

solidarité et santé dossiers

n° 3 • juillet-septembre 2005



ÉTUDES DIVERSES

sommaire

Études diverses

dossiers solidarité et santé n° 3 • juillet - septembre 2005

INTRODUCTION 5

DOSSIER

L'évolution de la législation relative au financement de la protection sociale depuis 1980 <i>Patrick HORUSITZKY</i>	7
Les transformations du financement de la protection sociale et leurs incidences économiques <i>Laurent CAUSSAT, Marie HENNION, Patrick HORUSITZKY et Christian LOISY</i>	23
Les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité <i>Hervé LELEU, Benoît DERVAUX, avec la collaboration de Frédéric BOUSQUET</i>	49
Un panorama des minima sociaux en europe <i>Patrick HORUSITZKY, Katia JULIENNE et Michèle LELIÈVRE</i>	67

introduction ■

Études diverses

dossiers solidarité et santé n° 3 • juillet - août 2005

Le financement du système de protection sociale français dépend d'un point de vue juridique de deux catégories de décision ; la première relève des pouvoirs publics et concerne les quatre branches de la sécurité sociale ; la seconde intervient pour les autres composantes du système de protection sociale qui sont l'assurance chômage et les régimes complémentaires de retraite. L'objet de cette première étude confiée à *Patrick Horusitzky* est de décrire l'évolution de la législation du financement de la protection sociale qui s'est inscrite notamment dans le cadre d'une conjoncture économique cyclique, alternant des phases de faible croissance et des périodes de plus grand dynamisme économique. Ainsi, les évolutions réglementaires ont abouti depuis plus de vingt ans, et ce malgré les augmentations continues des taux de cotisations sociales, à réduire leur part dans le financement de la protection sociale.

Toujours sur le thème du financement de la protection sociale, *Laurent Caussat*, *Marie Hennion*, *Patrick Horusitzky* et *Christian Loisy* nous présentent un article intitulé « Les transformations du financement de la protection sociale et leurs incidences économiques ». En effet, les politiques publiques destinées à assurer le financement des dépenses de protection sociale, en progression rapide au cours de ces vingt dernières années, ont eu pour effet de modifier de manière très importante la structure d'ensemble de ce financement. L'ambition de la présente étude est notamment de quantifier de façon plus précise les changements de la structure de la protection sociale et de tenter d'en synthétiser les incidences macro-économiques.

La mesure d'un indicateur de productivité hospitalière renvoie à plusieurs problématiques qui ont trait à sa définition, à sa mesure, à son champ d'application et à son utilisation. L'article consacré aux « enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité » tente à cet égard de mettre en lumière les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière afin d'en dégager une méthodologie de mesure adaptée qui pourrait être utile à l'évaluation de l'impact économique de la tarification à l'activité. Une fois passés en revue les différents concepts de performance économique, les auteurs analysent de manière critique la mesure de la productivité propre au secteur hospitalier qui fait l'objet d'une discussion au travers de l'expérience américaine.

Quels sont les dispositifs de minima sociaux en Europe, combien en existe-t-il ? Pour clore ce troisième numéro de l'année, *Patrick Horusitzky*, *Katia julienne* et *Michele Lelièvre* dressent un panorama des différents systèmes d'assistance sociale mis en place dans quatorze pays de l'Union européenne. Après une présentation des réformes intervenues récemment dans les pays étudiés, l'article compare la manière dont les minima sociaux s'articulent avec les différents seuils de pauvreté. S'il apparaît que le nombre de minima varie considérablement d'un pays à l'autre, on notera une généralisation des dispositifs de revenu minimum pour les personnes en âge de travailler.

L'ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION RELATIVE AU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE DEPUIS 1980

Patrick HORUSITZKY

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
Drees

Les évolutions réglementaires ont globalement abouti depuis plus de vingt ans, malgré les augmentations continues des taux de cotisations sociales, à réduire la part de ces dernières dans le financement de protection sociale. L'objet de cette étude est de décrire l'évolution de la législation consacrée au financement de la protection sociale qui s'est inscrite dans le cadre d'une conjoncture économique cyclique, alternant des phases de faible croissance et des périodes de plus grand dynamisme économique.

Le financement du système de protection sociale français – soit un volume de prestations de 480 milliards d'euros en 2004¹ – dépend, d'un point de vue juridique, de deux catégories de prise de décision qu'il importe de distinguer.

La première, relevant des pouvoirs publics, concerne les quatre principales branches de la sécurité sociale (représentant environ 45 % du total des prestations de protection sociale) – assurance maladie, accidents du travail², assurance vieillesse, prestations familiales – pour lesquelles les changements d'assiette et de taux de prélèvement sont déterminés par les lois et les règlements, les partenaires sociaux n'ayant qu'un pouvoir de proposition de principe en matière d'évolution des taux des cotisations d'assurance maladie³. Cette unité de décision parlementaire ou gouvernementale ne fait pas d'ailleurs obstacle à l'existence pour chaque branche d'une structure particulière de financement : ainsi, à l'heure actuelle, le financement de l'assurance vieillesse et des accidents du travail repose essentiellement sur les cotisations sociales des salariés et des employeurs, tandis que l'assurance maladie et les prestations familiales sont caractérisées par un poids important des impôts et taxe affectés, principalement la contribution sociale généralisée (CSG).

1 - Bechtel J., Duée M., 2005, « les Comptes de la protection sociale en 2004 », Etudes et Résultats n° 435, Drees.

2 - L'évolution des cotisations sociales dont bénéficie cette branche ne sera pas retracée ici car elle est déterminée, du moins pour les plus grandes entreprises, en fonction des caractéristiques individuelles des entreprises : secteur d'activité, effort de prévention, historique des sinistres. Il s'agit donc d'un risque social géré selon les principes assurantiels, dont l'analyse nécessiterait le recours à la théorie micro-économique de l'assurance. Il est en revanche probable que les modalités de financement de la branche « accidents du travail », reposant exclusivement sur les cotisations sociales à la charge des employeurs, n'aient eu qu'une incidence secondaire sur le plan macro-économique.

3 - Ils n'en ont jamais fait usage.

La seconde modalité de la prise de décision en matière de financement intervient pour les autres principales composantes du système de protection sociale : l'assurance chômage et les régimes complémentaires de retraite (soit environ 37 % du montant de l'ensemble des prestations de protection sociale). Ces régimes sont en effet, sous des formes distinctes, gérés par les partenaires sociaux réunis en formation paritaire. Ce sont donc les partenaires sociaux qui déterminent eux-mêmes les taux des cotisations sociales, ressource quasi-exclusive de ces régimes à l'exception de certains transferts existant entre l'assurance chômage, la sécurité sociale et le budget de l'État. Le rôle de ce dernier se limite à agréer les accords collectifs procédant à ces relèvements, et à en étendre l'application à l'ensemble des salariés du secteur privé. Même si les changements intervenus dans le financement de l'assurance chômage et de la retraite complémentaire ont été moins spectaculaires que ceux décidés dans le domaine de la sécurité sociale, notamment parce qu'ils n'ont porté que sur les taux des cotisations et non sur leur assiette, il doit être pris en compte pour mesurer l'incidence effective des transformations du financement de la protection sociale dans son ensemble.

En tenant compte de ces observations préliminaires, la tendance générale d'évolution du financement de la protection sociale peut être analysée comme une mise en œuvre progressive de la volonté d'élargir l'assiette du financement (institution de la CSG et déplaçonnements des cotisations) tout en prenant en compte l'incidence potentielle de ces financements sur la dynamique de l'emploi (exonérations de cotisations).

Cette évolution s'est inscrite dans le cadre d'une conjoncture économique cyclique, alternant des phases de faible croissance (en moyenne de 1,4 % de 1981 à 1985 et de 1991 à 1996) et des périodes de plus grand dynamisme économique (en moyenne de 3 % de 1986 à 1990 et de 1997 à 2001), qui ont pu décaler quelque peu la progression des prélèvements, par rapport à celle des ressources nécessaires au financement de la protection sociale (graphique 1).

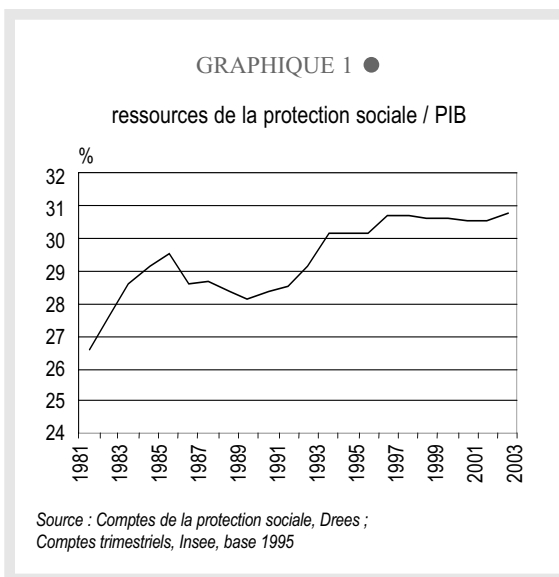
UNE ÉVOLUTION DU FINANCEMENT D'ABORD CONDITIONNÉE PAR LA DYNAMIQUE DES DÉPENSES

Une première phase (1981-1985) de l'évolution du financement de la sécurité sociale au cours des 25 dernières années s'explique par la nécessité de réagir face à la détérioration des comptes des régimes sociaux observée à partir 1982, sous l'effet notamment des mesures redistributives comme la revalori-

sation des prestations familiales (+25 %), du minimum vieillesse et de l'AAH (+40 % environ), tandis que l'accroissement du nombre de demandeurs d'emplois à indemniser et l'abaissement de l'âge de départ à la retraite à 60 ans décidée par l'ordonnance du 26 mars 1982 renforçaient les contraintes sur le financement des prestations.

La croissance des ressources nécessaires dépassant en volume 5 % en 1982, une décélération d'un peu plus de 1 point sera obtenue entre 1982 à 1985, grâce à la fois à des plans d'économie (les « plans Bérégovoy » de 1982 et 1983, instituant notamment le forfait hospitalier et mettant en place le budget global impératif des hôpitaux) et à des mesures de financement. En effet, outre l'adoption du « plan Questiaux » d'augmentation des cotisations⁴, les pouvoirs publics recourent à deux mesures visant à accroître les recettes : l'instauration d'une contribution exceptionnelle de 1 % sur l'ensemble des revenus imposables (« contribution Delors »), et le déplaçonnement total des cotisations d'assurance maladie du régime général à compter du 1er janvier 1984⁵.

Ces mesures de financement sont sans doute moins importantes en elles-mêmes que par la continuité qu'elles auront contribué à nouer avec les modes de financement précédents et ultérieurs. En effet, si la « contribution Delors » instaurée en 1983 allait être abrogée en 1985⁶, on peut y voir la



4 - Qui prévoyait notamment l'alignement des cotisations d'assurance maladie des préretraités sur celles des salariés actifs.

5 - Ce sera le tour en 1989 des cotisations de prestations familiales et en 1990 de celles relatives aux accidents du travail.

6 - Elle renaîtra – au taux de 0,4 % – dans le cadre du « plan Barzach » de 1986.

préfiguration de la contribution sociale généralisée mise en œuvre une décennie plus tard⁷. Quant à la technique du déplafonnement, elle renoue avec la grande réforme de 1967 qui avait, entre autres mesures⁸, mis fin au principe du plafonnement des cotisations (après une première tentative avortée en 1958, en matière de cotisations d'allocations familiales) en faisant porter les cotisations d'assurance maladie sur l'intégralité du salaire (quoique à un taux supérieur, dans un premier temps, sur la partie située sous le plafond). Cette technique avait déjà fourni une thématique à de nombreux rapports parus entre 1974 et 1981 (Granger -1974, Boutbien - 1975, Ripert - 1977⁹...), qui soulignaient la nécessité de cohérence entre des prestations marquées toujours davantage par une logique de remplacement, contradictoire avec celle de leur plafonnement, et des cotisations qui, elles, restent limitées a priori par le plafond de leur assiette salariale¹⁰.

**ENTRE 1986 À 1992, L'OBJECTIF
DE MAÎTRISE DES DÉPENSES SOCIALES
VA DE PAIR AVEC LA RECHERCHE
DE NOUVEAUX TYPES DE RECETTES,
SANS NÉGLIGER LE RECOURS
AUX AUGMENTATIONS DE COTISATIONS**

Cette deuxième phase (1986-1992) prolonge, d'une part, la volonté de maîtrise des dépenses précédemment évoquée, dans la perspective affichée de contenir les prélèvements obligatoires. Le « plan Séguin » (fin 1986) limite ainsi les cas d'exonération permanente en matière d'assurance maladie de manière à comprimer les dépenses. L'accord conclu le 15 février 1991 entre le ministre de la santé Claude Evin et les syndicats représentant les laboratoires d'analyse, illustre également cette volonté d'économies, en introduisant pour la première fois en médecine ambulatoire le principe d'une «enveloppe globale » de dépenses.

D'autre part la recherche de recettes suffisantes s'effectue désormais sur une base nouvelle.

Le recours à la CSG

Rompant avec la structure atypique des prélèvements obligatoires existant en France, caractérisée par une place modeste de l'impôt sur le revenu, la création de la CSG (loi du 29 décembre 1990) constitue un instrument de financement assis sur tous les revenus, qui va se révéler d'un maniement plus souple que le recours à la modification des taux des cotisations professionnelles. Celle-ci reste pourtant fréquente : trois hausses, au total de près de 2 points,

étaient enregistrées par le taux des cotisations salariales pour la vieillesse entre 1986 et 1989.

D'abord appliquée, au taux de 1,1 %, au financement des prestations familiales, la CSG permet en 1991 de réaffecter à l'assurance vieillesse 1,6 point de cotisations (patronales) de prestations familiales, qui est ainsi supprimé, le taux de cotisation étant porté de 7 % à 5,4 %. La neutralisation du versement de la CSG s'opère également sur la part salariale des cotisations d'assurance vieillesse, qui sont ramenées de 7,6 % à 6,55 %, soit une réduction de 1,05 % correspondant au taux de la CSG sur les salaires bruts – l'équilibre total ne se réalisant toutefois qu'au moyen d'une « ristourne forfaitaire » de 42 francs par mois accordés aux salariés pour tenir compte du plafonnement de leurs cotisations d'assurance vieillesse.

L'institution de la CSG entraîne donc une modification de la répartition des cotisations d'assurance vieillesse entre employeurs et salariés. Afin de maintenir l'équilibre, le taux de ces cotisations a été porté à partir de 1992 d'une part à 14,75 % dans la limite du plafond, dont 8,20 à la charge de l'employeur et 6,55 % à la charge du salarié ; et d'autre part à 1,60 % sur la totalité du salaire, à la seule charge de l'employeur.

Selon un schéma voisin, les cotisations maladie, maternité, invalidité, décès verront leur part salariale presque totalement remplacée par la CSG en 1998. La LFSS pour 1998 substitue en effet 4,1 points de CSG à 4,75 % de cotisation salariale maladie¹¹, alors qu'à sa création en 1997 la CSG maladie au taux de 1 % s'était déjà substituée à 1,3 point de cotisations salariales maladie.

7 - Le thème d'une contribution élargie à l'ensemble des revenus est en effet ancien. Il apparaît par exemple dans l'article de J.-J. Dupeyroux, Sécurité sociale ; adapter la nature des ressources à celle des dépenses, (Le Monde, 21 septembre 1976) et dans le rapport du Comité des sages institué en 1987 dans le cadre des états généraux de la sécurité sociale. Catherine Mills (2001) évoque quant à elle a posteriori la continuité d'inspiration entre « la contribution Delors » et la CSG. Cf. aussi Dupuis, J.-M., 1992, « le Financement de la protection sociale en France : 45 ans de projets de réforme », Droit social n° 2.

8 - Portant entre autre sur l'organisation des caisses (séparation des caisses famille, maladie et vieillesse, unité de trésorerie gérée par l'ACOSS).

9 - On trouvera une synthèse de ces contributions en annexe du présent article.

10 - On se souvient que Pierre Laroque justifiait en 1946 ce plafonnement des cotisations par celui des prestations.

11 - Sur les revenus de remplacement également, la CSG a parfois opéré une substitution analogue. Ainsi les allocations chômage ne sont plus soumises à cotisations depuis le 1^{er} janvier 1998 en raison de l'augmentation de 2,8 points de la CSG. Les contributions sur les avantages de retraite - sous réserve de diverses exonérations et déduction faite des bonifications pour enfant - continuent en revanche à prendre la forme de cotisations, au taux de 1 % sur les régimes complémentaires.

La CSG assujettit à la fois les revenus d'activité et de remplacement, ainsi que les revenus du patrimoine et les gains aux jeux. Tous les salaires, traitements, indemnités et revenus professionnels des revenus indépendants sont soumis au même taux de 7,5 %. L'assiette¹² de la CSG inclut les indemnités de licenciement ou de rupture du contrat de travail, les contributions patronales au financement des prestations complémentaires de prévoyance, les indemnités des élus, les primes des fonctionnaires et les cotisations sociales. Il est appliqué un abattement de 5 % pour frais professionnels sur les salaires, tandis que, s'agissant des travailleurs non salariés, le prélèvement s'effectue sur les revenus professionnels nets.

Les taux s'appliquant aux revenus de remplacement et aux revenus d'activité ont toutefois été différenciés en 1997 et 1998 : le taux est de 6,6 %¹³ sur les pensions de retraite (de base et complémentaires) et d'invalidité, les allocations de chômage et de préretraite et les indemnités journalières maladie, maternité et accident du travail ; il est de 3,8 % seulement pour les pensions de retraites et d'invalidité, ainsi que pour les allocations de chômage et de préretraite non imposables en raison de réductions ou de crédits d'impôts¹⁴.

La CRDS, instituée en 1996, dispose d'une assiette voisine de celle de la CSG (identique en matière de revenus d'activité et sensiblement plus large pour les revenus de remplacement) Alimentant la CADES (caisse d'amortissement de la dette sociale créée la même année pour apurer le cumul des déséquilibres financiers des régimes de sécurité), cette contribution d'un taux uniforme de 0,5 % était initialement assortie d'une durée limitée dans le temps (à 2009, puis 2014). La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a prolongé l'existence de cette contribution jusqu'à 2020, son taux devant en outre être porté à 0,65 %¹⁵.

Il existe cependant certains revenus de remplacement exonérés de CSG et de CRDS : les pensions de retraite ou d'invalidité non contributives ou celles dont le bénéficiaire n'est pas imposable à l'impôt sur le revenu ; les allocations de chômage et les préretraites, sous les mêmes conditions que pour les pensions ou lorsque le prélèvement des contributions aurait eu pour effet d'abaisser le montant de ces prestations à un niveau inférieur au SMIC brut ; les rentes d'accident du travail, les allocation veuvage et les

capitaux d'assurance décès ; le RMI, l'AAH et les prestations d'aide sociale.

Les personnes imposables déduisent partiellement de l'impôt sur le revenu le montant de la CSG acquittée, à hauteur de 5,1 % pour les revenus d'activité et de 3,8 % pour les revenus de remplacement

Bien que ne constituant pas un revenu au sens de l'impôt sur le revenu, les gains provenant de certains jeux (ceux exploités par la Française des jeux, les paris hippiques et les jeux d'argent dans les casinos) sont inclus dans l'assiette de la CSG au même taux que la contribution pour l'assurance maladie.

