 bénéficiaires fin 2006) (Fonds CMU, 2007).

L'institution de la prestation d'accueil du jeune enfant en 2004 a, quant à elle, relativement peu modifié les principes d'accès aux aides à la garde d'enfants, à l'exception du relèvement de plus d'un tiers du plafond de ressources de l'allocation de base attribuée jusqu'aux trois ans de l'enfant, qui conduit à ce qu'environ neuf dixièmes des familles en bénéficient désormais. Le complément « de libre choix d'activité » reste quant à lui attribué sans condition de ressources (même si de par son caractère forfaitaire, il intéresse surtout les familles à faibles revenus), et le complément « libre choix du mode de garde » est soumis à une condition de revenu minimum d'activité.

En matière de handicap et de dépendance, l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) mise en place en 2001 et la prestation de compensation du handicap instituée par la loi de février 2005 sont en principe accessibles sans condition de ressources, mais la prise en charge des plans d'aide qu'elles contribuent à financer varie en fonction des revenus des bénéficiaires (de 10 à 100 % dans le cas de l'APA). L'allocation aux adultes handicapés reste quant à elle un minimum social, doté depuis 2005 d'un complément permettant de porter à 80 % du SMIC les ressources des allocataires dans l'incapacité de travailler. Les pensions d'invalidité demeurent, elles, calculées sur la base de critères assurantiels, en fonction du salaire moyen antérieur, mais peuvent être complétées par une allocation supplémentaire si elles sont inférieures à un minimum de ressources (c'est le cas pour un pensionné sur cinq). Cette diversité de principes et de modalités pose bien sûr question dans la perspective de la création d'un « cinquième risque » consacré à la perte d'autonomie, qui revient régulièrement d'actualité (Lechevalier et Ullmo, 2001), et a déjà trouvé, avec la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), un gestionnaire potentiel. Enfin, en matière d'assurance maladie, la modulation du ticket modérateur en fonction des ressources, elle aussi périodiquement prônée pour limiter la croissance tendancielle des dépenses, semble désormais associée à la mise en place de franchises de remboursement, dont il s'agirait le cas échéant d'atténuer l'impact à l'aide d'un plafonnement des restes à charge.

Or, les problèmes soulevés par une extension de la sélectivité des prestations sont importants, et susceptibles de mettre en question la notion de « solidarité » au sein du système de protection sociale. Outre les effets potentiellement désincitatifs liés aux effets de seuil et aux mécanismes d'allocation différentielle, sont habituellement relevés le risque d'erreur de ciblage et d'inadaptation aux besoins, et le développement du « non recours » de la part de personnes potentiellement

éligibles, mais méconnaissant leurs droits ou dissuadées par les démarches nécessaires pour les faire valoir : ces deux défauts caractérisent par exemple l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire au-delà du seuil de la CMU, qui laisse une participation financière élevée à la charge de ses bénéficiaires et donne lieu à un non recours important (Franc et Perronin, 2007). S'y ajoutent les coûts administratifs et la complexité de la gestion des prestations (erreurs, problèmes d'indus...), les risques de fraude et les problèmes de vérification des ressources eu égard aux situations familiales déclarées, qui sont par exemple aigus pour l'allocation de parent isolé (API), ainsi que les difficultés d'adaptation à des situations familiales ou professionnelles de plus en plus mouvantes, comme l'a montré la gestion de la PPE. Certaines de ces prestations peuvent également être associées à des processus de stigmatisation, leur bénéfice se muant en une « désignation » ou en un « statut d'assisté », qui peut susciter des problèmes de reconnaissance sociale, comme l'illustrent les enquêtes réalisées auprès des allocataires de minima sociaux (Julienne, 2004), ou les difficultés rencontrées par les bénéficiaires de la CMU auprès de certains professionnels de santé (Chadelat, 2006).

Le problème essentiel posé par la sélectivité des prestations est toutefois plus globalement celui de la légitimité du système de protection sociale et des prélèvements qui permettent de le financer. En effet, l'exclusion des classes moyennes et supérieures du bénéfice de certains dispositifs peut conduire celles-ci à ne plus les soutenir et à être de plus en plus réticentes à les financer. Il en résulte souvent de la part des gouvernements un écrêtage ou une non-revalorisation de ces prestations, qui les font évoluer vers un filet de sécurité de plus en plus « minimal », et conduisent à ce que les plus modestes ne bénéficient que marginalement des améliorations générales du niveau de vie, ce qu'illustre par exemple le mode d'indexation des minima sociaux. Au contraire, les prestations à vocation universelle semblent recevoir, notamment lorsqu'elles reposent sur des mécanismes d'assurances sociales, davantage de soutien politique, et se révèlent de ce fait souvent plus avantageuses, y compris pour les plus pauvres.

Les comparaisons internationales montrent ainsi que les prestations universelles des pays du Nord ont un effet plus protecteur vis-à-vis de la pauvreté que les dispositifs ciblés des pays anglo-saxons, qui s'apparentent davantage à une protection minimale. Les dispositifs d'assurance sociale semblent par ailleurs avoir été, dans les années 1990, moins « vulnérables » aux périodes d'austérité que les prestations sous conditions de ressources, surtout dans les pays où ces systèmes se sont développés sur des bases « corporatistes » (Nelson, 2007).

C'est cette question socio-politique qui est principalement en cause dans le cas des prestations handicap-dépendance ou de l'assurance maladie, dont les effets redistributifs sont par ailleurs avérés (Causat,

18. ACS : Aide complémentaire santé.

Le Minez et Raynaud, 2005) : il y a, par exemple, un risque à ce que des franchises de remboursement dont ne seraient exemptés que les titulaires de bas revenus conduisent à terme davantage de cotisants à se tourner vers les assurances privées, notamment pour leurs dépenses de prévention, et les rendent réticents à financer une assurance maladie publique, dont les ressources se trouveraient alors mises en question, avec l'extension d'un système de soins « à deux vitesses ». Des limites devraient donc être posées au processus de segmentation de la protection sociale, en tant qu'instrument de participation et de cohésion de la société dans son ensemble.

