

Document de travail

LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE : QUELLES PERSPECTIVES AU-DELÀ DES « SOLUTIONS MIRACLES »

Mireille Elbaum

Professeure au CNAM, chercheure affiliée à l'OFCE



Le financement de la protection sociale : quelles perspectives au-delà des « solutions miracles »

Mireille ELBAUM
Professeure au CNAM, chercheure affiliée à l'OFCE

Décembre 2011

Résumé

Le financement de la protection sociale s'est diversifié depuis le début des années 1980, mais la part des cotisations sociales reste toujours prédominante. Surtout destinée à mobiliser des ressources supplémentaires, cette diversification a été concentrée sur certains risques, avec des incidences économiques relativement limitées. Les modifications ont été permanentes et souvent peu lisibles : multiplication de fonds sociaux à géométrie variable, changements de périmètre avec des reports sur les organismes complémentaires et les collectivités locales, partage fluctuant entre « assurance » et « solidarité ».

Les problèmes de financement de la protection sociale ont aujourd'hui des enjeux et des horizons différents. Les déficits sociaux s'étaient améliorés en 2008, puis ont été fortement affectés par la crise, et un débat existe sur leur caractère conjoncturel ou structurel, et la pertinence des consolidations budgétaires engagées en France et en Europe. À long terme, l'impact futur du vieillissement apparaît relativement circonscrit, mais des incertitudes existent sur les dynamiques de long terme, et les choix collectifs auront une importance manifeste, notamment en matière de santé.

En ce qui concerne les exonérations de charges, les allègements généraux sur les bas salaires ont été davantage « rognés » que remis en question, compte tenu d'effets débattus, mais largement reconnus sur l'emploi non qualifié. Les remises en cause portent surtout sur les exonérations spécifiques et les « niches sociales », mais avec des marges de manœuvre à examiner au cas par cas.

Les propositions visant à modifier le financement de la protection sociale ne font guère apparaître d'« alternative miracle » : les prélèvements à dimension « comportementale » sont des compléments intéressants mais à la mise en œuvre délicate, le recours élargi à l'assurance privée est largement inadapté, par exemple dans le cas de la « dépendance », et la progressivité actuelle des cotisations employeurs (de 1 à 1,6 SMIC) limite la portée d'éventuels transferts d'assiette. La « TVA sociale » aurait à cet égard des effets limités, incertains et porteurs d'inégalités, et un recours programmé à des prélèvements directs sur les ménages semble à moyen-long terme peu contournable dans une perspective de financement solidaire. Dans le cas d'une fusion entre CSG et impôt sur le revenu, des options majeures seraient à clarifier sur le champ des prélèvements sociaux entrant dans la réforme, l'individualisation ou la familialisation de ce prélèvement, l'imposition des différents types de revenus et la « part » spécifiquement affectée à la protection sociale.

Mots-clés : Financement de la protection sociale, Sécurité sociale, Cotisations sociales, Politiques sociales, Fiscalité.

Le mode de financement de la protection sociale fait l'objet de débats récurrents, à la fois quant à ses besoins de financement et aux effets à en attendre sur la compétitivité et l'emploi. Des changements substantiels lui ont été apportés depuis trente ans, mais les modifications constantes décidées année après année ont abouti à une complexité et une instabilité manifestes, avec des problèmes de champ et de régulation. La question du financement de la protection sociale ne se réduit en tout cas ni au comblement des déficits ni à d'éventuelles modifications d'assiette qui, compte tenu de l'existence des allègements bas salaires et des besoins de financement présents et à venir, ne sauraient constituer des « solutions miracles ». Elle nécessite des choix sur le champ, la progressivité et la programmation des financements à mobiliser, qui pèseront directement sur le caractère plus ou moins solidaire du système.

Le présent article se propose de les éclairer en revenant sur l'évolution du financement de la protection sociale depuis le début des années 1980 et sur son bilan actuel (I –II), sur les problèmes de financement auxquels elle est confrontée à court et à long terme (III), et sur la question des exonérations de cotisations et des « niches » sociales (IV)¹. Il examine ensuite les alternatives en débat (V), avant de passer en revue les clarifications et les choix nécessaires, y compris dans l'hypothèse d'une réforme fiscale fusionnant CSG et impôt sur le revenu (VI).

1. Une diversification des financements surtout destinée à mobiliser des ressources supplémentaires et concentrée sur certains risques

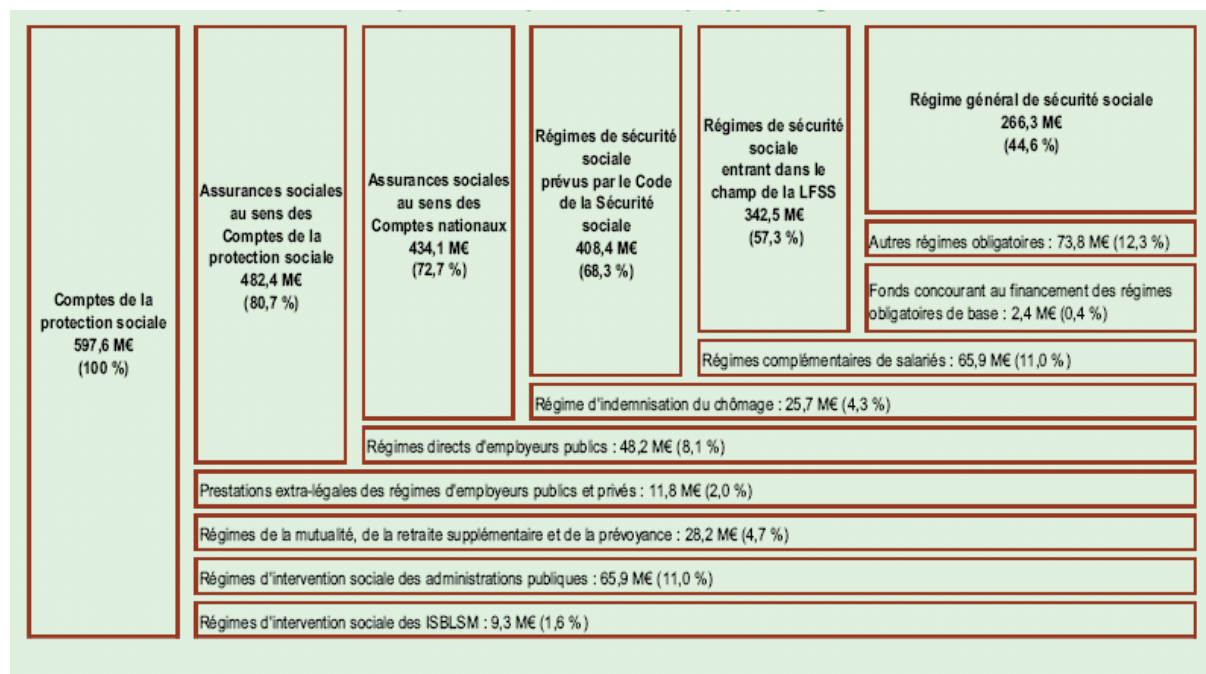
1.1. Une part toujours prédominante des cotisations

L'approche la plus large et la plus homogène du financement de la protection sociale est livrée par les Comptes de la protection sociale (compte satellite de la Comptabilité nationale), qui permettent des comparaisons dans le temps et entre les pays européens. Ils englobent, outre les régimes de Sécurité sociale, les régimes directs d'employeurs publics (État et grandes entreprises publiques), les régimes complémentaires de retraite obligatoires (AGIRC et ARRCO), le régime paritaire d'assurance chômage (UNEDIC), ainsi que les assurances complémentaires relevant d'une gestion collective ou des mutuelles, et enfin les interventions sociales de l'État et des collectivités locales menées au titre de « l'assistance » ou de la « solidarité » (Caicedo, Koubi et Yanat-Irfane, 2011). Cette acception dépasse donc les interventions des « administrations publiques » (APU) relevant du Pacte de stabilité et de

¹ Ces développements se réfèrent pour une grande part à l'ouvrage « Économie politique de la protection sociale » publié par l'auteur aux PUF en octobre 2011.

croissance européen, et *a fortiori* les contours des régimes de base entrant dans le champ des lois de financement et des comptes de la Sécurité sociale (graphique 1).

Graphique 1. — Protection sociale, assurances sociales et Sécurité sociale



Source : DREES, comptes de la protection sociale

Avec cette approche, et en se référant aux chiffres de l'année 2009², les ressources de la protection sociale avoisinent 31% du PIB³, et laissent toujours une place prédominante aux cotisations sociales, même si celle-ci s'est sensiblement réduite depuis une quinzaine d'années. Celles-ci représentaient en 2009 près de 65% de ses ressources hors transferts, dont 36% pour les cotisations effectives payées par les employeurs, 17% pour celles à la charge des salariés et 4% pour celles des non-salariés.

Les impôts et taxes affectés constituaient près de 22% de ces ressources, la CSG en représentant les six dixièmes. Son bénéfice est désormais affecté à 61% à la CNAMTS, à 11% à la CNAF, à 11% au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), le reliquat allant aux autres régimes maladie, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ainsi que depuis 2009 à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Le reste des impôts et taxes affectés, dont une part sert, depuis 2006, à compenser le coût pour les régimes de sécurité sociale des allègements généraux de charges sociales, se répartit entre :

² Les comptes de la protection sociale pour 2009 se réfèrent à la base 2000 des comptes nationaux, le passage en base 2005 à partir de 2010 devant conduire à une révision partielle de ces chiffres.

³ Elles atteignaient 30,9% en 2008 et 31,8% en 2009, la hausse de 2009 étant liée à la baisse exceptionnelle du PIB due à la récession.

- des impôts sur les salaires, parmi lesquels la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), la contribution des employeurs au Fonds national d'aide au logement (FNAL), et la taxe sur les salaires, affectée aux régimes sociaux en compensation des exonérations générales de charges ;
- des impôts sur les produits, essentiellement les droits sur les tabacs et alcools, désormais complétés par des fractions de TVA ;
- des impôts liés à la production, pour l'essentiel la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS), perçue au taux de 0,13% sur les chiffres d'affaires d'au moins 760 000 € et affectée au financement du régime social des indépendants (RSI) et du FSV.

Les contributions publiques, qui ont représenté en 2009 10% des ressources de la protection sociale, retracent enfin la participation apportée par les administrations publiques (centrales et locales) par la voie de concours budgétaires. Elles recouvrent à la fois les prestations qui sont directement à leur charge (RSA⁴, AAH⁵, aides au logement), le reliquat de la compensation des exonérations de charges et une série de subventions d'équilibre, notamment aux régimes des mineurs, marins, agents de la SNCF ou de la RATP. La frontière entre contributions publiques et impôts et taxes affectés a toutefois été mouvante ces dernières années du fait des changements intervenus dans le mode de financement des allègements généraux de cotisations. C'est l'ensemble des deux qui doit être pris en compte pour analyser leur évolution, avec une part qui atteint désormais près de 32%, contre 30,7% en 2000.

1.2. Des extensions d'assiette qui ont contribué à accroître les ressources de la protection sociale et qui se sont accélérées depuis les années 1980

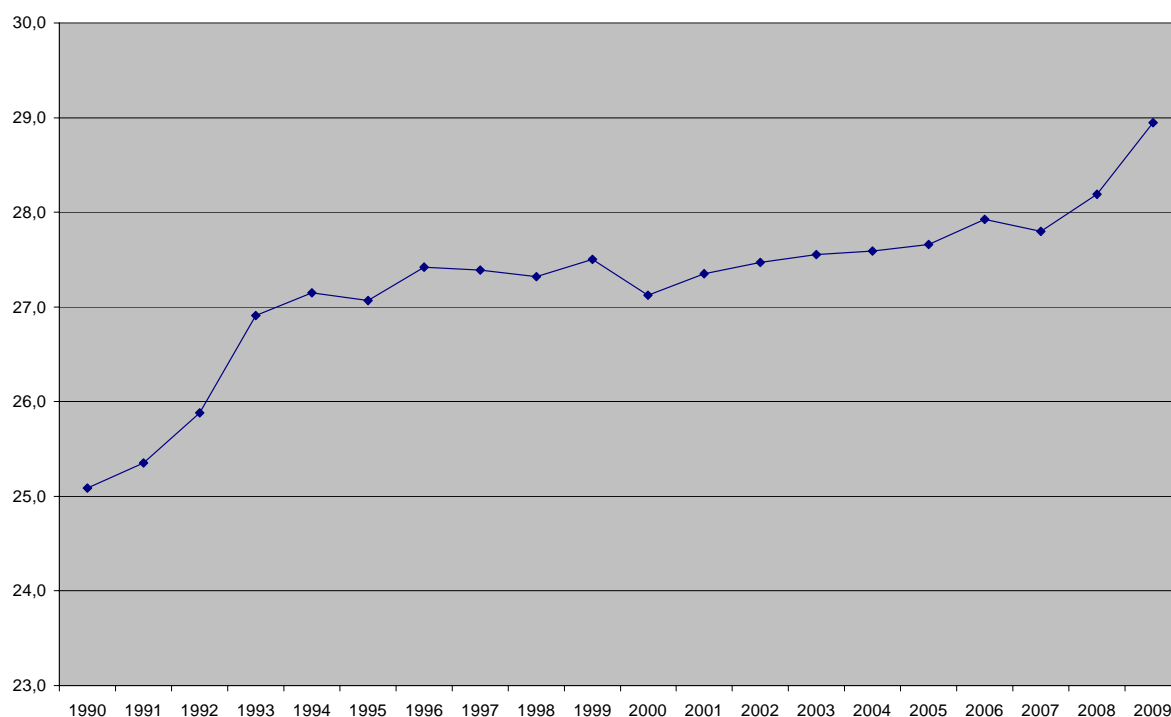
Les modifications apportées au financement de la protection sociale ont poursuivi simultanément, et de façon quasi constante, plusieurs objectifs (Horusitzky, 2005) :

- La diversification de ses ressources est allée de pair avec une augmentation importante et continue de ces dernières, dépassant 5 points de PIB depuis 1981 : il s'est donc autant agi de rechercher des recettes supplémentaires pour financer « le moins douloureusement possible » les dépenses sociales, que des transferts d'assiette en tant que tels (graphique 2) (Bourgeois, Duée et Hennion, 2008 ; Hennion, 2010).

⁴ Revenu de solidarité active

⁵ Allocation aux adultes handicapés

Graphique 2. — Taux de prélèvements sociaux de 1990 à 2009 (en %)



Source : DREES, comptes de la protection sociale ; INSEE, comptes nationaux, base 2000.

— Ces transferts ont eu pour premier objectif d’alléger le coût du travail via les cotisations employeurs, avec une priorité donnée au travail peu qualifié à travers les exonérations générales de charges introduites à partir de 1993, et modifiées avec les dispositifs Aubry puis Fillon (cf. point 4).

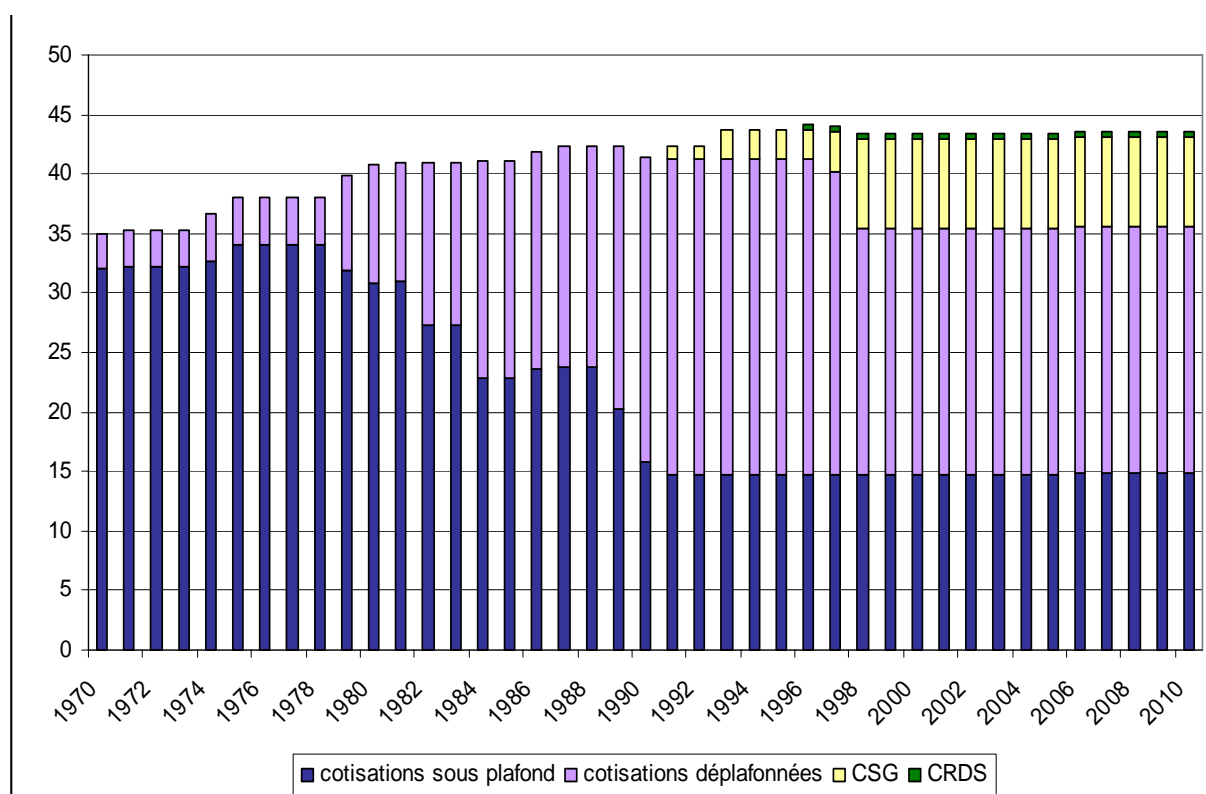
— Un troisième objectif, qui concerne également les cotisations salariés et la préservation des salaires « nets », a été d’élargir l’assiette des prélèvements à d’autres revenus que ceux du travail, c’est-à-dire d’abord aux revenus du patrimoine et des placements, mais aussi aux revenus de remplacement. Cet élargissement, qui implique une « fiscalisation » partielle de la protection sociale, s’est associé à l’idée de distinguer les ressources allant aux prestations contributives (cotisations), et celles finançant des risques « universels », comme la maladie et la famille, ou des dispositifs « de solidarité » comme le minimum vieillesse.

— La diversification a aussi consisté à introduire une série de taxes spécifiques, d’une part sur les entreprises et les revenus du capital, d’autre part sur les produits. Certaines s’apparentent dans leur logique à des taxes « comportementales », dans la mesure où ils visent à la fois à mobiliser des suppléments de financement et à dissuader certaines consommations ou pratiques, comme les droits sur les tabacs, alcools et boissons, affectés majoritairement à l’assurance maladie, mais aussi des taxes sur la publicité des laboratoires pharmaceutiques.

Mais des fractions de TVA ont également été mobilisées depuis 2006 pour la compensation des exonérations de charges sociales.

Ces élargissements n'ont pas empêché de continuer à recourir tout au long de la période à l'augmentation des taux de cotisations employeur et salarié, d'abord pour les régimes paritaires de retraites complémentaires et l'UNEDIC, qui sont restés à l'écart des politiques d'allègement des charges et de diversification de leur assiette, mais aussi de façon plus limitée pour les accidents du travail et l'assurance vieillesse (graphique 3).

Graphique 3. — Taux faciaux de prélèvements sur les salaires de 1970 à 2010 (en%)



Source : DSS

Les grandes étapes de l'évolution du financement de la protection sociale depuis le début des années 1980 ont dans cette perspective suivi trois grandes directions. Le mouvement de déplafonnement des cotisations sociales amorcé en 1967 s'est poursuivi jusqu'en 1984 pour les cotisations maladie, en 1989 pour les cotisations famille et en 1990 pour les cotisations accidents du travail. Le plafonnement ne concerne donc plus depuis 1991 que les cotisations vieillesse, eu égard à la « ligne de partage » établie avec les régimes complémentaires.

La montée en charge de la contribution sociale généralisée (CSG) s'est amorcée à partir de 1990, date de sa création. D'abord appliquée au taux de 1,1%, l'évolution majeure est

intervenue en 1998, avec la décision du gouvernement Jospin de remplacer 4,75 points de cotisations maladie à la charge des assurés par une augmentation de la CSG, portée à 7,5% sur les revenus d'activité et du capital, et à 6,2 % sur les revenus de remplacement (avec des exonérations). La CSG a une nouvelle fois été accrue à partir de 2004 dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, avec une assiette élargie sur les revenus d'activité et les prestations de chômage (de 95 à 97%, puis 98% en 2012) et un taux porté à 6,6% pour les pensions de retraite et d'invalidité et à 8,2% pour les revenus du patrimoine et de placement. Parallèlement, a été instituée suite au plan Juppé de 1996 une contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), prélevée au taux de 0,5% sur une assiette de revenus élargie, et destinée à alimenter la CADES, pour des remboursements à effectuer théoriquement jusqu'à 2009, puis prolongés au-delà.