La généralisation des déplaçonnements

Le déplaçonnement de l'assiette des prélèvements sociaux constitue l'autre axe de cette recherche de financements nouveaux¹⁶. Ainsi, comme on l'a vu, l'assiette des cotisations maladie, maternité, invalidité, décès est entièrement déplaçonnée depuis 1984, des taux réduits ou des montants forfaitaires étant néanmoins prévus pour certaines catégories d'assurés (fonctionnaires, militaires, veuves et orphelins de guerre – étudiants.)

En matière de cotisations affectées au financement des prestations familiales, il faut distinguer entre salariés et non-salariés. S'agissant des salariés ou assimilés, ces cotisations, exclusivement patronales, sont assises, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 15 janvier 1989 prévoyant leur déplaçonnement, sur l'intégralité des salaires et leur taux est de 5,4 %. En ce qui concerne les employeurs et travailleurs indépendants, les cotisations sont assises sur leur revenu professionnel, même accessoire, tel qu'il est retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Leur taux restait partiellement plafonné (5,4 % dans la limite du plafond et 4,9 % au-dessus) jusqu'à la LFSS pour 1998 qui a totalement déplaçonné cette cotisation (à 5,4 %).

Les cotisations d'accidents du travail étant en 1990 totalement déplaçonnées, le plafonnement ne concerne plus à partir de cette date que les cotisations d'assurance vieillesse. Celles-ci ne portent en effet que sur la part du salaire inférieure au plafond de la sécurité sociale¹⁷, en vertu de l'argument selon lequel il serait délicat de déplaçonner la base de la branche vieillesse sans porter atteinte au finance-

12 - A noter que cette assiette passe de 95% à 97% des revenus d'activité avec l'adoption le 30 juillet 2004 de la loi portant réforme de l'assurance maladie.

13 - Ce taux était de 6.2% avant l'entrée en vigueur de la loi portant réforme de l'assurance maladie votée par le Parlement le 30 juillet 2004.

14 - Ceux non-imposables pour d'autres raisons que celles-ci sont exonérés de cette cotisation.

15 - Il convient de remarquer que le projet de loi ne prévoyait aucune hausse du taux et se contentait de prolonger la CRDS au-delà de 2014 jusqu'à extinction de la dette sociale, sans donner de date précise.

16 - Pour justifier ces déplaçonnements des arguments de justice sociale ont également pu être avancés, l'effet du plafond se traduisant par des cotisations proportionnellement plus élevées sur les bas salaires, et donc par des conséquences fiscales de type « régressif ».

ment de son étage complémentaire, dans la mesure où la part des revenus supérieure au plafond constitue l'assiette des régimes de retraite complémentaire.

Ainsi, le déplafonnement s'est-il effectué en plusieurs étapes pour les cotisations d'assurance maladie (de 1967 à 1984, un décret de 1978 fixant par exemple pour 1981 la fin du plafond sur les cotisations salariées), en deux étapes pour les cotisations affectées au financement des prestations familiales (en 1989 et 1998), et en une seule fois pour les cotisations d'accident du travail (en 1990).

Le recours à des sources de financement diversifiées

Ces financements, relevant en général de la catégorie des « impôts et taxes affectés »¹⁸ constituent un ensemble marqué par une certaine hétérogénéité. On les qualifie parfois de « recettes de poche » :

- La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) a été instituée par une loi du 6 janvier 1970 avec pour objectif de compenser les pertes de recettes subies par les régimes de non salariés non agricoles du fait du développement de l'exercice des professions artisanales et commerciales constituées en société. Le taux de la C3S est fixé à 0,16 % du chiffre d'affaires hors taxes¹⁹, à condition que ce dernier excède 763 000 euros (2001). Le produit de la C3S est réparti en fin d'année entre l'ORGANIC, la CANAM et la CANCAVA principalement au prorata des déficits comptables de ces régimes. Le solde du produit de la C3S est affecté au FSV (fonds solidarité vieillesse) et au FRR (fonds de réserve des retraites).

- Des contributions sont prélevées sur l'industrie pharmaceutique à travers une taxe annuelle (versée à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé - AFSSAPS) sur les médicaments bénéficiaires d'une autorisation de mise sur le marché ; une contribution (versée à l'ACOSS au profit de la CNAM) par les laboratoires sur leurs dépenses de publicité (1983) ; une contribution (versée à l'ACOSS au profit des régimes d'assurance maladie) par les grossistes répartiteurs sur leurs ventes aux officines pharmaceutiques (1991) ; une contribution sur les ventes directes des laboratoires aux officines pharmaceutiques (1998).

- Les taxes sur les opérations d'assurance et de prévoyance comprennent également plusieurs éléments : une taxe spéciale sur les conventions d'assurance, perçue par l'État sur les primes de la plupart des contrats d'assurance dommages, son produit étant affecté partiellement au FOREC entre 2001 et la suppression de ce fonds en 2004; une taxe sur les contributions patronales au financement de la pré-

voyance complémentaire, instituée par l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale et affectée au FSV ; une taxe sur les cotisations et primes d'assurance complémentaire santé (loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU) s'appliquant aux mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance et affectée au fonds de financement de la CMU ; une taxe sur les primes d'assurance automobile bénéficiant depuis 1967 à plusieurs régimes d'assurance maladie et depuis 2001 à la seule CNAM.

L'augmentation régulière des cotisations

Dans le champ de la sécurité sociale, une tendance à l'augmentation régulière des cotisations, autres que celles correspondant au risque « famille », s'amorce dès 1981 avec une hausse de 1 point de la part salariale des cotisations d'assurance maladie, elle se poursuit en 1984 par une nouvelle augmentation de 1 point de la part salariale des cotisations d'assurance vieillesse - les parts patronales étant simultanément déplafonnées, partiellement s'agissant de la maladie et totalement pour la vieillesse. Il est à noter par ailleurs que la notion de rémunération a elle-même quelque peu évolué (encadré 1).

Suivent des hausses de cotisations d'ampleur légèrement plus modeste. Ainsi les cotisations d'assurance vieillesse connaissent en 1987 une hausse de 0,2 point pour la part salariale. La même année il en va de même pour la part salariale des cotisations d'assurance vieillesse, qui subit une augmentation de 0,4 point. La hausse des cotisations d'assurance vieillesse (part salariale) atteint de nouveau 1 point en 1989²⁰ ; de même le taux des cotisations d'assurance maladie croît de 0,9 point (part salariale) et de 0,2 point (part patronale) en 1991.

En ce qui concerne les régimes situés hors du champ des régimes de base de la sécurité sociale (Unedic ; Agirc-Arrco), les cotisations enregistrent également une progression sensible de leurs taux, avec quelques à-coups dans l'évolution.

18 - Il s'agit de celles des impositions de toute nature mentionnées à l'article 34 de la Constitution affectés au financement de la protection sociale.

19 - A compter de l'entrée en vigueur de la loi portant réforme de l'assurance maladie votée par le Parlement le 30 juillet 2004. Ce taux était précédemment de 0,013 %.

20 - Une augmentation de 0,2 point répartie entre 0,15 point pour les salariés et 0,05 point pour les employeurs) interviendra en 2006, conformément à l'accord du 13 mai 2003 entre le gouvernement, la CFDT, la CGC et les organisations patronales, accord dont le principe a été confirmé par le PLFSS pour 2003, en attendant l'intervention du décret le rendant applicable.

UNEDIC

Après un triplement des taux de cotisation (à 3 %) en 1979 qui se révèle insuffisant pour assurer l'équilibre du régime en période de forte hausse du chômage, l'État impose en 1982 une nouvelle augmentation des contributions des employeurs et des salariés (décret du 24 novembre 1982) : le taux global passe de 3,6 % à 4,8 %, et une contribution exceptionnelle de solidarité de 1% est imposée aux agents du secteur public – mesure qui servira au financement de l'ASS en 1984.

Le taux des contributions est une nouvelle fois accru en 1983 et atteint 5,8 %. En 1984 une surcotisation de 0,5 % (qui sera supprimée en 2001) est introduite pour les salaires compris entre une et quatre fois le plafond de la sécurité sociale. Les taux sont portés en juillet 1985 à 6,2 % au total (4,08 % à la charge des employeurs et 2,12 % à la charge des salariés), puis en novembre 1985 à 6,58 % (4,27 % et 2,31 %). Les négociations de la nouvelle convention du 30 décembre 1987 conduisent au relèvement de 0,32 point du taux de cotisation, qui atteint 6,9 % au premier janvier 1988. Une nouvelle contribution de 1,8 % destinée au financement de l'ASF est par ailleurs instituée.

Le taux de cotisation diminue cependant du 1er octobre 1990 (taux à 6,7 %) au premier janvier 1991 (taux à 6,59 %) mais remonte ensuite à 6,7 %, à la suite de l'accord des partenaires sociaux du 5 décembre 1991. La remontée se poursuit avec l'accord du 18 juillet 1992 qui prévoit un relèvement de 0,8 point, en même temps qu'il institue le principe de la dégressivité des allocations. Puis les cotisations sont portées à 6,6% en 1993, alors que le déficit de l'assurance chômage atteint 33 milliards de francs.

Le taux d'appel des contributions revient cependant à 6,18 % en 1997.

La période plus récente est marquée par un nouveau relèvement de 0,6 point des cotisations en 2003, après une baisse à 5,8 % au 1^{er} janvier 2001 (3,7 % pour l'employeur, 1,9 % pour le salarié).

AGIRC-ARRCO

Après une longue période de stabilité (rompue en 1996) où il s'est maintenu à 4 %, le taux contractuel obligatoire de cotisations reçues par l'ARRCO est depuis 1999 égal à 6 % (tranche A). Il s'applique à la fois aux cadres et aux non cadres sur la fraction de salaire située sous le plafond de la sécurité sociale. S'y ajoute pour les non cadres soit un taux de 14 % en 2004 (après une évolution par étapes à partir d'un niveau de 6 % en 1999) pour les entreprises créées avant le 1^{er} janvier 1997, soit un taux de 16 % (depuis 2000) pour les entreprises créées postérieurement à

cette date, sur la fraction de salaire comprise entre une et trois fois le plafond de la sécurité sociale (tranche B). Le partage des cotisations est de 60 % / 40 % entre employeurs et employés. Les cotisations effectivement versées sont déduites du taux d'appel, égal, depuis 1992 à 125 % du taux contractuel obligatoire, la différence n'ouvrant aucun droit à des points de retraite supplémentaire.

Limitées à 8 % jusqu'à l'accord du 9 février 1994, les cotisations prélevées pour l'AGIRC sur les salaires

ENCADRÉ 1 ●

L'ÉVOLUTION DE LA NOTION DE RÉMUNÉRATION

La rémunération salariale, principale assiette des cotisations sociales, dispose d'une base légale dans la loi du 20 mars 1954 art.6 (art.L.242-1 du code de la sécurité sociale) qui prévoit qu'entrent en ligne de compte « toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire ». Des évolutions jurisprudentielles sont venues préciser cette notion :

Ainsi les avantages assurés par le comité d'entreprise (primes de naissance, de mariage, bons d'achat ...) sont, à l'exception de ceux présentant un caractère de secours lié à des situations individuelles particulières, inclus dans l'assiette des cotisations (Cass.soc. 27 sept. 1989, Cass.soc. 27 juin 1996) - le régime des sommes versées par le comité d'entreprises en son nom propre se voyant en fait aligné sur le régime des avantages accordés par le comité d'entreprise pour le compte de l'employeur.

De même les contributions patronales destinées au financement d'une protection sociale complémentaire (recouvrant à la fois les cotisations patronales aux régimes de retraite complémentaire obligatoires - ARRCO, AGIRC... - et les contributions versées par les entreprises à des régimes supplémentaires) sont, depuis une décision du 27 janvier 1979 de la Cour de cassation, incluses dans l'assiette des cotisations du régime général, un décret du 23 juillet 1985 pris sur la base de la loi du 28 décembre 1979 (art. L. 242-1, al. 4) prévoyant toutefois une possibilité large d'exonération, étant donné le niveau du seuil à partir duquel elle s'applique, cette exonération étant néanmoins limitée (Cass.soc 23 juin 1994) dans les cas d'une gestion du régime supplémentaire externe à l'employeur, puis même dans le cadre d'une gestion interne (Cass.soc. 28 mars 1996).

Quant aux autres avantages pécuniaires susceptibles d'être accordés par l'employeur, la règle est l'exonération des sommes portées à la réserve de participation (art. L. 442-8-1 ; al.2) ; l'inclusion dans l'assiette de cotisations pour les primes d'intéressement (hors accords collectifs dans le cadre du dispositif prévu par l'ordonnance du 21 octobre 1986) ; l'exonération, en matière de stocks-options, de la différence entre la valeur de l'action à la date de la levée de l'option et le prix d'achat si la cession intervient plus de cinq ans après la date d'attribution de l'option ; l'exonération des sommes versées annuellement par l'employeur sur un plan d'épargne d'entreprise.

Globalement l'assiette constituée par les rémunérations s'est donc élargie depuis une vingtaine d'années.

des cadres sont aujourd'hui, après une progression par étapes, de 16 %, sur la fraction de salaire comprise entre une et quatre fois le plafond de la sécurité sociale (tranche B), et depuis le 1^{er} janvier 1991 de 16 % également sur la fraction du salaire comprise entre quatre et huit fois le plafond de la sécurité sociale (tranche C). Comme pour l'ARRCO le taux d'appel est égal à 125 % du taux contractuel obligatoire. Les cotisations sont partagées entre les employeurs et les employés selon une répartition 62,5 % / 37,5 %.

**DE 1993 À 2004, CETTE RECHERCHE
DE RECETTES NOUVELLES S'EST
ACCOMPAGNÉE D'UNE POLITIQUE
D'EXONÉRATIONS DE CHARGES
VISANT À FAVORISER L'EMPLOI**

Cette troisième phase du financement (1993-2004) amplifie encore les tentatives d'équilibrage des comptes qui viennent d'être décrites²¹, mais voit aussi la généralisation des exonérations de certaines cotisations et l'extension des prestations non contributives (comme la CMU ou l'APA).

En 1993, année de récession, la masse salariale n'augmente que de 0,7 % en valeur et les recettes du régime général n'enregistrent qu'une progression sans commune mesure avec celle des dépenses (2,4 % pour les premières contre 6,4 % pour les secondes). L'État intervient alors pour « remettre les compteurs à zéro » en finançant par un prêt de 110 milliards de francs (17 milliards d'euros) le déficit cumulé à fin 1993 des branches du régime général. Le FSV est créé avec entre autres fonctions, celle de rembourser ce prêt, au moyen notamment de 1,3 point supplémentaire de CSG qui lui est affecté²². Cette augmentation de la CSG n'a pas cette fois consisté en une substitution d'assiette dans la mesure où elle n'avait pas de contrepartie en terme de réduction des cotisations.

Accompagnant cet apurement comptable, de nouveaux plans de maîtrise des dépenses réforment des aspects importants du système de sécurité sociale : réforme des retraites « Veil-Balladur » de 1993²³ ; loi du 25 juillet 1993 instituant des instruments de maîtrise médicalisée des dépenses de soins (dont les RMO – références médicalement opposables) ; « plan Juppé » du 15 novembre définissant un nouveau cadre, l'ONDAM, à celles-ci. Un nouveau recours à la CSG n'en reste pas moins nécessaire.

On a vu qu'elle s'était substituée en 1998 de façon quasi intégrale aux cotisations maladie des assurés, atteignant ainsi en 1999 le taux de 7,5 % (après avoir été portée, comme évoqué plus haut, à 3,4 % en 1997 par la loi de financement de la sécurité sociale de 1996 instituant la « CSG maladie »). De plus son assiette s'étend et sert de support à un nouveau type de prélèvement. La LFSS pour 1997 élargit en effet l'assiette de la CSG applicable aux revenus de patrimoine et aux revenus de placements.

La LFSS pour 1998 institue un nouveau prélèvement social de 2 % sur ces mêmes revenus, en substitution à deux prélèvements de 1 % affectés respectivement à la CNAF (depuis 1984) et à la CNAV (depuis 1987), établis sur des assiettes plus étroites. (A partir de 2001 ce prélèvement est intégralement affecté à la branche vieillesse). L'addition de la CSG, de la CRDS et de ce prélèvement social aboutit à un taux global d'imposition de 10 %.

On assiste parallèlement pendant la période au développement des exonérations de cotisations dans le cadre des politiques en faveur de l'emploi. Ces exonérations, qui seront compensées par le budget de l'Etat à partir de 1994, s'appuient sur des expériences antérieures qui se sont intensifiées depuis les années 1970. L'apprentissage constitue en effet la forme la plus ancienne du travail en alternance ouvrant droit pour l'entreprise à exonération de cotisations (les premières écoles manuelles d'apprentissage datent de 1880). Ce statut concerne majoritairement depuis 1977 les jeunes de moins de 16 ans et ouvre droit pour l'employeur à exonération de toutes les cotisations légales et conventionnelles dans le cas des entreprises occupant plus de 10 salariés.

Depuis 1977 plus de quarante mesures ont utilisé l'abaissement des cotisations sociales comme modalité d'aide à l'emploi. Sur ce total au moins vingt d'entre elles étaient en vigueur en 1996, deux datant des années 1970 (l'exonération en faveur de l'apprentissage et l'aide aux chômeurs créateurs d'entreprise).

Les exonérations de cotisations sociales patronales utilisées depuis le milieu des années 70 au profit de la politique de l'emploi ont concerné en tout premier lieu les jeunes de moins de 26 ans, dans le cadre des pactes nationaux pour l'emploi (1997-1981). Il s'agissait d'exonérations temporaires réservées aux nouveaux embauchés, leur objet étant de compenser l'insuffisance temporaire de productivité de jeunes sans expérience professionnelle et d'orienter davantage la politique de recrutement des entreprises vers

21 - Et qui se traduisent, s'agissant de réforme de l'assurance maladie votée par le Parlement le 30 juillet 2004, par un plan d'économies de 15 milliards d'euros.

22 - Cette mission allait incomber à la CADES à partir de 1996 (Ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996).

23 - Passage de 150 à 160 trimestres de cotisations, prise en compte des 25 meilleures années au lieu de 10, indexation des pensions sur les prix au lieu des salaires.

des populations plus particulièrement touchés par le chômage. Le premier pacte prévoyait une exonération à 100 %, d'une durée d'un an, des cotisations patronales en cas d'embauche de jeunes de moins de 25 ans sous réserve du maintien de l'effectif moyen de l'établissement, les apprentis bénéficiant des mêmes conditions mais pour une durée supérieure (deux ans). Le deuxième pacte instituait une exonération de 50 % pendant 12 mois pour les jeunes de 16 à 18 ans et pour les jeunes de moins de 26 ans répondant à certaines conditions, ainsi que pour diverses catégories de femmes (veuves, divorcées, mère célibataires), sous réserve d'un accroissement des effectifs. L'exonération totale des cotisations patronales pour les apprentis était conservée, mais pour une durée de 12 mois seulement. Quant au troisième pacte, il avait peu modifié ces dispositions, les conditions relatives à la taille d'entreprise étant toutefois supprimées.

Cette politique s'exprime également par la suite à travers le plan d'urgence de 1986, visant au recrutement des moins de 25 ans grâce à plusieurs formules d'exonération, et le dispositif « *exo jeunes* » (1991-1993) destiné à favoriser l'embauche de jeunes de 18 à 26 ans sans qualification et faisant bénéficier leurs emplois de l'exonération de toutes les cotisations patronales légales et conventionnelles pour une durée maximale de 18 mois, dans la limite d'un salaire égal aux Smic +20 %.