## 6.2. Individualisation ou familialisation du système socio-fiscal : de la retraite des femmes aux droits des jeunes et des enfants

La prise en compte des solidarités familiales pour le calcul des prestations et des impôts donne également lieu à un traitement différent selon les pays européens et fait l'objet de discussions en France, suscitées notamment par les mouvements féministes, les représentants des jeunes ou des étudiants, et les partisans de systèmes du type « allocation universelle ».

La question concerne essentiellement trois types de dispositifs : (i) les prestations de solidarité soumises à conditions de ressources, (ii) les retraites qui donnent lieu à des avantages familiaux (majoration de durée d'assurance pour les femmes ayant élevé des enfants, assurance vieillesse des parents au foyer, bonifications de pension pour les assurés ayant élevé trois enfants) et à des droits dérivés sous la forme de pensions de réversion, et (iii) l'impôt sur le revenu (quotients conjugal et familial) ; au contraire, les prestations maladie (sauf la CMU), l'indemnisation du chômage (sauf l'allocation de solidarité spécifique) et, du côté des prélèvements, les cotisations sociales et la CSG sont en France d'ores et déjà individualisées ou universelles.

Le principal argument avancé en faveur de l'individualisation des droits sociaux et de l'imposition séparée est la reconnaissance de la situation individuelle des femmes, indépendamment de leur position de conjointe et des revenus perçus par l'autre membre du couple (Lanquetin, Letablier et Périvier, 2004). La familialisation ferait en effet référence à un modèle dépassé de spécialisation des activités, où les revenus professionnels sont essentiellement apportés par l'homme, où les femmes sont inactives ou travaillent à temps partiel, et où leurs revenus sont largement dépendants de ceux de leur conjoint. Elle a en outre pour effet de favoriser les couples mono-actifs et d'être désincitative à la reprise ou à l'accroissement d'activité de la part de femmes susceptibles de gagner moins que leur conjoint. Elle constitue enfin, en matière de prestations de solidarité, une incitation à la fraude (deux

individus à faibles ressources perçoivent davantage qu'un ménage), qui nécessite des contrôles inadaptés à l'évolution des mœurs et à la « mobilité » des situations conjugales. En ce qui concerne les jeunes, la familialisation des prestations et de l'accès aux bourses, combinée à l'exclusion du RMI des moins de 25 ans sans charge de famille, ne permet pas de leur reconnaître un droit financier à l'autonomie indépendamment du revenu de leurs parents, ce qui contribue à maintenir leur dépendance vis-vis de leur famille et peut mettre certains jeunes en rupture familiale dans des situations difficiles (de Foucauld et Roth, 2002).

Les arguments qui s'opposent à l'individualisation des droits sociaux et de l'impôt sur le revenu consistent au contraire à estimer que les solidarités familiales doivent être prises en compte pour évaluer l'équité verticale et horizontale du système de redistribution. Il s'agit ainsi de prendre acte du fait qu'une grande partie des personnes vivent en famille et partagent leurs ressources, ce qui ne peut être ignoré par une redistribution sociale et fiscale satisfaisante, même s'il peut y avoir des doutes sur le contenu précis de ce partage. Les quotients conjugal et familial de l'impôt sur le revenu s'interpréteraient alors comme un élément d'équité horizontale traduisant le principe d'une imposition fondée sur les facultés contributives (Hugounenq, Périvier et Sterdyniak, 2002). Le système d'imposition à la française n'a, en outre, pas empêché la montée de l'activité des femmes, qui est parmi les plus élevées d'Europe, et dont la dynamique est essentiellement liée à d'autres facteurs (création d'emplois de services, aspirations sociales, systèmes de garde d'enfants au premier rang desquels l'école maternelle), et il peut d'un certain point de vue paraître justifié d'aider les familles mono-actives, dans la mesure où elles ont généralement de plus faibles ressources que ceux où les deux conjoints travaillent. Dans cette perspective, la généralisation de transferts sociaux individualisés ne serait au contraire pas équitable, la femme inactive d'un cadre supérieur ayant par exemple droit au RMI ou à une « allocation universelle », ce qui aboutirait à réduire la masse des prestations mobilisable pour les ménages pauvres et à dégrader la redistributivité du système (Sterdyniak, 2004). De la même façon, d'éventuelles allocations versées aux jeunes sans tenir compte des ressources de leur famille ne tiendraient pas compte du fait que ce sont les enfants des familles les plus favorisées qui prolongent le plus longtemps leurs études et entrent plus tardivement dans la vie professionnelle.

Enfin, la remise en cause des avantages familiaux et des droits à réversion dans les systèmes de retraite risquerait de réduire fortement le revenu des femmes âgées qui n'ont pas effectué des carrières complètes, et dont les droits propres sont d'un niveau limité (Brocas, 1998).



Une mesure affichée comme favorable aux femmes pourrait donc alors se retourner contre elles, tout du moins tant que l'égalité entre hommes et femmes n'est pas effectivement assurée sur le marché du travail, comme en matière de conciliation vie familiale-vie professionnelle.

C'est pourquoi les tenants de l'individualisation des droits sociaux plaident d'abord, en matière de droits à la retraite, pour une politique qui promeuve l'égalité entre hommes et femmes, à la fois dans l'emploi et dans la famille, en faisant de sa réussite la condition nécessaire d'une éventuelle modification du système. Certains mettent toutefois en avant le système allemand de « partage des droits à pension » acquis par le couple pendant la période du mariage, qui reconnaît des droits propres à la femme au foyer en vertu de sa participation au « fonctionnement économique du ménage », mais qui légitime au lieu de la remettre en cause la poursuite d'une division des tâches largement sexuée (Veil, 2007).

Au-delà de ces problèmes de principe, difficiles à trancher dans l'absolu et qui nécessitent plutôt une prise en compte fine et modulée dans le temps des évolutions sociales, certaines propositions en débat peuvent susciter des choix à horizon rapproché, impliquant des arbitrages de fait entre individualisation et familialisation.