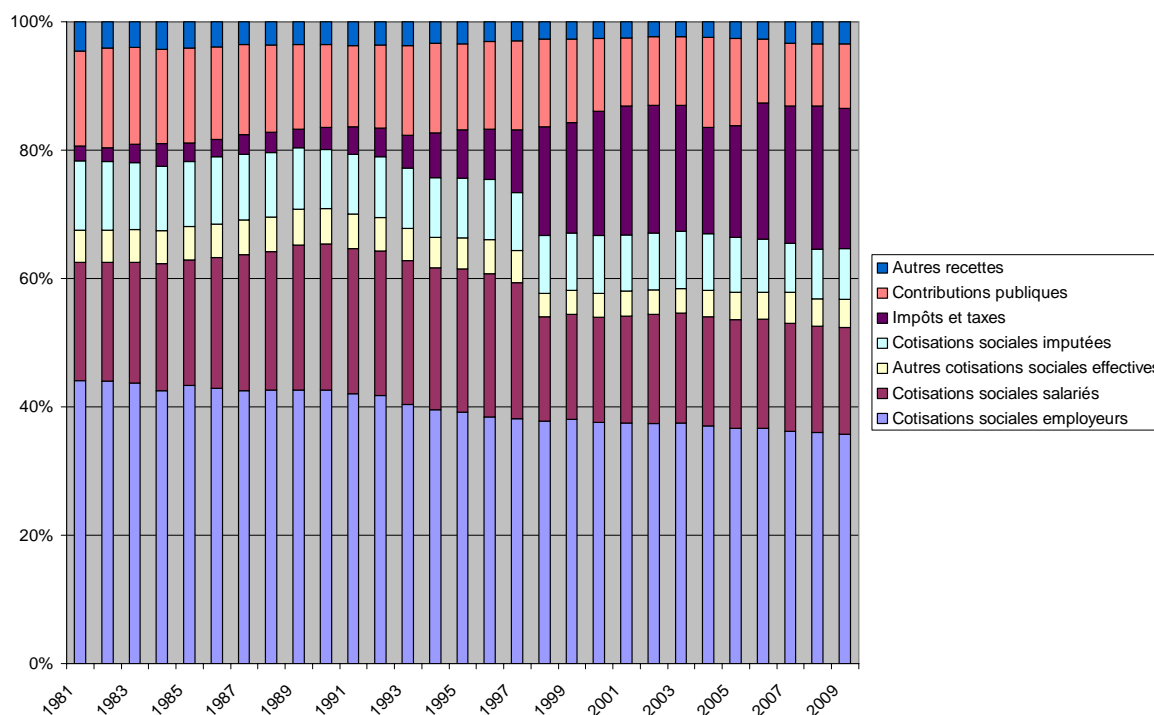
La multiplication des impôts et taxes spécifiques a quant à elle débuté dès les années 1970 et s'est étagée tout au long de la période : taxe sur les primes d'assurance automobile, contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS), taxes sur les contributions patronales au financement de la prévoyance, prélèvement sur les revenus du patrimoine et des produits de placement (passé en 2012 de 2,2 à 3,4%), taxes sur le chiffre d'affaires de certains laboratoires pharmaceutiques et sur leurs dépenses de publicité, taxes sur les tabacs et boissons alcoolisées ainsi désormais que sur certains sodas, prélèvement sur le chiffre d'affaires des organismes de protection complémentaire pour le financement de la CMUC⁶, puis assujettissement de leurs contrats « solidaires et responsables » à la taxe sur les conventions d'assurance, à un taux accru dès la fin 2011. S'y ajoute la création en 2004 d'une contribution de solidarité autonomie (CSA) en contrepartie de la suppression d'un jour chômé, et l'affectation depuis 2006-2007 aux régimes de Sécurité sociale de la taxe sur les salaires et de la TVA sur les grossistes en pharmacie et les fournisseurs de tabac, complétées en 2008 par la TVA sur les producteurs d'alcool.

1.3. Une diversification concentrée sur certains risques et à l'incidence économique limitée

Ces évolutions ont abouti à une sensible réduction de la part des cotisations dans le financement de la protection sociale, passée de plus de 78% au début des années 1980 à moins de 65% aujourd'hui. Ce sont à la fois les cotisations à la charge des employeurs et des salariés dont la part a été réduite au profit de celle des impôts et contributions (graphique 4).

⁶ Couverture maladie universelle complémentaire

Graphique 4. — Structure des ressources hors transferts de la protection sociale de 1981 à 2009 (en %)



Source : DREES, comptes de la protection sociale.

Cette montée des impôts et taxes affectés, et en particulier de la CSG, a pu être considérée comme le signe d'une « fiscalisation » de la Sécurité sociale, accompagnée d'une partition entre prestations non contributives et prestations « assurantielles » financées par cotisations (Palier, 2005). L'idée de distinguer entre des risques « universels » ayant vocation à être financés par l'impôt et des risques « contributifs » directement liés aux situations d'emploi a été fluctuante dans ses traductions comme dans ses principes (cf. partie 2). Elle a toutefois abouti à ce que les diversifications d'assiette soient, à l'exception des compensations d'exonérations, concentrées sur les risques maladie et famille des régimes de base, même si les cotisations employeurs continuent à les alimenter de façon substantielle⁷, ce qui peut-être lu, dans le cas de la famille, comme un héritage des « caisses de compensation » patronales antérieures à la la Sécurité sociale. L'exclusivité du financement par cotisation est encore plus forte dans les régimes d'assurance sociale gérés de façon paritaire (UNEDIC et AGIRC-ARRCO), dans la mesure où les partenaires sociaux en font un gage de leur « indépendance » vis-à-vis de l'État. Ainsi, selon les Comptes de la protection sociale pour 2009 :

— le régime général était financé à 56% par des cotisations, à 12% par des transferts et à 31% par des impôts et contributions : la CSG représentait un cinquième de ses ressources et

⁷ Avec des taux de cotisation atteignant respectivement 12,8 et 5,4% des salaires dans le secteur privé.

les deux tiers des impôts et taxes affectés, qui bénéficiaient pour l'essentiel à la CNAMTS et à la CNAF (encadré 1) ;

— la mutualité et la prévoyance bénéficiaient à 79% de cotisations et à 21% « d'autres recettes », liées à l'activité de leurs « réalisations sociales » ;

— les régimes complémentaires de retraite obligatoire étaient financés à 80% par des cotisations et à 17% par des transferts ;

— l'indemnisation du chômage (UNEDIC, AGS) recevait enfin 99% de cotisations (Caicedo, Koubi et Yanat-Irfane, 2011).

ENCADRÉ 1

Le financement des branches du régime général

D'après l'annexe 4 du PLFSS qui retrace les recettes des régimes de Sécurité sociale par catégorie et par branche :

— la branche maladie recevait en 2011 49% de cotisations sociales, 35% de CSG, et 13% d'autres impôts et taxes affectés comme les droits sur les tabacs et l'alcool, la CSSS et les taxes sur les médicaments ;

— la branche accidents du travail percevait 95% de cotisations sociales, sur la base de taux modulé en fonction de la taille et de la sinistralité dans l'entreprise.

— la branche vieillesse était alimentée par 64% de cotisations sociales, 10% d'impôts et taxes affectés, et 25% de transferts, notamment en provenance du Fonds de solidarité vieillesse au titre des cotisations des chômeurs et des avantages familiaux pris en charge par la branche famille ;

— la branche famille recevait enfin 65% de cotisations, 18% de CSG, et 15% d'autres impôts et taxes affectés (DSS, 2011).

La réduction de la part des cotisations observée depuis le début des années 1980 a par ailleurs une portée qui doit être relativisée. Elle est d'abord en partie due à la dynamique moins favorable qu'a connue la masse salariale par rapport aux autres assiettes, notamment entre 1981 et 1989, réduisant l'impact propre des changements d'assiette (Caussat, Hennion, Horusitzky et Loisy, 2005). Leur incidence économique est en outre circonscrite, dans la mesure où plus de 60% de la CSG continuent à être prélevés sur une assiette salariale (et plus de 70% sur des revenus d'activité), de même qu'environ un tiers des autres impôts et taxes affectés. Lorsque l'on réaffecte chacun des prélèvements à son assiette (salaires, revenus du patrimoine et de remplacement, consommation, production), l'évolution du financement de la protection sociale apparaît plus limitée, la part des prélèvements sur les salaires demeurant au voisinage de 75%, soit seulement une légère inflexion par rapport à 1990 (Hennion, 2010).

Malgré l'ampleur des changements institutionnels intervenus, l'impact des substitutions d'assiette aurait donc été peu important eu égard aux suppléments de ressources mobilisés par la protection sociale.

2. Des mesures de financement aux logiques et aux modalités fluctuantes, avec des problèmes de lisibilité, de champ et de régulation

2.1. Des modifications permanentes apportées au coup par coup

Ces évolutions de longue période se sont faites dans un contexte de changements permanents, rythmés par la situation financière des comptes sociaux. Au coup par coup et au gré des besoins de financement, ceux-ci tantôt ont approfondi les orientations antérieures (élargissement progressif de la CSG, multiplication des « impôts et taxes » de toute nature, financement séparé des dépenses de « solidarité » dans les comptes de l'assurance vieillesse, mise en place de prélèvements sur les « niches sociales »...), tantôt les ont remises en cause, avec des allers-retours marquant l'instabilité des doctrines et des logiques de financement (champ et mode de compensation des exonérations de charges sociales, financement de la CMUC et du RSA, taxation des contrats d'assurance maladie complémentaire, sollicitations du FSV et du fonds de réserve des retraites...).

Cela a bien sûr été le cas de la fin des années 1970 au début des années 1990 avec les plans de redressement à répétition de l'assurance maladie, qui ont recouru à la fois à l'augmentation des cotisations et à la diminution des taux de remboursement de certains actes ou produits de santé. Mais cela a été aussi le premier acte de réformes se voulant « structurelles » comme celle des retraites en 2003 ou de l'assurance maladie en 2004, ou lorsque ces réformes ne donnaient pas dans les délais les résultats attendus « sur les comportements » de consommation de soins ou durée d'activité.

Enfin, à partir de 2010-2011, la détérioration des finances publiques a conduit à « faire feu de tout bois » pour annoncer un rééquilibrage des comptes sociaux à l'horizon 2013⁸, mais sans afficher d'augmentation « faciale » du taux des principaux prélèvements : révision du mode de calcul des exonérations bas salaires et taxation des « niches sociales » (cf. partie 4), extension limitée de l'assiette de la CSG, augmentation des « recettes de poche » liées au tabac, à l'alcool et aux boissons non alcoolisées, prélèvements sur les organismes complémentaires, moindres remboursements de l'assurance maladie, reprise des dettes de

⁸ Au sens des administrations de sécurité sociale (ASSO) de la Comptabilité nationale

l'assurance vieillesse jusqu'à 2018 grâce à la sollicitation des réserves du FRR...

Ces ajustements « à l'année l'année » sont pour partie inévitables dans un environnement fluctuant et contraint par les engagements souscrits au niveau européen, mais ils reflètent aussi une instabilité des logiques, une faible transparence et une confusion, dans les débats et les décisions de politique économique, entre les problèmes conjoncturels et structurels du financement de la protection sociale, lesquels devront aussi à l'avenir tenir compte, dans une perspective de programmation à long terme, des besoins liés au vieillissement de la population (cf. point 3).

2.2. Une lisibilité brouillée par la multiplication de fonds sociaux à géométrie variable

Dans ce contexte chahuté, et à côté de l'État et des régimes d'assurances sociales, les fonds sociaux ont eu tendance à proliférer depuis une vingtaine d'années, parfois sans statut spécifique, parfois avec celui d'établissement public. Certains de ces fonds sont rattachés aux administrations de sécurité sociale (FSV, CNSA, mais aussi CADES et FRR à compter de la base 2005 des comptes nationaux), d'autres étant considérés par les comptes nationaux comme des « organismes divers d'administration centrale » (Fonds CMU, Fonds national d'aide au logement, Fonds de solidarité chômage).

Parfois institués pour procéder à des indemnisations spécifiques (dans le cas de l'amiante ou des aléas thérapeutiques), ces fonds ont surtout une vocation financière. Ils peuvent soit gérer des actifs ou des dettes sur le long terme (FRR, CADES), soit rassembler des ressources d'origine diverse pour le financement de dispositifs associant plusieurs acteurs (Fonds CMU, CNSA), soit canaliser des transferts entre les différents régimes ou organismes (FSV) (encadré 2). Leurs contours changeants et leur manque de transparence ont souvent été critiqués, ainsi que leur situation financière aléatoire, qui peut parfois engendrer des déficits notables. Cela a notamment été le cas pour le FIIPSA (Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles), qui était jusqu'en 2009 le canal de financement du régime des exploitants agricoles et qui, en l'absence de subvention d'équilibre, avait accumulé d'importants déficits. C'est aujourd'hui surtout le cas du FSV, qui supporte les cotisations de vieillesse des chômeurs indemnisés, et a été fortement impacté par la crise économique en 2009, alors même que ses recettes de CSG se trouvaient réduites : son déficit a ainsi dépassé 3 Md€ en 2009 et 4 Md€ en 2010. Des financements supplémentaires lui ont été apportés par la réforme des retraites de 2010, mais il s'est également vu transférer une part du minimum contributif des régimes de base, avec un déficit maintenu aux alentours de 4 Md€ en 2011 et 2012 (Commission des comptes de la sécurité sociale, 2011).

La loi organique de 2005 relative aux LFSS a tenté d'apporter davantage de transparence à cet ensemble à travers ses annexes informatives (DSS, 2011), mais la complexité et la diversité de doctrines demeurent en la matière, jointes à des fluctuations permanentes. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) apparaît par exemple comme une forme particulière de fonds de mutualisation et d'allocation budgétaire (doublé d'une agence d'appui technique), qui transfère aux départements des ressources issues de contributions sociales pour abonder le financement de l'APA⁹ et de la PCH¹⁰, et qui répartit au niveau régional le montant de l'ONDAM¹¹ destiné aux établissements et services médico-sociaux. Quant au Fonds de réserve des retraites (FRR), créé en 1999 pour lisser le choc du *baby-boom* sur les régimes de retraites à l'horizon 2020, il voit à partir de 2011 une grande part de ses réserves mobilisées par la CADES pour l'amortissement des déficits qu'elle a repris de la branche vieillesse (encadré 2).

ENCADRÉ 2

Les circuits de financement liés aux principaux fonds sociaux

Le *Fonds de solidarité vieillesse (FSV)* supporte la charge du minimum vieillesse, des majorations de pension pour enfants, des cotisations de retraite des chômeurs indemnisés, ainsi que, depuis 2001, des points de retraite complémentaire des allocataires du régime de solidarité et des préretraites de l'État. Il perçoit à ce titre une fraction du produit de la CSG, une fraction de la CSSS et du prélèvement social de 2% sur les revenus du patrimoine et des produits de placement, et un transfert de la CNAF au titre des majorations pour enfants. Son déficit a été repris par la CADES fin 2008, mais la dégradation de la conjoncture l'a de nouveau conduit à des déficits de respectivement 3,2 et 4,1 Md€ en 2009 et 2010. En 2011, de nouvelles ressources de 3,5 Md€ lui ont été dévolues dans le cadre de la réforme des retraites, par le biais de recettes fiscales et du surcroît de ressources lié à l'annualisation des allègements bas salaires, avec en contrepartie une participation au financement du minimum contributif des régimes vieillesse (Pellet, 2011).

La CNSA verse aux conseils généraux une contribution pour le financement de l'APA, la prise en charge de la prestation de compensation du handicap et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Depuis 2006, elle répartit aussi les dotations annuelles destinées aux établissements sociaux et médico-sociaux dans le cadre de l'ONDAM. Elle perçoit à cette fin une fraction (0,1%) de la CSG (1,1Md€), la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,3% des salaires à la charge de l'employeur, soit environ 2,2 Md€), et un transfert des crédits de l'assurance maladie consacrés, au titre de l'ONDAM médico-social, aux personnes âgées et handicapées (plus de 15 Md€).

Le *Fonds CMU* finance la CMU complémentaire sur la base d'un forfait par bénéficiaire versé aux organismes d'assurance de base ou complémentaire, ainsi que l'aide pour l'acquisition d'une complémentaire

⁹ Allocation personnalisée d'autonomie

¹⁰ Prestation de compensation du handicap

¹¹ Objectif national des dépenses d'assurance maladie

santé (ACS). Il est financé par une contribution sur le chiffre d'affaires santé des organismes complémentaires, transformée en taxe en 2011.

Le *Fonds de réserve pour les retraites (FRR)* est un fonds en capital ayant reçu pour mission de gérer les réserves à constituer au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse jusqu'à l'horizon 2020, ainsi que 40% de la soulte reçue des industries électriques et gazières en contrepartie de l'adossement de leur régime de retraite au régime général. Il devait recevoir 65% du prélèvement social sur les revenus du patrimoine et des placements (1,5 Md€), ainsi que d'éventuels excédents du FSV et de la CNAV et une partie des produits des privatisations effectuées par l'État. Il n'a toutefois rien perçu à ce titre depuis 2002, et a connu en 2008 des performances négatives sur ses placements, dont la composition a pu apparaître « risquée », même si une amélioration est intervenue en 2009 (Cour des comptes, 2011). La réforme des retraites de 2010 a en outre prévu d'utiliser l'ensemble de ses ressources et une partie de ses réserves pour financer les déficits de la CNAV et du FSV, à hauteur de 2,1 Md€ à verser chaque année à la CADES entre 2011 et 2024, ce qui rend caduques les objectifs initiaux du Fonds.

Un *Fonds national des solidarités actives* a enfin été créé en 2009 pour le financement de la partie « activité » du RSA : il est alimenté par une contribution de l'État et par un prélèvement additionnel de 1,1% au prélèvement social sur les revenus du capital.

2.3. Des changements de périmètre entre acteurs, avec des reports sur les organismes complémentaires et les collectivités locales

Parallèlement à la mobilisation de ressources transitant ou non par des fonds spécifiques, le financement des différents segments de la protection sociale est aussi passé par des modifications répétées du périmètre d'intervention de ses acteurs¹².

Certes, l'essentiel de ces transferts s'est opéré dans le champ de la protection sociale « mutualisée », avec un accroissement limité du recours aux assurances privées, et les régimes d'assurances sociales obligatoires continuent à porter comme il y a vingt ans 81% du total des prestations : la part de la mutualité et de la prévoyance est globalement circonscrite à moins de 5%, et celle des collectivités publiques à 11%, avec en son sein un doublement des interventions des collectivités locales (5,3% du total), venu compenser la diminution de celles de l'État. Néanmoins, à côté des transferts de charge entre régimes de Sécurité sociale (par exemple de la branche vieillesse à la branche famille pour le financement des avantages familiaux de retraite), les déports entre acteurs ont pu être significatifs dans des domaines comme la santé, le chômage et l'exclusion, suscitant des problèmes d'équité et de régulation.

En matière de soins de santé, le problème est celui du report sur les organismes complémentaires (ou les assurés) d'une part accrue du financement des soins courants,

¹² Le PLFSS comporte également une annexe qui retrace ces changements de périmètre, mais uniquement entre l'État, les organismes de Sécurité sociale et les autres collectivités publiques.

sachant que les cotisations à ces organismes ne sont pas considérées comme des prélèvements obligatoires : il soulève à la fois des questions d'optimisation de ces protections, d'inégalités de couverture et de régulation du secteur (encadré 3).

ENCADRÉ 3

La sollicitation accrue des assurances complémentaires pour le financement des soins courants

En matière de soins de santé, la prise en charge des dépenses reste au total à près de 76% publique, plus de 90% des dépenses hospitalières étant financées par la Sécurité sociale, et les pathologies longues et coûteuses donnant généralement lieu à remboursement total *via* le dispositif des « affections de longue durée » (ALD) (Fenina, Le Garrec et Koubi, 2011). Le maintien de ce taux élevé de prise en charge résulte toutefois d'un double mouvement : alors que les couvertures à 100% liées aux ALD sont en extension continue, mobilisant plus de 62% des remboursements du régime général, la part publique se réduit pour les soins courants, reflétant une concentration de la solidarité collective sur les pathologies les plus lourdes. Ce repli partiel s'est accompagné d'une implication accrue des assurances complémentaires, qui financent désormais plus de 22% des soins ambulatoires et de 16% des dépenses de médicaments. La diminution des taux de remboursement des soins de ville se répercute donc sur la situation financière de ces organismes, qui doivent opter entre la réduction des prestations perçues par leurs adhérents et l'augmentation de leurs cotisations, lesquelles ont pour caractéristique essentielle de ne pas être incluses dans les prélèvements obligatoires ; c'est également le cas lorsque, comme depuis 2009, des contributions financières leur sont demandées par la voie d'accroissement de prélèvements.

Ces transferts vont en outre de pair avec des niveaux de couverture hétérogènes et moins favorables pour les ménages modestes. L'accès aux couvertures complémentaires demeure en effet, en dépit de l'instauration de la CMUC, sujet à des disparités sociales marquées, les chômeurs, les plus pauvres et les étrangers restant les moins bien couverts (Perronin, Pierre et Rochereau, 2011). Les contrats proposés offrent en outre des garanties très diverses, les contrats collectifs assurant les meilleures couvertures, notamment en matière d'optique, de soins dentaires et de prise en charge des dépassements d'honoraires (Garnero et Rattier, 2011). Or, l'accès à la protection collective d'entreprise a lui-même une dimension inégalitaire, et bénéficie peu aux plus de 60 ans et aux assurés à revenu modeste (Guillaume et Rochereau, 2010) : ceux-ci sont, dans le premier décile de niveau de vie, couverts à près de 80% par des contrats individuels, qui induisent un « taux d'effort »¹³ sensiblement plus important à ce niveau de revenus (Kambia-Chopin, Perronin, Pierre et Rochereau, 2008).

Ce rôle accru des assurances complémentaires pose enfin la question de l'absence de « concurrence régulée » (*managed competition*) dans ce secteur, dans la mesure où l'évolution du marché conduit y compris les mutuelles pratiquer une tarification en fonction de l'âge et une segmentation de leur offre, depuis les contrats *low cost* jusqu'aux « surcomplémentaires » (Kerleau, 2010 ; Dormont, 2010). Et la régulation des dépenses pose toujours des problèmes de coordination, en dépit de la volonté affichée d'associer les organismes complémentaires aux négociations avec les professionnels de santé et à la « maîtrise médicalisée » : évolution incertaine des « contrats responsables » dont les avantages vont se trouver réduits, absence de débouché des discussions sur l'encadrement des dépassements de spécialistes...

¹³ Le taux d'effort rapporte le montant des primes versées au revenu des ménages par unité de consommation.

En matière de lutte contre l'exclusion, mais aussi de prise en charge de la dépendance, les transferts aux collectivités locales ont été loin de se limiter aux lois de décentralisation, qui ont donné aux départements le rôle de chef de file en matière de politiques sociales locales et en ont fait les gestionnaires d'un pan entier de la protection sociale (Borgetto et Lafore, 2007). Leurs dépenses sont aussi directement impactées par la modification des règles et barèmes nationaux des prestations dont ils ont la charge (par exemple l'APA et le RSA), ainsi que par la conjoncture du marché du travail et les décisions des partenaires sociaux relatives au taux de couverture de l'assurance chômage (encadré 4). De façon générale, les dépenses sociales des départements sont tirées par la dynamique de prestations de solidarité qui, comme l'APA ou le RSA, dépendent avant tout de règles légales, de la situation économique et du vieillissement de la population et qui, outre les disparités qu'elles induisent, pèsent sur les finances locales, dans un contexte où les collectivités ont une maîtrise désormais réduite de leur fiscalité (Jamet, 2010 ; ODAS, 2011). La compensation financière seulement « statique » des transferts de compétence liés à ces prestations peut ainsi être vue comme une menace pour leurs capacités futures d'action sociale facultative (Borgetto, 2010 ; Le Lidec, 2010). Et les contraintes d'équilibre annuel auxquelles les budgets locaux sont confrontés questionnent sur la viabilité économique de ces transferts dans un contexte de crise économique persistante, ouvrant des débats sur une recentralisation partielle ou sur des modes de compensation tenant compte de leur dynamique (Borgetto, 2010 ; Dinet, 2010).