On peut résumer cette évolution de la sorte :

- 1977 à 1982 : pacte pour l'emploi des jeunes et plan avenir jeunes ;
- 1983-1985 : seuls demeurent l'apprentissage et l'aide aux chômeurs créateurs d'entreprise ;
- 1988 : fin du plan d'urgence, début des mesures en faveur des chômeurs de longue durée ;
- depuis 1989 : retour à des formules d'exonération pure (1er salarié, « *exo jeunes* »,...).

Des financements spécifiques (cf. infra) ont été mobilisés afin de compenser dans le budget de la sécurité sociale le coût des exonérations décidées postérieurement à 1994. A compter de cette date plusieurs catégories d'exonérations sont en effet mises en place, dominées de plus en plus par les problématiques du travail non qualifié et, pendant une période, de la réduction du temps de travail.

Les allègements généraux sur les bas salaires

Ces allègements ont été institués par une loi du 17 juillet 1993 prévoyant un allègement de cotisation patronales d'allocations familiales pour l'emploi de salariés rémunérés à un niveau proche du SMIC. Parallèlement, afin de limiter l'impact sur

les finances de la sécurité sociale dans la mesure où en raison d'un effet d'aubaine, le coût des exonérations risque de ne pas être entièrement compensé par les recettes de cotisations issues des créations d'emplois attendues, l'article 5 de la loi du 25 juillet 1994 prévoit que toute nouvelle exonération de cotisations sera compensée intégralement par le budget de l'État.

Par la suite, le législateur a complété le dispositif de 1993 en accordant une réduction dégressive de la part patronale des cotisations d'assurances sociales (maladie, vieillesse), d'accidents du travail et d'allocations familiales avant que le gouvernement Juppé ne décide en 1996 la fusion des deux types de mesure. Cette réduction dégressive concerne tous les salariés dont la rémunération est inférieure à 1,3 SMIC²⁴, quelle que soit la durée de leur travail et du contrat de travail (CDD ou CDI). Le montant de la réduction est plafonné à 18,2 % du SMIC mensuel calculés sur la base de 169 heures. Sauf exceptions, la réduction ne peut être cumulée avec une autre exonération de cotisations patronales de sécurité sociale. En cas de travail à temps partiel, la réduction est calculée au prorata de la durée du travail²⁵.

À partir du 1^{er} janvier 2000 ces mesures sont restées applicables aux entreprises n'ayant pas conclu d'accord visant à la mise en place des 35 heures et ne bénéficiant donc pas du nouvel allègement correspondant. Toutefois, depuis le 1^{er} juillet 2003, la ristourne dégressive sur les bas salaires et l'allègement 35 heures ont fusionné pour laisser place à un dispositif unique : l'allègement des cotisations patronales de sécurité sociale (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, accident du travail et allocations familiales) accessible à toutes les entreprises (tableau 1). Ce dispositif met fin aux conditions liées à la durée du travail, la rémunération de référence étant le salaire horaire. Maximale au niveau du SMIC horaire, la réduction est ensuite dégressive pour s'annuler à 1,6 SMIC²⁶, son calcul étant effectué sur la base du salaire horaire et non mensuel.

Le coût de ces réductions, jusqu'alors supporté par le budget de l'Etat, a été mis, entre le 1er janvier 2000 et la fin de 2003, à la charge du FOREC (Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale). Ce fonds, créé en 1999, est un établissement public de l'Etat à caractère

24 - Valeur fixée par la loi de finances pour 1998 et remplaçant le seuil initial (1995) de 1,3 SMIC.

25 - Le principe de ce calcul a évolué en 1998. A l'origine la réduction n'était pas proportionnelle à la durée du travail.

26 - Cette valeur était fixée à 1,7 SMIC avant l'intervention de la loi de finances pour 2005.

administratif destiné à financer les allègements de cotisations. Il a été substitué à l'Etat, jusqu'à sa suppression le 1^{er} janvier 2004²⁷, pour rembourser aux organismes de sécurité sociale les exonérations de cotisations sociales suivantes : la « ristourne dégressive », dispositif général de réduction des cotisations de sécurité sociale sur les bas salaires; l'exonération de cotisations en faveur de l'aménagement et de la réduction conventionnels du temps de travail (loi de Robien du 11 juin 1996), transférée au budget de l'Etat à compter de 2001 ; l'aide incitative à la réduction du temps de travail (loi Aubry I du 13 juin 1998), réduction forfaitaire par salarié, dégressive sur cinq ans ; l'aide à la RTT (loi Aubry II du 19 janvier 2000), réduction forfaitaire du montant global des cotisations sociales à la charge de l'employeur ; l'allègement supplémentaire de cotisations sur les bas et moyens salaires (jusqu'à 1,8 SMIC) pour les entreprises passées aux 35 heures dans le cadre de la loi Aubry II .

Pour financer ces exonérations de cotisations, le FOREC (encadré 2) recevait jusqu'à la fin de 2003 l'intégralité du produit de la Contribution sociale sur les bénéficiés, de la taxe générale sur les activités polluantes, des droits sur les alcools et de la taxe sur les véhicules de société, ainsi que l'essentiel des droits de consommation sur les tabacs et une fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance. Depuis l'entrée en vigueur de loi de finances pour 2004 ces recettes fiscales sont affectées au budget de l'Etat, qui finance de nouveau les exonérations correspondantes.

ENCADRÉ 2 ● RESSOURCES DU FOREC

- La contribution sociale sur les bénéficiés des sociétés a été instituée par la LFSS pour 2000. Elle est assise sur l'impôt sur les sociétés et n'est due que par les entreprises réalisant plus de 7 600 000 euros de chiffre d'affaires.
- La taxe sur les tabacs est un droit sur la consommation du tabac traditionnellement perçu par l'Etat, qui a choisi de l'affecter de manière pérenne à la CNAM en 1997, et surtout au FOREC entre 2000 et fin 2003.
- Les taxes sur les alcools, intégralement affectés au FSV en 1993, puis majoritairement au FOREC en 2001, comprennent le droit de consommation sur les alcools titrant plus de 22° ; le droit de consommation spécifique sur les produits intermédiaires (vins doux naturels, vins de liqueurs...) ; un droit de circulation s'appliquant aux vins, cidres, poirés et hydromels ; un droit spécifique sur les bières et les boissons non alcoolisées, une taxe sur les boissons alcooliques s'appliquant aux alcools forts (titrage supérieur à 25°)¹.
- La taxe spéciale sur les conventions d'assurance est perçue par l'Etat sur les primes de la plupart des contrats d'assurance dommages, son produit étant affecté partiellement au FOREC depuis 2001 jusqu'à la fin de 2003.

La taxe générale sur les activités polluantes (TGAP) a été créée par la loi de finances pour 1999 par le regroupement de cinq anciennes taxes fiscales ou parafiscales affectées à l'agence de l'environnement et à la maîtrise de l'énergie, et affectée entre 2000 et fin 2003 au FOREC. Son champ d'application concerne diverses activités polluantes : mise en décharge de déchets ménagers, éliminations des déchets industriels spéciaux, production d'huiles usagées...

1 - A noter que le droit de fabrication sur alcools (imposition à la production) a été supprimé par la loi de finances pour 1999, pour incompatibilité avec le droit communautaire.

TABLEAU 1 ●

régime simplifié de l'allègement unique sur les bas salaires

	Entreprises bénéficiaires au 30 juin 2003 de l'allègement 35 heures	Autres entreprises
Du 1 ^{er} juillet 2003 au 30 juin 2004	Coefficient maximal de réduction de 26 % du salaire brut Limite : 1,7 fois la garantie horaire de rémunération applicable au 1 ^{er} janvier 2000	Coefficient maximal de réduction de 20,8 % du salaire brut Limite : 1,5 Smic horaire
Du 1 ^{er} juillet 2004 au 30 juin 2005		Coefficient maximal de réduction de 23,4 % du salaire brut Limite : 1,6 Smic horaire
À compter du 1 ^{er} juillet 2005	Coefficient maximal de réduction de 26 % du salaire brut Limite : 1,6 Smic horaire	

Source : MINEFI

27 - La suppression du IOREC a été effectuée par la loi de finances pour 2004. Les allègements de charge pour le financement desquels le FOREC avait été institué sont désormais assumés directement par le budget de l'Etat en attendant qu'ils soient financés par les ressources pervenues (TVA notamment) prévus par le projet de finances pour 2006.

Les aides à l'embauche ciblées sur des publics spécifiques

Ces publics se composent de deux grandes catégories²⁷ :

S'agissant des jeunes, ces aides à l'emploi ont concerné à la fois l'apprentissage et les contrats de qualification et d'orientation remplacés depuis l'intervention de la loi du 4 mai 2004 par les contrats de professionnalisation²⁸.

En matière d'apprentissage la règle est exonération de la totalité des cotisations patronales et salariales de sécurité sociales pour toutes les entreprises.

En ce qui concerne les contrats de qualification et d'orientation, les cotisations patronales dues au titre des assurances sociales, des allocations familiales et des accidents du travail bénéficient d'une exonération ; toutefois celle-ci ne porte que sur la partie du salaire n'excédant pas le SMIC.

S'agissant des chômeurs de longue durée, ces mesures concernent à la fois les contrats initiative emploi, les contrats emploi solidarité et emploi consolidé et les dispositifs en faveur des créateurs ou repreneurs d'entreprise.

Le contrat initiative emploi (mis en place en 1995) ouvrait droit, s'agissant des conventions conclues avant le 1^{er} janvier 2002, à exonération de la part patronale de cotisations de sécurité sociale sur la partie du salaire n'excédant pas le SMIC pour une période de 24 mois. Cette limite d'âge était reculée au profit des personnes âgées de plus de 50 ans, demandeuses d'emploi depuis plus d'un an, ou handicapées, ou allocataires du RMI sans emploi depuis plus d'un an. Depuis le 1^{er} janvier 2002 le CIE n'ouvre plus droit à des exonérations de charges sociales patronales.

Le contrat emploi solidarité (créé en 1989) ouvrait droit à l'exonération de la part patronale des cotisations de sécurité sociale dans la limite du salaire calculé sur la valeur horaire du SMIC et pour une durée hebdomadaire ne pouvant excéder 20 heures. L'exonération s'étend aux autres charges sociales, d'origine légale ou conventionnelle, à l'exception des cotisations d'assurance chômage.

Le contrat emploi consolidé (institué en 1992), conclu au profit de bénéficiaires du CES qui n'ont pu retrouver un emploi, bénéficiait d'une exonération des cotisations de sécurité sociale pendant toute la

durée de la convention conclue avec l'Etat sur la partie du salaire n'excédant pas 120 % du SMIC et dans la limite de 30 heures hebdomadaires. A compter de l'entrée en vigueur de la loi du 18 décembre 2005 ces deux derniers contrats sont remplacés par les contrats d'accompagnement en entreprise, garantissant une durée d'emploi minimale de six mois au lieu de trois et une durée de travail hebdomadaire supérieure, en général de 26 heures. Les exonérations de charges sociales associées à ces contrats portent sur les cotisations patronales dans la limite du SMIC.

Enfin les demandeurs d'emploi qui créent ou reprennent une entreprise sont exonérés pendant 12 mois des cotisations de sécurité sociale dues au titre de leur propre activité et conservent le bénéfice de leur ancien régime également pendant 12 mois.

Les autres aides à l'embauche

Diverses exonérations totales ou partielles ont par ailleurs été mises en place.

Les exonérations pour l'embauche d'un premier salarié (1989) portent sur les cotisations qui sont à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales²⁹. Les contrats de professionnalisation de type particulier tels que le contrat de qualification peuvent, on l'a vu, donner également lieu à exonération. L'employeur ne peut cumuler plusieurs exonérations pour un même salarié : il doit opter soit pour celle liée au contrat, soit en faveur de celle attachée à la première embauche.

La loi du 14 novembre 1996 (pacte de relance pour la ville) a institué une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale pour l'emploi de salariés (dans la limite de 50) dans les zones franches urbaines et a unifié le dispositif d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale pour toutes les embauches jusqu'au 50^{ème} salarié dans les zones de redynamisation urbaines et de revitalisation rurale.

Pour les premières, l'exonération concerne des salariés en contrat de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée d'au moins 12 mois. Elle est limitée à la partie de la rémunération qui n'excède pas le 1,5 SMIC et s'applique pendant 5 ans à compter de la date de délimitation de la zone ou de la date d'implantation ou de la création de l'entreprise ou de l'établissement dans une telle zone.

27 - On ne mentionnera ici que pour mémoire les exonérations de charges sociales relatives aux CI-RMA, réservés au secteur marchand depuis l'instauration des contrats d'avenir pour le secteur non-marchand (loi du 18/1/2005). Ces exonérations portent notamment sur la fraction de l'aide versée à l'employeur correspondant au montant du RM pour une personne seule.

28 - Un seul contrat de travail commun aux jeunes et aux demandeurs d'emploi doit leur permettre désormais d'accéder à une qualification reconnue, en alliant des périodes d'enseignement général, technologique et professionnel, à l'exercice en entreprise d'activités en rapport avec la qualification visée.

29 - A partir du 1^{er} janvier 2002, le dispositif prévu par la loi du 13 janvier 1989 avait été intégré à l'allègement dit « Aubry II ».

Pour les secondes, l'exonération s'applique aux seules embauches postérieures au 1^{er} janvier 1997 et pendant une durée de 12 mois à compter de la date d'effet du contrat de travail.

Ces dispositifs comportent des limitations de cumul avec d'autres mesures d'exonération de charges sociales et des restrictions en cas de licenciement.

Les incitations au développement du travail à temps partiel et à la réduction du temps de travail constituent un troisième type d'exonérations destinées à favoriser la création générale d'emplois.

À partir du 1^{er} septembre 1992 l'embauche d'un salarié sous CDI à temps partiel ainsi que la transformation de contrats à temps plein en temps partiel ont ouvert un droit à abattement des cotisations patronales de sécurité sociale pendant toute la durée du contrat. Initialement fixé à 50 % cet abattement a été ramené à 30 %. Il a été supprimé au 1^{er} janvier 2001 pour toutes les entreprises de plus de 20 salariés et en principe depuis le 1^{er} janvier 2003 pour les autres.

La loi du 11 juin 1996 dite de Robien avait par ailleurs confirmé le principe d'un allègement de cotisations patronales de sécurité sociale pour les entreprises désireuses d'utiliser la voie de la réduction de la durée du travail pour créer ou sauvegarder des emplois. L'entreprise qui réduisait l'horaire de l'ensemble de ses salariés de 10 % et embauchait au moins 10 % de salariés supplémentaires bénéficiait d'une exonération des charges patronales de sécurité sociale sur tous les salariés pendant 7 ans : 40 % la première année et 30 % les 6 années suivantes. Pour une diminution des horaires de 15 % et un accroissement des emplois de 15 % au moins l'exonération était portée respectivement à 50 % et 40 %. En contrepartie l'entreprise devait maintenir ses effectifs pendant deux ans. Le dispositif pouvait également être utilisé dans le cadre d'un plan social : l'entreprise réduisait alors les horaires et disposait des baisses de charges pour limiter les licenciements.

Ce dispositif a été abrogé par la loi dite Aubry I du 13 juin 1998 : néanmoins il demeure applicable aux conventions « Robien » conclues auparavant. Cette loi du 13 juin 1998³⁰, complétée par celle du 19 janvier 2000 (Aubry II) instituant une aide pérenne forfaitaire³¹, avait prévu - jusqu'à la fusion des mécanismes d'« allègement 35 heures » et de « ristourne dégressive » décrite supra - un dispositif spécifique d'allègement des cotisations patronales³¹ sur des salaires atteignant jusqu'à 1,8 SMIC, assorti de l'engagement, pour les entreprises de moins de 20 salariés ayant négocié le passage aux 35 heures hebdomadaires (soit 1600 heures annuelles), de créer ou de préserver des emplois.

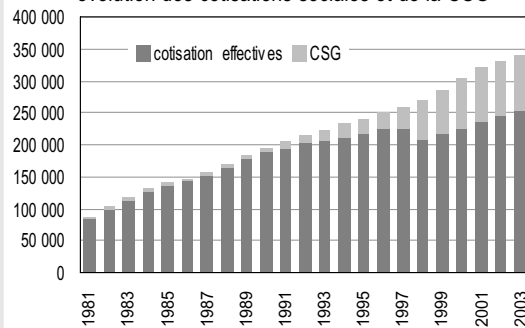
À compter du 1^{er} avril 2004, l'aide mise en place dans le cadre de ces lois Aubry au profit des entreprises ayant anticipé le passage aux 35 heures, ne peut plus être cumulée avec aucune autre exonération de cotisations patronales de sécurité sociale, et notamment avec l'allègement de cotisations « Fillon » évoqué supra.

CONCLUSION

Les évolutions réglementaires qui viennent d'être décrites ont globalement abouti, malgré les augmentations continues des taux de cotisations sociales, à réduire la part de celles-ci dans le financement du système de protection sociale. Certes le produit de ces cotisations n'est plus limité a priori par une assiette salariale plafonnée (hors le cas de l'assurance vieillesse). Toutefois des exonérations de cotisations employeurs visant en général à diminuer le coût du travail faiblement qualifié viennent diminuer le rendement de cette forme de prélèvements obligatoires. Surtout l'instauration de la CSG et l'augmentation significative de son taux ont opéré une substitution partielle (graphique 2) de cette source de financement par une contribution de nature essentiellement fiscale. ■

GRAPHIQUE 2 ●

évolution des cotisations sociales et de la CSG



30 - Qui institue une « aide incitative » dégressive au rythme de 1 000 francs par an et par salarié, sans pouvoir être inférieure à 5 000 francs.

31 - Se montant à 636 euros par salarié et par an.

32 - Dues au titre des assurances sociales, accidents du travail et allocations familiales.