C'était le cas du projet de fusion entre l'impôt sur le revenu (IRPP) et la CSG avancé pour faciliter le passage à l'impôt à la source, simplifier et rationaliser le système en supprimant les « niches fiscales » qui grèvent l'IRPP, et maintenir ou accroître la progressivité de l'ensemble, tout en permettant que celle-ci soit ressentie de façon « moins douloureuse ». Les logiques profondément différentes de ces deux impôts auraient obligé en cas de fusion à un choix « lourd », aboutissant, au-delà de la seule rationalisation, à transformer profondément le système actuel. Le choix d'un système totalement individualisé soulève comme on l'a vu des problèmes d'équité, tandis qu'un système familialisé romprait le lien entre CSG et cotisations salariés, dont elle est l'héritière, et donc la justification de son affectation au financement de la protection sociale, même pour des prestations essentiellement universelles et non contributives. Les évaluations réalisées montrent à cet égard que l'individualisation du système impliquerait des transferts de charges importants au détriment des familles. Ceux-ci pourraient être compensés par des mécanismes d'abattement individuel ou de crédit d'impôt forfaitaire pour charges familiales, qui permettraient de maintenir la redistribution vers les familles pauvres, mais continueraient à pénaliser les familles aisées. Quant à la familialisation, elle aurait pour avantage de faire bénéficier un certain nombre de ménages pauvres du mécanisme de la décote, mais d'en exclure des ménages des troisième et quatrième déciles de la distribution (Allègre, Cornilleau et Sterdyniak, 2007).

En matière de retraites, la diversité des avantages conjugaux et familiaux selon les régimes, jointe aux incohérences et au coût de ces dispositifs, en fait — même sans remise en cause au plan des principes — l'un des sujets de réflexion pour les réformes à venir. Une première question est par exemple de savoir si les bonifications non imposables de droits à pension accordées aux retraités ayant élevé trois enfants ne devraient pas être en partie redéployées pour soutenir le revenu des familles au moment où les enfants sont encore à charge, ou du moins réexaminées dans un sens plus égalitaire. Une deuxième piste concerne les majorations ou bonifications de durée d'assurance (MDA et AVPF), que l'on pourrait envisager de simplifier et de fusionner; la question se pose par ailleurs d'une harmonisation avec les règles applicables dans la fonction publique, et du maintien dans ce secteur de la possibilité de partir à la retraite après 15 ans d'activité pour les mères de trois enfants, dont on peut se demander si elle reste justifiée et équitable. Une troisième interrogation porte enfin sur les pensions de réversion, qui continuent à ne concerner que les conjoints mariés et qui peuvent désormais, suite à la réforme de 2003, être perçues sans condition d'âge. Or, la plupart des pays étrangers (sauf l'Italie) ont au contraire tendance à relever l'âge de perception de ces pensions et à ne les ouvrir aux conjoints plus jeunes que s'ils ont des enfants à charge, contrairement au système de réversion français qui ne prévoit pas de compensation spécifique pour les veuf(ve)s avec enfants (Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale, 2007; COR, 2007).

En ce qui concerne enfin les jeunes et les enfants, des réflexions plaident pour une réorientation de l'État-providence vers un État d'« investissement social » (Esping-Andersen, Gallie, Myles et Hemerijck, 2002), axé sur la nécessité d'investir prioritairement dans la jeunesse. Ceci consiste d'abord à donner une priorité systématique à la lutte contre la pauvreté des enfants, facteur de reproduction des situations d'exclusion, et à améliorer leurs conditions de garde, de socialisation et d'apprentissage. Un élément de cette stratégie est l'égalisation des situations entre les hommes et les femmes, permettant à celles-ci d'accéder dans de bonnes conditions au marché du travail, première et meilleure garantie contre la pauvreté des enfants (Méda et Périer, 2007; Adema et Whiteford, 2007). Elle implique également d'assurer un revenu minimum suffisant aux familles, d'investir massivement dans les services sociaux d'accueil et d'apprentissage collectifs, mais aussi sans doute de reconnaître des droits et avantages sociaux propres aux enfants, au-delà de ceux attribués à la famille. Ces propositions sont certes loin d'être entièrement novatrices, mais elles ont pour mérite d'envisager des voies de redéploiement, dont l'augmentation de l'activité des travailleurs âgés est une condition *sine qua non*.

Une telle orientation devrait en tout cas s'étendre, avec une urgence manifeste, aux jeunes adultes en cours d'insertion (Canoy, Carvalho,

Hammarlund, Hubert, Lerais et Melich, 2007), qui sont assez largement laissés de côté par le système français de transferts sociaux (Chambaz, 2001). On peut à cet égard douter que les formules de dotation en capital qui ont fait l'objet d'études récentes (Centre d'analyse stratégique, 2007) contribuent réellement à rétablir une égalité des chances, dont les atouts passent principalement par le capital culturel et social des parents (Allègre, 2007). Il ne fait néanmoins pas de doute que, sans se dédouaner par une « mesure miracle », des financements plus substantiels et sans doute multiformes devraient être consacrés à l'insertion sociale des jeunes, avec là encore de façon pragmatique, une mixité entre prestations individualisées et tenant compte des ressources familiales : indemnisation des périodes de chômage après des contrats courts, majoration et extension des bourses et, pour les plus aisés, mise en place de prêts à taux réduit pour financer leurs études, investissement massif dans des formules de logement abordables destinées non seulement aux étudiants mais aussi aux jeunes en emploi, droit pour ceux qui ont cessé leurs études à un retour rémunéré en formation après quelques années d'activité pour acquérir un supplément de qualification (la dotation prenant alors la forme d'un capital formation), développement à grande échelle d'un système d'aides spécifiques pour l'acquisition d'un ordinateur, l'obtention du permis de conduire ou la réalisation de projets d'ordre social ou professionnel.

## 7. Conclusion

Les contraintes financières et la complexité des évolutions de la protection sociale rendent souvent les choix opérés en ce domaine peu lisibles et accessibles au débat démocratique, avec la tentation pour les gouvernements de présenter leurs options comme inéluctables.

Cet examen des principales questions posées à notre système de protection sociale montre toutefois qu'une relecture peut en être faite à l'aune de la préservation des principes de solidarité qui sont aux fondements même du système, et que les idées de « responsabilité individuelle » ont tendance à battre en brèche. Le maintien d'une référence à ces principes pour guider les évolutions et les réformes futures n'est, contrairement à ce que d'aucuns prétendent, ni impossible ni irréaliste compte tenu des perspectives financières à long terme. Cette orientation implique d'une part des responsabilités partagées au-delà des seuls assurés, et d'autre part un mode de régulation qui ne se contente pas de colmater les brèches financières « à l'année l'année » en transférant les charges d'un acteur à l'autre de façon peu maîtrisable. Il importe que cette régulation parte d'une analyse de fond des risques qui doivent, du point de vue de la solidarité nationale, être socialisés, et de leur mode de gestion et de financement optimal.