ENCADRÉ 4

Les interactions entre assurance chômage, État et départements en matière de prise en charge du chômage et de l'exclusion

En matière d'indemnisation du chômage, le régime d'assurance institué en 1958 fonctionne depuis 1984 de façon séparée du régime de solidarité géré par l'État. Particulièrement sensible à la conjoncture économique, son équilibre financier donne lieu à des négociations paritaires, qui se sont souvent traduites par des décisions accentuant les déséquilibres conjoncturels. Ces décisions se répercutent en tout état de cause, lorsqu'elles concernent les durées d'indemnisation, à la fois sur les prestations de solidarité servies par l'État et sur le RMI-RSA, comme cela a été le cas en 2004-2005, avec la révision des filières d'indemnisation, jointe à la dégradation du marché du travail, au moment même de la décentralisation.

La création de Pôle Emploi a certes attribué à un opérateur unique l'inscription, le suivi, le placement et l'indemnisation des demandeurs d'emploi, mais elle a conservé la responsabilité des partenaires sociaux concernant les frontières du régime d'assurance chômage (Rousseau, 2008). La crise de 2008-2009 a certes accentué les phénomènes de « négociation à trois » ou de « cofinancements multiformes » (Freyssinet, 2010), mais la convention d'assurance chômage de 2009, reconduite pour l'essentiel en 2011, n'a, comme d'ailleurs le

régime de solidarité, pris en compte que de façon limitée la montée potentielle du chômage, en dépit d'une ouverture plus large aux jeunes et aux travailleurs précaires (Cornilleau et Elbaum, 2009) ; et leur articulation a été renvoyée à des discussions ultérieures, malgré les conséquences en perspective d'un chômage de longue durée persistant (Freysinet, 2011). L'extension de dernier se répercute bien sûr sur le nombre d'allocataires du RSA « socle » qui a connu une progression de 10,5% en 2009 et d'environ 5% en 2010 (Périgord, 2011), avec des conséquences à la fois pour les personnes indemnisées, les finances des départements, et leur capacité à conduire une politique d'insertion à la hauteur nécessaire.

2.4. Un partage fluctuant entre « assurance » et « solidarité », et des paradoxes en termes de redistribution

L'objectif de distinguer au sein de la protection sociale les dispositifs relevant de « l'assurance » de ceux relevant de la « redistribution » ou de la « solidarité » a servi de guide à plusieurs réformes de son financement, souvent à l'initiative des partenaires sociaux qui se sont montrés désireux, depuis les débats sur « les charges indues » initiés dans les années 1950, de séparer leurs responsabilités de celles de l'État ; cette idée s'est superposée, et partiellement confondue, avec celle de distinguer des risques à la couverture devenue « universelle » (famille, maladie) et des risques « assurantiels » à financer *via* les cotisations avec une association étroite des partenaires sociaux à leur gestion.

Ces distinctions (qui ne sont pas équivalentes) peuvent toutefois être discutées, s'agissant d'assurances sociales qui participent par leur fondement même à des mécanismes de solidarité, passant à la fois par leur mode de financement (contributions assises sur le revenu y compris pour le financement des prestations en nature), par le calcul des prestations (validation de périodes non cotisées, existence de minima et de plafonds, avantages ou barèmes familialisés...) et par la prise en charge de dépenses *a priori* non prévisibles (Dufourcq, 1994 ; Blanchet, 1996).

Les « frontières » entre dispositifs d'assurance et de solidarité ont dans les faits été conventionnelles et fluctuantes au cours du temps, servant surtout à établir des distinctions *ad hoc* entre gestionnaires et à revoir « au fil de l'eau » la répartition des besoins de financement. Ainsi :

- Les branches maladie et famille se sont bien vues affecter l'essentiel de la CSG (avec le Fonds de solidarité vieillesse et la CNSA), mais elles restent aussi financées par des cotisations sociales employeurs, et la branche vieillesse bénéficie comme elles d'impôts et taxes affectés venant compenser le coût des allègements généraux de charges sociales, contrairement à l'UNEDIC et aux régimes complémentaires AGIRC-ARRCO, auxquels ces exonérations ne s'appliquent pas.

- Les champs respectifs de l'assurance chômage et des prestations de solidarité ont varié au gré de la situation financière du régime et des décisions des partenaires sociaux, qui en ont modifié les contours à plusieurs reprises : les durées de prise en charge et les conditions d'affiliation à l'assurance ont par exemple été durcies en 1992 et en 2004, tandis que son accès a été ouvert en 2009 à des salariés ayant de faibles références de travail antérieures (4 mois au lieu de 6 mois).

- Du côté des retraites, c'est la réforme Balladur de 1993 qui a institué le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) destiné à financer par des recettes fiscales le minimum vieillesse et la validation des périodes de chômage par les régimes de base. À partir de 2001, il a également eu en charge la validation des points de retraite complémentaire des chômeurs et des préretraités indemnisés par l'État. À côté des majorations de pension pour enfants (compensées par un transfert de la CNAF), il s'est surtout vu attribuer à partir de 2011 le financement d'une partie du minimum contributif des régimes de base, ce qui n'est pas sans poser question quant à l'avenir et l'articulation des différents minima de pension.

Au bout du compte, le financement de la protection sociale française n'est pas exempt de paradoxes en termes de progressivité et de redistribution. Le système est certes dans son ensemble fortement redistributif, mais cela est avant tout du aux prestations, y compris lorsqu'elles ne donnent pas lieu à conditions de ressources ou prennent la forme de remboursements de soins (Amar, Befly, Marical et Raynaud, 2008 ; Cazenave, Duval, Eidelman, Langumier et Vicard, 2011). Du côté des prélèvements sociaux, la progressivité est principalement le fait des cotisations employeurs, auxquelles s'appliquent les allègements de charges en faveur des bas salaires, au profil dégressif jusqu'à 1,6 SMIC (Conseil des prélèvements obligatoires, 2011) (cf. point 4). Au contraire, les contributions des personnes protégées (cotisations et CSG-CRDS) n'ont qu'un caractère légèrement progressif. Il est certes plus prononcé pour la CSG et la CRDS que pour les cotisations salariales, des taux nuls ou réduits étant appliqués aux revenus de remplacement et à certaines prestations sociales, plus importants au bas de l'échelle des niveaux de vie, tandis que les revenus du patrimoine et des placements y sont assujettis à un taux supérieur aux revenus d'activité (respectivement 8,2 et 7,5%) ; mais leur poids dans le revenu net des ménages ne varie que dans un rapport de 1 à 1,7 entre le 1^{er} et le 5^e quintile. Et, si le prélèvement social sur les revenus du capital est bien sûr nettement progressif, d'autres impôts et taxes affectés à la protection sociale ont au contraire un caractère régressif : c'est le cas pour les fractions de TVA et les accises, lorsqu'on les rapporte non pas aux dépenses mais aux revenus des ménages, et encore plus pour les droits sur les tabacs, surtout payés par les plus modestes (Amar, Befly, Marical et Raynaud,

2008). Il en va de même pour les cotisations aux complémentaires santé, qui sont plus élevées pour les ménages âgés et aisés, mais ponctionnent une part plus importante du revenu des ménages pauvres (Kambia-Chopin, Perronin, Pierre et Rochereau, 2008).

3. Des problèmes de financement aux enjeux et aux horizons différents

Les besoins de financement de la protection sociale prennent une part majeure à la question des déficits et de la dette publique, mais les débats sont souvent confus en la matière, selon que l'on parle des déficits à court-moyen terme des « comptes de la Sécurité sociale » ou des ASSO, de l'évolution de la « dette sociale » ou des besoins de financement à long terme liés au vieillissement. Et, bien que leurs enjeux et leurs dynamiques soient différents, la pression des marchés, les positions communautaires et les réactions gouvernementales suite à la crise ont contribué à entretenir cette confusion, en faisant par exemple de l'accélération des réformes des retraites un « gage » immédiat de la volonté de redresser les comptes publics.

3.1. Des déficits sociaux améliorés en 2008, puis fortement affectés par la crise

En 2010, le déficit public au sens du traité de Maastricht a atteint 7,1% du PIB, après 7,5% en 2009 ; selon les prévisions gouvernementales, il devait être voisin de 5,7% du PIB en 2011, estimation voisine de celle de l'OFCE et de la moyenne des prévisionnistes. Ces niveaux exceptionnels font suite à des déficits ramenés à 2,7% du PIB en 2007 et 3,3% en 2008, alors qu'ils oscillaient dans les années 2002-2004 entre 3 et 4%. Le besoin de financement de l'État y prend, avec celui des les ODAC, une part déterminante, compte tenu de la baisse des prélèvements perçus par l'Etat, des répercussions de la crise et du plan de relance (Boisnault, Bourgeois, Chemla, Claveaux, Olivier, Poiblan et Uteza, 2011).

Le besoin de financement des administrations de sécurité sociale (ASSO), qui tient compte non seulement de la Sécurité sociale, mais aussi des régimes complémentaires et de l'UNEDIC¹⁴, avait quant à lui disparu depuis 2005, et leur solde était même redevenu nettement positif en 2008 selon les nouvelles évaluations de la comptabilité nationale¹⁵. Il a avec la crise connu une forte dégradation en 2009, qui s'est poursuivie et aggravée jusqu'à -1,2 point de PIB en 2010 (tableau 1), et devrait être voisine de -0,8 point en 2011.

¹⁴ Contrairement aux analyses précédentes, ces développements concernent les besoins de financement de la protection sociale dans la seule sphère des administrations publiques, auxquelles s'appliquent les mesures de programmation budgétaire et les engagements européens souscrits en matière de finances publiques.

¹⁵ La base 2005 des comptes nationaux a procédé à des révisions qui modifient les frontières des ASSO, en y classant désormais la CADES et le FRR.

Tableau 1. — Déficits des APU au sens de Maastricht entre 2007 et 2010
(en % du PIB)

	2007	2008	2009	2010
Administrations centrales	-2,6	-3,5	-6,4	-5,8
dont : Etat	-2,1	-3,3	-6,2	-6,3
Organismes divers d'administration centrale	-0,5	-0,3	-0,2	0,5
Administrations locales	-0,4	-0,5	-0,3	-0,1
Administrations de sécurité sociale	0,2	0,7	-0,8	-1,2
Total administrations publiques	-2,7	-3,3	-7,5	-7,1

Au sens cette fois des comptes de la Sécurité sociale, le déficit des régimes de base a atteint, en y incluant le FSV, 24,9 Md€ en 2009 et 29,6 Md€ en 2010, après environ 11 Md€ en 2007-2008. Le solde du seul régime général été négatif à hauteur de 23,9 Md€ en 2010, dont 11,6 Md€ pour la branche maladie, dont la situation s'était nettement redressée en 2008, et 8,9 Md€ pour la branche vieillesse (13 Md€ avec le FSV), dont le déficit s'est aussi creusé du fait de l'accélération des départs en retraite (tableau 2). Le déficit des régimes de Sécurité sociale demeurait donc avant la crise, mais il s'était stabilisé à un niveau largement maîtrisable, avec un *gap* pouvant être considéré comme « structurel » d'environ 0,6 point de PIB. Il a ensuite presque triplé entre 2008 et 2010, sachant que le déficit attendu en 2011 est d'environ 18 Md€ pour le régime général et 24 Md€ pour les régimes de base et le FSV.

Tableau 2. — Soldes par branche du régime général et du FSV de 2007 à 2011 (en Md€)

	2007	2008	2009	2010	2011 (p)
Maladie	-4,6	-4,4	-10,6	- 11,6	-9,9
Accidents du travail	-0,5	0,2	-0,7	-0,7	0,0
Retraite	-4,6	-5,6	-7,2	-8,9	-6,1
Famille	0,2	-0,3	-1,8	-2,7	-2,6
Total régime général	-9,5	-10,2	-20,3	-23,9	-18,6
FSV	0,2	0,8	-3,2	-4,1	-3,8
Vieillesse y compris FSV	-4,4	-4,8	-10,4	-13,0	-9,9
Régime général + FSV	-9,3	-9,4	-23,5	-28,0	-22,4

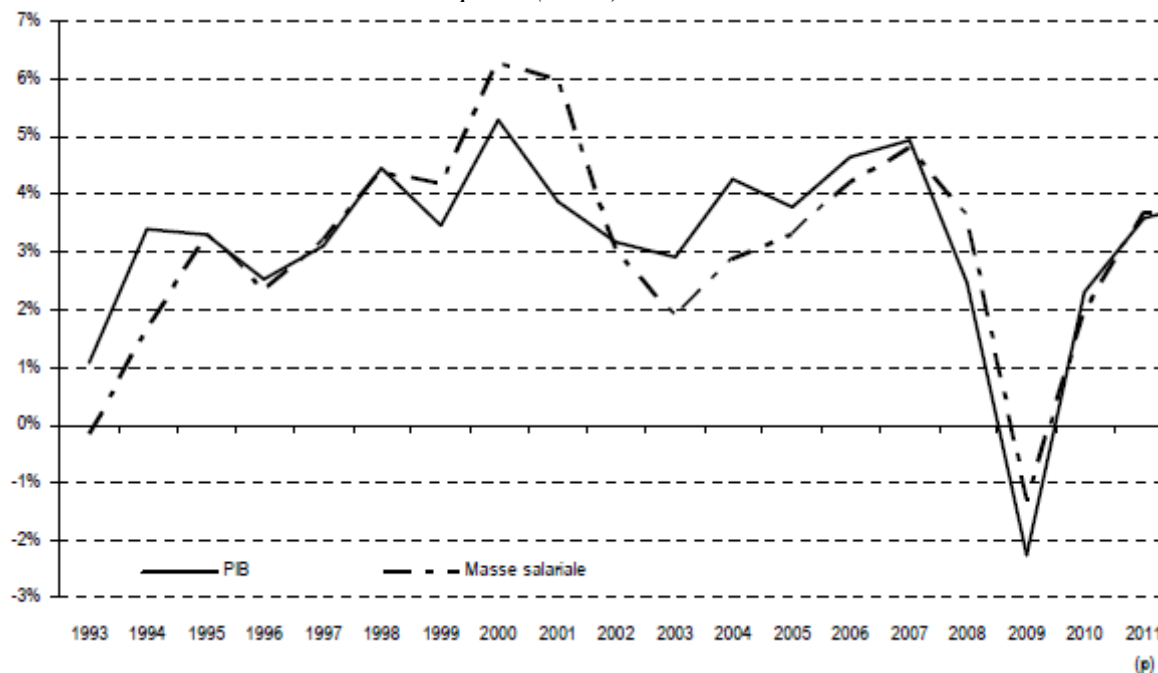
Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, septembre 2011.

D'après la Direction générale du Trésor, plus de 8/10 du déficit des ASSO, et au moins la moitié des déficits du régime général auraient été liés en 2009 aux pertes de recettes induites par l'évolution négative des revenus d'activité, compte tenu d'un recul de la masse salariale jamais observé depuis la guerre (Bretin et Soullignac, 2009). Compte tenu de son mode de financement (cf. partie 1), les ressources de la protection sociale subissent en effet directement l'impact des variations de la croissance et de l'emploi, avec, comme pour les recettes fiscales, un effet de « stabilisation automatique » lié aux fluctuations conjoncturelles que connaissent les recettes et les déficits publics à barèmes de prélèvement donnés. Or, alors qu'en 2007, la masse salariale du secteur privé avait retrouvé un rythme d'augmentation de 4,8%, celle-ci s'est réduite à 3,6% en 2008, et un recul historique de -1,3% a été enregistré en 2009, le PIB en valeur ayant lui-même régressé de 2,3% (graphique 5). En 2010, la reprise modérée de l'activité et de l'emploi a conduit à une croissance de la masse salariale de 2%, puis à une accélération proche de 3,7% en 2011, mais inférieure à la tendance d'avant crise (Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2011).

Cette réduction « mécanique » des prélèvements sociaux jointe au maintien de la dynamique des dépenses exerce un impact contra-cyclique sur le revenu des ménages, accru par les mesures exceptionnelles prises en 2008-2009 pour majorer certaines prestations destinées aux foyers modestes (prime de solidarité active, allègements d'impôts) (Libault,

2011). Les ajustements budgétaires décidés à partir de 2011 suscitent *a contrario* des débats quant à leur ampleur, leur rythme et leur contenu, avec des répercussions directes sur les politiques sociales (cf. point 3.3.)

Graphique 5. — Taux d'évolution annuel du PIB en valeur et de la masse salariale du secteur privé (en %)



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, septembre 2011.

3.2. Une contribution limitée à l'endettement public et un traitement spécifique de la « dette sociale »

Le niveau et la « soutenabilité » de la dette publique sont par ailleurs devenus les principaux critères d'appréciation de la situation des finances publiques, suite à la forte dégradation intervenue dans nombre de pays européens et aux troubles observés sur les marchés financiers. La dette au sens du traité de Maastricht (dette brute consolidée de l'ensemble des administrations publiques) est un indicateur pour partie contesté, car il ne tient pas compte de la situation des autres agents économiques (ménages, banques...), ni même, pour les seules APU, des actifs qu'elles possèdent, qu'il s'agisse de créances financières ou d'actifs physiques (infrastructures). Selon cette définition, elle atteignait en France fin 2010 82,3% du PIB, après 79% en 2009, 68,2% en 2008, et 64,2% en 2007 (Boisnault, Bourgeois, Chemla, Claveaux, Olivier, Poiblanç et Uteza, 2011). Les prévisions anticipent pour 2011 un

nouvel accroissement d'environ 3 points¹⁶, sachant que les charges d'intérêt représentent aujourd'hui environ 2,5% du PIB.

C'est l'État qui porte l'essentiel de la dette publique (plus de 78%), avec une variation récente, qui, au-delà des déficits, résulte aussi de certaines opérations de refinancement liées à la crise. Bien que leur endettement soit souvent considéré comme un problème aigu, la part directe qu'y prennent les administrations de sécurité sociale reste limitée, à moins de 11% de l'ensemble.

La dette sociale fait par ailleurs l'objet d'une gestion particulière, à travers la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale), établissement public qui mobilise des ressources spécifiques, au premier rang desquelles la CRDS (encadré 5).

ENCADRÉ 5

La CADES et l'amortissement de la dette sociale

La CADES a initialement été créée par les ordonnances de 1996 pour amortir sur une durée de treize ans la dette du régime général de la Sécurité sociale pour les années 1994-1996. Elle est essentiellement alimentée par une contribution spécifique, la CRDS, dont l'assiette est un peu plus large que celle de la CSG, et qui rapporte environ 6 Md€

Sa mission et sa durée de vie ont ensuite été étendues à plusieurs reprises. La loi de 2004 relative à l'assurance maladie a en particulier prévu que la CADES reprenne les déficits cumulés de la branche maladie pour 2003 et 2004, ainsi que ses déficits prévisionnels des années 2005 et 2006. La reprise des dettes sociales par la CADES a ainsi atteint 36 Md€ en 2004, 6,6 Md€ en 2005 et 5,7 Md€ en 2006, repoussant l'échéance des remboursements. La loi organique d'août 2005 a toutefois établi qu'aucune reprise de dette ne pourrait désormais avoir lieu sans recette nouvelle, pour éviter d'accroître à nouveau sa durée d'amortissement.

Le PLFSS 2009 a prévu une nouvelle reprise par la CADES des déficits cumulés fin 2008 par les branches maladie et vieillesse du régime général et le FSV, pour un montant de 27 Md€. Conformément à la loi organique de 2005, des ressources nouvelles lui ont été allouées par le biais d'une fraction de la CSG (0,2 point), anciennement dévolue au FSV.

En 2011 toutefois, une autre loi organique a « exceptionnellement » autorisé, compte tenu de la crise, des transferts de dette conduisant à un nouvel allongement de la durée de vie de la CADES dans la limite de 4 ans. La LFSS 2011 prévoit une reprise de dette pour un total de 130 Md€ (dont 68 Mds en 2011), correspondant aux déficits cumulés du régime général et du FSV pour 2009 et 2010, aux déficits prévisionnels des branches maladie et famille pour 2011, et enfin aux déficits de la CNAV et du FSV pour l'ensemble de la période 2011-2018. La Cades se voit par ailleurs affecter une fraction supplémentaire de CSG, le prélèvement social de 1,3% sur les revenus du capital auparavant attribué au FRR, et un versement annuel provenant des réserves de ce dernier à hauteur de 2,1 Md€ par an entre 2011 et 2024.

¹⁶ Sachant que la dette publique intégrera la quote-part française de l'augmentation des garanties accordées par le Fonds européen de stabilité financière (FESF).

Cette gestion se veut à la fois contraignante et réaliste : la durée d'amortissement de la dette est plafonnée par la loi organique d'août 2005, qui prévoit l'apport de ressources nouvelles pour les reprises de dette futures, mais des transferts exceptionnels et un allongement de durée de vie ont été autorisés à titre exceptionnel en 2011 compte tenu de l'ampleur de la crise, tandis que les ressources et une partie des actifs du FSV ont été mobilisés dès 2011 pour financer les reprises de dettes des régimes vieillesse (Libault, 2011 ; Bousquet, 2011).

À long terme, la soutenabilité de la dette publique donne également lieu à des évaluations diverses et parfois contestables, avec des répercussions différentes en termes d'effort budgétaire à envisager (Fitoussi et Timbeau, 2011). Un accord existe toutefois sur le fait qu'elle doit être évaluée, non seulement au regard de la situation actuelle, mais aussi de l'impact potentiel du vieillissement et des dynamiques de longue période. Les dépenses de protection sociale, qui influent peu sur la dette actuelle, deviennent alors un enjeu incontestable de cette « soutenabilité », à travers les retraites, les soins de santé et la dépendance, même si la France bénéficie, contrairement à l'Allemagne ou à l'Espagne, de perspectives plutôt favorables en Europe du fait de son dynamisme démographique (cf. point 3.4.).