SIGLES UTILISÉS

AAH : allocation adultes handicapés
 ACOSS : agence centrale des organismes de sécurité sociale
 AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
 AGIRC : association générale des institutions de retraite de cadres
 ARRCO : association des régimes de retraite complémentaire
 ASF : association pour la structure financière
 CADES : caisse d'amortissement de la dette sociale
 CDI : contrat à durée indéterminée
 CDD : contrat à durée déterminée
 CEC : contrat emploi consolidé
 CES : contrat emploi solidarité
 CIE : contrat initiative emploi
 CIRMA : contrat d'insertion - revenu minimum d'activité
 CNAF : caisse nationale d'assurance famille
 CNAM : caisse nationale d'assurance maladie
 CNAV : caisse nationale d'assurance vieillesse
 CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale
 CSG : contribution sociale généralisée
 FOREC : fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité
 FRR : fonds de réserve des retraites
 FSV : fonds solidarité vieillesse
 LFSS : loi de financement de la sécurité sociale
 ORGANIC : caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce
 RMI : revenu minimum d'insertion
 RMO : références médicalement opposables
 SMIC : salaire minimum interprofessionnel de croissance
 TGAP : taxe générale sur les activités polluantes
 UNEDIC : union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
 S : agence centrale des organismes de sécurité sociale

CHRONOLOGIE DES PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS AFFECTANT LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

1981 : cotisations d'assurance maladie : hausse de 1 point de la part salariale
 1981 : cotisations d'assurance maladie : déplaçonnement de 3,5 points de la part patronale
 1984 : cotisations d'assurance vieillesse : hausse de 1 point de la part salariale
 1984 : déplaçonnement total de la part patronale des cotisations d'assurance maladie
 1987 : cotisations d'assurance vieillesse : hausse de 0,2 point de la part salariale
 1987 : cotisations d'assurance maladie : hausse de 0,4 point de la part salariale
 1989 : cotisations d'assurance vieillesse : hausse de 1 point de la part salariale
 1989 : cotisations famille : passage du taux global à 8% dont 3,5% déplaçonnés
 1990 : cotisations famille : passage du taux global à 7% déplaçonnés
 1991 : création de la CSG famille (1,1%) – baisse de 1,6 point de la cotisation famille déplaçonnée
 1991 : cotisations d'assurance maladie : hausse de 0,9 point de la part salariale
 1992 : cotisations d'assurance maladie : hausse de 0,2 point de la part patronale
 1993 : hausse de 1,3 point de la CSG famille
 1994 : affectation de cette hausse au FSV
 1995 : création de l'allègement dégressif sur les bas salaires
 1996 : fusion de l'allègement sur les bas salaires et de l'exonération des cotisations d'allocations familiales
 1997 : création de la CSG maladie (1% substitué à 1,3 point de cotisation salariale maladie)
 1998 : hausse de 4,1 points de la CSG maladie et substitution à 4,75 points de cotisations salariales maladie
 1998 : création de l'allègement « Aubry I »
 2000 : création de l'allègement « Aubry II »
 2003 : création de l'allègement unique des cotisations patronales
 2004 : suppression du FOREC
 2004 : augmentation du taux de la CSG sur les pensions de retraite (de 6,2 à 6,6 %) et extension de son assiette sur les revenus d'activité dans le cadre de la réforme d'assurance maladie

annexe

LES RAPPORTS BOUTBIEN, GRANGER, RIPERT,
DU COMITÉ DES SAGES, DE FOUCAULD

En juillet 1974, Léon Boutbien¹, dans une courte étude du Conseil économique et social sur « les problèmes posés par la sécurité sociale », aborde la question de son financement, en remarquant notamment que les seules dépenses du régime général sont supérieures à la moitié du budget de l'Etat, que les ressources correspondantes pèsent sur un seul élément des prix de revient des entreprises (les salaires) et que « dans ces conditions le prélèvement opéré peut difficilement être neutre par rapport aux modes de production ». Le rapport Boutbien présente l'intérêt d'envisager de front les alternatives au financement traditionnel de la sécurité sociale : élargissement de l'assiette de cotisations, déplafonnements, recours à l'impôt, création d'impôts nouveaux sont ainsi examinés, la recommandation finale privilégiant la voie d'un déplafonnement des cotisations ouvrières et l'utilisation d'une assiette complémentaire à celle des salaires, à savoir la valeur ajoutée des entreprises. Sont ainsi en place les éléments d'une thématique que l'on retrouvera au fil des rapports suivants.

Fruit d'une commission installée le 6 février 1975, le rapport Granger² s'attache à répondre à quelques grandes préoccupations récemment apparues : retour à une situation de déséquilibre financier de la sécurité sociale (l'excédent des recettes sur les dépenses s'amenuise en 1972 et 1973 pour faire place à un déficit en 1974³) et interrogations sur l'évolution générale de celle-ci ; difficultés de l'emploi, notamment industriel (les travaux préparatoires du VII^e plan envisageant même le nombre de 960 000 demandeurs d'emploi en 1980) ; réduction souhaitable des inégalités sociales inhérentes au système de protection sociale lui-même⁴ ; niveau des prix et équilibre du commerce extérieur ; tout en s'interrogeant, à la suite de P.Dubois, J.-J. Carré et E. Malinvaud⁵ sur le risque, engendré par le système de cotisations professionnelles, d'un infléchissement artificiel du coût relatif du capital et du travail au détriment du second.

Les arguments pour inclure d'autres éléments que les salaires dans l'assiette de financement commençaient également à prendre corps. Le rapport Granger estime ainsi que la protection sociale tend, de fait, à se déconnecter des revenus professionnels et du salariat. « Le raisonnement selon lequel il est normal que les cotisations reposent sur les salaires puisqu'elles représentent, au même titre que ces derniers, un élément du coût global des travailleurs, n'est plus....aussi clair et convaincant qu'il pouvait l'être par le passé »⁶.

Parallèlement le rapport reflète une prise de conscience collective du fait que le plafond de l'assiette salariale de cotisations ne correspond plus à la situation pour laquelle il avait été conçu⁷.

Le rapport Granger reconnaît les objections au déplafonnement représentées par un alourdissement de la charge de cotisations pesant sur les cadres et la diminution de l'assiette destinée au financement corrélatif des régimes complémentaires de retraite de cadres. Toutefois les effets antiredistributifs du plafond⁸, ainsi que des distorsions engendrées au détriment industries de main-d'œuvre (où les rémunérations sont fortement concentrées sous le plafond) représen-

1 - Médecin, député de l'Indre.

2 - M. Granger était conseiller-maître à la Cour des comptes.

3 - Cette évolution succédant à une nette amélioration des comptes entre 1968 et 1971.

4 - Ainsi en 1970 le rapport note que « la part des ressources monétaires des ménages consacrées au paiement des cotisations sociales s'élevait en moyenne nationale à 15.4 %. Mais elle n'était que de 5 % pour les exploitants agricoles, 5,9 % pour les inactifs, 7.2 % pour les professions indépendantes ; en revanche elle atteignait 16.1 % pour les salariés agricoles, 16,6 % pour les cadres supérieurs, 20,2 pour les cadres moyens, 21,5 % pour les employés et 26 % pour les ouvriers.

5 - La Croissance française, le Seuil, 1972.

6 - Les prestations versées par la sécurité sociale tendent en effet à n'être plus la conséquence de l'emploi des salariés, note encore le rapport. C'est le cas par exemple d'une prestation familiale comme l'allocation logement. De plus « la compensation qui pèse pour partir sur le régime général n'a pas de lien logique irréfutable avec des cotisations basées uniquement sur les salaires ».

7 - Si en 1945 les cotisations étaient considérées comme une contribution personnelle de l'assuré, non nécessairement proportionnelle aux rémunérations dans la mesure où les prestations ne l'étaient pas non plus, dans la conception plus moderne des années 60 les prestations sociales sont envisagées plutôt comme un revenu indirect, attribué indépendamment de la participation de l'assuré à la production et destinées à la satisfaction de besoins prioritaires. Or au milieu des années 70, alors que les cotisations moyennes représentent de 39 % des salaires, 3 % seulement portent sur l'ensemble des salaires (depuis la réforme de 1967).

8 - Les titulaires de salaires modestes contribuant au financement de la sécurité sociale davantage que ne le justifierait leur part dans le revenu national.

tent aux yeux de l'auteur du rapport des arguments décisifs. Le rapport Granger préconise donc essentiellement d'étendre l'assiette à la totalité des rémunérations ainsi qu'à d'autres postes (à hauteur de 3 à 4,5 points de cotisations) du compte d'exploitation des entreprises que les salaires⁹.

Le rapport Ripert (du nom du commissaire au plan) de juin 1977 met à l'étude une modification de l'assiette des charges sociales, en raison des conséquences de ces dernières sur les industries dites de « main d'œuvre ».

Sont visées une amélioration de la compétitivité de l'économie française « dans la mesure où les coûts excessifs de main d'œuvre créeraient actuellement un désavantage par rapport à nos principaux concurrents » ; une amélioration de la situation de l'emploi¹⁰, une amélioration enfin de la situation des industries de main d'œuvre dont la rentabilité est indûment pénalisée en faveur de celle d'industries plus capitalistiques.

Deux simulations (portant sur l'extension de l'assiette à la valeur ajoutée et sur une budgétisation par augmentation des impôts directs) du Commissariat au plan permettent à l'auteur de conclure que « somme toute, les résultats sur l'économie française de mesures visant à élargir l'assiette des cotisations sociales ou à faire supporter aux ménages une partie des recettes de la sécurité sociale sont positifs. Ces mesures, par les transferts qu'elles opéreraient, auraient un effet positif sur l'emploi. Elles ne modifieraient guère les grands équilibres mais auraient un effet favorable sur les industries exportatrices ».

Institué par le premier ministre en 1987 un Comité des sages¹¹ rend ses conclusions sous la forme de deux grandes parties, l'une consacrée aux constatations sur les tendances des prochaines décennies, l'autre aux recommandations sur cinq thèmes : la famille, l'assurance vieillesse, l'assurance maladie, le financement et l'organisation de la sécurité sociale. Il s'agit avant tout de « mieux encadrer l'évolution des dépenses de la sécurité sociale et à asseoir leur financement sur des bases plus équitables ».

En matière de financement le comité effectue principalement deux propositions : celle d'un prélèvement fiscal sur tous les revenus sans plafonnement, dont le taux serait fixé chaque année par le Parlement, celle d'une fiscalisation du financement des allocations familiales, dont les cotisations pèsent anormalement sur les industries de main d'œuvre.

Ces évolutions sont rendues nécessaires par l'existence d'un « nouvel environnement »¹². D'autre part, alors que « pendant trente ans le système de protection sociale a été porté par une économie en croissance assurant le plein emploi », aujourd'hui le freinage économique, la dépendance croissante à l'égard des échanges internationaux, les exigences de la construction européenne conduisent à de nouvelles pressions sur ce système, « la compétitivité économique devenant pour la France une priorité absolue ».

Le comité estime donc « qu'à volume de recettes constant, ce dispositif de cotisations doit être progressivement remplacé par un prélèvement proportionnel en faveur de la branche famille, qui serait assis sur l'ensemble des revenus ».

Les bases de la CSG sont ainsi jetées, à travers les principes d'un prélèvement proportionnel, s'appliquant à tous les revenus sans plafonnement, et d'une contribution retenue à la source, de nature fiscale, avec un taux fixé par le Parlement - ce prélèvement devant être affecté, selon le Comité des sages qui ne sera pas suivi sur ce point, à d'un fonds de régulation de la sécurité sociale. Les motivations de cette proposition apparaissent clairement. Avec la perspective du prochain marché unique européen, interdisant en pratique d'accroître le produit de la TVA, il convient de ne pas freiner la compétitivité des entreprises sur le marché mondial en augmentant les charges sociales pesant sur elles. De surcroît ce nouveau prélèvement généralisé à tous les types de revenus jouerait en faveur d'une diminution du caractère dégressif souvent dénoncé du financement de la protection sociale.

9 - Cette proposition ne concernait toutefois pas le chiffre d'affaires, qui ne peut être retenu en raison du phénomène des taxes en cascade, le C.A. subissant par exemple déjà implicitement les taxes sur la valeur ajoutée, ni les amortissements qui, reflétant le degré de mécanisation de l'entreprise, verraient leur taxation pénaliser l'investissement (et l'autofinancement).

10 - Dans la mesure où « la baisse du coût relatif du travail par rapport au capital conduirait les entreprises à choisir des processus de production faisant plus appel au premier et moins au second ».

11 - Composé des personnalités suivantes : Jean Bernard, président du comité national d'éthique, Gérard Calot, directeur de l'INED, Jean Choussat, directeur général de l'Assistance publique de Paris, Pierre Laroque, président de section honoraire au Conseil d'Etat, Simon Nora, inspecteur général des finances honoraires et Jean Picot, membre de l'Institut des actuaires de France.

12 - Caractérisé par la baisse de la natalité, l'éclatement des structures familiales, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, le besoin grandissant des soins de santé. Le progrès médical, bien que favorisant à terme une moindre croissance des dépenses de protection sociale ne peut constituer une réponse à brève échéance, mais tout au contraire doit engendrer à court terme des charges supplémentaires pour le système de santé.

En 1994, le rapport établi par Jean-Baptiste de Foucauld¹³, commissaire au plan, sur la base d'un diagnostic mettant en cause l'inefficacité du système de financement¹⁴ (lequel aboutit de plus à pénaliser le travail non qualifié), et la contradiction entre une réalité du financement faisant de plus en plus appel à une logique de solidarité nationale et à des principes reposant encore sur une logique de cotisations professionnelles, comme l'illustre notamment l'assurance maladie, (où les bénéficiaires ne s'identifient pas aux cotisants), examine en détail les conséquences macro-économiques et structurelles de différents prélèvements (taxation du travail, du capital et de ses revenus, des revenus de substitution, de la consommation, de l'énergie, des tabacs et alcools, impôt sur le revenu, CSG, cotisations assises sur la valeur ajoutée des entreprises, impôt sur les sociétés...) La conclusion tirée de cet examen est qu'il « n'existe pas d'assiette miracle », donc pas d'alternative à la maîtrise des dépenses¹⁵.

Au cœur de la démonstration figure en effet l'idée que le financement actuel est sans doute fondé trop exclusivement sur la masse salariale¹⁶. Si les marges de manœuvres sont faibles, une diversification des assiettes est donc souhaitable. Elle pourrait concerner certains revenus du capital, les tabacs et alcools et le gazole ; elle pourrait également passer par la TVA mais dans un cadre bien défini et très limité. L'assiette de la CSG pourrait être élargie. L'assujettissement à l'impôt de certaines prestations (allocations familiales) pourrait être également examinée¹⁷. Ces esquisses de solutions se fondent sur les grands principes que sont la clarification du lien entre prestations et cotisations dans une perspective de responsabilité et d'équité, l'harmonisation des différents prélèvements fiscal-social tout en taxant les comportements à risques, l'allègement des charges pesant sur l'emploi faiblement qualifié. Plus généralement une harmonisation entre salariés du privé, du public, indépendants devrait être recherchée. Au total, l'équité du financement de la protection sociale peut et doit être renforcée par une harmonisation des prélèvements et un élargissement de leur assiette et le financement de la protection sociale peut être aménagé en vue de mener une action significative en faveur de l'emploi.

13 - Le Financement de la protection sociale, 1994, la Documentation française.

14 - En particulier « la croissance des prélèvements obligatoires est préoccupante » alors que par exemple « l'offre de soins, tant hospitalière qu'ambulatoire est devenue excédentaire et qualitativement inégale ».

15 - En effet, qu'il s'agisse de prélèvements directs sur les ménages (cotisations des salariés, CSG, IR) ou de prélèvements se traduisant par une augmentation des prix (TVA, cotisations des employeurs sur les salaires ou la valeur ajoutée), ces financements entraînent tous dans un premier temps une perte de pouvoir d'achat pour les ménages avec des effets récessifs. Mais s'y ajoutent dans le second cas les effets inflationnistes du rattrapage des prix par les salaires, pénalisant également à long terme la croissance et l'emploi, même si dans l'immédiat une hausse des cotisations employeurs est sans doute plus la plus pénalisante à cet égard. Une augmentation des cotisations employeurs finit par être répercutée sur les prix à la consommation, ce qui entraîne une baisse équivalente du pouvoir d'achat des salariés, avec des conséquences peu différentes de celles attachées à la mise en œuvre d'une taxation indirecte (TVA, TIPP).

16 - Cela n'implique pas pour autant de taxer davantage le capital. Capital et travail sont certes dans une certaine mesure substituables mais aussi complémentaires, via l'investissement qu'il convient de ne pas décourager.

17 - Les modalités de ces mesures devront être déterminées de façon à être les moins pénalisantes pour l'emploi. A cet égard, les enseignements du bilan macro-économique et structurel montrent que pour financer la protection sociale, la taxation directe des ménages est préférable à celle des entreprises ; la CSG est préférable à la cotisation sur les salaires (meilleure dynamique, champ très large de son assiette), elle-même préférable à la TVA.

ÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- DUPEYROUX J.-J., BORGETTO M., RUELLAN, R., LAFORE, 2001, « Droit de la sécurité sociale », Dalloz.
- MILLS C., CAUDRON J., 2001, « Protection sociale », Montchrestien.
- MAT J.-L., 2001, « la Sécurité sociale : organisation et financement », LGDJ.
- BOUTAULT J., 1999, « l'Assurance-chômage en France », PUF.
- NICOLE-DRANCOURT C., ROULLEAU-BERGER L., 1998, « l'Insertion des jeunes en France », PUF.
- CHAUCHARD J.-P., 1998, « Droit de la sécurité sociale », LGDJ.
- CSERC (Conseil supérieur de l'emploi, des revenus et des coûts), 1996, « l'Allègement des charges sociales sur les bas salaires », La Documentation française.
- DUPUIS J.-M., 1992, « le Financement de la protection sociale en France : 45 ans de projets de réforme », Droit social n°2.
- BECHTEL J., 2004, « les Comptes de la protection sociale en 2003 », Études et Résultats n° 345, Drees.

LES TRANSFORMATIONS DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE ET LEURS INCIDENCES ÉCONOMIQUES*

*Laurent CAUSSAT, Marie HENNION,
Patrick HORUSITZKY et Christian LOISY*

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
Drees

Les politiques publiques destinées à assurer le financement des dépenses de protection sociale, qui ont connu une progression rapide au cours de ces vingt dernières années ont eu pour effet de modifier de manière très importante la structure d'ensemble de ce financement. L'ambition du présent article est de quantifier de façon plus précise les changements des modes de financement de la protection sociale et de tenter d'en synthétiser les incidences macro-économiques. Auparavant, les auteurs dressent un bilan des modifications de la protection sociale intervenues depuis une vingtaine d'années et ils s'attachent à décrire les nouvelles ressources qui se sont substituées aux cotisations sociales pesant sur les salaires.

Le financement de la protection sociale a connu des changements spectaculaires au cours des vingt-cinq dernières années, documentés dans le passé par une série d'études (Lattès et Volovitch, 1996 ; Volovitch, 2001). D'une part, le poids global des prélèvements sociaux s'est accru de façon importante, suivant les tendances des dépenses sociales. D'autre part, l'assiette des ressources des régimes de protection sociale a été élargie afin qu'elles ne pèsent pas exclusivement sur l'emploi. Enfin, une politique résolue d'allègement des charges sociales sur les bas salaires, assortie de compensations aux régimes sociaux sous forme de transferts du budget de l'État ou de l'affectation de recettes fiscales, a été mise en œuvre depuis le milieu des années quatre-vingt dix dans le but d'encourager la création d'emplois faiblement qualifiés. Cette dernière politique s'est articulée à partir de 1998 avec la création de nouveaux allègements de charges liés à la mise en œuvre de la réduction de la durée légale du travail à 35 heures, ces allègements ayant eux-mêmes été réformés en 2003 dans le cadre de l'assouplissement des incitations à la réduction du temps de travail et de l'harmonisation des rémunérations minimales.

Il s'en est suivi une transformation importante de la structure du financement de la protection sociale (Bechtel, Caussat, Horusitzky, Loisy, 2003). Les cotisations sociales assises sur les revenus d'activité et de remplacement, qui représentaient 80% environ des ressources du système de protection sociale au début des années quatre-vingt, n'en représentent plus aujourd'hui que les deux tiers. Ce sont tout autant les cotisations sociales à la charge des employeurs que celles supportées par les salariés qui ont contribué à ce changement de structure. Dans le même temps, les contributions publiques et les impôts et taxes affectés ont vu leur part progresser pour atteindre une trentaine de points dans le financement d'ensemble de la protection sociale.

* Cet article a bénéficié des commentaires de Gérard CORNILLEAU et d'Alain GUBIAN qui sont ici remerciés.