## Références bibliographiques

- ADEMA W. et P. WHITEFORD, 2007 : « What Works Best in Reducing Child Poverty : a Benefit or Work Strategy? », *OECD social, employment and migration Working paper*, n° 51, mars.
- ALGAN Y., P. CAHUC, B. DECREUSE, F. FONTAINE et S. TANGUY, 2006 : « L'indemnisation du chômage : au-delà d'une conception désincitative », *Revue d'économie politique*, n° 3, mai-juin.
- ALIAGA C. et F. ROMANS, 2006 : « L'emploi des seniors dans l'Union européenne », *Statistiques en bref, Population et conditions sociales*, n° 15.
- ALLÈGRE G., 2007 : « Les inégalités en héritage », *Lettre de l'OFCE*, n° 284, mars.
- ALLÈGRE G., G. CORNILLEAU et H. STERDYNIK, 2007 : « Vers la fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG ? », *Revue de l'OFCE*, n° 101, avril.
- ALLÈGRE G. et H. PÉRIER, 2005 : « Pauvreté et activité : vers quelle équation sociale ? », *Lettre de l'OFCE*, n° 262, juin.
- ALLONIER C., S. GUILLAUME et T. ROCHEREAU, 2006 : « Enquête santé et protection sociale 2004 : premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, n° 110, juillet.
- ANNE D. et Y. L'HORTY, 2002 : « Transferts sociaux locaux et retour à l'emploi », *Économie et statistique*, n° 357-358.
- ARNOULD M.-L., S. PICHETTI et M.-O. RATTIER, 2007 : « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005 », *Études et résultats*, n° 575, mai.
- ATKINSON A., 2004 : « The Future of Social protection in a Unifying Europe », KELA, mimeo.
- ATKINSON A., 2002 : « European Welfare States and Global Competition », mimeo, Nuffield College, Oxford.
- AUGRIS N., 2007 : « L'épargne retraite en 2005 », *Études et Résultats*, n° 585, juillet.
- AZIZI K. et C. PEREIRA, 2005 : « Comparaison internationale des dépenses de santé, une analyse des évolutions dans sept pays », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 1.
- BARNAUD L. et G. BESCOND, 2006 : « Analyse des bénéficiaires de la PPE », *Diagnostics, Prévisions et Analyses économiques*, n° 109, mai.
- BARNAUD L. et L. RICROH, 2005 : « Les taux marginaux d'imposition : quelles évolutions depuis 1998 », *Diagnostics, Prévisions et Analyses économiques*, DGTPÉ, n° 63, mars.

- BARNAY T., 2005 : « Santé déclarée et cessation d'activité », *Revue française d'économie*, volume XX, octobre.
- BARNAY T. et F. JEGER, 2006 : « Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ? », *Études et résultats*, n° 492, mai.
- BECHTEL J., A. BOURGEOIS, L. CAUSSAT, M. DUÉE, N. LÉBOURG et P. LEVREY, 2006 : « Les comptes de la protection sociale en 2005 », *Documents de travail de la Drees, Série Statistiques*, n° 104, décembre.
- BECHTEL J. et L. CAUSSAT, 2006 : « La protection sociale : des fluctuations conjoncturelles aux tendances structurelles », *Données sociales*.
- BELLAREDJ F., O. DOUARD, M.-L. POUCHADON, A. VÉRÉTOUT et J. ZAFFRAN, 2006 : « L'action sociale des communes de taille moyenne », *Études et résultats*, n° 530, octobre.
- BENAGHEL L., B. CREPON et B. SEDILLOT, 2004 : « Contribution Delalande et transitions sur le marché du travail », *Économie et statistique*, n° 372.
- BÉNARD Y., J.-B. NICOLAS et B. DELPAL, 2006 : *Rapport du groupe de travail sur l'élargissement de l'assiette des cotisations employeurs de sécurité sociale*, La Documentation française, Paris.
- BLANCHET D., 1996 : « La référence assurantielle en matière de protection sociale : apports et limites », *Économie et Statistique*, n° 291-292.
- BLANCHET D. et T. DEBRAND, 2007 : « Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne », *Document de travail Insee*, G2007/03
- BOONE L. et C. GILLES, 2006 : « Une évaluation du rôle stabilisateur des revenus de remplacement en France », *Dossiers solidarité et santé*, n° 4.
- BORGETTO M., 2003 : « Identification, problèmes et enjeux du ciblage, un état des lieux de la question », *Informations sociales*, n° 108.
- BORGETTO M., 2003 : « Le droit de la protection sociale dans tous ses états », *Droit social*, n° 6, juin.
- BOZIO A., 2006 : « Les réformes des retraites de 1993 et 2003 vont-elles conduire à un allongement des carrières professionnelles ? », *Docweb du CEPREMAP*, n° 0605, avril.
- BRAS P.-L., 2004 : « Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ? », *Droit social*, n° 11, novembre.