3.3. Des débats sur le caractère conjoncturel ou structurel des déficits sociaux, et sur la pertinence des mesures de consolidation budgétaire prises à court-moyen terme

Alors que l'accroissement de l'endettement public incite désormais les gouvernements, confrontés à la défiance des marchés financiers, à des ajustements budgétaires à un horizon rapproché, la politique économique devrait pour être efficace faire la part, aujourd'hui et à l'avenir, entre les déficits conjoncturels et les soldes structurels des finances publiques et des régimes sociaux : alors que ces derniers ont vocation à être équilibrés en régime permanent de moyen-long terme, la résorption des déficits conjoncturels devrait avant tout dépendre de politiques de retour à la croissance et de soutien de l'emploi. L'estimation de ces soldes structurels est toutefois contestée, à la fois du fait de problèmes de méthode et de débats quant à l'impact de la crise sur le niveau et le rythme de croissance de la production potentielle, *via* l'accroissement du chômage structurel et les freins à l'accumulation du capital et à l'innovation (Cabannes, Lapègue, Pouliquen, Beffy et Gaini, 2010 ; OCDE, 2011). Ces discussions se répercutent sur les évaluations d'*output gap*, de solde structurel, d'écart au « solde stabilisant » le poids de la dette, et par conséquent d'ampleur de « l'assainissement budgétaire » à opérer. Or, si les estimations produites en la matière (et discutées dans le reste

de ce numéro) ne sont aujourd'hui que des hypothèses (Fitoussi et Timbeau, 2011), elles sont en passe d'avoir une portée auto-réalisatrice en incitant à des politiques budgétaires et sociales trop restrictives, conduites simultanément dans l'ensemble des pays européens.

Ces éléments ont en effet contribué, joints aux arguments d'inspiration « ricardienne » affirmant l'existence d'un lien négatif, au dessus du « seuil » de 90% du PIB, entre dette publique et croissance (Champsaur et Cotis, 2010), à justifier une réorientation des politiques économiques donnant la priorité, depuis 2010-2011, à la réduction des déficits publics, avec un appel à des redressements budgétaires rapides et plus prononcés. Ils minimisent toutefois, non seulement les répercussions négatives que ces mesures de redressement peuvent avoir dans une conjoncture économique fragile, mais aussi leurs conséquences anti-redistributives si, comme le prônent les partisans de cet « assainissement budgétaire » accéléré, c'est la voie de la réduction des dépenses publiques, et notamment sociales, qui est privilégiée, au motif qu'elle serait plus efficace que la hausse des prélèvements (Price, 2010 ; OCDE, 2010 ; Maurice, 2010).

Or, la réforme en débat du Pacte de stabilité et de croissance (PSC), si elle comporte l'élargissement de la surveillance multilatérale aux problèmes de compétitivité et de déséquilibre économiques, renforce également les sanctions associées aux procédures budgétaires, avec des contraintes étendues aux prévisions de dépenses publiques (Mathieu et Sterdyniak, 2011), et des propositions visant à un contrôle plus direct de la Commission sur les budgets nationaux. En France, suite aux Conférences sur le déficit organisées au printemps 2010, et à l'échec du projet de réforme constitutionnelle envisageant une « règle d'or », une loi de programmation des finances publiques a été adoptée à l'automne 2011, avec des hypothèses de croissance « optimistes », déjà revues à la baisse à deux reprises (de 2,25% à 1,75% pour 2011 et 2012 dans les projets de lois de financement pour 2012, la prévision 2012 étant elle-même révisée à 1% avant la fin des discussions budgétaires). Les objectifs de cette programmation ont cependant été réaffirmés, malgré les doutes ressortant des prévisions communautaires, avec un déficit public qui devrait en principe être ramené à 4,5% du PIB en 2012, 3% en 2013 et 1% en 2015. Le déficit des ASSO devrait alors être réduit de 0,3 point en 2012 et 0,4 point en 2013, et celui des régimes de sécurité sociale d'environ 5 Md€ alors même que les prévisions d'augmentation de la masse salariale ont été revues de +4,5 à +3,7 puis +3%. La programmation initiale misait déjà sur la réduction des « niches fiscales et sociales » et sur la limitation des dépenses publiques, avec une norme de +1,2% en volume s'appliquant aux dépenses des administrations de sécurité sociale, et une augmentation de l'ONDAM limitée à 2,8% par an. La détérioration des perspectives de croissance n'a pas

conduit à un réexamen de ces hypothèses, mais à des mesures de rééquilibrage restrictives, s'opposant au jeu des « stabilisateurs automatiques », et corroborant l'habitude française d'ajustements « au fil de l'eau », par la voie de plans de redressement fondés sur des augmentations ponctuelles de recettes, l'érosion de certaines prestations, ou, en matière d'assurance-maladie, le report sur les assurances complémentaires (Elbaum, 2010). Certaines de ces mesures posent à cet égard des problèmes d'efficacité et d'équité : prélèvement sur les organismes complémentaires (*via* la taxe sur les conventions d'assurance) pesant à la hausse sur leurs cotisations ; accélération du recul des seuils d'âge prévu par la réforme des retraites et concernant les travailleurs entrés précocement dans la vie active ; indexation réduite des prestations familiales et des aides au logement, dont le pouvoir solvabilisateur pour les ménages modestes était déjà sensiblement érodé par les mécanismes d'indexation limités aux prix (HCF, 2011) ; augmentation de l'ONDAM contingentée à +2,5%, dont le respect pourrait nécessiter des prélèvements sur les dotations de modernisation hospitalière et les établissements médico-sociaux. Elles questionnent sur l'évolution à venir des politiques sociales, d'autant que d'autres révisions probables des projections risquent de conduire à de nouvelles mesures de « rigueur ».

3.4. À long terme, un impact relativement circonscrit du vieillissement...

À long terme, les besoins de financement de la protection sociale sont mus par des dynamiques différentes, essentiellement liées au rythme de la croissance potentielle, aux variables démographiques et aux facteurs de longue période jouant sur les dépenses. Or, si l'impact à attendre du vieillissement démographique est indéniable sur la hausse des dépenses sociales, les incertitudes sont nombreuses en la matière, et ce sont avant tout les choix collectifs qui en détermineront l'ampleur, et la prise en charge plus ou moins solidaire.

En matière de retraites, les projections de référence restent celles du Conseil d'orientation des retraites (COR), qui les a actualisées en avril 2010, pour tenir compte de l'apparition de déficits plus précoces dans les régimes de retraite et cerner par des scénarios alternatifs l'impact potentiel de la crise¹⁷ (encadré 6), mais sur la base des anciennes hypothèses démographiques de l'INSEE et préalablement à la réforme des retraites (COR, 2010). Il faut noter qu'aucune évaluation « partagée » n'a été réalisée depuis, les différents organismes publics (DSS, Direction générale du Trésor, CNAV), ayant produit leurs propres évaluations avec des champs et des hypothèses spécifiques.

¹⁷ Cet impact est en principe faible à long terme, mais la crise peut influencer, au moins dans une première période, sur le niveau du chômage d'équilibre et le rythme de croissance de la productivité.

ENCADRÉ 6

Les projections de 2010 du Conseil d'orientation des retraites

Le COR envisageait en 2010 trois scénarios économiques à long terme, selon que l'on rattrape, à l'horizon 2020, le potentiel de croissance perdu avec la crise, que l'on parvienne à un taux de croissance plus faible mais avec le même taux de chômage à long terme, ou que l'on débouche à la fois sur un taux de croissance réduit et un chômage plus élevé : cela correspond à une croissance de la productivité du travail de +1,8 ou + 1,5% par an, et à des taux de chômage d'équilibre de 4,5 ou 7%. Avec des rendements des régimes complémentaires redevenus constants, la masse des pensions rapportée au PIB augmenterait, comme les besoins de financement à taux de prélèvement constant :

- de 1,1 (scénario A) à 1,5 point de PIB (scénario C) entre 2008 et 2020 ;

- de 1,1 (scénario A) à 2,4 points de PIB (scénario C) entre 2008 et 2050.

Compte tenu d'un besoin de financement de départ évalué, de façon d'ailleurs discutée, à 0,6 point de PIB en 2008, le scénario B retenu comme référence « centrale »¹⁸ y ajouterait ainsi 1,3 point de PIB en 2020 et 2 points en 2050. Ce scénario d'avant la réforme n'était pas sans susciter certaines questions « lourdes », dans la mesure où, au delà des aléas démographiques, il supposait déjà un décalage de 1,2 à 1,3 an des âges moyens de liquidation, et incorporait, même avec des rendements AGIRC-ARRCO stabilisés, une diminution de 21 à 26% en termes bruts et de 15 à 23% en termes nets du rapport entre pensions moyennes et revenu des actifs.

Les projections conduites au niveau européen par la Commission et le Comité de la politique économique aboutissaient à des résultats voisins, sur la base d'hypothèses économiques « d'avant crise » proches pour la France du scénario le plus favorable du COR. Même si ces dernières sont en passe d'être revues, on peut noter que la France apparaissait, avant même la réforme de 2010, en position favorable en Europe, compte tenu des perspectives démographiques et des réformes déjà décidées, avec des besoins de financement nettement supérieurs en Allemagne, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Belgique (de 2 à 5 points de PIB entre 2007 et 2060), et encore bien au-delà en Espagne et surtout en Grèce (European Commission, 2009).

En matière de santé, les études ont montré un impact jusqu'ici modeste des variables démographiques sur l'évolution passée des dépenses de santé en France : au maximum 0,8 à 0,9 point de croissance en volume par an entre 1980 et le début des années 2000, dont environ la moitié liés au vieillissement, les estimations de l'OCDE étant encore inférieures (Azizi et Pereira, 2005 ; OCDE, 2006 ; Cornilleau, 2009). Le vieillissement de la population influe toutefois sur les dépenses de santé à travers plusieurs mécanismes, susceptibles de peser sur les évolutions futures (Polton et Sermet, 2006 ; Albouy, Bretin, Carnot et Deprez, 2009 ; Dormont, 2009), et avec d'ailleurs certaines incertitudes ou contradictions : augmentation

¹⁸ Avec un taux de chômage d'équilibre de 4,5% et une évolution tendancielle de la productivité à +1,5% par an.

« mécanique » des dépenses avec l'âge qui traduit avant tout celle de la prévalence des maladies, mais avec semble-t-il un « décrochage » vers le haut au grand âge (HCAAM, 2010) ; dépenses plus élevées dans l'année précédant le décès, qui devraient au contraire aboutir à une évolution plus modérée au fur et à mesure de l'élévation de l'espérance de vie ; modification d'une génération à l'autre des profils de consommation de soins aux âges élevés, en partie due au diagnostic et au traitement des incapacités et des maladies chroniques, mais en partie aussi à l'évolution des pratiques thérapeutiques et à et la diffusion du progrès médical en direction des personnes âgées (Dormont, Grignon et Huber, 2006 ; Dormont, 2009). Plusieurs études ont ainsi tenté d'évaluer l'impact potentiel du vieillissement sur les dépenses de santé futures : c'est notamment le cas des projections de la Commission et du Comité de politique économique (CPE) de l'Union européenne, qui ont été réactualisées sur la période 2008-2060 (European Commission, 2009) (encadré 7), et précédées ou suivies de travaux de l'OCDE, l'OFCE et la Direction générale du Trésor.

ENCADRÉ 7

L'impact du vieillissement sur les dépenses de santé selon les projections 2008-2060 du Comité de politique économique (CPE) de l'Union européenne

Le CPE évalue ainsi pour la France l'impact du (seul) vieillissement sur les dépenses publiques de santé :

— dans un scénario pessimiste de « dépense par âge inchangée » à une croissance de +0,9 point de PIB entre 2007 et 2030 et +1,4 point à l'horizon 2050 et 2060, soit respectivement +1,2 et +1,8 point pour les dépenses totales de santé ;

— dans le scénario le plus optimiste de « même nombre d'années en mauvaise santé » à une croissance de seulement +0,4 point de PIB entre 2007 et 2030, comme à l'horizon 2050 et 2060, soit un peu plus de 0,5 point pour l'ensemble des dépenses de santé ;

— dans un scénario intermédiaire (retenu comme central), faisant l'hypothèse que le niveau des dépenses est en partie lié aux années précédant la mort, à une augmentation de 0,6 point de PIB d'ici 2030 et 1,1 point d'ici 2050 ou 2060, soit respectivement 0,8 et 1,4 point de PIB pour les dépenses totales de santé.

De même qu'en matière de retraites, les écarts attendus sont importants entre pays européens, du fait de perspectives démographiques et de profils de dépenses par âge différenciés. C'est en Allemagne, au Portugal, mais aussi au Royaume-Uni et en Irlande où l'impact du vieillissement sur les dépenses publiques de santé serait le plus élevé, la France se situant en position intermédiaire.

Les autres estimations conduisent à des résultats pour partie différents, mais selon l'ensemble des projections, l'incidence financière du vieillissement devrait être significative dans les années à venir tout en restant dans des limites circonscrites, pour sa partie « mécaniquement » liée à l'âge et à la morbidité.

Le vieillissement de la population exerce enfin un impact majeur sur *les besoins de prise en charge des personnes âgées confrontées à des pertes d'autonomie*. Il faut noter que l'impact du vieillissement sera en la matière plus tardif que pour les retraites, puisque la « dépendance », administrativement distinguée du handicap à partir de 60 ans, touche avant tout les personnes âgées de plus de 75 ou même 80 ans : c'est donc à partir de 2025-2030 que les conséquences du *baby-boom* se feront réellement sentir (Jeger et Peraldi, 2011). L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), qui s'était sensiblement et continuellement accrue dans les années 1980 et 1990 (du moins pour la dépendance physique) est aujourd'hui sujette à incertitude, notamment pour les femmes et les actes essentiels de la vie quotidienne (Cambois, Robine et Sieurin, 2011). Les nouvelles projections réalisées en 2011 manifestent à cet égard une certaine prudence : appliquées à l'APA, elles conduisent à un nombre de bénéficiaires compris entre 1,4 et 1,7 million en 2030 (en France métropolitaine), et entre 1,85 et 2,7 millions en 2060, soit dans l'hypothèse intermédiaire un doublement par rapport à 2010. Les estimations et projections concernant les dépenses ont aussi été réactualisées en 2011 par les groupes de concertation sur la prise en charge de la dépendance. Leur spectre dépasse, même pour les seules dépenses publiques, largement le champ de l'APA (elles ont été évaluées à environ 24 Md€ pour 2010, soit un peu plus de 1,2% du PIB, l'APA n'en représentant que moins du quart, contre 59% pour l'assurance maladie). Les résultats de ces projections sont là encore circonscrits : à législation constante et pour le scénario intermédiaire d'évolution de la dépendance, l'augmentation tendancielle des dépenses publiques est évaluée à 0,45 point de PIB entre 2010 et 2040 si les prises en charge sont indexées sur les prix, et à 0,53 point si elles sont revalorisées comme les salaires, ce qui semble incontournable eu égard au poids déterminant qu'ont en leur sein les coûts de personnel. Ces augmentations seraient de respectivement 0,57 et 0,67 point de PIB dans le scénario le plus élevé (Groupe de travail « Perspectives démographiques et financières de la dépendance », 2011).

3.5....Mais des incertitudes sur les dynamiques de long terme et des choix collectifs importants, notamment en matière de santé

Les choix collectifs effectués en matière de niveau des pensions et d'activité des travailleurs âgés apparaissent aussi déterminants que l'effet direct du vieillissement sur les perspectives des régimes de retraites. Un exemple en est donné par le choix récent de reculer de 60 à 62 ans l'âge général d'ouverture des droits et de 65 à 67 ans celui de l'annulation de la décote, qui traduit une préférence pour un effet financier substantiel et rapide sur la masse des

pensions, bien qu'elles ne concentrent pas forcément l'essentiel des besoins de financement à long terme (cf. *infra*). L'objectif affiché étant de revenir à l'équilibre des régimes de retraite à l'horizon 2018, le déplacement des bornes d'âge représenterait environ la moitié de la réduction du déficit de la CNAV projeté à cet horizon, soit une économie de 8,5 Md€¹⁹ (Beurnier, Couhin et Grave, 2011), et, selon la Direction générale du Trésor, la progression des dépenses de retraite se trouverait réduite de 0,4 point de PIB dès 2014 (Lellouch, Magnien et Sorbe, 2011). Ce recul a été préféré à une augmentation programmée des cotisations ou au seul accroissement de la durée d'assurance associée au taux plein, par ailleurs poursuivi dès l'été 2011 (41,5 ans pour la génération 1955). Il concerne y compris les assurés qui ont les durées de cotisations requises et ont commencé à travailler à 17 ou 18 ans, avec des compensations limitées pour les carrières longues ou pénibles. La seule prolongation de la durée d'assurance aurait eu des effets plus circonscrits et différés dans le temps, mais avec une prise en compte plus équitable des la durée des parcours professionnels, notamment pour les travailleurs non qualifiés (COR, 2010). Mais l'évolution des pensions reposera aussi sur les choix de départ que seront amenés à faire les assurés (Bachelet, Befly et Blanchet, 2011), compte tenu d'incitations financières (surcote) intervenant plus tardivement et de leur possibilité effective de se maintenir en activité : ceci suppose, y compris avant 60 ans, une modification du comportement des acteurs sociaux et la prise en compte des problèmes de santé et de pénibilité, y compris dans les conditions et l'organisation du travail (Volkoff, 2011). Même sans disposer à ce stade de projections actualisées, on conçoit qu'il s'agit là de « paris », qui s'ils ne sont pas réussis, traduiraient des choix collectifs mettant au second plan les considérations d'équité (Verkindt, 2011).

En matière de soins de santé, d'autres facteurs que la démographie pèsent également au moins autant sur l'évolution potentielle des dépenses (encadré 8).

ENCADRÉ 8

Les déterminants autres que démographiques de l'évolution à long terme des dépenses de santé

Ce sont notamment :

— *l'évolution de la richesse nationale* : selon la plupart des études, l'élasticité de long terme des dépenses de santé au PIB serait proche de 1 dans les pays développés (entre 0,8-0,9 et plus de l'unité selon les estimations) (Missègue et Pereira, 2005 ; Simon et Tallet, 2010), même si à court terme ce lien apparaît moins marqué, et ne se retrouve pas au niveau individuel dans les écarts de consommation selon les revenus.

— *des prix relatifs de la santé*, historiquement orientés à la baisse en France, mais dont la mesure donne lieu à de notables incertitudes, compte tenu par exemple des problèmes de prise en compte de l'innovation. Pour

¹⁹ Évaluée avant la décision d'accélérer ce report prise en novembre 2011.

l'avenir, la question se pose de la poursuite de cette tendance à la baisse des prix relatifs de la santé ou au contraire, comme l'envisage le CPE dans certaines variantes, d'une évolution possible des coûts unitaires devenant égale ou supérieure à celle de l'ensemble de l'économie ;

— *du progrès technique médical*, qui peut diminuer le coût des traitements (progrès de productivité), mais augmente surtout les possibilités de production des services de santé (extension de gamme), avec des incidences plus ou moins directes sur l'espérance de vie. Difficile à mesurer sur longue période avec des indicateurs pertinents, il est souvent considéré par les études macroéconomiques comme inclus dans la tendance « autonome » des dépenses de santé.

— *de facteurs liés à l'offre de soins*, comme la densité médicale ou les capacités offertes par les établissements de santé, qui peuvent soit permettre de répondre à une demande pour partie insatisfaite, soit exercer un effet dit de « demande induite » sur la consommation de soins des patients. S'y ajoutent les problèmes d'organisation des prises en charge sanitaires, et d'articulation entre ville et hôpital, secteurs sanitaire et médico-social, qui revêtent une importance particulière pour les personnes âgées ;

— *de la couverture assurantielle des dépenses de santé*, qui exerce au niveau individuel un effet majeur sur le recours aux soins (Perronin, Pierre et Rochereau, 2011). Elle a largement favorisé la croissance des dépenses de santé en France jusqu'aux années 1980, avec la généralisation de la Sécurité sociale et le développement des assurances complémentaires, parachevé par la mise en place de la CMUC ; *a contrario*, les « franchises » de remboursement instaurées en 2008 semblent avoir contribué au ralentissement des consommations médicamenteuses.

— *des modes de régulation du système de santé*, qui passent à la fois par l'organisation économique de ce système (place des différents modes de paiement ou de tarification, relations entre assureurs et producteurs de soins, pilotage des budgets et des pratiques...), et par les politiques de maîtrise des coûts engagées par les pouvoirs publics, dont l'impact peut être plus ou moins important et/ou durable.

Ces trois derniers facteurs sont, à l'instar du progrès technique, le plus souvent inclus dans l'estimation de la « tendance autonome » des dépenses de santé.

La tendance « autonome » de croissance des dépenses, qui retrace leur dynamique tendancielle une fois pris en compte les effets de la démographie, de la croissance économique et des prix relatifs, s'est, à la différence du Royaume-Uni, ralenti en France depuis le milieu des années 1990 (+ 0,5 à +1% par an contre en moyenne +1,7% entre 1971 et 2002), et la prolongation de ce mouvement constitue autant que le vieillissement une question cruciale pour l'avenir : il en résulte un vaste éventail de projections faisant varier selon les hypothèses et les organismes le poids des dépenses de santé de 0 jusqu'à plus de 10 points de PIB à l'horizon 2050 ou 2060 (Raynaud, 2007 ; Albouy, Bretin, Carnot et Deprez, 2009). Les travaux de projection de la DREES, qui s'appuient sur les estimations européennes concernant l'effet du vieillissement, laissent par exemple entrevoir des écarts massifs selon que la tendance autonome reste celle des trente dernières années ou confirme son ralentissement : cela limiterait alors, selon l'hypothèse d'état de santé privilégiée, l'augmentation totale des

dépenses à 1,1 à 1,9 point de PIB entre 2005 et 2030, et à 2,3 à 3,2 points entre 2005 et 2050 (Raynaud, 2007). Quant aux projections « de référence » de la Commission européenne et du CPE (scénario dit AWG), elles prévoient pour la France un accroissement des dépenses publiques circonscrit à 0,8 point de PIB entre 2007 et 2030 et 1,3 point d'ici 2050 et 2060, soit respectivement 1 et 1,6 point pour les dépenses totales : cela suppose donc une croissance autonome fortement maîtrisée, puisque ce résultat ne dépasse guère « l'effet mécanique » du vieillissement, mais il pourrait être majoré d'environ 1 point de PIB en cas de pression accrue du côté des coûts ou de la demande de soins (European Commission, 2009).

Même si les projections sont loin d'être convergentes, on peut en déduire que l'augmentation des dépenses de santé dépendra à l'avenir au moins autant de ses autres déterminants que du seul vieillissement de la population : évolution des innovations et des pratiques médicales, adaptation structurelle des filières de soins aux personnes âgées, tant en ville qu'à l'hôpital (HCAAM, 2010), organisation des prises en charge sanitaires et médico-sociales, mais aussi, pour éviter des choix « implicites » aboutissant à une érosion « silencieuse » des financements solidaires, procédures d'arbitrage collectif sur les « paniers de soins » et les stratégies de prise en charge (Tabuteau, 2010 ; Elbaum, 2010).