En apparence, l'objectif d'alléger la part du financement de la protection sociale pesant sur l'emploi semble donc avoir été atteint. Cependant, on ne peut s'en tenir à une approche descriptive reposant exclusivement sur l'appréhension des assiettes en fonction de leur qualification juridique (cotisations sociales, impôts, contributions publiques). En premier lieu, certaines des ressources fiscales qui se sont substituées aux cotisations sociales pèsent elles aussi fortement sur les salaires, notamment la contribution sociale généralisée (CSG), ce qui conduit à penser que le bilan final de ces substitutions est plus limité en termes de diminution de la taxation effective du facteur travail. En second lieu, les changements dans la structure des ressources de la protection sociale ont pu modifier l'équilibre macro-économique, à travers, comme dans le cas des allègements de charges sociales sur les bas salaires financés par l'augmentation de certains impôts, la modification des conditions d'exposition des différents secteurs d'activité à la concurrence internationale, et partant les performances de la France en matière de commerce international. Il y a donc lieu d'examiner les incidences indirectes de ces changements de structure du financement de la protection sociale liés aux effets de bouclage macro-économique. D'une façon plus générale, il faut tenir compte des enseignements de la théorie économique de l'incidence fiscale (Atkinson, Stiglitz, 1980), qui souligne que ce ne sont pas nécessairement les facteurs de production qui acquittent l'impôt qui le supportent effectivement : selon cette théorie, il n'est pas sûr qu'un allègement apparent des prélèvements sociaux pesant sur le travail se traduise effectivement par une diminution du coût de celui-ci, en raison, notamment, de la réaction du niveau des salaires bruts au surcroît de demande de travail engendré par la baisse des charges sociales.

Certes, la problématique esquissée ci-dessus est ample, et nombreuses sont les études économiques déjà disponibles sur ces questions. Aussi l'ambition du présent article n'est-elle que de quantifier de façon plus précise les changements de la structure du financement de la protection sociale, et de tenter d'en synthétiser les incidences macro-économiques. L'angle privilégié ici est celui de l'incidence de ces changements sur l'ensemble des ressources (cotisations sociales, impôts et taxes affectés et contributions publiques) de tous les régimes de protection sociale, régimes de sécurité sociale, régimes complémentaires, interventions sociales de l'État, ce qui distinguera cette étude de la plupart des travaux antérieurs qui ont pris pour objet central d'analyse l'impact des seuls allègements des cotisations patronales de sécurité sociale sur les emplois salariés des secteurs concurrentiels.

Ainsi, dans une première partie, l'article dresse un bilan des transformations du financement de la protection sociale intervenues depuis le début des années quatre-vingt. Une deuxième partie s'attache ensuite plus particulièrement à décrire les nouvelles ressources de la protection sociale qui se sont progressivement substituées aux cotisations sociales pesant sur les salaires. Dans une troisième partie, l'article procède à une décomposition de l'impact de ces transformations sur les changements effectifs de la structure du financement de la protection sociale, en distinguant l'effet de l'apparition de nouvelles sources de financement de celui des dynamiques différenciées des diverses assiettes sur lesquelles des contributions sont prélevées. Enfin, la quatrième partie examine les conséquences macro-économiques de ces changements de structure du financement de la protection sociale.

LES TRANSFORMATIONS DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE DEPUIS LE DÉBUT DES ANNÉES QUATRE-VINGT

L'ensemble des décisions publiques destinées à assurer le financement de la protection sociale décidées au cours des vingt dernières années (Horusitzky, 2005) a eu pour effet de modifier de façon très importante la structure d'ensemble de ce financement. Le système des comptes de la protection sociale (encadré 1, pour une présentation de ce système de comptes), compte satellite des comptes nationaux permettant de décrire de façon détaillée les flux financiers, chaque année et ce depuis 1981, correspondant au versement de prestations de protection sociale aux ménages et à l'affectation de ressources aux régimes de protection sociale (Bechtel 2003), fournit un cadre pertinent pour analyser l'impact effectif de ces mesures.

la progression des ressources de la protection sociale a accompagné celle des dépenses

Ces comptes totalisent pour chaque année l'ensemble des emplois des régimes de protection sociale (prestations de protection sociale, transferts versés, frais de gestion, frais financiers, autres emplois) et l'ensemble de leurs ressources (cotisations sociales, impôts et taxes affectés, contributions publiques, transferts reçus, produits financiers, autres produits). Lorsque l'on rapporte l'ensemble des emplois et des ressources de la protection sociale au produit intérieur brut (graphique 1), on observe logiquement que ces deux agrégats ont progressé paral-

lèlement entre 1981 et 2003 : de 28,5% à 36,8% du PIB pour les emplois, de 29% à 36,3% du PIB pour les ressources). En effet, l'ensemble constitué par les régimes de protection sociale est, chaque année, proche de l'équilibre financier, le solde éventuel, positif ou négatif, étant faible, en part des ressources comme des emplois.

Par conséquent, la première tendance remarquable en matière de financement de la protection sociale au cours du dernier quart de siècle est l'augmentation de la masse des ressources de la protection sociale à proportion de celle des emplois. Celle-ci s'est effectuée à un rythme plus rapide que le PIB en valeur, d'environ un point de croissance par an. Au sein des dépenses hors transferts – ces derniers s'équilibrant par construction en emplois et en ressources, ils peuvent être occultés dans l'analyse – les prestations de protection sociale, qui comprennent les prestations sociales proprement dites et les prestations de services sociaux correspondant au financement d'établissements

publics, comme les hôpitaux, qui concourent à la couverture d'un risque de la protection sociale, pèsent pour 95%. Au sein des ressources hors transferts, les cotisations sociales, les impôts et taxes affectés et les contributions publiques pèsent pour 97%. Par conséquent, il n'est pas réducteur d'affirmer que la dynamique des ressources sociales, fiscales et budgétaires de la protection sociale a tendanciellement suivi celle des prestations de protection sociale.

Globalement, au cours de la période 1981 – 2003, les prestations de protection sociale ont progressé d'environ cinq points en part du PIB, passant de 24,8% à 29,9% du PIB. Cependant, cette croissance n'a pas été régulière (graphique 2). Elle a d'abord été rapide au cours de la première partie de la décennie des années quatre-vingt, à la suite des mesures sociales décidées au cours de cette période comme la revalorisation importante des prestations familiales en 1981 et l'abaissement à soixante ans de l'âge légal de la retraite en 1983, mais aussi en raison

ENCADRÉ 1 ●

LES COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE

Les comptes de la protection sociale sont établis depuis 1999 selon la base 1995 des comptes nationaux. En 2005 intervient le passage en base 2000 qui introduit des modifications conceptuelles relativement limitées. Cependant, les données disponibles en base 2000 se limitent, pour ce premier exercice, à la période 2000-2004. Aussi cet article s'appuie-t-il sur les données de la base 1995, qui offrent une plus grande profondeur historique même si elles s'arrêtent en 2003.

La protection sociale comprend la couverture des charges résultant pour les individus ou les ménages de l'apparition ou de l'existence de certains risques (santé, vieillesse - survie, maternité – famille, emploi, logement, pauvreté – exclusion sociale), dans la mesure où cette dépense donne lieu à l'intervention d'un mécanisme de prévoyance.

Les prestations de protection sociale regroupent les prestations sociales et les services sociaux servis aux ménages. Les prestations sociales constituent des transferts effectifs attribués personnellement à des ménages sans contrepartie équivalente ou simultanée. Les prestations de services sociaux retracent l'accès à des services, en relation avec un risque de la protection sociale, fournis à prix réduit ou gratuitement par une administration (le plus souvent un hôpital public).

Le financement de la protection sociale est principalement assuré par deux grandes catégories de ressources : les cotisations sociales et le financement public (constitué des impôts et taxes affectés et des contributions publiques, c'est-à-dire les dépenses de l'État et des collectivités locales qui, à l'instar par exemple des dépenses au titre de l'allocation aux adultes handicapés, du revenu minimum d'insertion et de la couverture maladie universelle, concourent à la couverture des risques sociaux). Les cotisations sociales sont dites effectives lorsqu'elles procèdent de l'application d'un taux à une assiette résultant de l'application d'une législation particulière – comme dans le cas général des cotisations de sécurité sociale dues par les employeurs et les salariés du secteur privé –, et sont essentiellement supportées par les employeurs et les salariés, même si à titre résiduel des cotisations sociales sont également appelées sur les revenus de remplacement et regroupées dans une rubrique « autres cotisations sociales effectives ». Elles sont dites fictives lorsqu'elles constituent la contrepartie de prestations versées directement par les employeurs à leurs salariés, à l'instar des pensions versées aux anciens fonctionnaires financées par le budget général de l'État. Dans ce cas, on pose par convention que ces prestations sont financées par une ressource de montant équivalent, la nature fictive de cette ressource justifiant l'appellation « cotisations sociales fictives ». Par ailleurs, les régimes de protection sociale (cf. infra) entretiennent entre eux des transferts complexes qui sont des mouvements internes à la protection sociale, de somme nulle, donc sans incidence sur le financement d'ensemble de la protection sociale.

Les régimes de protection sociale comportent deux grandes catégories :

Les comptes de la protection sociale distinguent plusieurs catégories de régimes :

- *Les régimes d'assurances sociales, qui regroupent les régimes légaux de sécurité sociale, les régimes d'indemnisation du chômage et les régimes de retraite complémentaire ;*
- *Les régimes d'employeurs qui correspondent aux versements extra-légaux effectués par les employeurs au bénéfice de leurs salariés, et qui sont en rapport avec un risque de la protection sociale ;*
- *Les régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance ;*
- *Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, qui comprennent les prestations de protection sociale prises en charge par les budgets de l'État et les collectivités locales ;*
- *Les régimes des organismes caritatifs qui dispensent des secours qui participent à la couverture des risques sociaux.*

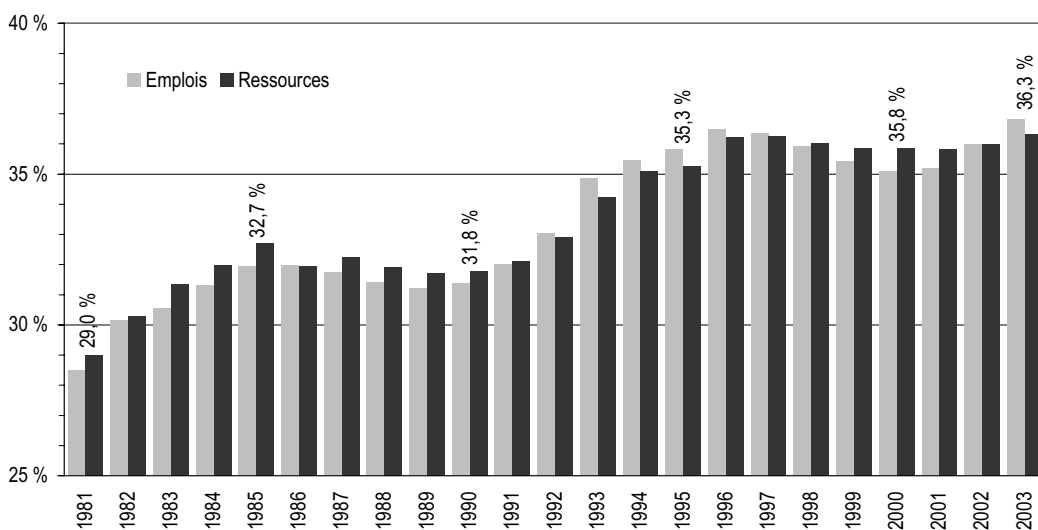
d'une croissance modeste du PIB. La part des dépenses de protection sociale dans le PIB connaît toutefois un retournement à la baisse à partir de 1986, en raison de mesures importantes ayant permis de ralentir le rythme des dépenses sociales, comme la substitution de la dotation globale au prix de journée pour le financement des hôpitaux ou les plans d'économie en matière d'assurance maladie (plan « Seguin » de 1986 – 1987 : diminution du remboursement de certains médicaments, contrôle plus rigoureux des dépenses exposées par les malades atteints d'une affection de longue durée et pris en charge à 100% par la Sécurité sociale). Ce mouvement dure jusqu'en 1989 et est soutenu par la forte reprise de la croissance intervenue à la fin des années quatre-vingt. A partir de 1990, la conjoncture économique se retourne dans un sens défavorable, ce qui tire à nouveau à la hausse, jusqu'en 1996, le ratio des dépenses de protection sociale au PIB. Cette période est marquée par de nouveaux plans de réforme en matière d'assurance maladie (plan « Veil » de 1993 et « Juppé » de 1995) et une réduction de la générosité de l'indemnisation du chômage à partir de 1992, mais aussi par la montée en charge du revenu minimum d'insertion créé en 1989 et une augmentation des prestations familiales sous l'effet de la loi sur la famille adoptée en 1994. Le retour d'une forte croissance du PIB à partir de 1997 induit comme lors du

cycle précédent un retournement à la baisse du poids des dépenses de protection sociale dans le PIB, qui s'interrompt à partir de 2001 en raison d'une forte accélération des dépenses d'assurance maladie et du ralentissement de la croissance en 2002 et 2003. Au total, il faut retenir que l'essentiel de la croissance des dépenses de protection sociale, en part de la richesse nationale, est intervenue au cours des années quatre-vingt et jusqu'aux toutes premières années quatre-vingt dix. En corollaire, au cours de cette période, les ressources affectées au financement de la protection sociale ont été augmentées dans des proportions identiques, proches de cinq points de PIB.

Selon les régimes, ce ne sont toutefois pas les mêmes types de prélèvements qui ont été relevés. Les régimes d'indemnisation du chômage et les régimes complémentaires de retraite sont intégralement financés par des cotisations sociales réparties entre employeurs et salariés : les augmentations de ressources nécessaires, au cours de la période 1981-2003, au financement de l'indemnisation d'un nombre croissant de demandeurs d'emploi et des charges croissantes de retraite, ont donc été nécessairement trouvées par une hausse des cotisations sociales appelées par ces régimes. Il en est allé différemment pour le financement des prestations de la sécurité sociale : si des hausses des cotisations sociales à la

GRAPHIQUE 1 ●

emplois et ressources de la protection sociale, en % du PIB en valeur



Note : les chiffres portés sur le graphique pour les années 1981, 1985, 1990, 1995, 2000 et 2003 correspondent à la part des ressources de la protection sociale dans le PIB en valeur.

Source : Drees, comptes de la protection sociale

charge des salariés sont intervenues jusqu'en 1989, et de celles des chômeurs et des retraités jusqu'en 1997, toutes les autres augmentations des prélèvements sociaux ont porté sur des impôts et taxes affectés au financement de la protection sociale, en particulier la contribution sociale généralisée (CSG, cf. infra), qui a été créée en 1991 et relevée en 1993, 1996 et 1998.

les cotisations sociales ont été allégées pour les employeurs...

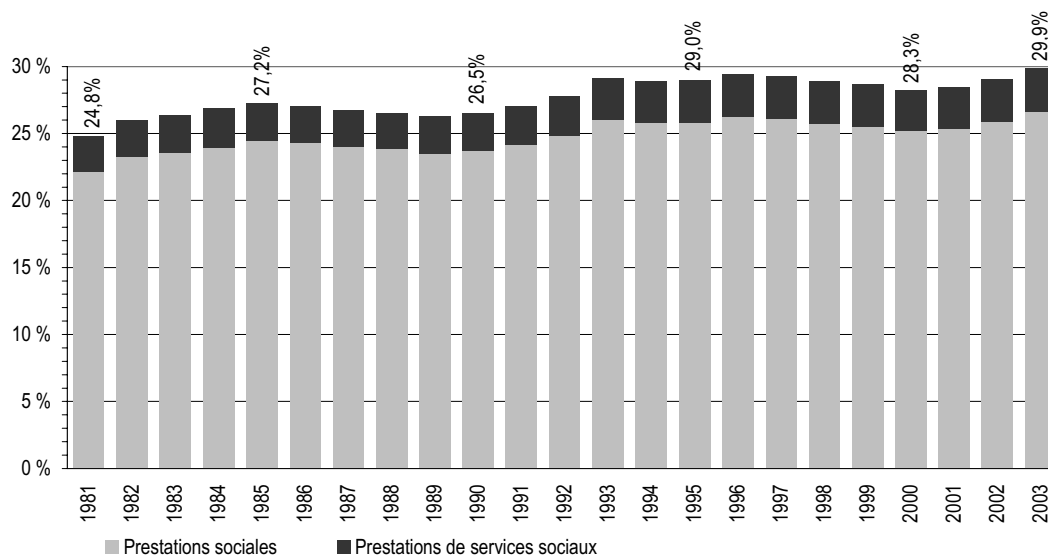
Au-delà de leur progression d'ensemble au cours des vingt-cinq dernières années, les ressources de la protection sociale se sont modifiées dans leur composition. Deux phénomènes de nature différentes ont concouru à ces changements. En premier lieu, comme le souligne Horusitzky (2005), la prise de conscience à la fin des années quatre-vingt des risques pour l'emploi d'un coût du travail trop élevé a amené progressivement les pouvoirs publics à alléger les cotisations sociales à la charge des employeurs, en sorte de réduire le coût total du travail, et à compenser ces allègements par l'affectation de ressources fiscales ou budgétaires à la sécurité sociale. Dans un premier temps, ces allègements de cotisations sociales des employeurs ont porté sur les bas salaires, en raison de l'impact supposé d'un coût

excessif du travail au voisinage du Smic sur le chômage des personnes faiblement qualifiées. Ainsi, les cotisations sociales finançant les prestations familiales ont-elles été déplaçonnées en 1989, et leur taux abaissé du fait de l'élargissement de leur assiette, et après elles les cotisations d'accidents du travail en 1990. A partir de 1993 s'enclenche un mouvement d'allègement des cotisations sociales des employeurs assorti d'une compensation financière pour les régimes de sécurité sociale : allègement des cotisations d'allocations familiales en 1993, création en 1995 de la ristourne dégressive de cotisations sociales jusqu'à 1,33 Smic, puis 1,3 Smic à partir de 1998.

D'autres allègements de cotisations sociales à la charge des employeurs sont institués à partir de 1998, dans le cadre de la mise en œuvre de la réduction à trente cinq heures de la durée hebdomadaire légale du travail. Ces allègements de charges devaient en effet permettre, avec les gains de productivité attendus de la réorganisation des processus de production à la faveur de la réduction de la durée travaillée, de maintenir la rémunération nette mensuelle des salariés dont la durée hebdomadaire du travail serait diminuée, sans alourdir le coût salarial horaire. Institués initialement en 1998 dans le cadre du dispositif incitatif à la réduction du temps de travail, les allègements « 35 heures » ont été pérenni-

GRAPHIQUE 2 ●

évolution des prestations de protection sociale, en % du PIB en valeur



Note : les chiffres portés sur le graphique pour les années 1981, 1985, 1990, 1995, 2000 et 2003 correspondent à la part des prestations de protection sociale (prestations sociales + prestations de services sociaux) dans le PIB en valeur.

Source : Drees, comptes de la protection sociale

sés en 2000 avec l'abaissement effectif de la durée légale du travail, et fusionnés avec les allègements « bas salaires ». Finalement, un allègement unique de cotisations sociales, dégressif en fonction du salaire brut à partir du Smic, et indépendant de la durée du travail hebdomadaire pratiquée par l'entreprise, a été mis en place en 2003.