- BRAS P.-L., E. GRASS et O. OBRECHT, 2007 : « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge », *Droit social*, n° 4, avril.
- BROCAS A.-M., 1998 : « L'individualisation des droits sociaux », in : Irène Théry, *couple, filiation et parenté aujourd'hui, le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*, Rapport à la ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au Garde des sceaux, ministre de la Justice, Éditions Odile Jacob, Paris.
- BRUN-SCHAMMÉ A. et B. RAPOPORT, 2006 : « Projection des besoins de financement à long terme de la branche vieillesse à l'aide de la maquette de projection tous régimes de la DREES », *Dossiers Solidarité-santé*, n° 3.
- BUFFETEAU S. et P. GODEFROY, 2006 : « Prospective des départs en retraite pour les générations 1945 à 1975 », *Données sociales*.
- BURRICAND C. et F. KOHLER, 2005 : « Débuts de vie professionnelle et acquisition de droits à la retraite », *Études et résultats*, n° 401, mai.
- CANOY M., G. CARVALHO, C. HAMMARLUND, A. HUBERT, F. LERAI et A. MELICH, 2007 : « Investing in Youth : from Childhood to Adulthood », *Horizons stratégiques*, n° 4, avril.
- CARONE G., H. IMMERMOLL, D. PATUROT et A. SALOMÄKI, 2004 : « Indicators of Unemployment and Low-Wage Traps (Marginal effective tax rates on employment income) », *OECD social, employment and migration Working paper*, n° 18, mars.
- CASTEL R., 2003 : *L'insécurité sociale, Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Éditions du Seuil et La République des idées, Paris.
- CASTEL R., 1996 : *Les métamorphoses de la question sociale, Une chronique du salariat*, Fayard.
- CAUSSAT L., M. HENNION, P. HORUSITZKY et C. LOISY, 2005 : « Les transformations du financement de la protection sociale et leurs incidences économiques », *Dossiers Solidarité et santé*, n° 3, juillet-septembre.
- CAUSSAT L., S. LE MINEZ et D. RAYNAUD, 2005 : « L'assurance maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ? », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 1.
- CENTRE D'ANALYSE STRATÉGIQUE, 2007 : *Les dotations en capital pour les jeunes*, Rapports et documents, n° 9, La Documentation française, Paris.
- CERC, 2005 : *Aider au retour à l'emploi*, La Documentation française, Paris.

- CERC, 2004 : *Les enfants pauvres en France*, La Documentation française.
- CÉZARD M., 1986 : « Le chômage et son halo », *Économie et statistique*, n° 193-194, novembre-décembre.
- CHADELAT, J.-F., 2006 : *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, Rapport pour Monsieur le ministre de la Santé et des Solidarités, novembre.
- CHAMBARETAUD S. et L. HARTMANN, 2004 : « Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles », *Revue de l'OFCE*, n° 91, octobre.
- CHAMBAZ C., 2000 : « Les jeunes adultes en Europe », *Études et résultats*, n° 90, novembre.
- CHARDON O., 2001 : « Les transformations de l'emploi non qualifié depuis vingt ans », *Insee Première*, n° 796, juillet.
- CHASTENET B. et F. TRESPÉUX, 2006 : « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2005 », *Études et résultats*, n° 514, août.
- CNAF, 2007 : « Travaux de prospective sur l'environnement de la politique familiale », *Dossiers d'études*, n° 93, juin.
- COHEN-SOLAL M. et C. LOISY, 2001 : « Transferts sociaux et pauvreté en Europe », *Études et résultats*, n° 104, février.
- COLIN C., 2000 : « Le nombre de personnes âgées dépendantes », *Études et Résultats*, n° 94, décembre.
- COLIN C. et C. METTE, 2003 : « Impact des différents aléas de carrière sur les retraites : inactivité, chômage, travail à temps partiel », *Retraite et société*, n° 40, octobre.
- COLIN C., D. GUILLEMOT, P. PETOUR et H. ZAJDELA, 2002 : « Le retour à l'emploi des allocataires du RMI : les enseignements de l'enquête sur le devenir des personnes sorties du RMI », *Dossiers Solidarité et santé*, n° 1, janvier-mars.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, 2005 : « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes », *Les Cahiers du CGP*, n° 11, septembre.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN, 1995 : *Le travail dans vingt ans*, Rapport de la Commission présidée par Jean Boissonnat, Odile Jacob, Paris.
- COMMISSION EUROPÉENNE, 2006 : « The Impact of Aging on Public Expenditure: Projections for The EU 25 Member States on Pensions, Health Care, Long-term Care, Education and Unemployment Transfers (2004-2050) », *European Economy*, Special Report, n° 1.

- COMMISSION EUROPÉENNE, 2006 : « The Long-term Sustainability of Public Finance in the European Union », *European Economy*, n° 4.
- COMMISSION FAMILLES, VULNÉRABILITÉ, PAUVRETÉ, 2005 : *Au possible nous sommes tenus, la nouvelle équation sociale*, Rapport de la commission présidée par Martin Hirsch, avril.
- CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES, 2007 : « Niveau de vie, réversion et divorce », Note du Secrétariat général, *mimeo*, juin.
- CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES, 2007 : « Évolution des droits familiaux et conjugaux en matière de retraites : éléments de réflexion », Note du Secrétariat général, *mimeo*, février.
- CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES, 2007 : *Retraites, questions et orientations pour 2008*, Quatrième rapport, La Documentation française.
- CONSEIL D'ORIENTATION POUR L'EMPLOI, 2006 : *Rapport au Premier ministre relatif aux aides publiques*, février.
- CONSEIL DE L'EMPLOI, DES REVENUS ET DE LA COHÉSION SOCIALE, 2006 : *La France en transition, 1993-2005*, La Documentation française, Paris.
- COQUET B. et A. SYLVAIN, 2007 : « L'indemnisation du chômage : éléments pour une réforme », *Sociétal*, 1<sup>er</sup> trimestre.
- CORNILLEAU G., 2007 : « La santé, entre difficultés financières et risques de dégradation qualitative » in : Fitoussi J.-P. et Laurent É. (dir.), *France 2012, E-book de campagne à l'usage des citoyens*, OFCE.
- CORNILLEAU G., C. HAGNERÉ et B. VENTELOU, 2004 : « Assurance maladie : soins de court terme et traitement à long terme », *Revue de l'OFCE*, n° 91, octobre.
- CORNILLEAU G. et H. STERDYNIK, 2003 : « Réforme des retraites : tout miser sur l'allongement de la durée de cotisation ? », *Lettre de l'OFCE*, n° 237, mai.
- COUDIN E., 2006 : « Projections 2005-2050, des actifs en nombre stable pour une population âgée toujours plus nombreuse », *Insee Première*, n° 1092, juillet.
- COUPET M. et J.-P. RENNE, 2007 : « Effet de long terme des réformes fiscales dans une maquette à plusieurs types de travailleurs », *Documents de travail de la DGTPE*, n° 2007/1, janvier.
- COUR DES COMPTES, 2005 : « L'efficacité et la gestion de la prime pour l'emploi » in : *Rapport public 2005*.
- COUR DES COMPTES, 2004 : « Les dispositifs de solidarité au sein des régimes de retraite », in : *Rapport sur la Sécurité sociale*.