En matière de dépendance, les projections fournissent une première approche pour les trente ou cinquante ans à venir, en dehors même de certains scénarios plus « dramatiques » parfois esquissés pour les démences ou la maladie d'Alzheimer. Elles ne permettent toutefois pas d'évaluer l'ensemble des besoins de prise en charge associés à la perte d'autonomie des personnes âgées, et notamment le nombre de places en établissements ou d'emplois à domicile qui devront être créés pour y faire face. Comme l'ont montré les travaux conduits en 2006-2007 par le Centre d'analyse stratégique, ceux-ci dépendront beaucoup des choix effectués en matière de prise en charge : forte priorité donnée au maintien à domicile ou persistance d'un recours important à l'hébergement en établissement, renforcement plus ou moins prononcé des taux d'encadrement en institution, parts dévolues aux aidants familiaux et aux emplois « formels » dans les prises en charge à domicile, évolution des conditions de travail et des carrières associées à ces emplois (CAS, 2006). Les évaluations sont épineuses en la matière, car les aides familiales et professionnelles apparaissent davantage complémentaires que substituables, ce qui rend difficile une anticipation « mécanique » des besoins à venir. Du côté des personnes dépendantes et de leurs familles, s'ajoutent par ailleurs des restes à charge souvent importants (estimés au total à plus de 7 Md€) pour les besoins d'aides les plus lourds, l'achat de certains équipements (prothèses auditives, fauteuils roulants), et surtout pour l'hébergement en établissement, dont les tarifs posent souvent

problème aux personnes aux revenus modestes ou moyens non éligibles à l'aide sociale²⁰ (Groupe de travail « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », 2011). Un arbitrage collectif s'impose donc sur la couverture à long terme du risque de perte d'autonomie, tant en ce qui concerne le contenu des prises en charge, que leur universalité et leur financement (Elbaum, 2008).

Ces réflexions montrent que la dynamique à long terme des dépenses de protection sociale ne peut être considérée comme « donnée », et qu'elle dépendra beaucoup des choix collectifs qui sont et seront opérés, avec une dimension plus ou moins équitable et solidaire.

4. Exonérations et « niches sociales » : un réexamen souhaitable, mais des marges de manœuvre circonscrites

Le thème de la réduction des charges sociales comme moyen de favoriser l'emploi a été mis en exergue en France dès la fin des années 1970. Il a d'abord inspiré une série d'exonérations de charges spécifiques en faveur des jeunes ou des chômeurs de longue durée, avant que des allègements généraux sur les bas salaires soient mis en œuvre à partir de 1993, combinés selon les époques à des exonérations en faveur de la réduction du temps de travail, ou contraire, à partir de 2007, en faveur des heures supplémentaires.

4.1. Des allègements généraux sur les bas salaires coûteux et modifiés d'année en année, mais davantage « rognés » que remis en cause

Le dispositif actuel d'allègement de charges sur les bas salaires est « le fruit d'une construction progressive » (L'Horty, 2006), modifiée d'année en année : aux exonérations 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, avec pas moins de huit réformes entre 1993 et 2005 (encadré 9). Une fusion de l'ensemble de ces dispositifs est intervenue à partir de 2005, suivie en 2007 de l'introduction du dispositif en faveur des heures supplémentaires (cf. point 4.3).

²⁰ Les restes à charge en établissement avoisinaient en moyenne 1 400 € par mois en 2007, ce qui implique des difficultés à la fois en termes d'accès et de « reste à vivre ».

ENCADRÉ 9

La chronologie des allègements de charge sur les bas salaires entre 1993 et 2003

La chronologie de ces mesures peut être résumée de la façon suivante :

— mise en place par le gouvernement Balladur (loi du 27 juillet 1993) d'une exonération des cotisations patronales d'allocations familiales (5,4 points), totale jusqu'à 1,1 SMIC et de moitié entre 1,1 et 1,2 SMIC, cette concentration étant avant tout retenue pour des raisons budgétaires ;

— en 1995, extension de l'exonération des cotisations famille jusqu'à 1,3 SMIC, et instauration d'une réduction dégressive des cotisations patronales d'assurance maladie (12,8 points) entre 1 et 1,2 SMIC ;

— fusion en 1996 des deux dispositifs dans le cadre de la ristourne « Juppé », ristourne dégressive de 18,2 points de cotisations au niveau du SMIC s'annulant à 1,33 SMIC pour un coût de 40 milliards de francs ;

— en 1998, abaissement de ce seuil maximum à 1,3 SMIC afin d'en réduire le coût budgétaire ;

— en 1998, proratisation de l'allègement bas salaires en fonction du temps travaillé, avec un calcul portant sur le salaire horaire et non plus mensuel, et mise en place, après l'expérience de la loi Robien, d'une aide forfaitaire dégressive aux entreprises réduisant de 10% la durée du travail en créant ou maintenant au moins 6% d'emplois ;

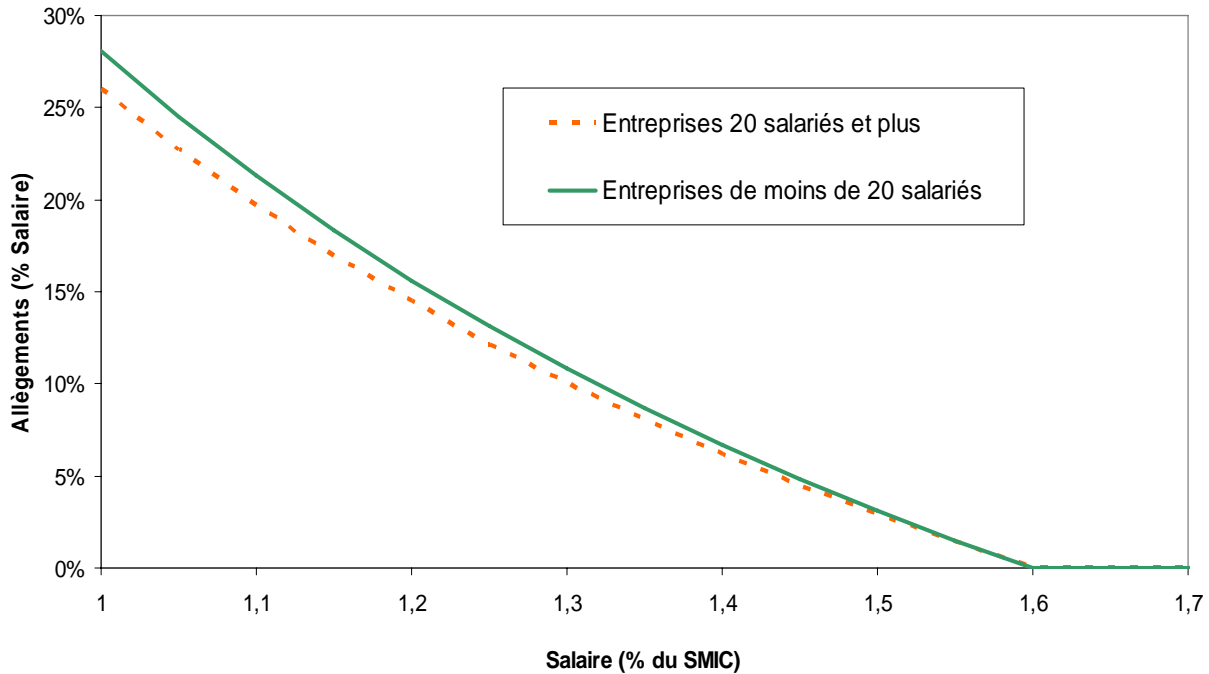
— en 2000, en accompagnement de la réduction à 35 heures de la durée légale du travail, création d'une aide structurelle pour les entreprises qui ont signé un accord de réduction du temps de travail, cumulable avec l'allègement bas salaires, et portant la réduction totale de cotisations à 26 points au niveau du SMIC, avec une dégressivité jusqu'à 1,8 SMIC ;

— en 2003, fusion des deux dispositifs dans le cadre la réforme « Fillon », avec une exonération unique de 26 points s'annulant à 1,7 SMIC que les entreprises soient ou non passées à 35 heures, afin d'accompagner la convergence entre les garanties minimales de rémunération et le SMIC.

Le dispositif en vigueur aujourd'hui résulte de la réforme du 1^{er} juillet 2005 : la réduction de cotisations est de 26 points au niveau du SMIC, le seuil de sortie de l'exonération étant ramené à 1,6 SMIC. À partir du 1^{er} juillet 2007, une extension est en outre intervenue pour les entreprises de moins de 20 salariés, avec un allègement porté à 28,1 points au niveau du SMIC, soit l'ensemble des cotisations employeurs hors accidents du travail et maladies professionnelles (graphiques 6 et 7). Une aide à l'embauche supplémentaire de 14% au niveau du SMIC (et s'annulant à 1,6 SMIC) a enfin été instituée en 2008 au profit des entreprises de moins de 10 salariés, s'ajoutant à l'exonération totale de leurs cotisations de sécurité sociale. La chronologie montre que l'extension des allègements bas salaires a à plusieurs reprises été mise en œuvre pour répondre de façon « défensive » aux répercussions potentielles des relèvements du SMIC ou pour prendre en compte la compensation salariale liée à la réduction

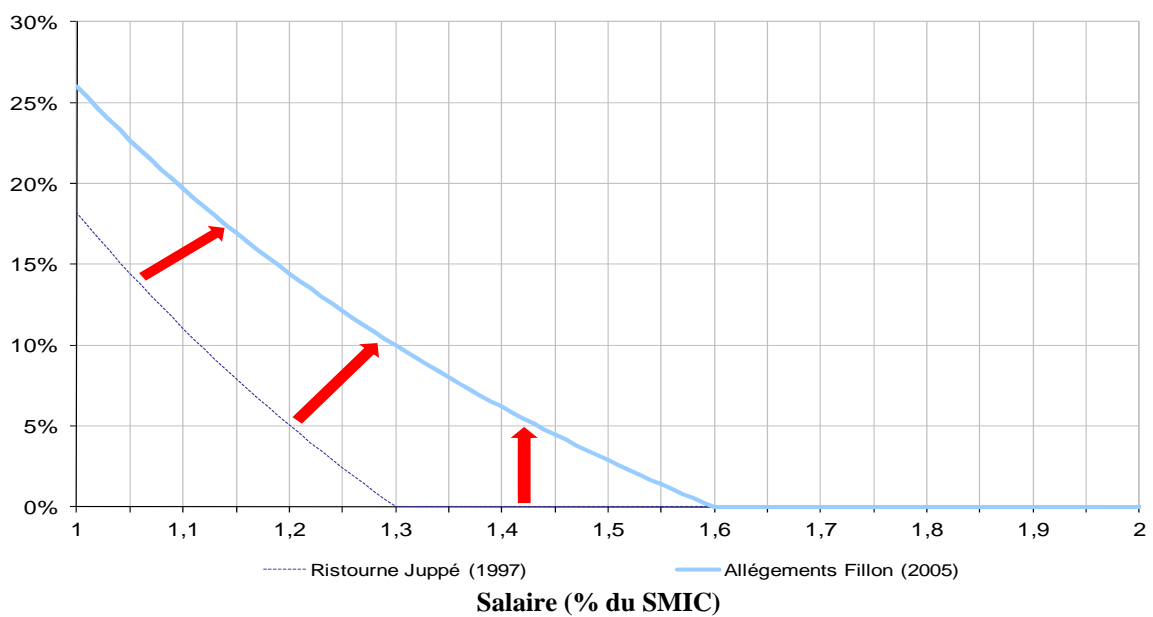
du temps de travail (L'Horty, 2006).

Graphique 6. — Montant de l'allègement des cotisations patronales sur les bas salaires en fonction du salaire horaire



Source : DARES

Graphique 7. — Évolution du montant de l'allègement des cotisations sur les bas salaires entre les dispositifs « Juppé » et « Fillon »



Source : DARES.

À l'exception des très petites entreprises pour lesquelles il est nul, le montant actuel des cotisations de Sécurité sociale employeurs hors accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) est donc de 2,1 points au niveau du SMIC. S'y ajoutent toutefois, hors dispositif d'allègements, les cotisations dues au titre des AT-MP, des retraites complémentaires et de l'assurance chômage (4,3% avec le régime de garantie des salaires), ainsi que diverses contributions assises sur les salaires comme la contribution de solidarité pour l'autonomie, le FNAL ou la participation à l'effort de construction²¹.

Le coût brut apparent de ces exonérations est en outre devenu extrêmement important, atteignant (hors heures supplémentaires) environ 22 Md€ en 2010, avec une forte croissance entre 2004 et 2008. Les allègements généraux représentent ainsi les trois quarts des exonérations compensées aux régimes de Sécurité sociale, et 68% de l'ensemble des exonérations (DSS, 2011). Il faut noter qu'au-delà de l'élargissement du champ du dispositif, les relèvements du SMIC accroissent mécaniquement son coût, en augmentant à la fois l'assiette salariale sur laquelle elles s'appliquent et le nombre de salariés concernés. Une économie de 2,6 Md€ est toutefois attendue à l'horizon 2012, suite aux « resserrements » intervenus dans les PLFSS 2011 et 2012 pour financer la réforme des retraites et les mesures de « rigueur » (cf. *infra*). Après une série de péripéties au début des années 2000, le financement des allègements généraux est depuis 2006 réalisé par le biais d'une série d'impôts et taxes affectés aux régimes de sécurité sociale : droits sur les boissons, les alcools et les tabacs, taxes sur les contributions à la prévoyance d'entreprise et sur les primes d'assurance automobile, taxe sur les salaires, et fractions de TVA sur les produits pharmaceutiques et les tabacs.

L'ampleur du coût des exonérations pour les finances publiques, jointe aux risques de « trappes à bas salaires » (cf. point 4.2), ont conduit à des mesures de resserrement ou de mise sous conditions, mais elles sont pour l'instant restées circonscrites, et le dispositif a davantage été « rogné » que remis en cause. La loi sur les revenus du travail de décembre 2008 a d'abord encadré les allègements de charges par deux conditions:

- le non respect par les entreprises de l'obligation annuelle de négocier sur les salaires entraîne une réduction de 10% de leur montant (ainsi que de celui des exonérations « zonées »), sachant que cette négociation n'est pas obligée d'aboutir (Willmann, 2009) ;

- le calcul de l'allègement devrait se fonder non plus sur le SMIC mais sur le salaire minimum conventionnel de branche lorsque ce dernier n'a pas été remis au niveau du SMIC

²¹ Elles portent ce montant aux alentours de 20,6% au niveau du SMIC pour les entreprises de plus de 20 salariés (DSS, 2011).

pendant au moins deux années consécutives. Cette disposition, applicable en principe en 2011, a été reportée à l'horizon 2013, en raison de la reprise observée des négociations de branche, qui a fait jouer la clause de report prévue par la loi.

Les mesures de financement associées à la réforme des retraites comprennent par ailleurs une économie significative (évaluée à 2 Md€), due à l'annualisation des salaires entrant dans la base de calcul des exonérations, ce qui revient à tenir compte des primes ou des « 13^e mois » versés par les entreprises en fin d'année ; les heures supplémentaires y seront aussi intégrées en 2012, avec à la clé une économie de 0,6 Md€. D'autres suggestions comme le recentrage des exonérations sur les salaires inférieurs à 1,3 SMIC, leur concentration sur les très petites entreprises, ou leur réduction pour les emplois à temps partiel de faible durée n'ont par contre pas été retenues.

4.2. Des évaluations débattues, mais avec des effets reconnus sur l'emploi non qualifié

Les allègements généraux en faveur des bas salaires concernent environ 10,5 millions de salariés, et bénéficie pour les neuf dixièmes à des rémunérations inférieures à 1,35 SMIC. Les principaux bénéficiaires en sont les entreprises de moins de 20 salariés et les secteurs de l'hôtellerie-restauration, des services, du commerce et de la construction, ainsi que certaines industries comme l'agro-alimentaire et le textile-cuir-habillement (Conseil des prélèvements obligatoires, 2009). Leur évaluation s'est effectuée dans un contexte où l'impact sur l'emploi des modifications du coût du travail reste en partie débattu, et peut varier en régime de chômage keynésien ou de chômage classique (Gautié et Margolis, 2010). En les considérant comme des politiques délibérées menées dans un cadre stabilisé, les effets à attendre sur l'emploi des allègements bas salaires sont principalement de trois types (Rémy, 2006) :

— un effet de substitution entre emploi non qualifié d'une part, emploi qualifié et capital d'autre part, ces derniers étant souvent considérés comme complémentaires. Il passe à la fois par un recours accru des entreprises au travail non qualifié dans leur combinaison productive, et par un déplacement de la demande vers des biens ou services incorporant davantage de travail non qualifié.

— un effet volume, lié à la répercussion sur les prix de tout ou partie de la baisse du coût du travail, et à son impact positif sur la production et l'emploi, et ce d'autant plus que la demande est sensible à la baisse des prix, comme dans les secteurs industriels « traditionnels » ou les activités du commerce, de la restauration ou des services à la personne.

— un « effet d'assiette », qui retrace le fait que, pour une même enveloppe

budgétaire, la réduction du coût du travail peut avoir des effets plus élevés à coût donné.

Cet impact potentiellement favorable sur l'emploi est à mettre en regard d'un possible effet de « trappe à bas salaires », les augmentations de rémunérations devenant d'autant plus coûteuses que les allègements de charges sont concentrés au bas de la distribution salariale.

Ces effets ont donné lieu à de multiples exercices d'évaluation, qui se sont étagés sur la période 1997-2009. Même si un accord général existe sur le fait que les allègements bas salaires ont eu un effet positif et important sur l'emploi, et qu'ils ont contribué à interrompre la tendance à la réduction des emplois non qualifiés à l'œuvre depuis le début des années 1980, ces évaluations sont partiellement divergentes, avec une grande diversité de concepts et de méthodes (tableau 3).

Tableau 3. — Effets des allègements bas salaires sur l'emploi selon les évaluations

<i>Étude</i>	<i>Méthode</i>	<i>Effet sur l'emploi des allègements en vigueur en 1997</i>
Malinvaud (1998)	Maquette analytique	300 à 400 000 emplois au bout de dix ans
Administration économique : INSEE-DP-DARES (1998)	Maquette analytique	250 000 emplois au terme de cinq ans
Audric, Givord et Prost (2000)	Maquette analytique de Salanié (2000)	120 000 emplois à long terme avec une élasticité de substitution du travail non qualifié aux autres facteurs de 0,7, et 410 000 avec une élasticité de 2,5
Laffargue (2000)	Maquette analytique	116 000 emplois à long terme avec une élasticité de 0,7 ; 440 000 avec une élasticité de 2,5
L'Horty (2000)	Maquette analytique	280 000 emplois avec une élasticité de 1
Laroque et Salanié (2000)	Estimation économétrique à partir de données individuelles sur les ménages	490 000 emplois à long terme
Crépon et Desplatz (2001)	Estimation économétrique à partir de données individuelles d'entreprises	460 000 emplois dès 1997
Doisy, Duchêne, Gianella (2002)	Maquette analytique, avec modélisation du chômage frictionnel	320 000 emplois
Jamet (2005)	Maquette analytique avec prise en compte de l'hétérogénéité sectorielle	100 000 à 200 000 emplois
Gafsi, L'Horty, Mihoubi (2004)	Maquette estimée avec prise en compte de l'hétérogénéité sectorielle	100 000 emplois

Source : COE.

Les principales d'entre elles portent sur la période 1993-1997 (et donc sur des allègements d'environ 6 Md€) afin d'éviter les effets de la réduction du temps de travail, et aboutissent à des résultats différenciés : l'écart va de 1 à 5 selon les études concernant l'estimation de leurs effets sur l'emploi (tableau 3) (L'Horty, 2006 ; Sterdyniak, 2007 ; Boissinot, Deroyon, Heitz et Rémy, 2008).

Alors que les travaux utilisant des maquettes macro-économiques débouchent sur une fourchette de 200 à 400 000 emplois créés ou sauvegardés au terme de cinq à dix ans, les études économétriques sur données individuelles fournissent des estimations supérieures, mais très fortement débattues, allant jusqu'à 460 ou 490 000 (Crépon et Desplatz, 2001 ; Laroque et Salanié, 2000 ; Sterdyniak, 2007), tandis que celles tenant compte d'effets sectoriels aboutissent qu'à environ 100 à 200 000 créations d'emplois non qualifiés (Jamet, 2005 ; Gafsi, L'Horty et Mihoubi, 2005). La diversité de ces résultats est largement liée à l'appréciation des phénomènes de substitution entre travail non qualifié d'un côté, travail qualifié et capital de l'autre, qui donne toujours lieu à de larges incertitudes. À titre de synthèse, une estimation « consensuelle » d'environ 300 000 emplois créés ou sauvegardés par les allègements de 1997 a toutefois été mise en avant (COE, 2006 ; Boissinot, Deroyon, Heitz et Rémy, 2008).

L'impact des allègements actuels apparaît en dépit de leur montant massif encore plus difficile à évaluer, dans la mesure où les extensions intervenues depuis 1998 ont été associées aux politiques de réduction du temps de travail (RTT) et aux relèvements du SMIC qui les ont suivies, sans guère modifier le rapport entre coût du travail au SMIC et au salaire médian. Les études portant spécifiquement sur la réforme Fillon de 2003, qui unifie les dispositifs s'appliquant aux entreprises à 39 et à 35 heures, concluent à une absence d'effet clair sur l'emploi global, car les entreprises ayant signé un accord de RTT avant 2003 ont vu leurs avantages se réduire, tandis que les autres bénéficiaient de davantage d'exonérations (Bunel, Gilles et L'Horty, 2010). Quant à l'estimation déduite par extrapolation, selon laquelle la suppression des allègements bas salaires pourrait induire la disparition d'environ 800 000 emplois, elle apparaît très contestable, car le dispositif est aujourd'hui calibré différemment, avec des modifications substantielles et « non linéaires » de son barème. Un exercice récent de microsimulation aboutirait plutôt à des variations d'emploi proches de 500 000 en régime instantané, de 400 000 à l'horizon de 10 ans (Barlet, Blanchet et Le Barbanchon, 2010).