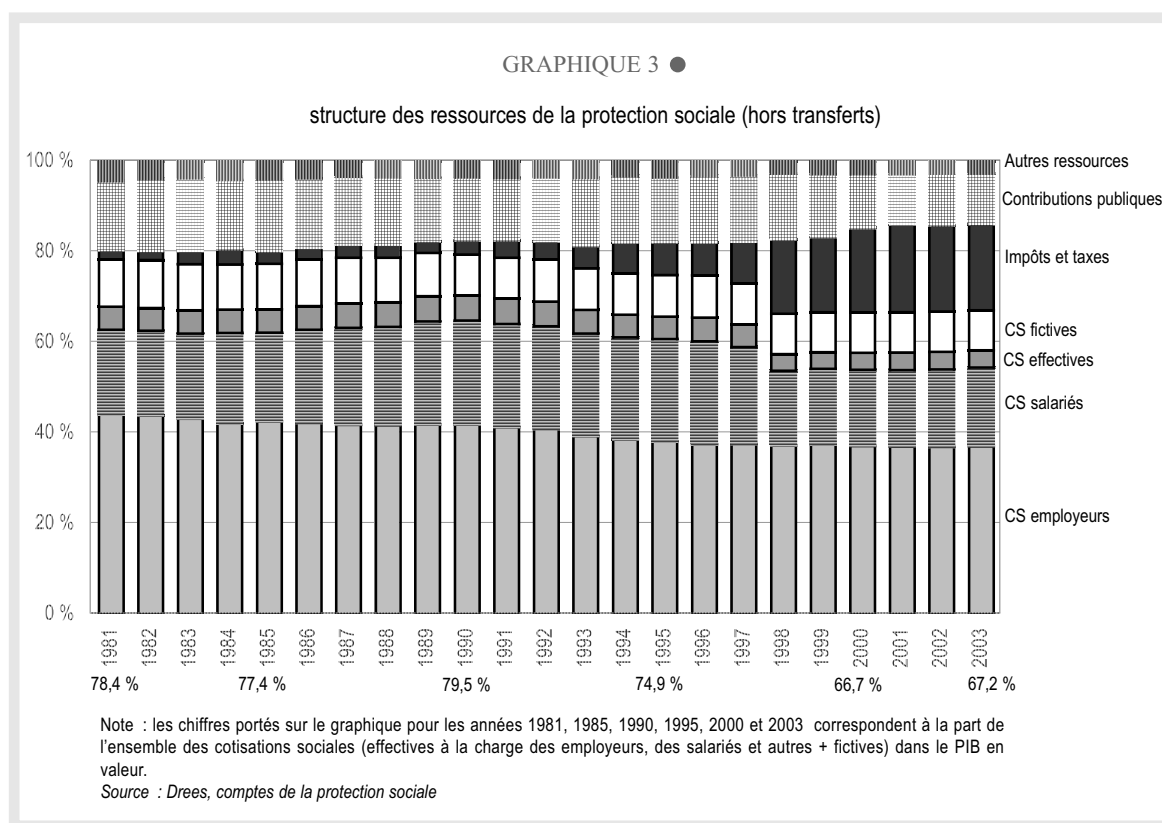
Il faut à cet égard noter que la réduction des cotisations sociales des employeurs n'a porté que sur les cotisations de sécurité sociale, et pas sur les cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire. En effet, du fait du caractère paritaire du régime d'indemnisation du chômage et des régimes de retraite complémentaire, ce sont les partenaires sociaux qui prennent les décisions relatives au financement de ces régimes. Aujourd'hui les cotisations patronales de sécurité sociale sont presque entièrement supprimées au niveau du Smic¹. Pour garantir la pérennité des ressources de la sécurité sociale, une loi de 1994 a posé le principe de la compensation intégrale par l'État des allègements de charges à la sécurité sociale. Institué en 2000, le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) a permis d'identifier de façon précise les montants d'allègements de charges à compenser et les recettes fiscales et budgétaires

affectées à cet effet. Il a été supprimé en 2004, le budget de l'État prenant alors directement en charge les compensations versées à la sécurité sociale au titre de ces allègements.

Le graphique 3 montre clairement le déclin des cotisations sociales à la charge des employeurs dans le financement de la protection sociale à partir de 1991. Représentant jusqu'en 1990 environ 42% du financement de la protection sociale, la part des cotisations sociales employeurs dans l'ensemble des ressources hors transferts de la protection sociale passe en dessous du seuil de 40% en 1993 et poursuit son recul jusqu'en 2003 où elle atteint 37%. Ce mouvement de baisse est donc en consonance avec la séquence des politiques de financement de la protection sociale brièvement exposée ci-dessus.

... et pour les salariés

Parallèlement est apparu à la fin des années quatre-vingt dix un second objectif conduisant à l'allègement des cotisations sociales : améliorer le pouvoir d'achat de la rémunération du travail nette des cotisations sociales, et faire participer d'autres catégories sociales que les seuls salariés au financement de la protection sociale. Dans cet esprit ont été



1 - En raison de leur taux variable en fonction des secteurs d'activité et des entreprises, les cotisations patronales d'accidents du travail ne bénéficient d'aucun allègement. Elles représentent de l'ordre de 3% du salaire brut.

créés de nouveaux prélèvements destinés à se substituer aux cotisations sociales à la charge des salariés, et élargissant sensiblement leur assiette. Le principal d'entre eux est la contribution sociale généralisée (CSG) : créée en 1991 au taux initial de 1,1%, elle s'est substituée au terme d'un mécanisme complexe à des cotisations salariales d'assurance vieillesse, et ce bien que son produit était destiné à financer la branche « famille » de la sécurité sociale². L'idée qui a présidé à la création de ce nouveau prélèvement est d'étendre son assiette à l'ensemble des revenus des ménages (revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine) et ainsi d'alléger les prélèvements portant sur les seuls salaires. Relevée en 1993, puis en 1996, la CSG a connu un changement d'échelle décisif avec, en 1998, sa substitution presque intégrale aux cotisations d'assurance maladie à la charge des salariés. Le graphique 3 fait en effet clairement apparaître la naissance du mouvement de baisse des cotisations sociales des salariés à partir de 1991, puis une « marche d'escalier » importante en 1998. En 1990, les cotisations sociales des salariés atteignaient 22,9% des ressources totales de la protection sociale hors transferts, et cette part avait déjà diminué jusqu'à 21,4% en 1997. En 1998, la part des cotisations sociales des salariés dans l'ensemble du financement de la protection sociale tombe à 16,5%. Elle s'est légèrement relevée depuis, sous l'effet notamment des hausses des cotisations d'assurance chômage, pour atteindre 17,4% en 2003.

Au total, le graphique 3 illustre de façon très claire le déclin relatif de l'ensemble des cotisations sociales – cotisations sociales effectives à la charge des employeurs et des salariés, autres cotisations sociales effectives, cotisations sociales fictives (encadré 1), passé de 78,4% des ressources de la protection sociale hors transferts en 1990 à 67,2% en 2003. Ce sont les impôts et les taxes affectés, au sein desquels la CSG tient une place prépondérante, qui se sont principalement substitués aux cotisations sociales : leur poids dans l'ensemble des ressources de la protection sociale est passé de 2% en 1981 à 19% en 2003³. Certes, pour une part, cette expansion est intervenue en contrepartie de la contraction des contributions publiques, correspondant aux versements directs du budget de l'État et des collectivités locales à des orga-

nismes de protection sociale afin de financer certaines dépenses sociales, comme aujourd'hui l'allocation aux adultes handicapés, le revenu minimum d'insertion ou la couverture maladie universelle. Cependant, même si l'on consolide ces deux postes, on constate une augmentation très nette de la part du financement fiscal et budgétaire dans l'ensemble des ressources de la protection sociale : 17,3% en 1981, 30,2% en 2003. Historiquement d'inspiration « bismarckienne », c'est-à-dire caractérisé par des prestations privilégiant le remplacement des revenus individuels d'activité sur lesquels les prélèvements sociaux sont assis, le système français de protection sociale s'est donc vu progressivement influencer par une logique « beveridgienne », les impôts et les contributions publiques représentant près désormais du tiers des ressources de la protection sociale hors transferts.

LES NOUVELLES RESSOURCES DE LA PROTECTION SOCIALE

Ainsi, en 2003, la protection sociale s'est vue affecter 91,4 milliards d'euros d'impôts et de taxes, auxquels se sont ajoutés 53,7 milliards d'euros de contributions publiques, c'est-à-dire des concours budgétaires des administrations publiques centrales et locales à des fins de financement de dépenses relevant de la couverture des risques sociaux. En ajoutant les produits financiers et les autres ressources, cet ensemble représente 32,7% des ressources de la protection sociale hors transferts. Si l'on s'intéresse à l'impact économique des changements des assiettes sur lesquelles pèsent le financement de la protection sociale, le rôle des transferts peut être négligé. En effet, ceux-ci traduisent d'une part des mécanismes de solidarité financière à somme nulle entre régimes de protection sociale, d'autre part des prises en charge de cotisations, à l'exemple de la compensation d'allègements de charges sociales aux régimes de sécurité sociale par le FOREC, ou de prestations comme la prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse de certaines dépenses des régimes de base d'assurance vieillesse, qui sont d'ores et déjà appréhendés à travers les impôts et taxes affectés et les contributions

2 - La CSG s'est substituée à 1,6 point de cotisations sociales patronales d'allocations familiales, qui elles-mêmes ont été compensées par une hausse de 1,6 point des cotisations patronales d'assurance vieillesse, qui a permis une baisse à due concurrence des cotisations d'assurance vieillesse à la charge des salariés.

3 - Le présent article ne porte que sur la période 1981 – 2003. Il convient toutefois de souligner que l'année 2004 voit une baisse importante de la part des impôts et taxes affectés dans les ressources hors transferts de la protection sociale – cette part passant en « base 2000 » des comptes de la protection sociale de 19,4% en 2003 à 16,3% en 2004 -, en raison de la suppression du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), qui assurait la compensation aux régimes de sécurité sociale des allègements de charges sociales au titre des bas salaires et de la réduction du temps de travail. Cette compensation est assurée à partir de 2004 par le budget de l'État, ce qui se traduit par une hausse concomitante de la part des contributions publiques dans l'ensemble des ressources hors transferts de la protection sociale.

publiques qui financent ces fonds de financement.

les impôts et taxes affectés au financement de la protection sociale en 2003

En utilisant les comptes détaillés de la protection sociale, et en opérant quelques ajustements pour faire coïncider les données fiscales et issues des comptes des organismes de sécurité sociale avec les estimations des comptes de la protection sociale, il est possible d'obtenir une décomposition fine des impôts et taxes affectés au financement de la protection sociale, qui se sont élevés à 91,4 milliards d'euros en 2003 (tableau 1). En s'appuyant sur les classifications traditionnelles (Grosclaude et Marchessou, 1999) on peut distinguer, parmi les principaux impôts et taxes affectés, les prélèvements pesant sur le revenu et ceux pesant sur la dépense des personnes physiques ou morales. A l'intérieur de ces catégories, on se propose également de distinguer les contributions selon le fondement économique sur lequel repose leur assiette.

En matière de prélèvements sur le revenu, il y a lieu de relever tout d'abord la contribution sociale généralisée (CSG), assise sur l'ensemble des revenus des ménages – revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine. Son montant s'est élevé à 63,4 milliards d'euros en 2003. Peuvent également lui

être rattachées plusieurs contributions prélevées à la source sur les salaires (garantie des salaires, Fonds de solidarité contribuant au financement de l'allocation de solidarité spécifique, Fonds national d'aide au logement).

D'autres contributions dépendent de la rentabilité des entreprises : la Contribution sociale sur les bénéfiques (CSB). Cette contribution a été instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Il s'agit d'une contribution additionnelle à l'impôt sur les sociétés. Liée à l'impôt sur les sociétés par son mécanisme de calcul, la CSB génère donc un produit sensible notamment à l'évolution de l'excédent brut d'exploitation des entreprises⁴. Son montant s'est élevé à 612 millions d'euros en 2003.

En second lieu, il est possible d'identifier des contributions dont le produit dépend du volume d'activité des entreprises

La taxe sur les véhicules de société relève également de cette catégorie de financements dépendant du volume d'activité des entreprises. Instituée de longue date, cette taxe est due par les sociétés quels que soient leur forme et leur régime fiscal. Le produit de cette taxe, d'un montant de 818 millions d'euros en 2003, a fait l'objet d'une affectation au FOREC entre 2002 et 2004.

TABLEAU 1 ●

répartition des impôts et taxes affectés au financement de la protection sociale en 2003

	en millions d'euros
Contribution sociale généralisée	63 354
Prélèvement en faveur de l'AGS (garantie des salaires)	1 366
Contribution en faveur du Fonds de solidarité	1 161
Contribution en faveur du Fonds national d'aide au logement	1 704
Contribution de solidarité sur les bénéfiques des sociétés	612
Taxe sur les véhicules de sociétés	818
Taxe générale sur les activités polluantes	491
Contribution laboratoires	303
Taxes grossistes répartiteurs	330
Prélèvement de 2% sur les revenus du patrimoine et des placements	647
Taxe spéciale sur les conventions d'assurance	2 168
Contribution au Fonds de garantie des victimes du terrorisme	201
Contribution au Fonds national de garantie des calamités agricoles	91
Taxe sur les véhicules terrestres à moteur	991
Taxe sur les contrats santé des organismes complémentaires maladie	242
Taxe sur les contrats de prévoyance	513
Taxes sur les tabacs	8 648
Taxes sur les alcools et les boissons non alcoolisées	2 873
Transfert de TVA au budget annexe des prestations sociales agricoles	4 668
Taxes sur les produits agricoles	185
Impôts et taxes divers (droit de plaidoirie, FCATA, hydrocarbures, OMI)	78
Total	91 443

Source : comptes de la protection sociale, calculs Drees

4 - C'est-à-dire essentiellement la valeur ajoutée diminuée des frais de personnel et des impôts autres que l'IS.

Autre taxe dont le produit dépend du niveau d'activité des entreprises, la TGAP (taxe générale sur les activités polluantes) a été instituée par la loi de finances pour 1999. Elle porte sur neuf catégories d'activités polluantes dont le stockage et l'élimination des déchets, l'émission de substances polluantes dans l'atmosphère, la production de préparations pour lessives... Il convient de signaler que le produit de cet impôt dépend du volume d'activité des entreprises mais aussi de leurs efforts de limitation de la pollution. Par conséquent, on peut considérer que cet impôt « lutte contre son assiette » et que sa base économique réelle nécessite sans doute des études détaillées pour être correctement appréhendée. Le produit de cette taxe, d'un montant de 491 millions d'euros en 2003, a également été affecté au FOREC entre 2000 et 2004.

On notera enfin l'existence d'une contribution dont le produit dépend du revenu du capital : le prélèvement social de 2%. Ce prélèvement s'applique depuis 1998. Il assujettit les revenus du capital financier et immobilier des personnes physiques dans les mêmes conditions que la CSG. Son produit, d'un montant total de 647 millions d'euros, est réparti entre le Fonds de solidarité vieillesse et la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

En matière de prélèvements sur la dépense, on relève surtout une catégorie assez large de contributions dont le produit dépend de la consommation de produits ou services spécifiques.

Ainsi la taxe sur les conventions d'assurance est une taxe annuelle redevable sur toute convention, quels que soient l'assureur, le lieu ou la date de l'acte d'assurance, sauf sur les contrats d'assurance – vie, les assurances de groupe, les contrats d'assurance dépendance, les contrats d'assurance maladie « solidaires » (sans sélection à l'entrée), et les indemnités de fin de carrière. Elle est perçue sur le montant des sommes versées à l'assureur (primes ou cotisations et accessoires). Le tarif de la taxe varie selon le risque assuré, de 7% à 30%, de ce montant. Son produit s'est partagé entre le FOREC et l'État, la fraction bénéficiant au FOREC s'étant élevée à 2,2 milliards d'euros en 2003. On peut ranger dans la même catégorie divers prélèvements liés à des contrats d'assurance : taxe sur les véhicules terrestres à moteur, prélèvements au profit du Fonds de garantie des victimes du terrorisme et du Fonds national de garantie des calamités agricoles, contribution des organismes dispensateurs de couvertures maladie complémentaires au financement de la couverture maladie universelle complémentaire, taxe sur les contrats de prévoyance.

Les droits de consommation sur le tabac, les alcools et les boissons ont été institués antérieu-

rement à 1980. Le droit sur les tabacs est fixé à un pourcentage variant selon les produits entre 32,17% et 64% du prix de l'article, selon la forme prise par la consommation du tabac (cigare, cigarette...). Son produit, d'un montant de 8,6 milliards d'euros en 2003, a été essentiellement affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, puis surtout au FOREC de 2001 à 2004.

Le tarif du droit de consommation sur les alcools et les boissons alcooliques selon les boissons est fixé par hectolitre, de 54 euros à 1 450 euros selon les boissons. Son produit a été affecté depuis 1997 aux régimes d'assurance maladie et au Fonds de solidarité vieillesse, puis au FOREC. La taxe sur les bières et boissons non alcoolisées a été instituée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, celle sur les autres types de boissons relevant de cette catégorie existant antérieurement au 1^{er} janvier 1994. Ces boissons sont soumises à un droit spécifique dont le tarif est fixé par hecto-litre (de 0,54 euro à 2,60 euros). Le droit de circulation sur les alcools et boissons alcooliques existe quant à lui de longue date. Il est fixé à un montant variant de 0,5 euro à 8,40 euros par hectolitre. La « cotisation CNAM », enfin, est un impôt frappant les boissons d'une teneur en alcool supérieure à 25°. Son fonctionnement est analogue à celui de la TVA : il est collecté par les entreprises – entrepositaires agréés et autres opérateurs – et payé par le consommateur. Le montant de la contribution est de 0,13 euro par décilitre. Le produit de cette contribution est affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Au total, ces divers prélèvements ont apporté 2,9 milliards d'euros au système de protection sociale en 2003.

Enfin, la protection sociale des exploitants et des salariés agricoles bénéficie d'un financement particulier, mobilisant des transferts de recettes de TVA (4,7 milliards d'euros en 2003), ainsi que de diverses taxes sur les produits agricoles (185 millions d'euros en 2003).

La complexité de certains des prélèvements cités ci-dessus justifient que soient donnés certains détails quant à leur fonctionnement, que l'on trouvera en annexe 1 au présent article.

les contributions publiques

Les administrations publiques centrales et locales participent au financement de la protection sociale non seulement au moyen de ces ressources fiscales explicitement affectées, mais aussi par les concours budgétaires qu'elles apportent directement à certains régimes.

Les contributions publiques peuvent prendre essentiellement trois formes :

- elles peuvent en premier lieu constituer la contrepartie des prestations versées par les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics : c'est par exemple le cas des dépenses afférentes au revenu minimum d'insertion (RMI) ou aux aides au logement ; les versements à ce titre se sont élevés à 41,3 milliards d'euros en 2003 ;
- elles peuvent ensuite consister en des versements aux régimes de protection sociale, essentiellement au titre de la prise en charge par l'État de l'allocation aux adultes handicapés et de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire, qui ont atteint 4,8 milliards d'euros en 2003 ;
- elles peuvent enfin consister en des subventions d'équilibre à certains régimes de protection sociale (régime des mineurs, des marins, des agents de la SNCF ou de la RATP), pour un montant de 7,6 milliards d'euros en 2003.

Au total, les contributions publiques se sont élevées à 53,7 milliards d'euros en 2003, soit 11,2 % du total des ressources des régimes de protection sociale hors transferts⁵. Leur évolution est plus difficile à analyser sur moyenne période car elle dépend étroitement de la dynamique des prestations versées par les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics. Ainsi, la création de la couverture maladie universelle en 2000, puis celle de l'allocation personnalisée d'autonomie en 2002, ont-elles entraîné au cours des dernières années des à-coups qui rendent délicat le commentaire de l'évolution du montant des contributions publiques d'une année sur l'autre. Toutefois, du point de vue des finances publiques dans leur ensemble, c'est bien la somme des impôts et taxes affectés et des contributions publiques qui traduit le mieux dans sa globalité la contribution de la fiscalité générale au financement de la protection sociale, soit directement *via* les impôts et taxes affectés, soit indirectement *via* les contributions publiques des administrations publiques centrales et locales qu'elle finance.