- COURTIOUX P. et A. LAPINTE, 2003 : « L'impact redistributif des réformes socio-fiscales récentes sur les bas revenus : l'exemple de la prime pour l'emploi », *Dossiers Solidarité et santé*, n° 3.
- COUTROT T. et D. WALTISPERGER, 2005 : « L'emploi des seniors souvent fragilisé par des problèmes de santé », *Premières Synthèses*, DARES, n° 08.1, février.
- CREEL J. et H. STERDYNIK, 2006 : « Faut-il réduire la dette publique ? », *Lettre de l'OFCE*, n° 271, janvier.
- DANG A. et H. ZAJDELA, 2007 : « Fondements normatifs des politiques d'activation : un éclairage à partir des politiques de la justice », *Document de travail du Centre d'études de l'emploi*, n° 83, avril.
- DANIEL C. et C. TUCHSZIRER, 1999 : *L'État face aux chômeurs*, Flammarion, Paris.
- D'AUTUME A., J.-P. BETBÈZE et J.-O. HAIRAUT, 2006 : *Les seniors et l'emploi en France*, Rapport du Conseil d'analyse économique, La Documentation française.
- DAYAN J.-L., 2006 : « Contours et enjeux de la Sécurité sociale professionnelle », *Note Lasaire*, n° 10, novembre.
- DEBRAND T. et P. LENGAGNE, 2007 : « Pénibilité du travail et santé des seniors en Europe », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 120, mars.
- DE FOUCAULD J.-B. et N. ROTH, 2002 : *Pour une autonomie responsable et solidaire*, Rapport au Premier ministre, La Documentation française, Paris.
- DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, 2006 : *Présentation des mesures d'exonération de cotisations et contributions et de leur compensation*, Annexe 5 au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007.
- DORMONT B., D. FOGÈRE et A. PRIETO, 2001 : « L'effet de l'allocation unique dégressive sur la reprise d'emploi », *Économie et statistique*, n° 343.
- DORMONT B., M. GRIGNON et H. HUBER, 2006 : « Health Expenditure Growth : Reassessing the Threat of Aging », *Working paper, mimeo*, juillet.
- DOURGNON P., M. GRIGNON et F. JUSOT, 2001 : « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé, une revue de littérature », *Questions d'économie de la santé*, n° 43, décembre.
- DRÈZE J., 1997 : « Sur la spécificité économique des soins de santé », *Économie et Prévision*, n° 129-130.
- DUTHEIL N., 2002 : « L'action sociale des communes, Premiers résultats », *Études et résultats*, n° 195, octobre.

- DWORKIN R., 1981 : « What is Equality ? », *Philosophy and Public Affairs*, n° 10.
- ELBAUM M., 2006 : « La notion d'activation, une pluralité de sens peu utile pour l'action », in : *Travailler pour être intégré ?*, sous la direction de Ai-Thu Dang, Jean-Luc Outin et Hélène Zajdela, CNRS Editions, Paris.
- ELBAUM M., 2007 : « Inégalités sociales de santé et santé publique: des recherches aux politiques », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol.55, n° 1, février.
- ERHEL C. et H. ZAJDELA : « Que reste-t-il de la théorie du chômage de Keynes ? », *Revue d'analyse économique*, vol. 79, n° 1-2, mars-juin.
- ESPING-ANDERSEN G., D. GALLIE, J. MYLES et A. HEMERIJCK, 2002 : *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press.
- EUROSTAT, 2007 : *Taxation Trends in the European Union, Main Results*, Eurostat Statistical books.
- EWALD F., 1986 : *L'État providence*, Grasset.
- FENINA A. et Y. GEFFROY, 2006 : « Comptes nationaux de la santé 2005 », *Document de travail de la DREES*, n° 100, juillet.
- FENINA A., Y. GEFFROY, C. MINC, T. RENAUD, E. SARLON et C. SERMET, 2006 : « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », *Études et résultats*, n° 504, juillet.
- FENINA A. et Y. GEFFROY, 2006 : « Comptes nationaux de la santé 2005 », *Document de travail de la DREES, Série Statistiques*, n° 100, juillet.
- FERRERA M., 2007 : « The European Welfare State, Golden Achievements, Silver Prospects », *Urge Working paper*, n° 4.
- FLEURBAEY M., 2006 : « Solidarité, égalité, libéralisme », in : *Repenser la solidarité, l'apport des sciences sociales*, sous la direction de Serge Paugam, Collection Le lien social, PUF, chap. 3.
- FLEURBAEY M., 2001 : « Quelques réflexions sur la mesure des inégalités et du bien-être social » in : *Les inégalités économiques*, Rapport du Conseil d'analyse économique, La Documentation française.
- FONDS CMU, 2007 : *Rapport n°III d'évaluation de la loi CMU*, janvier.
- FRANC C. et M. PERRONIN, 2007 : « Aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS », *Questions d'économie de la santé*, avril.
- FRANCESCANI C., M. PERRONIN et T. ROCHEREAU, 2006 : « La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garantie des contrats

- selon les catégories de salariés et le secteur d'activité », *Questions d'économie de la santé*, n° 112, septembre.
- FRASER N., 2005 : *Qu'est-ce que la justice sociale ? Reconnaissance et redistribution*, Éditions La Découverte, Paris.
- FREYSSINET J., 2006 : « L'emploi » in : *Le travail et l'emploi en France, état des lieux et perspectives*, La Documentation française, Paris.
- FREYSSINET J., 2004 : *Le chômage*, Collection Repères, Editions La Découverte, Paris.
- FUGAZZA M., S. LE MINEZ et M. PUCCI, 2003 : « L'influence de la PPE sur l'activité des femmes en France », *Économie et prévision*, n° 160-161.
- GAUTIE J., 2003 : « Marché du travail et protection sociale : quelles voies pour l'après-fordisme ? », *Esprit*, novembre.
- GEOFFARD P.-Y., 2004 : « La réforme de l'assurance maladie confrontée à la théorie économique en santé », *SEVE*, automne.
- GEOFFARD P.-Y., 2000 : « Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral », *Économie et Prévision*, n° 142.
- GEOFFARD P.-Y., 2006 : *La lancinante la réforme de l'assurance maladie*, Collection du CEPREMAP, Éditions Rue d'Ulm.
- GISSEROT H. et E. GRASS, 2007 : *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix*, La Documentation française, Paris.
- GRIGNON M., 2002 : « Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral *ex post* en santé », *Questions d'économie de la santé*, n° 53, juin.
- GUILLEMOT D., P. PETOUR et H. ZAJDELA, 2002 : « Trappe à chômage ou trappe à pauvreté : quel est le sort des allocataires du RMI ? », *Revue économique*, vol. 53, n° 6, novembre.
- HAGNERÉ C. et A. TRANNOY, 2001 : « L'impact conjugué de trois ans de réformes des trappes à inactivité », *Économie et Statistique*, n° 346-347, 6/7.
- HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, 2007 : *Rapport annuel 2007*, juillet.
- HENRIET D. et J.-C. ROCHET, 1998 : « Les justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé », *Économie publique*, n° 2.
- HÉRAN F., 2006 : *Le temps des immigrés, essai sur le destin de la population française*, Seuil, La République des idées.