En ce qui concerne enfin l'effet de ces dispositifs sur les évolutions salariales, les analyses sont relativement peu conclusives et partiellement contradictoires. La mobilité

salariale intra-entreprise semble avoir globalement ralenti dans les années 1990, mais cela serait pour partie lié à l'ampleur des revalorisations du SMIC, et l'effet spécifique des allègements bas salaires semble avoir été limité (Lhommeau, 2005). Une étude sur la période 1984-1997 conclut plus clairement à l'absence d'effet négatif des allègements de charges sur l'augmentation des rémunérations des salariés concernés (Aeberhardt et Sraer, 2010), mais le suivi entre 1980 et les années 2000 de salariés restés au moins 3 ans dans la même entreprise montre au contraire que la progressivité du coût du travail liée aux allègements aurait entraîné un ralentissement limité mais significatif de la mobilité salariale des travailleurs faiblement rémunérés (Lhommeau et Rémy, 2010). Même si l'existence de ces « trappes à bas salaires » est difficile à établir de façon claire, il semble néanmoins exister un arbitrage entre les incitations à la « quantité » et à la « qualité » de l'emploi, qui intervient dans les débats relatifs à l'avenir des exonérations.

La France continuant à se caractériser, eu égard aux autres pays de l'OCDE, par un coût relativement important du salaire minimum à temps plein, et, malgré sa stabilité, par un rapport assez élevé entre le coût minimum du travail et son coût moyen ou médian (Immervoll, 2007), une révision complète des allègements bas salaires apparaît toutefois peu probable, au-delà d'une conditionnalité renforcée. Mais il est clair que la compétitivité de l'économie repose aussi sur des choix de spécialisation et de qualification, qui devraient conduire à privilégier davantage l'emploi qualifié, en donnant la priorité aux politiques de formation et de reconversion.

4.3. Des remises en cause qui portent avant tout sur les exonérations spécifiques et les « niches sociales », mais qui nécessitent un examen au cas par cas

Les dispositifs spécifiques d'allègement des charges employeurs ont commencé à être mis en place dès la fin des années 1970 pour favoriser l'embauche des jeunes : d'abord les apprentis en 1977, puis l'ensemble des jeunes chômeurs dans le cadre des « pactes nationaux pour l'emploi » de 1977 à 1981 (Horusitzky, 2005). Ils ont ensuite été étendus, à partir de la fin des années 1980, à l'ensemble des publics prioritaires de la politique de l'emploi dans le cadre des contrats aidés (chômeurs âgés ou de longue durée, allocataires de minima sociaux...), ainsi qu'à des circonstances jugées « porteuses » (création d'entreprise par les chômeurs, embauche du premier salarié, jeunes entreprises innovantes, volontariat pour l'insertion ou dans un cadre associatif). Ils ont aussi été ciblés sur certaines zones géographiques (zones franches et zones de revitalisation urbaines, DOM) ou catégories d'activité (agriculture, services à la personne, marins).

L'annexe du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2012 consacrée à ces dispositifs recense toujours plus d'une trentaine de formules d'aides spécifiques faisant appel à des allègements de charges sociales (DSS, 2011), parmi lesquelles :

- 4 en faveur de la formation en alternance ou de stages ;
- 3 en faveur des titulaires de minima sociaux ou des publics fragiles ;
- 3 dans le cadre du développement des services à la personne (aides à domicile employées par des particuliers, des associations ou des entreprises) ;
- 3 applicables au secteur agricole ;
- 6 ciblées sur d'autres secteurs d'activité ou des régimes spécifiques de sécurité sociale;
- 7 applicables à certains territoires (notamment les ZFU, les ZRU, les ZRR et les DOM) ;
- 5 destinées à différentes catégories de travailleurs non salariés, incluant les « auto-entrepreneurs ».

Ces exonérations forment un ensemble divers, complexe et fluctuant : 7 créations, 8 suppressions et 11 modifications (dont 5 extensions) ont par exemple été enregistrées entre 2009 et 2012. Leur coût est évalué à environ 7 Md€ en 2010 et 6,4 Md€ en 2011, dont respectivement 4 et 3,4 Md€ donnent lieu, en application de la loi Veil de 1994, à une compensation de la part de l'État aux caisses de sécurité sociale.

Ces mesures posent des problèmes d'articulation avec les allègements de charge généraux et suscitent des doutes quant à leur efficacité, avec à la fois des insuffisances et des difficultés spécifiques concernant leur évaluation (encadré 10). Les LFSS les ont revues à la baisse depuis 2010-2011 (par exemple pour les ZFU, les DOM et les services à la personne), mais avec aussi de nouvelles créations (zones de restructurations de la défense, porteurs de presse) ou extensions (auto-entrepreneur, volontariat civil) de dispositifs ponctuels. Le Conseil des prélèvements obligatoires et l'IGF en ont proposé un réexamen d'ensemble, leurs critiques portant notamment sur les exonérations « zonées », et celles en faveur des hôtels-café-restaurants et des services à la personne (Conseil des prélèvements obligatoires, 2010 et 2011 ; IGF, 2011).

ENCADRÉ 10

Quelles appréciations porter sur les exonérations « ciblées » ?

Les exonérations ciblées sur des publics, des zones, des statuts ou des secteurs spécifiques ont avant tout pour objet de leur conférer un avantage comparatif supplémentaire, et de favoriser des créations d'emploi ou des embauches préférentielles à leur bénéfice, sans forcément viser un effet substantiel sur l'emploi global. Ces mesures sont donc assorties « d'effets de substitution », qui renchérissent sensiblement le « coût de l'emploi créé », mais qui sont aussi liées à leur objectif de « discrimination positive », comme c'est classiquement le cas pour les contrats aidés (jeunes, chômeurs de longue durée...). Leur évaluation appelle donc une approche particulière, qui ne saurait se limiter à une estimation globale de leur « effet emploi ».

Il n'en demeure pas moins que l'évaluation de ces dispositifs est loin d'avoir été systématique, et que leur empilement, leur éparpillement et leur caractère changeant posent problème pour prouver leur efficacité (Bur, 2008). Parmi les évaluations réalisées, on peut noter celle de l'INSEE sur les zones franches urbaines (ZFU), qui montre un impact positif sur les créations d'établissements et l'emploi, mais faible eu égard au coût de la mesure et résultant pour les 2/3 de déplacements d'activités (Rathelot et Sillard, 2008).

Sont par ailleurs en cause la complexité de ces mesures et leur coexistence avec les allègements bas salaires, qui peuvent aboutir à des conflits d'objectifs et à des incohérences (effets de seuil, problèmes de cumul et différences peu justifiées entre des dispositifs proches). Les travaux du Conseil des prélèvements obligatoires les soulignent en particulier pour les exonérations « zonées », et pour celles en faveur des hôtels-café-restaurants et des services à la personne, également pointées par l'Inspection générale des finances : celles-ci ne sont par exemple pas dégressives, et pas réellement centrées sur les personnes les plus « fragiles »²² (Amghar et Laloue, 2010 ; IGF, 2011).

S'y ajoute le dispositif relatif aux heures supplémentaires, sujet à un ensemble d'interrogations et de critiques. Instauré par la loi TEPA (travail, emploi et pouvoir d'achat) d'août 2007, il vise à favoriser l'obtention de gains de pouvoir d'achat en contrepartie d'un allongement des temps de travail individuels. Il comporte une déduction forfaitaire des cotisations employeurs de 0,50 € pour chaque heure supplémentaire effectuée dans les entreprises de plus de 20 salariés et de 1,50 € dans celles de 1 à 20 salariés. Les heures supplémentaires et complémentaires effectuées en cas de temps partiel donnent aussi lieu à une réduction de 21,5% des cotisations salariales. Le coût de la mesure est estimé à 3,2 Md€ en 2010 et 3,4 Md€ en 2011 ; sa montée en charge a connu une inflexion liée à la conjoncture économique, avec une contraction en 2009 suivie d'une reprise en 2010 et au premier semestre 2011, puis un fléchissement au 3^e trimestre (Sévin, 2011). Les résultats de cette

²² La LFSS pour 2011 a supprimé la franchise de cotisations dont bénéficiaient les prestataires intervenant auprès de personnes « non fragiles », mais les publics dits « fragiles » comprennent l'ensemble des personnes âgées de plus de 70 ans, y compris lorsqu'elles ne sont pas touchées par des pertes d'autonomie.

mesure apparaissent très discutés, en raison de la mauvaise connaissance du volume d'heures supplémentaires effectuées avant la loi, et des inégalités qu'elle introduit entre les salariés qui ont ou non la possibilité d'accroître volontairement leur temps de travail (Conseil des prélèvements obligatoires, 2010). Surtout, l'augmentation des heures supplémentaires peut se révéler pénalisante pour l'emploi en période de sous activité et de chômage élevé, et donc dans la conjoncture actuelle, avec un impact particulièrement sensible sur l'emploi intérimaire (Heyer, 2010 et 2011).

À ces exonérations compensées se superposent enfin une série de « niches sociales », qui exemptent de cotisations ou de CSG certaines formes de rémunération directe (chèques vacances, primes d'intéressement...) ou différée (épargne salariale, participation, stock-options), et qui font désormais l'objet de mesures d'encadrement ou de réduction. Le souci d'évaluer et d'encadrer le coût des « niches sociales » s'est manifesté dans les années récentes, avec des critiques pointant leur illisibilité, leur inéquité et les incitations à « l'optimisation » qu'elles induisent pour les salariés et les employeurs, tentés de faire échapper les suppléments de rémunération à l'assiette salariale (IGF, 2011). Elles ont débouché sur l'institution depuis 2009 de prélèvements spécifiques et d'un « forfait social » sur certaines assiettes exemptées ; ceux-ci ont été accrus entre 2010 et 2012, afin de mobiliser de nouvelles ressources face à la montée des déficits (encadré 11).

ENCADRÉ 11

La question des « niches sociales »

Suite à plusieurs admonestations de la Cour des comptes et du Parlement, le Gouvernement s'est engagé à évaluer et encadrer le coût des exemptions d'assiette de cotisations sociales, dites aussi « niches sociales ».

L'annexe 5 du PLFSS consacrée aux mesures d'exonération liste donc aussi désormais ces exemptions et abattements d'assiette, parmi lesquelles figurent :

- les sommes versées au titre de la participation, de l'intéressement et des plans d'épargne d'entreprise ;
- les stock-options et l'attribution gratuite d'actions ;
- des aides directes aux salariés comme les titres restaurant, les chèques vacances, le CESU, la prime transport... ;
- les dispositifs de prévoyance complémentaire d'entreprise et de retraite supplémentaire exonérés à certaines conditions (caractère collectif et obligatoire, contrats responsables) ;
- les indemnités versées en cas de rupture du contrat de travail (licenciement, mise à la retraite...).

Le montant total de ces exemptions d'assiette a été évalué à environ 49 Md€ pour 2011, dont 36% pour la participation financière et l'actionnariat, et 34% pour la protection sociale complémentaire d'entreprise. Cela correspondrait à une « perte » de recettes sociales estimée à environ 9,5 Md€ (DSS, 2011).

À partir de 2009, un objectif financier global a été fixé pour encadrer les mesures d'exonération, de réduction ou d'abattement d'assiette, et il a été prévu d'évaluer tous les trois ans les nouveaux dispositifs créés, et de compenser toute création ou extension de dispositif par la réduction d'un autre.

Des prélèvements spécifiques ont en outre institués sur certaines assiettes exemptées : dépenses de prévoyance, retraites chapeau, stocks-options ou actions gratuites, mises à la retraite d'office, abondements des plans d'épargne collectifs de retraite. A par ailleurs été créé en 2009 un « forfait social » (initialement de 2%), c'est-à-dire une contribution minimale à la charge des employeurs, sur l'intéressement, la participation, l'épargne salariale et la retraite supplémentaire, affecté à la CNAMTS. Le PLFSS 2010 a doublé ce taux de prélèvement en le portant à 4%, de même que celui applicable aux retraites chapeau, porté à 12 ou 24% selon leur mode de gestion.

Les lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2011 et 2012 ont enfin affiché la réduction des « niches » sociales (et fiscales) comme un axe prioritaire. Elles prévoient en 2011 l'imposition de certains contrats d'assurance vie ou complémentaires (pour le financement de la CADES), la hausse de 4 à 6% du taux du « forfait social », la majoration des contributions sur les retraites chapeaux via la création d'une contribution salariale de 14%, et la hausse de celle applicable aux stock-options (à 8% pour les salariés et 14% pour les employeurs). S'y ajoutent du côté fiscal une imposition accrue des stock-options, des plus values mobilières, des dividendes et des retraites chapeau, qui contribuent à une « fiscalisation » du financement des retraites (Pellet, 2011). En 2012, est prévu un nouveau relèvement du « forfait social » (de 6 à 8%), l'homogénéisation de la C3S dans le secteur financier, un nouveau « rabotage » des niches fiscales, mais aussi la réduction (de 3 à 2%) de l'abattement dont bénéficient les revenus d'activité pour le calcul de la CSG et de la CRDS.

Cette revue montre qu'il existe des marges de manœuvre en termes de rationalisation ou de suppression d'exonérations spécifiques et de « niches sociales », mais qu'elles sont à considérer au cas par cas, et risquent d'être quantitativement circonscrites. La suppression des exonérations en faveur des heures supplémentaires et le relèvement des prélèvements sociaux sur des assiettes comme les stock-options, l'attribution gratuite d'actions, les retraites d'entreprise ou même la participation et l'intéressement semblent à la fois souhaitables et réalistes. Mais les arbitrages sont plus délicats concernant les mesures de soutien à l'emploi dans les zones défavorisées (notamment les DOM), ou dans des secteurs comme les services à la personne, où ils ont permis de « blanchir » du travail dissimulé, le risque étant que celui-ci se développe à nouveau suite à la suppression des exonérations, avec à la clé une réduction des droits sociaux des salariés²³. Certaines « niches sociales » apparaissent en outre comme des soutiens, parfois anciens, à la négociation et aux politiques sociales d'entreprise (chèques vacances, chèques restaurants, primes transport, prévoyance d'entreprise), ou posent des

²³ La suppression en 2011 de l'abattement de 15 points de cotisations accordé aux particuliers employeurs choisissant de cotiser sur une assiette réelle et non forfaitairement limitée au SMIC pose à cet égard question.

problèmes sociaux délicats (indemnités de licenciement ou de rupture du contrat de travail), même si elles ont une dimension inégalitaire par ailleurs incontestable. Enfin, l'extension de la notion de « niche » aux abattements sur l'assiette de la CSG et surtout aux taux réduits pratiqués sur les revenus de remplacement (retraite et chômage) apparaît abusive, dans la mesure où ils relèvent d'une réflexion plus globale sur la fiscalité appliquée à ces revenus, notamment dans la perspective d'un rapprochement avec l'IRPP. Et c'est ce dernier qui constitue sans doute, plus que les prélèvements sociaux, la principale et la plus équitable source de résorption des dispositifs de taxation dérogatoires.

5. Modifier le financement de la protection sociale : l'absence d'« alternative miracle »

La part toujours élevée des cotisations sociales, notamment des cotisations employeurs, dans le financement de la protection sociale, alimente un débat récurrent sur les modifications et élargissements possibles de ce financement, qui connaît un regain récent autour de la TVA. Les principales pistes étudiées sont le remplacement d'une partie des cotisations employeurs par une « cotisation sur la valeur ajoutée » des entreprises, idée aujourd'hui laissée de côté, et leur transfert partiel vers la TVA (dite « TVA sociale ») ; s'y ajoute l'idée de recourir davantage aux taxes « comportementales », ou, pour certains risques en émergence, aux assurances privées, avec plus ou moins de régulation publique. L'examen de ces pistes fait toutefois apparaître des limites et des risques qui confirment, comme l'indiquait E. Malinvaud dès 1998, qu'il n'y a pas d'« assiette miracle » (Malinvaud, 1998).

5.1. Les prélèvements à dimension « comportementale » : des compléments intéressants mais à la mise en œuvre délicate

Une première éventualité souvent discutée est le développement de taxes dites « comportementales », qui, à l'image de la taxe « carbone » proposée dans le domaine de l'environnement, seraient à la fois susceptibles de procurer des ressources supplémentaires et d'inciter à des « comportements vertueux », en conduisant les acteurs à « internaliser » les coûts liés à certaines de leurs pratiques. On ne discutera pas ici du recours aux taxes environnementales proprement dites, sauf à rappeler que des fractions de TIPP²⁴ ont été mobilisées pour financer le transfert du RMI aux départements, même si le « droit à compensation » est aujourd'hui fixé indépendamment de son évolution. Des prélèvements à

²⁴ Taxe intérieure sur les produits pétroliers

dimension « comportementale » sont par ailleurs appliqués ou proposés dans trois domaines touchant spécifiquement la protection sociale : les accidents du travail, la consommation d'alcool et de tabac et les pratiques d'emploi des entreprises eu égard à l'assurance chômage. L'analyse montre qu'en dépit d'un intérêt manifeste, leur mise en œuvre appelle des précautions qui en limitent forcément l'usage.

En matière de tarification des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), la législation vise simultanément à mutualiser les risques en tenant compte des caractéristiques de taille et de secteur des entreprises, et à favoriser la prévention en modulant les cotisations payées par les employeurs eu égard aux sinistres intervenus par le passé : les taux de cotisation payés par les entreprises de plus de 200 salariés (150 suite à la réforme) sont même intégralement individualisés en fonction de cette « sinistralité » (encadré 12). Cette tarification s'est toutefois révélée complexe et assez faiblement incitative (Bras, 2007), ce qui a conduit à une réforme dont l'application est programmée entre 2012 et 2014. Celle-ci vise à rendre ces principes de tarification plus lisibles, plus opératoires et plus « réactifs », tout en revenant à une tarification entièrement collective pour les entreprises de 10 à 20 salariés. Ses effets devront à cet égard être évalués, sachant que le renchérissement des coûts imputés aux entreprises se heurte à la sous-déclaration massive des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cette dernière fait d'ailleurs assez paradoxalement l'objet d'une estimation « officielle » en vue d'une compensation à l'assurance maladie (encadré 12).

ENCADRÉ 12

La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles

Les cotisations patronales d'AT-MP donnent lieu à trois modes de tarification :

- une tarification collective applicable aux entreprises de moins de 10 salariés (avant la réforme), et qui dépend de la nature de l'activité exercée, en fonction d'une nomenclature de risque spécifique ;
- une tarification individuelle applicable aux entreprises de plus de 200 salariés, qui leur impute les frais occasionnés par les sinistres passés qui continuent à générer des coûts ;
- une tarification mixte combinant entre ces deux seuils le taux collectif lié à l'activité et le taux individuel de l'établissement, dont la part croît avec le nombre de salariés.

Le calcul des seuils d'effectifs se fait toutefois par entreprise, alors que la tarification s'applique au niveau des établissements. Des majorations forfaitaires interviennent en outre pour tenir compte des accidents de trajet, des coûts de fonctionnement, des versements à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration des sinistres (cf. *infra*), et des transferts aux fonds amiante.

Bien que l'effet des systèmes de *bonus-malus* sur la sécurité au travail soit plutôt confirmé par les études internationales, la tarification « à la française » a des résultats moins conclusifs, compte tenu de capacités incitatives limitées : faible lisibilité, pénalisation peu « vigoureuse » pour les accidents les moins graves, individualisation limitée, réactivité réduite aux efforts de prévention (Bras, 2007).

Joint à la complexité déplorée par les petites entreprises, ce constat a conduit à une réforme, mise en œuvre par le PLFSS 2010 et un décret de juillet 2010 ; d'application progressive entre 2012 et 2014, elle ne pourra être évaluée que d'ici quelques années. Elle prévoit notamment :

- un report du seuil de la tarification collective de 10 à 20 salariés, ce qui induit une simplification, mais minore la portée incitative du système ;
- un abaissement en sens inverse du seuil de la tarification individuelle de 200 à 150 salariés;
- la possibilité pour les entreprises multi-établissements de demander l'application d'un taux de cotisation unique ;
- l'imputation totale « une fois pour toute » du coût des sinistres intervenus, à partir d'une grille de tarifs moyens fonction de la durée d'arrêt et des incapacités engendrées par les sinistres, ce qui devrait rendre le système plus réactif et en principe plus incitatif.

La majoration des cotisations à des fins d'incitation se heurte cependant à une sous-déclaration très importante des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui ne semble pas diminuer. Cette sous-déclaration a des causes diverses, dont les difficultés de reconnaissance de certaines maladies professionnelles, mais aussi la non déclaration des accidents les moins graves, parfois d'un commun accord entre employeurs et salariés. Le code de la Sécurité sociale a d'ailleurs prévu la réunion tous les trois ans d'une commission chargée d'estimer « officiellement » cette sous-déclaration (chiffrée en 2011 entre 0,59 et 1,1 Md€), cette estimation servant à établir des versements compensatoires de la branche AT-MP à la branche maladie, qui supporte à ce titre des « charges indues » (Diricq, 2011 ; Commission de comptes de la sécurité sociale, 2011).

*En matière de tabac et d'alcool, une série de droits de consommation (dits « accises ») est prélevée principalement au bénéfice de la CNAMTS, mais aussi d'autres régimes au titre de la compensation des allègements de charges sociales. D'un montant croissant au cours du temps, ils dépassaient 11 Md€ en 2011 pour les droits sur les tabacs, mais restaient limités à environ 3,2 Md€ pour les droits sur les alcools et boissons. Concernant le tabac, les études concluent clairement à l'efficacité de ce type de taxation pour infléchir, *via* la hausse des prix, l'évolution de la consommation : l'élasticité des ventes par rapport au prix serait de l'ordre de -0,3, et les fortes augmentations de la fiscalité décidées en 2003-2004 semblent avoir eu un impact avéré (Hill, 2010). Ces effets nécessitent toutefois pour se poursuivre des hausses répétées, et suffisamment importantes pour que les industriels ne puissent pas éviter la hausse de prix de certains produits peu chers, ciblant en particulier les jeunes et les populations défavorisées²⁵. Les politiques suivies depuis 2005 ne semblent plus guère correspondre à ces caractéristiques, avec des relèvements de prix limités et ciblés à l'initiative des fabricants, et le tabagisme semble avoir repris une tendance ascendante, notamment chez les femmes d'âge*

²⁵ Les droits sur les tabacs sont les seules taxes dont le montant brut est supérieur pour les ménages modestes, ce qui leur confère à la fois des caractéristiques régressives, mais rend aussi la consommation de ces ménages plus sensible à d'éventuels relèvements.

intermédiaire, avec un accroissement des inégalités sociales (Beck, Guignard, Peretti-Watel, Richard et Wilquin, 2011). La politique de hausse des taxes se heurte en outre, faute d'harmonisation fiscale, à des substitutions entre produits (par exemple entre cigarettes et tabac à rouler), et surtout à des pratiques moins de contrebande que d'achats transfrontaliers, qui compenseraient environ la moitié de la baisse des ventes, et nécessiteraient une convergence des prix et des taxes au niveau européen. Concernant les alcools et boissons, les taxes prélevées sont moins importantes, et surtout différenciées selon les produits, ce qui peut là encore engendrer des substitutions, notamment dans la consommation des jeunes. Et comme l'a montré le débat récent sur les boissons sucrées, l'ambiguïté reste forte entre les objectifs de santé publique et celui de mobiliser des « recettes de poche » pour le financement des déficits sociaux.