Ainsi, la part de la somme des impôts et taxes affectés et des contributions publiques dans l'ensemble des ressources hors transferts des régimes de protection sociale atteint-elle 30,2% en 2003. Elle est stable depuis 1998, année de la substitution

de la contribution sociale généralisée (CSG) à l'essentiel des cotisations sociales d'assurance maladie à la charge des salariés. Depuis cette date, la légère croissance, en termes de part dans le financement de la protection sociale, des impôts et taxes affectés, a été compensée par une diminution à due concurrence des contributions publiques. Ce mouvement tient essentiellement à la création en 2000 du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de Sécurité sociale (FOREC), qui s'est vu affecter des ressources fiscales afin de compenser aux régimes de Sécurité sociale l'ensemble des allègements de charges sociales sur les bas salaires et liés à la réduction de la durée du travail, ce qui a réduit en conséquence les transferts directs du budget de l'État antérieurement versés au titre de cette compensation. L'année 2004 verra un mouvement de sens inverse entre les impôts et taxes affectés, dont la part dans les ressources hors transferts de la protection sociale diminuera de trois points environ, et les contributions publiques dont la part respective progressera de trois points, en raison de la suppression du FOREC et la reprise par le budget de l'État de la charge de la compensation des allègements « bas salaires » et « réduction du temps de travail ». Cette modification n'est cependant pas de nature à remettre en cause la tendance de moyen-long terme à l'augmentation de la part du financement fiscal et budgétaire de la protection sociale .

L'INCIDENCE DES TRANSFORMATIONS DE LA STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE SUR LES PRÉLÈVEMENTS EFFECTIFS PESANT SUR LES DIFFÉRENTES ASSIETTES

Le rappel des évolutions majeures de la législation du financement de la protection sociale et de leur impact global sur la structure des ressources des régimes de protection sociale ouvre la voie à une analyse plus approfondie des transformations intervenues dans le poids des différentes assiettes des prélèvements mobilisés pour financer la protection sociale.

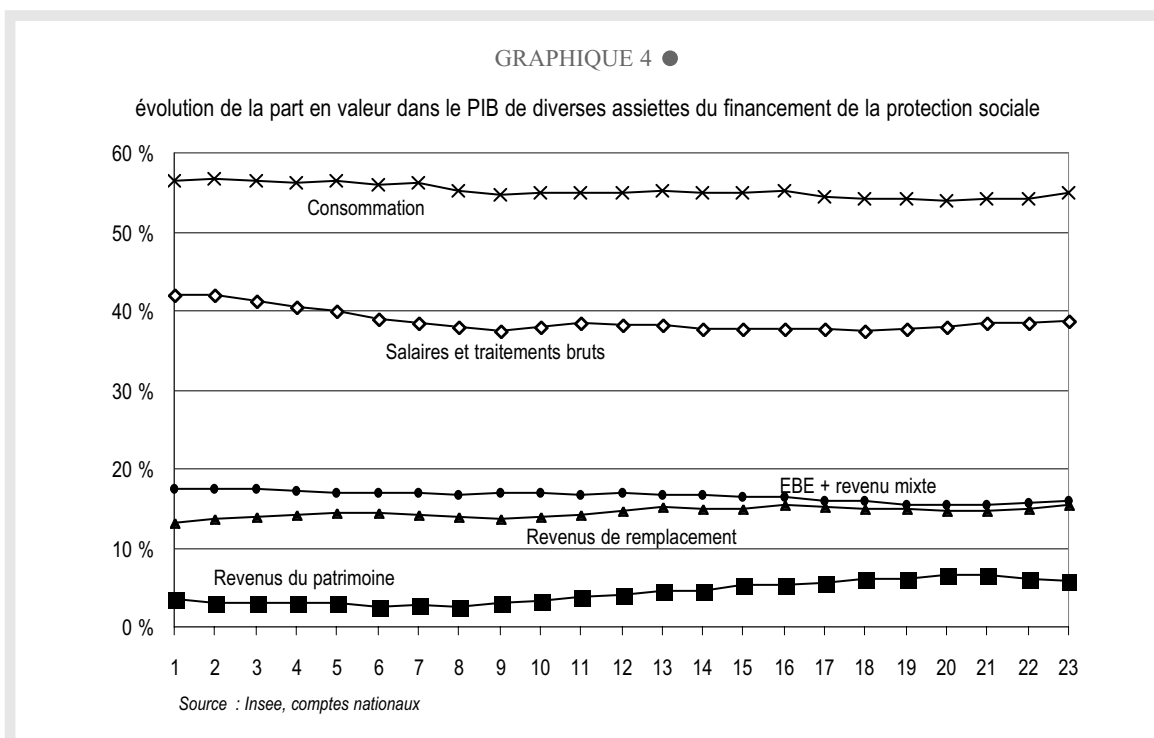
5 - La suppression du FOREC en 2004 entraîne une augmentation importante des contributions publiques au financement de la protection sociale – dont la part dans l'ensemble des ressources de la protection sociale hors transferts passe en « base 2000 » des comptes de la protection sociale de 10,3% en 2003 à 13,5% en 2004 -, l'État finançant à partir de 2004 la compensation aux régimes de sécurité sociale des allègements de charges au titre des bas salaires et de la réduction du temps de travail que le FOREC assurait auparavant. Ce mouvement sur les contributions publiques est la contrepartie de la régression des impôts affectés au financement de la protection sociale du fait de la réaffectation au budget de l'État des ressources fiscales antérieurement attribuées au FOREC.

un allègement apparent des cotisations sociales important entre 1981 et 2003, mais partiellement dû à la dynamique relativement moins favorable de la masse salariale...

Si la structure du financement de la protection sociale par type de ressource (cotisations sociales, impôts et taxes affectés, contributions publiques...) était restée la même en 2003 que celle qui pouvait être observée en 1981, le montant des cotisations sociales assises sur les salaires se serait élevé à 352,6 milliards d'euros, soit 47,9 milliards d'euros de plus que leur niveau effectif de 2003 (304,7 milliards d'euros), ce qui aurait représenté un écart relatif de 15,7% ou un prélèvement supplémentaire de huit points environ sur la masse salariale. Ceci donne une première idée de l'impact financier global des mesures d'allègement des charges sociales et de substitution de la CSG aux cotisations sociales intervenues depuis le début des années quatre-vingt dix.

Toutefois, ce calcul élémentaire mérite d'être approfondi. En premier lieu, il agrège deux effets distincts qui concourent à la déformation de la structure du financement de la protection sociale : d'un côté, les changements des taux qui s'appliquent aux différentes assiettes intervenus entre 1981 et 2003 ont un impact direct sur cette structure de financement ; mais d'un autre côté, il convient également de prendre en compte les écarts des rythmes d'évolution des

différentes assiettes. Or, comme le montre le graphique 4, la masse salariale a progressé légèrement moins vite que la plupart des autres assiettes des impôts et taxes affectés (revenus non salariaux des ménages, consommation) et que la richesse nationale entre 1981 et 2003, l'essentiel de l'écart ayant été acquis entre 1981 et 1989. Il s'ensuit une diminution mécanique de la part des cotisations sociales assises sur les salaires en l'absence même de changement de la législation. Selon l'estimation explicitée dans l'encadré 2, si la masse salariale avait crû au même rythme moyen que le PIB depuis le début des années quatre-vingt, hypothèse logique à long terme, correspondant à une évolution parallèle du salaire moyen et de la productivité du travail par tête, la masse des cotisations sociales aurait été supérieure en 2003 de 29,2 milliards de francs à son niveau effectivement observé. En conséquence, l'impact propre des substitutions d'impôts et taxes affectés aux cotisations sociales ne s'élèverait plus qu'à 18,7 milliards d'euros environ, qui correspondent à la différence entre l'effet total du changement de structure de financement de la protection sociale (47,9 milliards) et l'impact de la moindre croissance de la masse salariale (29,2 milliards). Ainsi l'impact sur la structure du financement de la protection sociale des évolutions différenciées des taux des prélèvements qui pèsent sur les différentes assiettes, une fois neutralisé l'effet des dynamiques contrastées de ces assiettes, représenterait-il de 1,2% du PIB ou 3,9% de l'ensemble des ressources de la protection sociale.



... mais plus limité en termes d'incidence effective du prélèvement social sur les salaires

D'autre part, cette évaluation révisée doit elle-même être relativisée, en considérant que les changements de la législation du financement de la protection sociale, pour spectaculaires qu'ils soient en termes de transformations de la structure juridique des prélèvements, notamment en ce qui concerne le poids respectif des cotisations sociales et des ressources fiscales, peuvent être plus limités quant à leur incidence économique sur les facteurs de production. Par exemple, la substitution de la CSG aux cotisations sociales n'a sans doute eu qu'un effet limité sur le poids global du prélèvement social pesant sur les salaires, dans la mesure où 65% du produit de la CSG reste directement prélevé sur une assiette salariale. Pour analyser plus avant cet aspect des réformes du financement de la protection sociale, il est nécessaire de disposer de la structure par nature d'impôt des ressources fiscales affectées à la protection sociale, laquelle n'est malheureusement fournie par les comptes de la protection sociale que pour la période s'étendant de 1990 à 2003. Cela ne constitue

cependant pas une véritable limitation pour l'analyse, puisque l'essentiel des réformes du financement est intervenu à l'intérieur de cette période, et que les diverses assiettes des prélèvements sociaux ont par ailleurs progressé à des rythmes voisins à partir des années quatre-vingt dix.

Sur cette période plus courte, on peut, avec des approximations raisonnables, affecter chaque catégorie de ressources de la protection sociale à une assiette correspondante (tableau 2). Ainsi, il est logique de regarder comme des prélèvements assis sur les salaires la somme des cotisations sociales effectives à la charge des employeurs et des salariés, des cotisations sociales fictives, de la fraction (65%) de la CSG pesant directement sur les salaires, et des autres des impôts sur les salaires. Plus approximative est sans doute l'hypothèse selon laquelle la fraction de la CSG pesant sur les revenus des ménages autres que les salaires est assise sur la somme des revenus primaires non salariaux des ménages et des prestations sociales des risques accidents du travail, vieillesse, survie et chômage des comptes de la protection sociale. Les impôts sur les produits et les transferts de recettes fiscales affectés à la protection sociale (fraction de TVA

ENCADRÉ 2 ●

LE RÔLE COMPLÉMENTAIRE DE LA DYNAMIQUE DES ASSIETTES ET DES TAUX DES DIFFÉRENTS PRÉLÈVEMENTS

En 1981, les cotisations sociales pesant sur les salaires – cotisations effectives à la charge des employeurs et des salariés, autres cotisations sociales effectives, cotisations fictives (encadré 1) – représentaient 73,3% de l'ensemble des ressources hors transferts de la protection sociale. Si cette structure était restée inchangée jusqu'en 2003, les cotisations sociales assises sur les salaires s'élèveraient à 352,6 milliards d'euros sur les 481,1 milliards d'euros qui constituent l'ensemble des ressources hors transferts de la protection sociale. La comparaison avec les 304,7 milliards d'euros perçus en 2003 par les régimes de protection sociale au titre de l'ensemble des cotisations sociales permet donc d'évaluer à 47,9 milliards d'euros l'impact global du changement de la structure du financement de la protection sociale depuis le début des années quatre-vingt.

Cependant, cet ordre de grandeur n'est pas directement représentatif de l'incidence des changements de la législation du financement de la protection sociale. En effet, les cotisations sociales ont reculé en part de l'ensemble des ressources de la protection sociale non seulement sous l'effet d'une hausse plus rapide des taux des impôts affectés au financement de la protection sociale relativement au taux des cotisations sociales, ce que traduit le mouvement de substitution des premiers aux seconds, mais aussi en raison d'une progression moins dynamique de leur assiette – c'est-à-dire essentiellement la masse salariale – relativement aux assiettes des recettes fiscales affectées au financement de la protection sociale.

Entre 1981 et 2003, le produit intérieur brut a progressé de 5,4% en moyenne par an en euros courants. Dans l'hypothèse où la masse des salaires et traitements bruts aurait crû au même rythme, et sans aucun changement des taux des prélèvements sociaux, la masse des cotisations sociales pesant sur les salaires aurait atteint 303,2 milliards d'euros en 2003, soit presque le montant observé en 2003 (304,7 milliards d'euros). Par ailleurs, la part de la richesse nationale prélevée pour financer la protection sociale a progressé au cours de la période, passant de 26,6% du PIB en 1981 à 30,9% en 2003 : dans l'hypothèse où les taux des cotisations sociales assises sur les salaires auraient suivi la même évolution, la masse des cotisations aurait atteint le montant de 352,6 milliards d'euros en 2003. Mais, d'une part, les salaires et traitements bruts reçus par les ménages ont progressé moins rapidement que le PIB (4,9% en moyenne par an en valeur, contre 5,4% pour le PIB : ceci a entraîné un manque à gagner de recettes de cotisations sociales de 29,2 milliards d'euros. D'autre part, le taux apparent de prélèvement sur les salaires au titre des cotisations sociales effectives à la charge des employeurs et des salariés et des cotisations sociales fictives est passé de 46,3% en 1981 à 50,7% en 2003. Cette progression, bien que significative, s'est cependant avérée inférieure en valeur relative à celle de l'ensemble des prélèvements sociaux rapporté au PIB, et entraîne un second manque à gagner de recettes de cotisations sociales de 18,7 milliards d'euros en 2003, qui exprime l'impact propre des changements de la législation du financement de la protection sociale sur les montants perçus de cotisations sociales assises sur les salaires.

affectée au financement des prestations sociales agricoles) peuvent être réputés assis sur la consommation des ménages. Enfin, faute d'un examen précis des ressources correspondantes, les impôts liés à la production, les contributions publiques et les autres ressources sont supposées avoir une assiette liée au PIB.

Sur la base de ces affectations, les cotisations sociales effectives à la charge des employeurs représentent un peu plus de la moitié de l'ensemble des prélèvements assis sur les salaires. Si l'on ajoute les cotisations sociales fictives et les impôts sur les salaires qui sont majoritairement supportés par les employeurs, on peut considérer que ces derniers acquittent des prélèvements totaux représentant 42,7% de la masse salariale, soit près des trois quarts de l'ensemble des prélèvements sur les salaires. Les salariés, quant à eux, acquittent des prélèvements sur les salaires atteignant un taux global de 20,9%, au sein duquel la CSG pèse pour environ un tiers. Ceci souligne l'importance des cotisations sociales qui demeurent à la charge des salariés, en particulier dans le financement de l'assurance chômage et des retraites complémentaires.

Lorsque les divers prélèvements qui contribuent au financement de la protection sociale sont ainsi affectés à leurs assiettes, on constate en outre que l'évolution de la structure du financement par grandes catégories d'assiettes a connu depuis 1990 une évolution au total relativement limitée (graphique 5). En particulier, la part des prélèvements assis sur les salaires, reconstituée selon la méthodologie présentée au tableau 3, est restée globalement stable depuis 1990, au voisinage de 74%. Les évolutions les plus notables portent sur les prélèvements pesant sur les autres revenus des ménages, qui passent en treize ans de 6,3% à 7,8% de l'ensemble des ressources de la protection sociale. Il en est de même pour les prélèvements sur la consommation des ménages (de 1,9% à 4,3%), tandis que la part des autres prélèvements dans le financement de la protection sociale régresse de 17,4% en 1990 à 14% en 2003, reflétant le poids décroissant des contributions publiques. Au total, lorsque l'on impute les diverses ressources de la protection sociale aux facteurs de production qui en constituent l'assiette principale, les évolutions observées depuis le début des années quatre-vingt dix paraissent donc limitées.

TABLEAU 2 ●

répartition en 2003 des ressources hors transferts de la protection sociale selon l'assiette

Assiette et nature de la ressource	Montant de la ressource en 2003	Part de la ressource dans le total hors transferts	Assiette	Taux apparent de prélèvement en 2003
Salaires et traitements bruts	350 395	72,8 %	601 260	58,3 %
Cotisations sociales effectives à la charge des employeurs	178 512	37,1 %		29,7 %
Cotisations sociales effectives à la charge des salariés	83 628	17,4 %		13,9 %
Cotisations sociales fictives	42 511	8,8 %		7,1 %
Impôts sur les salaires	3 562	0,7 %		5,9 %
CSG (65 %)	42 182	8,8 %		7,0 %
Autres revenus primaires et revenus de remplacement des manèges	42 887	8,9 %	579 939	7,1 %
Autres cotisations sociales effectives	18 587	3,9 %		3,2 %
CSG (35 %)	22 714	4,7 %		3,9 %
Autres impôts sur le revenu et le patrimoine	1 586	0,3 %		
Consommation des ménages	20 487	4,3 %	854 187	2,4 %
Impôts sur les produits	15 819	3,3 %		1,9 %
Transfert de TVA	4 668	1,0 %		0,5 %
Produit intérieur brut	67 350	14,0 %	1 557 245	4,3 %
Impôts liés à la production	912	0,2 %		0,1 %
Contributions publiques	53 709	11,2 %		3,4 %
Autres recettes	12 729	2,6 %		0,8 %
Total des ressources hors transferts de la protection sociale	481 126	100,0 %		

Source : Insee, comptes nationaux ; Drees, comptes de la protection sociale, calculs des auteurs

une ampleur relativement limitée des substitutions d'assiettes eu égard à l'accroissement global des prélèvements

Il est possible d'approfondir l'analyse des transformations du financement de la protection sociale, en reprenant et en généralisant la décomposition des prélèvements faite au tableau 2. Le tableau 3 donne la structure du financement de la protection sociale hors transferts par assiette économique en 1990 et en 2003, et décompose les changements qui ont amené à la structure de financement observée en 2003.

Deux aspects sont à cet égard à prendre en compte :

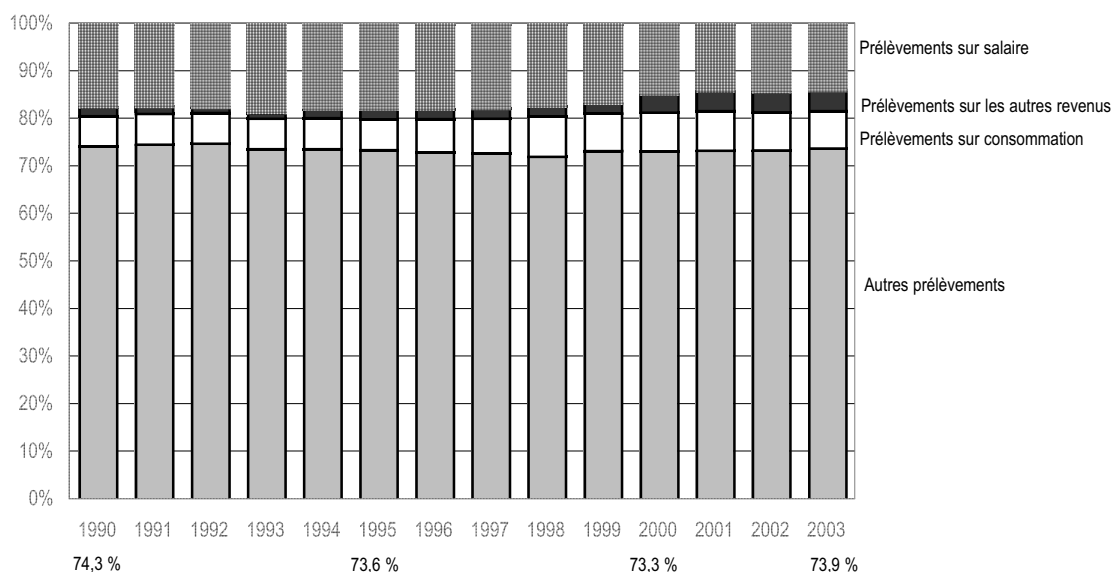
- d'un côté, la masse totale des ressources affectées au financement de la protection sociale a augmenté dans la foulée de celle des dépenses, comme on l'a vu dans la première partie de l'article. Une évaluation élémentaire de l'impact de cet effet « d'escalier roulant » du financement de la protection sociale peut être proposée en évaluant la masse des ressources qui auraient été prélevées si les taux apparents de prélèvement pesant sur les différentes assiettes étaient restés inchangés entre 1990 et 2003. Dans ce cas, les ressources de la protection sociale hors transferts auraient été inférieures en 2003 de 32,5 milliards d'euros, soit 2,1% du PIB, à leur montant effectivement observé ;

- de l'autre, l'ampleur des substitutions entre assiettes entre 1990 et 2003 doit être appréciée, non pas en comparant les taux apparents des différentes assiettes entre 1990 et 2003, mais en rapportant les taux apparents pesant sur les différents assiettes en 2003 aux taux de 1990 augmentés de façon homothétique de façon à porter à structure de financement constante le total des ressources de la protection sociale hors transferts à son montant observé en 2003 (481,1 milliards d'euros).