- HORUSITZKY P., 2005 : « L'évolution de la législation relative au financement de la protection sociale depuis 1980, *Dossiers Solidarité et santé*, n° 3, juillet-septembre.
- HUGOUNENQ R., H. PÉRIVIER et H. STERDYNIAC, 2002 : « Faut-il individualiser l'impôt sur le revenu ? », *Lettre de l'OFCE*, n° 216, février.
- IGAS, 2007 : *Évaluation de la loi n°2003-1200 du 18 décembre 2003 décentralisant le RMI et créant le RMA*, Rapport de synthèse, novembre 2006.
- IGAS, 2007 : *Les dépassements d'honoraires médicaux*, Rapport présenté par P. Aballéa, F. Bartoli, L. Esclous et I. Yeni, avril.
- INSEE, 2006 : « Vue d'ensemble » in : *France, Portrait social*, Collection Insee-Références.
- INSEE, 2005 : « 2000-2003 : une période de réformes du système de redistribution », Vue d'ensemble, *France Portrait social*, Édition 2004-2005.
- JACQUOT A., 2006 : « Des ménages toujours plus petits, Projection de ménages pour la France métropolitaine à l'horizon 2030 », *Insee Première*, n°1106, octobre.
- JACQUOT A., 2000 : « La réforme des aides au logement dans le secteur locatif », *Recherches et Prévisions*, n° 62.
- JEGER F., 2005 : « L'Allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003 », *Études et résultats*, n° 372, janvier.
- JOIN-LAMBERT M.-T. et alii., 1997 : *Politiques sociales*, Presses de Sciences po et Dalloz, Paris.
- JULIENNE K., 2004 : « La situation des personnes défavorisées et les politiques de lutte contre l'exclusion : un bilan des études récentes », *Dossiers Solidarité et santé*, n° 3, juillet-septembre.
- LAFORE R., 2004 : « La décentralisation de l'action sociale, l'irrésistible ascension du département providence », *Revue française de affaires sociales*, n° 4, octobre-décembre.
- LANQUETIN M.-T., M.-T. LETABLIER et H. PÉRIVIER, 2004 : « Acquisition des droits sociaux et égalité entre les femmes et les hommes », *Revue de l'OFCE*, n° 90, juillet.
- LE BIHAN B., C. MARIN et T. RIVARD, 2006 : « L'organisation du RMI et de son volet insertion dans neuf départements depuis la décentralisation », *Études et résultats*, n° 535, novembre.
- LECHEVALIER A. et Y. ULLMO, 2001 : « La réforme de la protection sociale du risque dépendance, les enjeux économiques et sociaux », *Revue de l'OFCE*, n° 77, avril.

- LE CLAINCHE C., 2007 : « Assurer l'égalité des chances pour les jeunes adultes », *Connaissance de l'emploi*, n° 41, avril.
- LHOMMEAU B., 2005 : « Les perspectives salariales des « bas salaires » dans les années 1990 » in : *Les salaires en France*, Collection Insee Références.
- L'HORTY Y., 2006 : « Dix ans d'évaluation des exonérations sur les bas salaires », *Connaissance de l'emploi*, n° 24, janvier.
- L'HORTY Y., 2006 : *Les nouvelles politiques de l'emploi*, Collection Repères, Éditions La Découverte, Paris.
- L'HORTY Y., 2007 : « Des hausses du SMIC en trompe-l'œil entre 1999 et 2006 », *Connaissance de l'emploi*, n° 43, juin.
- MALINVAUD E., 1998 : *Les cotisations sociales à la charge des employeurs : analyse économique*, Rapport du Conseil d'analyse économique, La Documentation française, Paris.
- MARICAL F. et T. DE SAINT POL, 2007 : « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *Insee Première*, n° 1142, juin.
- MARIONI P., 2007 : « Colloque Age et travail, emploi et travail des seniors : des connaissances à l'action, Synthèse des principales données sur l'emploi des seniors », *Document d'études de la DARES*, mars.
- MASSON A., 2002 : « Forces et faiblesses des solidarités comme anti-marché », in : *Solidarités familiales en question*, D. Debordeaux et P. Strobel (eds.), LGDJ, Paris, p. 143-182.
- MATH A., 2003 : « Cibler les prestations sociales et familiales en fonction des ressources, Eléments de comparaison européenne », *Revue de l'IRES*, n° 41, 2003/1
- MATH A. 1996 : « La notion de sélectivité d'une prestation et sa mesure », *Économie et Prévision*, n° 122.
- MATH A., 1995 : « Sélectivité ou universalité ? La question de la mise sous conditions de ressources des allocations familiales », *Revue belge de Sécurité sociale*, n° 1, 1<sup>er</sup> trimestre.
- MAYEUR P., 2003 : « La loi du 21 août 2003 », *Regards sur l'actualité*, La Documentation française, n° 295, novembre.
- MÉDA D. et H. PÉRIER, 2007 : *Le deuxième âge de l'émancipation*, Le Seuil, Collection la République des idées, Paris.
- MÉDA M. et B. MINAULT, 2005 : « La sécurisation des trajectoires professionnelles », *Document d'études de la DARES*, n° 107, octobre.