En ce qui concerne enfin l'assurance chômage, l'idée a depuis longtemps été avancée de moduler les cotisations en fonction des comportements d'emploi des entreprises, qui peuvent engendrer des surcoûts pour la collectivité lorsqu'ils sont trop tournés vers la « flexibilité externe ». Le renchérissement des cotisations en cas de recours important aux licenciements a néanmoins été régulièrement repoussé, compte tenu du risque d'aggraver la situation d'entreprises ou de secteurs déjà en difficulté. Plus récemment, des études ont montré que les règles de l'assurance chômage sont susceptibles, en permettant le cumul des allocations avec une activité réduite ou occasionnelle, de favoriser la pratique de contrats courts (CDD et intérim) et le développement de situations alternant durablement emplois précaires et chômage (Coquet, 2010). Il a alors été proposé, afin d'« internaliser » davantage le coût de ces emplois intermittents, de moduler à la hausse les cotisations des employeurs ayant un recours élevé aux emplois précaires ou mieux, pour éviter l'assimilation entre statut et stabilité effective des emplois, en fonction de la durée observée des contrats en deçà d'une certaine ancienneté. Ce type de proposition a commencé à être chiffré dans les dernières négociations sur l'assurance chômage, mais n'a finalement pas été repris dans l'accord négocié pour la période 2011-2013, qui renvoie sur ce point à des discussions ultérieures. La complexité d'une telle mesure, ses effets sectoriels différenciés, et le risque de favoriser la sous-déclaration des embauches de très courte durée, par nature plus difficiles à contrôler, risquent d'handicaper sa mise en œuvre effective, bien que les partenaires syndicaux se déclarent attachés à son principe.

5.2. L'inadaptation d'un recours élargi à l'assurance privée : l'exemple de la « dépendance »

Bien que les idées de « droit universel à compensation » ou de « cinquième risque » aient été à plusieurs reprises avancées dans le débat public, une séparation demeure en France entre les modes de prise en charge destinés aux handicapés et aux personnes âgées, qualifiées de « dépendantes » (CNSA, 2007). Le Gouvernement a publié à ce propos en 2008 un document envisageant une réforme des aides et de la tarification des établissements, mais aussi une clause de récupération sur patrimoine pour les personnes désireuses de bénéficier de l'APA à taux plein, et un recours élargi aux assurances privées et à la prévoyance pour prendre en charge, compte tenu des tensions sur les budgets publics, une part majeure des besoins de financement futurs. Ce projet a suscité des discussions à la fois sur la restriction des aides publiques aux personnes les plus modestes et les plus dépendantes, et sur la pertinence économique du recours à la prévoyance privée (Elbaum, 2008). La capacité de l'assurance privée à couvrir un risque comme la dépendance dans des conditions équitables et économiquement efficaces apparaît en effet limitée par les caractéristiques propres de ce risque, ce que confirment les expériences française et américaine, où le marché de l'assurance dépendance privée est relativement ancien, mais ne concerne qu'une fraction limitée de la population (Assous et Mahieu, 2001 ; OCDE, 2011). Ainsi :

- La dépendance est d'abord un risque à long terme susceptible d'être mal anticipé par la population, avec des phénomènes de « myopie temporelle », qui, si on laisse jouer les préférences instantanées des individus, sont de nature à conduire à une « sous-assurance » par rapport aux besoins (Pestieau et Ponthière, 2010). Les incitations fiscales peuvent certes contribuer à inciter à l'assurance, mais elles renforceraient les différences entre les ménages aisés et modestes, qui ont une capacité réduite à souscrire.

- L'ampleur potentielle du risque de « perte d'autonomie » donne par ailleurs lieu à d'importantes incertitudes, qui concernent assez peu la dépendance lourde ou totale, mais jouent fortement en matière de dépendance partielle et de dépendance psychique. Ces incertitudes concernent à la fois l'identification de la dépendance, sa probabilité, et l'évolution future de la durée de vie en incapacité. Elles risquent de conduire à une offre privée de couverture paradoxalement centrée sur la dépendance lourde, avec une offre de contrats s'accompagnant pour la dépendance partielle de restrictions visant notamment à sélectionner les risques. Les difficultés que rencontrent les assureurs à identifier les « hauts risques » peuvent ainsi les inciter à procéder à une sélection médicale *via* des questionnaires

d'état de santé, ou à proposer des polices soit trop restrictives, soit trop onéreuses pour couvrir l'ensemble des assurés et des besoins potentiels.

- Les incertitudes portent également sur la difficulté à anticiper l'augmentation des coûts unitaires de prise en charge. Elles incitent le marché à proposer des prestations forfaitaires ne tenant pas compte du coût futur des services et /ou à prévoir des montants de primes révisables que certaines personnes (notamment les retraités) pourraient avoir des difficultés à payer.

Cette tendance du marché de l'assurance à proposer une couverture relativement onéreuse et/ou peu développée, est confirmée par l'observation des contrats offerts, notamment au titre des garanties individuelles (Dufour-Kippelen, 2008). Les garanties collectives de branche ou d'entreprise permettent des coûts plus réduits et une mutualisation plus large, mais elles soulèvent la question, peu aisée à résoudre, de l'horizon à long terme des couvertures et de leur portabilité après la retraite. Se posent par ailleurs des problèmes d'articulation entre les couvertures privées et publique, par exemple en matière de reconnaissance du risque ou de fluctuation de leurs frontières respectives.

Ces limites économiques nécessiteraient pour être surmontées des changements profonds de contenu et de régulation, qu'il s'agisse de la reconnaissance de la perte d'autonomie, des obligations de souscription et de couverture, de l'interdiction de la sélection des risques ou de la définition de « paniers de services » minimaux (Geoffard, 2010), ce que ne souhaite pas forcément le monde de l'assurance. L'intérêt d'une offre privée pourrait *a contrario* résulter du développement intégré de prestations de service associées, susceptible d'améliorer l'efficacité des prises en charge, mais jusqu'ici assez peu envisagé par les opérateurs. Comme le confirme et l'analyse de façon détaillée l'OCDE, cela ne peut conduire qu'à limiter les assurances privées à un rôle de produit « de niche » (OCDE, 2011).

Il existe donc de « puissantes analogies » entre assurance dépendance et assurance santé, justifiant une mutualisation large de la perte d'autonomie, avec soit, sur le modèle allemand, un dispositif d'assurance sociale obligatoire à financer au cours de la vie active (Milano, 2008 ; Barr, 2010), soit, si l'on désire préserver une gestion décentralisée, une répartition « dynamique » des charges entre État et collectivités départementales (Borgetto, 2010). L'idée a à cet égard été évoquée d'un financement partiel *via* des « récupérations » sur patrimoine ou sur succession, qui s'appliquent déjà en principe à l'aide sociale à l'hébergement. Or, si des prélèvements sur le capital des ménages peuvent fournir un complément de financement utile, il n'y a guère de raison d'y assujettir les seules personnes

confrontées à une perte d'autonomie et percevant à ce titre une aide de la collectivité, sauf à les dissuader de solliciter une telle aide. La question reste celle du financement optimal et solidaire de ces besoins, sachant que les restes à charge des personnes âgées et de leurs familles sont dans certains cas déjà importants pour les niveaux de dépendance élevés et l'hébergement en établissement.

5.3. Deux questions qui limitent la portée d'éventuels transferts d'assiette

Lorsque l'on considère à proprement parler les transferts d'assiette, deux questions interviennent en amont, qui limitent la portée des substitutions envisagées.

La plus importante concerne le champ potentiel d'une réduction des cotisations sociales employeurs, qui est forcément limité si l'on en reste aux logiques qui ont prévalu jusqu'ici. En effet, les cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire (environ 10 points) relèvent des décisions des partenaires sociaux et ont été jusqu'à présent entièrement tenues à l'écart des mesures d'exonération ou de transfert d'assiette, l'idée d'une « fiscalisation » du financement de ces régimes « assurantiels » étant *a priori* inacceptable pour leurs gestionnaires. Les diverses contributions comme le FNAL, le versement transport, la taxe d'apprentissage ou les participations à la formation continue et à l'effort de construction (de l'ordre de 6 points) s'inscrivent de leur côté dans des circuits ou des logiques de financement spécifiques, difficiles à reconsidérer. Au sein des cotisations de Sécurité sociale, il en est de même pour les cotisations accidents du travail, qui font l'objet comme on l'a vu d'une modulation en fonction de la taille des entreprises et du taux d'occurrence des sinistres.

Quant aux autres cotisations de Sécurité sociale employeurs, elles ont été rendues fortement progressives par les mesures d'allègement général sur les bas salaires, et ne représentent plus que 2,1% du salaire horaire au niveau du SMIC (taux réduit à zéro depuis 2007 pour les entreprises de moins de 20 salariés), contre 28,1% à partir de 1,6 SMIC. La remise en cause de cette progressivité à l'occasion d'un changement d'assiette risquerait d'accroître le coût relatif du travail non qualifié, et d'être porteuse d'effets amoindris, ou même paradoxalement négatifs sur l'emploi.

Cela a conduit les rapports récents à centrer leurs réflexions sur une réduction uniforme de cotisations patronales de 2 points, soit environ 10 Md€, même si les nouvelles propositions du MEDEF portent sur 3,5 à 5,4 points de cotisations vieillesse et maladie, sans d'ailleurs aborder le problème de la progressivité. La question des cotisations chômage reste toutefois en suspens si l'on souhaite aboutir à une substitution plus large ; une autre piste consisterait à

envisager des « crédits de cotisations » subventionnant les emplois peu qualifiés, mais elle apparaît peu réaliste au regard de la logique actuelle des prélèvements sociaux (Timbeau, Blot, Heyer et Plane, 2007).

Le transfert d'une partie des cotisations employeurs a par ailleurs été un moment envisagé vers « la valeur ajoutée » des entreprises. Ceci se traduirait par une réduction de la rémunération du capital, dont les effets dépendent crucialement des mécanismes de substitution entre les facteurs de production, soit à l'occasion du renouvellement des équipements, soit par le jeu de la flexibilité de la combinaison productive. Ils donnent lieu à des évaluations divergentes, compte tenu des incertitudes entourant l'élasticité de substitution entre travail et capital. Les estimations des modèles standards conduisent par exemple, dans le cas d'une cotisation sur la valeur ajoutée, à des effets nuls ou légèrement positifs sur l'activité économique, négatifs sur l'investissement et positifs sur l'emploi, mais dans une fourchette qui, à l'horizon de deux à quatre ans, peut varier du simple au triple ou au quadruple selon les hypothèses d'élasticité de substitution retenues (Timbeau, Blot, Heyer et Plane, 2007). Le principal reproche adressé à ce type de prélèvement est en outre le risque pris à taxer le facteur de production le plus mobile, dans la mesure où, selon la théorie de l'incidence fiscale, la hausse de l'imposition d'un facteur de production se répercuterait à long terme sur le facteur le moins mobile, dans un monde où les activités productives sont largement internationalisées : recherche d'optimisation fiscale, incitation aux délocalisations, moindre attractivité du territoire national (Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, 2009 ; Conseil des prélèvements obligatoires, 2009). Ces arguments peuvent être relativisés dans des économies mobilisant des niveaux de formation élevés, et où le capital a des liens de complémentarité avec le travail qualifié, mais ils limitent néanmoins le « champ des possibles ».

5.3. La « TVA sociale » : des effets limités, incertains et porteurs d'inégalités

C'est la piste la plus fréquemment évoquée compte tenu des expériences danoise et allemande, et de la volonté de renforcer la compétitivité de l'économie française, dans un contexte de dégradation de son commerce extérieur. Il ne faut toutefois pas la confondre avec l'augmentation sans contrepartie des taux de TVA aujourd'hui pratiquée par nombre de pays, dont la France, pour réduire leurs déficits suite à la crise. Et il faut noter que des fractions de TVA sur les tabacs, les alcools et les produits pharmaceutiques ont d'ores et déjà été basculées vers la protection sociale pour compenser les allègements généraux de cotisations (point 1.2.).

Selon les modèles macroéconomiques usuels utilisés dans une perspective de court-moyen terme, une diminution des cotisations employeurs stimulerait, en allégeant le coût du travail, la demande de travail des entreprises, induisant des créations d'emploi. Celles-ci majoreraient la croissance et le revenu des ménages, sachant que la diminution du chômage induit ensuite des tensions sur les salaires qui réduisent les effets obtenus sur le coût du travail et l'emploi (effet Phillips).

Le prélèvement envisagé *via* la « TVA sociale » porte principalement sur les ménages : elle pèse pour l'essentiel sur leur consommation et les consommations intermédiaires des administrations publiques, une petite partie restant à la charge des entreprises du fait de la limitation des droits à déduction. La taxation s'applique en outre aux importations mais pas aux exportations, ce qui peut laisser escompter des gains de compétitivité-prix. Au cours des dix dernières années, l'assiette de la TVA a connu une évolution proche de celle du PIB et de la masse salariale, avec par conséquent peu de différences dans la dynamique des deux assiettes.

Un allègement de 2 points de l'ensemble des cotisations employeurs correspondrait à une augmentation d'environ 1,5 point du taux normal de TVA, sachant que le taux réduit vient d'être porté, sauf pour les produits «de première nécessité», de 5,5 % à 7%. Au plan macroéconomique, une hausse de la TVA compensée par une baisse des cotisations employeur aurait le même type d'impact qu'une dévaluation compétitive (Sterdyniak, 2007 ; Besson, 2007) :

- gains de parts de marché grâce à la baisse du prix des produits français, induisant des effets favorables sur la croissance et l'emploi ;

- hausse des prix liée au renchérissement des importations, qui peut s'étendre aux produits nationaux si les entreprises, cherchant à accroître leur rentabilité, ne répercutent pas intégralement sur leurs prix de vente les réductions de coût dont elles bénéficient ; cela entraîne pour les ménages des pertes de pouvoir d'achat pesant négativement sur la consommation et l'activité ;

- répercussions de ces hausses de prix sur les salaires et les prestations sociales *via* les mécanismes d'indexation, avec une réduction de l'impact obtenu sur le coût du travail et une détérioration de l'équilibre *ex post* des finances publiques.

Au bout du compte, l'effet de la substitution serait, selon les modèles macroéconomiques de court-moyen terme, au mieux très légèrement positif sur la croissance, et permettrait de créer, pour une réduction uniforme de 2 points des cotisations employeurs, guère plus de 50 000 emplois, avec des variations selon les simulations et les hypothèses de répercussion sur les prix de vente (Besson, 2007 ; Klein et Simon, 2010). L'effet favorable sur

la balance commerciale s'estomperait en partie par la suite, du fait des répercussions des hausses de prix sur les salaires et les coûts de production. L'impact sur l'emploi serait inférieur si l'on calibre le prélèvement de façon à préserver l'équilibre *ex post* des finances publiques. Il pourrait être majoré, dans une perspective de long terme, si les allègements de cotisations se concentraient sur la zone des bas salaires, soit à travers des « crédits de cotisation », soit *via* l'extension de la plage des allègements (Gauthier, 2009).

Les principales incertitudes autour de ces simulations concernent d'abord le comportement de marge des entreprises, qui détermine en large part l'incidence d'une variation de TVA sur les prix et le pouvoir d'achat des ménages. Les effets à attendre semblent à cet égard asymétriques selon que les taux sont modulés à la hausse ou à la baisse : l'ajustement des prix serait plus important « à la hausse », avec aussi une plus forte réaction de la demande des consommateurs. Il pourrait être compensé à court terme par une atténuation des hausses de prix dans les secteurs oligopolistiques, destinée à minimiser la chute de la demande, tandis que, paradoxalement, l'augmentation jouerait à plein dans les secteurs concurrentiels (Carbonnier, 2008). L'incertitude résulte également du fonctionnement de la « boucle prix-salaires » : si les salaires ne sont pas intégralement indexés, les gains de compétitivité peuvent devenir durables, mais au prix d'une diminution du pouvoir d'achat des salariés. La « TVA sociale » n'aurait ainsi qu'un effet limité si l'on cherche à éviter les pertes de pouvoir d'achat des ménages, et les gains de compétitivité obtenus s'effaceraient si l'ensemble des pays européens mettaient en œuvre le même type de mesure, au-delà des relèvements déjà mobilisés pour le redressement des comptes publics.

La TVA est enfin, comme l'ensemble de la fiscalité indirecte, un impôt régressif, qui pèse davantage sur les ménages modestes, dans la mesure où ils consomment une part supérieure de leurs ressources. Le montant des taxes sur la consommation varie à cet égard peu avec le niveau de vie, mais elles ont un impact nettement régressif lorsqu'on les rapporte non plus aux dépenses mais aux revenus, car les ménages modestes en consomment une part sensiblement plus élevée, alors que les ménages aisés épargnent davantage. La TVA représentait ainsi en 2006 plus de 21% du revenu net des ménages du premier quintile contre moins de 8% de celui du quintile supérieur, ce qui tranche avec les profils plus progressifs de la CSG et surtout de l'impôt sur le revenu (Amar, Beffy, Marical et Raynaud, 2008). Même si l'indexation s'appliquant au SMIC et aux prestations sociales vient en partie l'atténuer, cette mesure aurait donc un effet anti-redistributif, d'autant que les marges liées au relèvement du taux réduit sur les travaux à domicile ou la restauration viennent d'être utilisées.

Sans modification de la logique actuelle des prélèvements sociaux, et avec une réduction circonscrite des cotisations employeurs, l'enjeu potentiel d'une « TVA sociale » apparaît donc limité.

6. Le financement *via* une refonte des prélèvements sur les ménages : des options à clarifier

6.1. Les enjeux d'un recours programmé à moyen-long terme à des prélèvements sur les ménages

La réponse aux besoins de financement de la protection sociale implique donc, au-delà du traitement des déficits conjoncturels, la définition partagée d'un cheminement à moyen-long terme tenant compte à la fois du rythme de la croissance potentielle, de l'impact attendu du vieillissement, des priorités et choix collectifs sur le contenu et l'évolution souhaitable des dépenses (notamment en matière de santé et de dépendance), et du degré de solidarité que l'on souhaite conférer à leur prise en charge. Les perspectives et alternatives qui viennent d'être examinées montrent assez clairement qu'une augmentation programmée des prélèvements sur les ménages apparaît peu contournable si l'on souhaite ne pas accroître le coût du travail pour les entreprises et préserver une mutualisation large de la protection sociale ; elle serait envisageable sans trop de difficultés dans un scénario « d'après crise » où la croissance à long terme retrouverait un rythme compris entre 1,5 et 2% par an, sachant que cela ne doit en rien empêcher de rechercher une efficacité structurelle accrue des dépenses et de l'organisation du système (Cornilleau, 2008 ; Elbaum, 2010).

La CSG semble *a priori* la meilleure candidate pour fournir de telles ressources, dans la mesure où elle s'applique de façon très large à l'ensemble des revenus. Elle ne peut certes guère se substituer aux cotisations des actifs pour les risques dont la couverture est directement liée aux situations de travail (retraites et dans une moindre mesure chômage), mais les idées de fusion entre cette contribution et l'impôt sur le revenu ouvrent de nouvelles perspectives, notamment pour accroître la progressivité du mode de financement actuel. Une telle piste nécessite toutefois des choix entre plusieurs « options lourdes », avec à la clé une profonde modification du système de prélèvements sociaux.

6.2. Les justifications d'une éventuelle fusion entre CSG et impôt sur le revenu

Cette idée, qui connaît un regain d'intérêt dans le débat social, a émergé à partir de

quatre considérations :

— L'IRPP est un impôt complexe, perçu avec retard, et « douloureusement » ressenti par les contribuables, du fait de la déclaration rétrospective des revenus et de la présentation par « tranches » du barème, qui fait apparaître des taux d'imposition plus élevés que les taux moyens effectifs.

— En raison des divers mécanismes d'exonération, environ la moitié des contribuables ne sont pas imposés, et l'existence de régimes dérogatoires et de « niches fiscales » ajoutées année après année (prélèvements forfaitaires ou libératoires pour les revenus de l'épargne, déductions du revenu imposable, réductions ou crédits d'impôt) ont considérablement réduit son apport : l'IRPP ne représentait plus en 2010 que 5,7% des prélèvements obligatoires et 2,4% du PIB. Alors que c'est l'impôt dont le principe est le plus progressif dans le système fiscal français, son efficacité redistributive est relativement limitée, et certaines évaluations vont jusqu'à considérer qu'il est « à l'agonie » (Landais, Piketty et Saez, 2011), et qu'il devrait être « refondé » ou complètement « recréé » (Conseil des prélèvements obligatoires, 2011).

— La CSG constitue au contraire un prélèvement relativement simple, s'appliquant sans beaucoup d'exemptions aux revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine, et perçu à la source. Ces qualités l'ont conduit à prendre une place plus importante que l'IRPP dans l'imposition des revenus individuels (10,1% des prélèvements obligatoires et 4,3% du PIB), mais il s'agit d'un prélèvement proportionnel qui, en dépit des taux réduits et exonérations bénéficiant à certaines prestations ou revenus de remplacement, est nettement moins progressif que l'impôt sur le revenu ;

— Des problèmes de simplification et de cohérence existent pour les deux impôts : la CSG est partiellement déductible de l'IRPP, le statut des prestations sociales et des cotisations retraite et chômage n'est pas le même dans les deux cas...

L'idée d'une fusion a donc été avancée à la fois pour faciliter le passage à l'impôt à la source, simplifier le système, le rationaliser en revenant sur les « niches fiscales », et enfin pour accroître la progressivité de l'ensemble, tout en la rendant moins « douloureuse », ce qui pourrait permettre de dégager des marges de financement « équitables » pour les dépenses sociales.

La mise en œuvre d'une telle réforme, au-delà de ces orientations de principe, implique toutefois des choix importants, que l'on se limitera ici à évoquer rapidement, avec des implications lourdes qu'il importe de clarifier.

6.3. Un choix préalable : le champ des prélèvements sociaux entrant dans la réforme

L'idée d'une fusion entre CSG et IRPP concerne *a priori* la CSG (et la CRDS) actuelles, affectées principalement aux branches famille et maladie des régimes de base, au FSV et à la CADES.

La question se pose toutefois d'une modification plus globale du financement de la protection sociale qui élargirait le champ du prélèvement envisagé. Le MEDEF revendique par exemple la suppression ou la réduction des cotisations patronales sur les risques famille et maladie : cela aurait un fondement logique pour ces risques « universels », mais risquerait d'affecter fortement le pouvoir d'achat des ménages si les entreprises ont des comportements de marge et ne répercutent pas intégralement les allègements correspondants sur les salaires qu'elles versent²⁶. Il pourrait toutefois être envisagé de recourir au nouveau prélèvement pour supprimer le reliquat de cotisations salariales à l'assurance maladie (0,75%), mais aussi pour participer au financement des dispositifs de redistribution au sein même des régimes de retraite, et avancer vers une unification du système d'indemnisation du chômage, lequel est actuellement fractionné, avec des frontières fluctuantes et inadaptées à la prise en compte d'un tel risque macro-économique, entre des prestations d'assurance, de « solidarité » et le RSA socle à la charge des départements (Cornilleau et Elbaum, 2009).

6.4. Un choix essentiel : l'individualisation ou la familialisation d'un prélèvement unifié

La principale question que poserait une fusion entre CSG et IRPP est toutefois le choix entre un système d'imposition individualisé ou familialisé. La CSG est une contribution sur les revenus individuels, tandis que l'IRPP est calculé à partir de l'ensemble des revenus du foyer, sur la base d'un barème par « part fiscale », après application des quotients conjugal et familial. Ces logiques profondément différentes obligeraient en cas de fusion à faire un choix fondamental, aboutissant, au-delà de la seule rationalisation, à transformer profondément le système de prélèvements actuel.

Le choix d'un système individualisé consacrerait, à travers l'imposition séparée des conjoints, la prise en compte spécifique de la situation individuelle des femmes, et encouragerait l'emploi féminin (Landais, Piketty et Saez, 2011, mais il risque de poser des questions d'équité, même s'il est possible d'envisager des abattements forfaitaires pour tenir compte des charges familiales. Le choix d'un système familialisé estomperait quant à lui le

²⁶ La législation peut certes contraindre à une répercussion automatique et intégrale « sur les feuilles de paye », mais elle n'est pas aisée à définir compte tenu de la progressivité déjà mentionnée du système.

lien entre la CSG et les cotisations salariés, dont elle est l'héritière, et la justification de son affectation au financement de la protection sociale, même pour des prestations universelles ou non contributives.

Selon l'option choisie, un tel système ferait, à taux de prélèvement constant, des « perdants » et des « gagnants » dont une réforme devrait tenir compte, au niveau des individus comme des ménages. Une individualisation sans correctif impliquerait ainsi des transferts de charges au détriment des familles, qui devraient être compensés par des mécanismes d'abattement individuel ou de crédit d'impôt forfaitaire pour personne à charge, aboutissant à un système plus redistributif pour les familles pauvres, mais pénalisant les familles aisées (Allègre, Cornilleau et Sterdyniak, 2007 ; Landais, Piketty et Saez, 2011).

6.5. Des choix concernant l'imposition des différents types de revenus, d'éventuelles exonérations et la « part » spécifiquement affectée à la protection sociale

Une série de choix serait en outre nécessaire concernant l'imposition unifiée ou différenciée des différents types de revenus (d'activité, de remplacement, du patrimoine et des placements), mais aussi de certaines prestations sociales²⁷. L'étude précédente de l'OFCE avait par exemple montré que, comme la CSG s'applique à un taux plus élevé sur les salariés que sur les retraités et les chômeurs, ces derniers seraient pénalisés par une fusion sans compensation spécifique

Quelle que soit la volonté d'élargir le prélèvement, se pose par ailleurs la question de la progressivité du système et d'éventuels seuils d'exonération ou de non-imposition, qui existent par exemple aujourd'hui aux revenus de remplacement des foyers à bas revenus

Au-delà de ces sujets, l'hypothèse d'une fusion entre CSG et IRPP a pu susciter la crainte que des exonérations et des « niches » soient au bout du compte réintroduites suite aux débats parlementaires, et ébranlent les ressources aujourd'hui apportées par la CSG. Certains craignent également la disparition d'une recette spécifiquement affectée à la protection sociale, avec le risque que ses ressources soient remises en cause au gré des besoins du budget de l'État, sans guère de clarté quant aux arbitrages effectués : d'éventuels « garde-fous » ou « butoirs » pourraient à cet égard être envisagés, le cas échéant dans le cadre d'une loi organique.

²⁷ Les prestations familiales ne sont par exemple aujourd'hui pas assujetties à la CSG mais le sont à la CRDS.

Au-delà de ces options à la fois complexes et déterminantes (auxquels s'ajoutent les problèmes de passage à un prélèvement à la source pour l'ensemble des revenus du foyer en tenant compte de ses charges), la principale question reste bien celle du financement solidaire de la fraction des dépenses sociales, notamment de santé et de retraite, qu'un retour à un sentier de croissance plus favorable ne permettrait pas d'assurer. Des choix devront à cet égard être faits entre des ajustements budgétaires privilégiant la réduction des prestations, et une stratégie comportant d'une part un examen de leur efficacité, d'autre part un financement mettant à contribution les ménages sur la base la plus équitable possible.

Références bibliographiques

- Aeberhardt R., Sraer D. (2010), « Allègements de cotisations patronales et dynamique salariale », *Économie et statistique*, n°429-430.
- Albouy V., Bretin E., Carnot N., Deprez M. (2009), « Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 », *Documents de travail de la DGTPE*, n°11.
- Allègre G., Cornilleau G., Sterdyniak H. (2007), « Vers la fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG ? », *Revue de l'OFCE*, n° 101.
- Amar E., Befly M., Marical F., Raynaud E. (2008), « Les services publics de santé, éducation et logement contribuent deux fois plus que les transferts monétaires à la réduction des inégalités de niveau de vie », *France portrait social*, éd. 2008.
- Amghar Y.-G., Laloue F. (2010), « Les dispositifs dérogatoires en matière de prélèvements sociaux », *Rapport particulier pour le Conseil des prélèvements obligatoires*, juillet.
- Assous L., Mahieu R. (2001), « Le rôle de l'assurance privée dans la prise en charge de la dépendance : une mise en perspective internationale », *Document de travail de la DREES, Série Études*, n°21.
- Azizi K., Pereira C. (2005), « Comparaison internationale des dépenses de santé. Une analyse des évolutions dans sept pays », *Dossiers solidarité et santé*, n° 1.
- Bachelet M., Befly M., Blanchet D. (2011), « Projeter l'impact des réformes des retraites sur l'activité des 55 ans et plus : une comparaison de trois modèles », *Économie et statistique*, n°441-442.
- Barlet M., Blanchet D., Le Barbanchon T. (2010), « Microsimulation et modèles d'agents : une approche alternative pour l'évaluation des politiques d'emploi », *Économie et statistique*, n°429-430.
- Barr N. (2010), « Long-term care: A Suitable Case for Social Insurance », *Social Policy & Administration*, vol.44, n°4.
- Beck F., Guignard R., Peretti-Watel P., Richard J.-B., Wilquin J.-L. (2011), « Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010 », *BEH*, n°20-21.
- Besson E. (2007), *TVA sociale*, Rapport au Premier ministre, septembre.
- Beurmier P., Couhin J., Grave N. (2011), « La réforme des retraites 2010 : quelles conséquences pour le régime général ? », *Cadr'age*, n°15.
- Blanchet D. (1996), « La référence assurantielle en matière de protection sociale : apports et limites », *Économie et statistique*, n° 291-292, 1/2.
- Boissinot J., Deroyon J., Heitz B., Rémy V. (2008), « Les allègements de cotisations patronales sur les bas salaires en France de 1993 à 2007 » in *Salaires minimum et bas revenus : comment concilier justice sociale et efficacité économique ?*, Rapport du Conseil d'analyse économique, Paris, La Documentation française.
- Borgetto M. (2010), « La décentralisation du social en débat(s) », *Informations sociales*, n°162.
- Borgetto M., Lafore R. (2007), « Le droit de l'aide et de l'action sociales à l'épreuve de l'acte II de la décentralisation », *Recherches et prévisions*, n° 87.
- Boisnault D., Bourgeois A., Chemla O., Claveaux S., Olivier M., Poiblan B., Uteza A. (2011), « Les comptes des administrations publiques en 2010 », *Insee Première*, n°1348.
- Bourgeois A., Dué M., Hennion M. (2008), « Vingt-cinq ans de comptes de la protection sociale : une rétopolation de 1981 à 2006 », *Études et résultats*, n°647.
- Bousquet C. (2011), « gestion de la dette sociale : la vertu contrariée par la crise ? », *RFFP*, n°115.
- Bunel M., Gilles F., L'Horty Y. (2010), « Les effets des allègements de cotisations sociales sur l'emploi et les salaires : une évaluation de la réforme de 2003 », *Économie et statistique*, n°429-430.

Bras P.-L. (2007), *Réformer la tarification pour inciter à la prévention*, Rapport du groupe d'appui aux partenaires sociaux, Paris, La Documentation française.

Bretin E., Soullignac R. (2009), « Le solde structurel des administrations de sécurité sociale : méthode et évaluation », *Document de travail de la Direction générale du Trésor*, n°2009/12.

Cabannes P.-Y., Lapègue V., Pouliquen E., Beffy M., Gaini M. (2011), « Quelle croissance de moyen terme après la crise ? », *L'économie française*, éd.2010.

Caicedo E., Koubi M., Yanat-Irfane, A. (2011), *Comptes de la protection sociale en 2009*, mai.

Cambois E., Robine J.-M., Sieurin A. (2011), « Les espérances de vie sans incapacité en France. Une tendance récente moins favorable que par le passé », *Document de travail de l'INED*, n°170.

Carbonnier C. (2008), « Différences des ajustements de prix à des hausses ou baisses des taux de TVA : un examen empirique à partir des réformes françaises de 1995 et 2000 », *Économie et statistique*, n°413.

CAS (2006), « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix », *Rapports et documents*, n° 2.

Caussat L., Hennion M., Horusitzky P., Loisy C. (2005), « Les transformations du financement de la protection sociale et leurs incidences économiques », *Dossiers solidarité et santé*, n° 3.

Cazenave M.-C., Duval J., Eidelman A., Langumier F., Vicard A. (2011), « La redistribution : état des lieux en 2010 et évolution depuis vingt ans », *France portrait social*, éd. 2011.

Champsaur P., Cotis J.-P. (2010), *Rapport sur la situation des finances publiques*, avril.

CNSA (2007), *Construire un nouveau champ de protection sociale*, Rapport annuel 2007.

COE (2006), *Rapport au Premier ministre relatif aux aides publiques*, février.

Commission des comptes de la Sécurité sociale (2011), *Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2010. Prévisions 2011 et 2012*, septembre.

Coquet B. (2010), « Assurance chômage et emplois précaires », *Futuribles*, n°368.

COR (2010), *Retraites : perspectives actualisées en vue du rendez-vous de 2010*, Huitième rapport, Paris, La Documentation française.

COR (2010), « Variantes de durée d'assurance et d'âge de la retraite : hypothèses et chiffrages », Note du Secrétariat général, *mimeo*, mai.

Conseil des prélèvements obligatoires (2009), *Les prélèvements obligatoires des entreprises dans une économie globalisée*, Paris, La Documentation française.

Conseil des prélèvements obligatoires (2010), *Entreprises et « niches » fiscales et sociales*, octobre.

Conseil des prélèvements obligatoires (2011), *Prélèvements obligatoires sur les ménages : progressivité et effets redistributifs*, mai.

Cornilleau G. (2008), « Le financement de l'assurance maladie en question », *Les tribunes de la santé*, n°21.

Cornilleau G. (2009), « Quel sera le coût de la santé demain ? », in *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques- Éditions de santé.

Cornilleau G., Elbaum M. (2009), « Indemnisation du chômage. Une occasion manquée face à la crise ? », *Lettre de l'OFCE*, n°307.

Crépon B., Desplatz R. (2001), « Une nouvelle évaluation des effets des allègements de charges sociales sur les bas salaires », *Économie et statistique*, n° 348.

Cour des comptes (2011), « Le Fonds de réserve des retraites » in *Rapport public annuel 2011*.

Dinet M. (2010), « Vivre ensemble dans une société solidaire. Garantir le financement durable des allocations individuelles de solidarité dans le cadre du Pacte républicain », *Rapport du Bureau de l'ADF*, mars.

Diricq N. (2011), *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale*, juin.

Dormont (2010), « Liberté ou solidarité : le dilemme des complémentaires », *Les tribunes de la santé*, n°28.

DSS (2011), *Recettes des régimes par catégorie et par branche*, annexe 4 au PLFSS 2012.

DSS (2011), *Les comptes du FSV, du FIIPSA, de la CADES, du FRR, de la CNSA et des organismes ou fonds financés par les régimes obligatoires de base*, annexe 8 au PLFSS 2012.

Dufourcq N. (1994), « Sécurité sociale : le mythe de l'assurance », *Droit social*, n° 3.

Elbaum M. (2010), « Quel pilotage pour les comptes sociaux ? », *Lettre de l'OFCE*, n°319.

Elbaum M. (2010), « Un nouveau modèle de financement pour la santé ? », *Santé publique*, vol. 22, n°1.

European Commission (2009), "The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member states (2008-2060)", *European Economy*, n° 2/2009.

Dormont (2009), *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire?*, Éditions rue d'Ulm, Collection du CEPREMAP, n°15.

Dormont B., Grignon M., Huber H. (2006), « Health expenditure growth : Reassessing the threat of aging », *mimeo*, juillet.

DSS (2011), *Programme de qualité et d'efficience « Financement »* in annexe 1 au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012.

DSS (2011), *Présentation des mesures d'exonérations de cotisations et contributions et de leur compensation*, annexe 5 au PLFSS 2012.

Dufour-Kippelen S. (2008), « Les contrats d'assurance sur le marché français en 2006 », *Document de travail de la DREES, Série Études*, n°84.

Elbaum M. (2008), « Les réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de « cinquième risque » ? », *Droit social*, n°11.

Elbaum M. (2010), « Un nouveau modèle de financement pour la santé ? », *Santé publique*, vol. 22, n°1.

Fenina A., Le Garrec M.-A., Koubi M. (2011), « Les comptes de la santé en 2010 », *Études et résultats*, n°773.

Fitoussi J.-P., Timbeau X. (2011), "Financial sustainability of an economy. Exploratory remarks", *Document de travail de l'OFCE*, n°2011-14.

Freyssinet J. (2010), « Les négociations collectives et les politiques publiques face aux « conséquences sociales » de la crise économique », *Revue de l'OFCE*, n°115.

Freyssinet J. (2011), « Un intense renouveau de la négociation interprofessionnelle en France », *Les Cahiers LASAIRE*, n°43.

Gafsi I., L'Horty Y., Mihoubi F. (2005), « Réformer les exonérations de cotisations sur les bas salaires », *Revue française d'économie*, n° 3, vol. XIX.

Garnero M., Rattier M.-O. (2011), « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires en 2008 », *Études et résultats*, n°752.

Gautié J., Margolis D. (2010), « L'impact de la politique publique sur le marché du travail à bas salaire : offre, demande et qualité de l'emploi », *Économie et statistique*, n°429-430.

Gauthier S. (2009), « Un exercice de TVA sociale », *Économie et prévision*, n°187.

Geoffard P.-Y. (2010), « Quelle assurance contre le risque dépendance ? », *Regards croisés sur l'économie*, n°7.

Groupe de travail « Perspectives démographiques et financières de la dépendance » (2011), *mimeo*, juin.

Groupe de travail « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » (2011), *mimeo*, juin.

Guillaume S., Rochereau T. (2010), « La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises », *Questions d'économie de la santé*, n°155.

HCAAM (2010), « Vieillesse, longévité et assurance maladie », Note et avis, *mimeo*, avril.

HCF (2011), « Architecture des aides aux familles : quelles évolutions pour les quinze prochaines années ? », Note et avis, *mimeo*, avril.

- Hennion M. (2010), « Cinquante ans de financement de la protection sociale » in *Comptes de la protection sociale en 2008*, décembre.
- Heyer E. (2010), « Efficacité de la politique économique et position dans le cycle. Le cas de la défiscalisation des heures supplémentaires en France », *Document de travail de l'OFCE*, n°2010-26.
- Heyer E. (2011), « Faut-il revenir suer la défiscalisation des heures supplémentaires ? Simulation et première évaluation de ce dispositif », *Les notes de l'OFCE*, n°2.
- Hill C. (2010), « Prix du tabac en France et conséquences sur les ventes et le consommation », *BEH*, n°19-20.
- Horusitzky P. (2005), « L'évolution de la législation relative au financement de la protection sociale depuis 1980 », *Dossiers solidarité et santé*, n° 3.
- IGF (2011), *Rapport du Comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales*, juin.
- Jamet P. (2010), *Rapport à Monsieur le Premier Ministre sur les finances départementales*, avril.
- Jamet S. (2005), « De l'impact sectoriel à l'effet macro-économique des allègements de cotisations sociales », *Revue française d'économie*, n° 3, vol. XIX.
- Jeger F., Peraldi O. (2011), *Solidarité et vieillissement : le défi de la dépendance*, Voiron, Territorial éditions, coll. « Essais ».
- Kerleau M. (2009), « Le nouveau cadre institutionnel de la protection complémentaire d'entreprise : quels enjeux pour les mutuelles santé ? », *Revue internationale de l'économie sociale*, n°312.
- Klein C., Simon O. (2010), « Le modèle MÉSANGE, nouvelle version réestimée en base 2000 », *Les Cahiers de la DG L'Horty* Y. (2006), *Les nouvelles politiques de l'emploi*, Paris, La Découverte, coll. « Repères ».
- Landais C., Piketty T., Saez E. (2011), *Pour une révolution fiscale*, Paris, Le Seuil, « La République des idées ». *Trésor*, n°2.
- Laroque G., Salanié B. (2000), « Une décomposition du non-emploi en France », *Économie et statistique*, n° 331.
- Le Lidec P. (2010), « Les relations financières entre l'État et les collectivités territoriales : un sauvetage des conseils généraux orchestré au prix fort », *Informations sociales*, n°162.
- Lellouch T., Magnien M., Sorbe S. (2011), « La soutenabilité des finances publiques après la crise : quelle contribution de la réforme des retraites ? », *Trésor-Éco*, n°91.
- Lhommeau B. (2005), « Les perspectives salariales des "bas salaires" dans les années 1990 », in *Les salaires en France*, éd. 2005.
- Lhommeau B., Rémy V. (2010), « Les politiques d'allègement ont-elles un effet sur la mobilité salariale des travailleurs à bas salaires ? », *Économie et statistique*, n°429-430.
- Libault D. (2011), « Crise et sécurité sociale : problématique, enjeux et perspectives », *RFFP*, n°115.
- Malinvaud E. (1998), *Les cotisations sociales à la charge des employeurs : analyse économique*, Rapport du Conseil d'analyse économique, Paris, La Documentation française.
- Mathieu C., Sterdyniak H. (2011), « Finances publiques, sorties de crise... », *Revue de l'OFCE*, n°116.
- Maurice J. (2010), « Dette publique et crise », *Les cahiers de Lasaire*, n°41.
- Milano S. (2008), « L'assurance dépendance en Allemagne et la réforme en cours », *RDSS*, n°3.
- Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi (2009), « Le projet de réforme de la taxe professionnelle », *France Politique économique*, octobre.
- Missègue N., Pereira C. (2005), « Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé », *Dossiers solidarité et santé*, n° 1.
- OCDE (2006), « Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers ? », *Economic Department Working Papers*, n° 477.
- OCDE (2010), *Réformes économiques. Objectif Croissance 2010*.

- OCDE (2011), *Perspectives économiques*, Volume 2011/1, chap. 4.
- OCDE (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, mai.
- ODAS (2011), « Dépenses départementales d'action sociale en 2010 : le tournant de la rigueur », *La Lettre de l'ODAS*, mai.
- Pellet R. (2011), « La fiscalisation du financement des retraites », *Droit social*, n°3.
- Perronin M., Pierre A., Rochereau T. (2011), « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'économie de la santé*, n°161.
- Pestieau P., Ponthière G. (2010), « Long term care insurance puzzle », *PSE Working paper*, n°2010-14.
- Polton D., Sermet C. (2006), « Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 5-6.
- Price R. (2010), « The political economy of fiscal consolidation », *OECD Economics Department Working Papers*, n°776.
- Rathelot R., Sillard P. (2008), « Zones Franches Urbaines : quels effets sur l'emploi salarié et les créations d'établissements ? », *Économie et statistique*, n°415-416.
- Raynaud D. (2007), « Perspectives à long terme des dépenses de santé en France », in *Les leviers de la croissance française*, Rapport du Conseil d'analyse économique, Paris, La Documentation française.
- Rémy V. (2006), « Les politiques d'allègements de cotisations sociales employeurs », *Travail et emploi*, n° 105.
- Rousseau Y. (2008), « Sur l'unification de l'ANPE et des Assedic », *Droit social*, n° 2.
- Sévin E. (2011), « Les heures supplémentaires au troisième trimestre 2011 », *Acosstat*, n°139.
- Simon C., Tallet F. (2010), « Dynamique des dépenses de santé en période de crise économique », in *Comptes nationaux de la santé 2009*.
- Sterdyniak H. (2007), « Low-skilled jobs: The French strategy », *Document de travail OFCE*, n° 2007-15.
- Sterdyniak H. (2007), « La TVA sociale, un remède miracle ? », *clair & net OFCE*, mai.
- Tabuteau D. (2010), « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, n°1.
- Timbeau X., Blot C., Heyer C., Plane M. (2007), « Contribution à la valeur ajoutée : emplois à tout prix ? », *Revue de l'OFCE*, n° 100.
- Verkindt P.-Y. (2011), « La réforme des retraites. Entre le clair et l'obscur », *Droit social*, n°3, mars.
- Volkoff S. (2011), « Les « seniors » pourront-ils travailler plus longtemps ? », in *L'automne de la vie : enjeux éthiques du vieillissement*, à paraître.
- Willmann C. (2009) : « Les contreparties aux exonérations de charges sociales : deux lois pour rien ? », *Droit social*, n°2.