- MERLIER R., 2006 : « Les dispositifs de préretraite publique en 2005 : poursuite du repli », *Premières Informations*, DARES, n° 52.1, décembre.
- MERRIEN F.-X., 2002 : « États-providence en devenir, une relecture critique des recherches récentes », *Revue française de sociologie*, n° 43-2.
- MINNI C., 2007 : « Emploi et chômage des 50-64 ans en 2005 », *Premières Informations*, DARES, n° 07.4, février.
- MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, 2007 : *Rapport d'information sur les pensions de réversion*, présenté par MM. Domeizel et Leclerc, sénateurs.
- MOLINIÉ A.-F., 2006 : « La santé au travail des salariés de plus de 50 ans », *Données sociales*.
- NELSON K., 2007 : « L'universalisme ou le ciblage : la vulnérabilité de l'assurance sociale et de la protection du revenu minimum sous condition de ressources dans 18 pays, 1990-2002 », *Revue internationale de sécurité sociale*, vol.60, n° 1.
- NIVIÈRE D., 2006 : « Les allocataires de minima sociaux en 2005 », *Études et résultats*, n° 539, novembre.
- OCDE, 2007 : *Perspectives économiques*, n° 81, mai.
- OCDE, 2006 : *Taxing wages*.
- OCDE, 2006 : *Statistiques des recettes publiques des pays membres de l'OCDE*.
- OFCE, 2003 : « Débat sur les allègements de cotisations sociales sur les bas salaires », *Revue de l'OFCE*, n° 85, avril.
- OMNÈS C., 2006 : « Hommes et femmes face à la retraite pour inaptitude de 1945 à aujourd'hui », *Retraite et société*, n° 49, octobre.
- PALIER B., 2006 : « Les politiques de réformes dans les États providence bismarckiens », *Revue française des affaires sociales*, n° 1.
- PALIER B., 2005 : *Gouverner la sécurité sociale*, Collection Quadrige, PUF.
- PARENT A., 2001 : « Protection sociale, croissance et inégalités : vieux débats, nouvelles réponses » in : *Les inégalités économiques*, Rapport du Conseil d'analyse économique, La Documentation française.
- PELLET R., 2006 : « Les lois de financement de la Sécurité sociale depuis la loi organique du 2 août 2005 », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 1, janvier-février.
- PÉRIER H., 2006 : « Quel sort pour les allocataires de minima sociaux ? », *Lettre de l'OFCE*, n° 273, mars.

- PÉRIVIER H., 2005 : « La prime pour l'emploi : pour qui, pourquoi ? », *Droit social*, n° 12, décembre.
- PERROT A., 1992 : *Les nouvelles théories du marché du travail*, Collection Repères, Éditions La Découverte, Paris.
- PIERSON P., 2001: *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press University Press.
- PLA A., 2007 : « Sortie des minima sociaux et accès à l'emploi, premiers résultats de l'enquête de 2006 », *Études et résultats*, n° 567, avril.
- POLTON D. et C. SERMET, 2006 : « Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 5-6.
- PUCCI M. et H. ZAJDELA, 2006 : « Les bénéficiaires du RMI ont-ils besoin d'incitations financières ?, Une remise en cause des trappes à inactivité », in : *Travailler pour être intégré ?*, sous la direction de Ai-Thu Dang, Jean-Luc Outin et Hélène Zajdela, CNRS Éditions, Paris.
- RAPOPORT B., 2006 : « Les incitations financières influent-elles sur les intentions de départ en retraite des salariés de 55 à 59 ans ? », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 3.
- RAPOPORT B., 2006 : « Les intentions de départ à la retraite des salariés du privé âgés de 54 à 59 ans », *Études et résultats*, n° 478, mars.
- RAVEL C., 2005 : « 1975-2002 : la part des ménages sans emploi a doublé », *Insee Première*, n° 998, janvier.
- RAWLS J., 1987, [1971] : *Théorie de la justice*, Seuil, Paris.
- RAYNAUD D., 2005 : « Les déterminants individuels des dépenses de santé, l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance complémentaire », *Études et résultats*, n° 378, février.
- REDOR D., 2003 : « Comparaison des politiques d'incitation à l'emploi des salariés âgés au Danemark, en Finlande et en Suède », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, octobre-décembre.
- RÉMY V., 2006, « Les politiques d'allègements de cotisations sociales employeurs », *Travail et emploi*, n° 106, janvier-mars.
- RIGAUDIAT J., 2005 : « À propos d'un fait social majeur, la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques », *Droit social*, n° 3, mars.
- RIoux L., 2001 : « Salaire de réserve, allocation chômage dégressive et revenu minimum d'insertion », *Économie et statistique*, n° 346-347, 6/7.

- ROBERT-BOBÉE I., 2006 : « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 », *Insee Première*, n° 1089, juillet.
- SAUTORY O., 2007 : « Les politiques d'insertion des conseils généraux en direction des bénéficiaires du RMI », *Études et résultats*, n° 582, juillet.
- SEN A. 2000, [1992] : *Repenser l'inégalité*, Seuil, Paris.
- SRAER D., 2007 : « Allègements de cotisations patronales et dynamique salariale », *Document de travail Insee*, G 2007/1, février.
- STERDYNIAK H., 2007 : « La TVA sociale, un remède miracle ? », *clair & net@OFCE*, mai.
- STERDYNIAK H., 2004 : « Contre l'individualisation des droits sociaux », *Revue de l'OFCE*, n° 90, juillet.
- SUPIOT A.(dir.), 1999 : *Au-delà de l'emploi : transformations du travail et devenir du droit du travail en Europe*, Rapport à la Commission européenne, Flammarion, Paris.
- TIMBEAU X., C. BLOT, E. HEYER et M. PLANE, 2007 : « Contribution à la valeur ajoutée : emplois à tout prix ? », *Revue de l'OFCE*, n° 100, janvier.
- ULMANN P. : « Les relations entre santé et croissance dans les pays développés », *Cahiers du Gratice*, n° 15.
- VALLIER N., B. SALANAVE et A. WEILL, 2006 : « Coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie », *Points de repères*, n° 3, octobre.
- VEIL M., 2007 : « L'individualisation des droits dans l'assurance vieillesse : débats et axes de réforme », *Retraite et société*, n° 50.
- VOLOVITCH P., 2001 : « L'évolution des ressources de la protection sociale (1959-1999) », *Revue de l'IREs*, n° 37.