Il apparaît alors que l'impact spécifique des substitutions d'assiette a été dans l'ensemble du deuxième ordre par rapport aux hausses des taux requis pour réaliser l'augmentation globale des ressources de la protection sociale (tableau 3). Par exemple, les prélèvements sur les salaires auraient dû être augmentés de 24,1 milliards d'euros entre 1990 et 2003 à structure de financement inchangée pour atteindre les 481,1 milliards d'euros de ressources totales en 2003. Comme ils ont augmenté de seulement 17,5 milliards d'euros au cours de la période considérée, on peut conclure que l'impact global des mesures ayant visé à alléger les charges sociales pesant sur les salaires a été de 6,6 milliards d'euros, soit seulement 1,9% de la masse totale des prélèvements assis sur les salaires, ou l'équivalent de 1,1 point de prélèvement sur les salaires. A l'intérieur de l'ensemble des prélèvements sur les salaires, on observe toutefois des variations

GRAPHIQUE 5 ●

structure du financement de la protection sociale par catégorie économique de prélèvement



Note : les chiffres portés sur le graphique pour les années 1990, 1995, 2000 et 2003 correspondent à la part des prélèvements sociaux pesant sur les salaires dans l'ensemble des ressources hors transferts de la protection sociale.
Source : Drees, comptes de la protection sociale

plus importantes sur certains d'entre eux. Ainsi, les cotisations sociales à la charge des employeurs auraient diminué de 22,9 milliards d'euros ou 3,8 points de prélèvements sur les salaires, en raison des allègements de charges consentis en faveur des bas salaires et en cas de réduction de la durée du travail. Les cotisations sociales à la charge des salariés ont quant à elles diminué de 26,5 milliards d'euros ou 4,4 points de prélèvements sur les salaires. Ces deux réductions ont toutefois été presque compensées par une hausse de la CSG pesant sur les salaires de 42,2 milliards d'euros, correspondant à sept points de prélèvements sur les salaires.

LES CONSÉQUENCES MACRO-ÉCONOMIQUES DES TRANSFORMATIONS DE LA STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

L'ampleur de la hausse générale des prélèvements destinés au financement de la protection sociale et des substitutions entre assiettes étant à présent identifié, il devient possible de tenter d'en analyser les conséquences macro-économiques. Pour cela, on rappellera tout d'abord les mécanismes écono-

TABLEAU 3 ●

évolution de la structure du financement de la protection sociale en 1990 et 2003 (en millions d'euros)

Assiette et nature de la ressource	Montant de la ressource en 2003 (1)	Montant de l'assiette en 2003 (2)	Taux apparent de prélèvement en 2003 (3) = (1) / (2)	Taux apparent de prélèvement en 1990 (4)	Estimation des ressources 2003 avec les taux 1990 (5) = (2) * (4)	Ecart (1) - (5)	Taux 2003 avec la structure 1990 assurant les ressources totales 2003 (6)	Ressources obtenues avec les taux (6) : (7) = (6) * (2)	Ecart (1) - (7)
Salaires	350 395	601 260	58,3 %	55,4 %	332 870	17 525	59,4 %	356 949	-6 555
Cotisations sociales effectives à la charge des employeurs	178 512		29,7 %	31,2 %	187 842	-9 330	33,5 %	201 430	-22 918
Cotisations sociales effectives à la charge des salariés	83 628		13,9 %	17,1 %	102 669	-19 041	18,3 %	110 096	-26 468
Cotisations sociales fictives	42 511		7,1 %	6,7 %	40 544	1 967	7,2 %	43 477	-966
Impôts sur les salaires	3 562		0,6 %	0,3 %	1 815	1 747	0,3 %	1 947	1 615
CSG (65 %)	42 182		7,0 %	0,0 %	0	42 182	0,0 %	0	42 182
Autres revenus primaires et revenus de remplacement des ménages	42 887	579 939	7,4 %	5,3 %	30 469	12 418	5,6 %	32 673	10 214
Autres cotisations sociales effectives	18 587		3,2 %	4,6 %	26 753	-8 166	4,9 %	28 689	-10 102
CSG (35 %)	22 714		3,9 %	0,0 %	0	22 714	0,0 %	0	22 714
Autres impôts sur le revenu	1 586		0,3 %	0,6 %	3 715	-2 129	0,7 %	3 984	-2 398
Consommation des ménages	20 487	854 187	2,4 %	1,0 %	8 553	11 934	1,1 %	9 172	11 315
Impôts sur les produits	15 819		1,9 %	0,3 %	2 615	13 204	0,3 %	2 804	13 015
Transfert de TVA	4 668		0,5 %	0,7 %	5 938	-1 270	0,7 %	6 368	-1 700
Produit intérieur brut	67 350	1 557 245	4,3 %	4,9 %	76 771	-9 421	5,3 %	82 325	-14 975
Impôts liés à la production	912		0,1 %	0,0 %	0	912	0,0 %	0	912
Contributions publiques	53 709		3,4 %	3,9 %	61 217	-7 508	4,2 %	65 645	-11 936
Autres recettes	12 729		0,8 %	1,0 %	15 554	-2 825	1,1 %	16 680	-3 951
Total des ressources hors transferts	481 119				448 662	32 456		481 119	0

Lecture : En 2003 les cotisations sociales à la charge des employeurs se sont élevées à 178,5 milliards d'euros. Leur taux apparent sur les salaires s'est établi à 29,7 %. Avec les taux apparents en vigueur en 1990 et les salaires de 2003, les cotisations sociales à la charge des employeurs auraient atteint 187,8 milliards d'euros, soit 9,3 milliards de plus que la ressource effectivement observée en 2003. Compte tenu d'un manque à gagner global des ressources de la protection sociale hors transferts de 32,5 milliards d'euros dû au fait que les taux de 1990 sont inférieurs aux taux de 2003, il aurait fallu majorer de 7,2% tous les taux apparents s'appliquant aux diverses assiettes pour obtenir le montant total de ressources de 2003 avec la structure des taux de 1990. Dans ce cas il aurait fallu porter le taux des cotisations sociales à la charge des employeurs à 33,5 %. On en déduit que la baisse effective des taux des cotisations sociales à la charge des employeurs entre 1990 et 2003 s'élève à 3,8 points (33,5% - 29,7%).

Source : Drees, comptes de la protection sociale ; Insee, comptes nationaux

miques généraux à l'œuvre dans une variation de tel ou tel prélèvement social. Puis on évaluera de façon approchée l'impact qu'ont pu avoir les substitutions des divers prélèvements sociaux observées depuis 1990 sur les indicateurs macro-économiques principaux tels que la croissance du PIB, l'emploi et le chômage, la hausse des prix et des salaires, le commerce extérieur ou les finances publiques.

les incidences macro-économiques d'une variation des prélèvements sociaux

Les changements ayant affecté la structure du financement de la protection sociale en France depuis une quinzaine d'années suggèrent trois grandes interrogations d'ordre macro-économique :

- quels ont été les effets respectifs, d'une part de l'augmentation à structure inchangée de la masse totale des prélèvements sociaux qui a accompagné la croissance du périmètre de la protection sociale, d'autre part des substitutions entre assiettes intervenues à taille inchangée des transferts sociaux versés aux ménages ?
- peut-on distinguer des effets à long terme de ces changements, intégrant les ajustements de l'ensemble des marchés des biens, du travail et des capitaux, et des effets de court terme, liés aux rigidités de certains prix – notamment des salaires – susceptibles d'entraîner des variations temporairement amples des quantités offertes et demandées ?
- quelle est l'ampleur des corrections à apporter à l'analyse macro-économique des transformations du financement de la protection sociale du fait de l'existence d'une imperfection spécifique et durable du marché du travail avec la réglementation relative au salaire minimum ?

En premier lieu, il est hautement probable qu'une même augmentation d'un prélèvement social aura des effets macro-économiques très différents selon qu'elle équilibre une hausse des prestations sociales versées aux ménages ou la diminution d'un autre prélèvement social. Malheureusement, les instruments d'analyse macro-économique traditionnels ne fournissent qu'une aide limitée pour distinguer ces effets. En particulier, il est vraisemblable qu'ils ne permettront de conclure qu'à des effets limités d'une mesure du type « hausse des cotisations sociales ou de la CSG en proportion d'une hausse des prestations sociales ». En effet, si cette hausse des prestations sociales est financée par un relèvement des cotisations sociales à la charge des salariés ou de la CSG, la contrainte budgétaire globale des ménages restera

inchangée et *a fortiori* également l'environnement économique des entreprises et la situation des finances publiques, de sorte que l'impact macro-économique en sera nécessairement du deuxième ordre. Certes, cet impact peut être plus significatif dans le cas où la hausse des prestations sociales est financée par un alourdissement des prélèvements pesant sur les entreprises – les cotisations sociales à la charge des employeurs ou l'impôt sur les sociétés, par exemple –, en raison des interactions, sans doute négatives, susceptibles de s'enclencher entre demande et offre agrégées. Mais il convient de reconnaître que les conséquences économiques à long terme d'une augmentation de la taille du système de protection sociale et du poids des prélèvements qui le financent ne peut être réduites aux effets de ces mécanismes portant sur les agrégats macro-économiques, mais doivent intégrer des aspects micro-économiques ou structurels. Dans certains cas, une augmentation du périmètre de la protection sociale, justifiée par exemple par l'amélioration de l'accès aux soins des personnes démunies, et financée par un prélèvement présentant peu de risques de distorsions – à l'instar d'une hausse d'un prélèvement proportionnel sur les revenus des ménages comme la CSG – peut améliorer le bien-être de certaines catégories de ménages, relancer leur consommation et ainsi stimuler l'activité économique. Mais des cas moins favorables peuvent aussi se présenter : par exemple, un niveau excessif de revenus futurs garantis par les régimes publics de retraite peut entraîner une insuffisance d'épargne intérieure et brider l'investissement et donc la croissance future⁶ (Feldstein, 1974). Des prestations sociales trop généreuses peuvent modifier certains comportements des ménages, comme leur offre de travail en présence de prestations d'assistance importantes, ou leurs dépenses de santé, au détriment des autres postes de leur budget, si les régimes d'assurance maladie assurent une prise en charge élevée de ces dépenses (Caussat, Glaude, 1993). Ou encore, le coût des prélèvements sociaux en termes de distorsions sur le marché du travail peuvent l'emporter sur les bénéfices attendus des prestations sociales versées aux ménages si celles-ci sont dispensées de façon inefficace – par exemple, des prestations d'assurance maladie associées à une organisation peu efficiente de l'offre de soins. Il serait donc imprudent de se fonder sur des modèles macro-économiques traditionnels pour évaluer les conséquences macro-économiques d'un changement de la taille des prestations et des prélèvements

6 - Cf. Caussat (1992) pour une revue de la littérature économique américaine relative au lien entre retraite par répartition et épargne.

sociaux, leur degré d'agrégation ne permettant pas de prendre en compte ces mécanismes de nature structurelle.

Cependant, en second lieu, ce risque d'erreur d'analyse est sans doute moins grand dans le cas de l'évaluation d'une stricte substitution entre prélèvements sociaux à périmètre inchangé du système de protection sociale. Confrontés à l'analyse d'une telle mesure, les modèles macro-économiques traditionnels mettent fortement l'accent sur les ajustements de court terme consécutifs à une telle substitution. Ils soulignent en particulier les canaux de transmission d'une variation des prélèvements sociaux pesant sur les ménages, via leur revenu disponible et la consommation qui constitue la principale composante de la demande globale. Ils font également entrevoir l'impact d'une modification des coûts salariaux sur les prix à la production, et donc sur la compétitivité externe de l'économie nationale. Ils parviennent aussi dans une certaine mesure à retracer la réponse de la demande de travail et de capital des entreprises aux mouvements de la demande intérieure et extérieure qui s'adresse à elles. Toutefois, il est permis de mettre en doute leur capacité à rendre compte entièrement des ajustements de moyen terme des prix et des salaires : en particulier, des effets tels que la réaction des capitaux installés dans l'économie nationale à une hausse de la taxation des résultats des entreprises sont difficiles à mettre en évidence de façon empirique. Or ces effets sont assurément décisifs à moyen terme : dans le domaine de l'analyse économique de la fiscalité, on dispose en effet d'acquis théoriques connus sous le nom de « théorie de l'incidence fiscale » (Atkinson, Stiglitz, 1980) qui, sous l'hypothèse de marchés concurrentiels des biens et des facteurs de production, suggèrent que l'impact d'une réforme du mode de financement de la protection sociale sera largement déterminé par la réaction des biens ou des facteurs de production dont l'offre est la plus élastique aux prix. Il est hautement probable que l'offre de capitaux réagisse plus fortement à une variation du rendement net de la fiscalité qui lui est offert que ne le fait l'offre de travail. On peut donc s'attendre à ce que le rééquilibrage des marchés du travail et des capitaux à la suite d'une mesure transférant du travail au capital une partie de la charge du financement de la protection sociale entraîne une hausse significative des salaires, et donc *in fine* une faible modification du coût relatif des facteurs de production, permettant de maintenir les capitaux installés dans l'économie nationale, au prix alors d'un faible impact sur l'emploi. Ce cadre théorique pour l'analyse des effets à long des substitutions des différentes assiettes du financement de la protection sociale peut ainsi permettre d'encadrer les

résultats des simulations données par les modèles macro-économiques traditionnels.

En troisième et dernier lieu, il y a lieu d'incorporer à l'analyse des effets à long terme de changements de la structure du financement de la protection sociale les imperfections susceptibles d'affecter durablement le fonctionnement de certains marchés, et en tout premier lieu le marché du travail. En effet, l'analyse en termes d'incidence fiscale développée dans le paragraphe précédent repose sur l'hypothèse de marchés des biens et des facteurs de production dont les prix s'ajustent en sorte de refléter à long terme un état parfaitement concurrentiel. Or cette hypothèse est manifestement violée dans le cas du marché du travail français, où l'existence d'un salaire minimum, revalorisé annuellement par les pouvoirs publics, constitue un obstacle à la diminution de la rémunération du travail en cas d'excès d'offre de travail. Dès lors, les conclusions sceptiques quant à la possibilité d'un impact significatif à long terme sur l'emploi de changements généraux de la structure du financement de la protection sociale seront certainement invalidées. Lorsque les charges sociales dues par les employeurs sont diminuées sur les bas salaires, la demande d'emploi supplémentaire des entreprises ne provoque pas d'augmentation des salaires bruts puisque ceux-ci sont sous l'influence du salaire minimum dont le montant est administré : l'effet attendu sur l'emploi peut alors être significatif. Or, le caractère agrégé des modèles macro-économétriques ne leur permet généralement de saisir de façon précise l'impact d'une mesure telle qu'un allègement de charges sociales ciblé sur les emplois les moins rémunérés.

Bien que, comme on vient de le voir, les modèles macro-économiques traditionnels présentent des lacunes importantes qui limitent leur pouvoir d'interprétation de l'effet des changements de la structure du financement de la protection sociale, il peut être intéressant de disposer des ordres de grandeur qu'ils fournissent, pour ensuite les discuter et si nécessaire les amender en prenant en compte les éléments de discussion théorique présentés dans ce qui précède. Dans le cadre de cet article, quatre variantes ont été réalisées à l'aide du modèle macro-économétrique *e-mod.fr* de l'Observatoire français des conjonctures économiques (Ofce, 2002), qui ont en commun d'entraîner *ex ante* une même diminution en 2005 d'un point des cotisations sociales à la charge des employeurs du secteur privé, soit 4 milliards d'euros environ ou 0,25% du PIB. Mais elles diffèrent par les recettes alternatives qui sont mobilisées pour restaurer, toujours *ex ante*, l'équilibre des finances publiques :

- dans la première variante, la compensation est réalisée au moyen d'une hausse de la CSG, d'environ 0,4 point pour équilibrer la baisse des cotisations sociales ;
- dans la seconde, c'est l'impôt sur le revenu qui est relevé, de 8% en moyenne de façon que son rendement s'améliore *ex ante* de 4 milliards d'euros ;
- dans la troisième, la recette fiscale de substitution est l'impôt sur les sociétés, qui est majoré de 11% environ ;
- enfin, la quatrième variante consiste en une augmentation de la TVA, dont le taux apparent moyen doit être majoré de 0,5 point environ pour que son rendement s'améliore de 4 milliards d'euros.

Le tableau 4 donne les principales incidences macro-économiques de ces variantes, telles qu'elles ressortent du modèle *e-mod.fr* de l'OFCE. Les mesures caractérisant chacune des variantes sont supposées prises en 2005, et on en observe les effets en 2010. Les deux premières variantes, qui se caractérisent par un transfert *ex ante* supporté par les ménages – *via* la hausse de la CSG ou de l'impôt sur le revenu – en faveur des entreprises – *via* la baisse des taux de cotisations sociales à la charge des employeurs – ont globalement un impact négatif, quoique de faible ampleur sur la croissance (- 0,1 point de PIB à l'horizon de cinq ans). Entre l'effet d'offre lié à la baisse des coûts salariaux, dont l'impact se fait sentir sur le solde extérieur *via* l'amélioration de la compétitivité des entreprises, et l'effet de demande lié à la ponction sur le revenu disponible des ménages, c'est ce dernier qui l'emporte selon les simulations réalisées par l'Ofce, conduisant à ce bilan légèrement négatif. Cependant, du fait de l'al-

légement du coût du travail – sans qu'on puisse distinguer dans ce modèle macro-économétrique s'il porte sur l'ensemble des salaires ou seulement sur les plus bas d'entre eux –, l'emploi salarié augmente sensiblement, de 22 000 à 27 000 selon les variantes, en conséquence de la diminution de la productivité du travail. La situation est légèrement plus favorable dans la première variante – substitution des cotisations sociales par la CSG – que dans la deuxième – substitution par l'impôt sur le revenu – parce que, lorsque c'est la CSG qui est augmentée, les salariés récupèrent une partie du prélèvement sous forme d'augmentation des salaires bruts, ce qui permet une demande intérieure plus soutenue que dans le cas où l'impôt sur le revenu est alourdi, où cet effet de réaction *via* les salaires bruts ne joue pas.

La variante la plus favorable semble être celle qui prévoit une substitution des cotisations sociales dues par les employeurs par une hausse de l'impôt sur les sociétés. Bien que limité à 0,1 point de PIB, soit 40% seulement de l'impact initial, l'effet sur la richesse nationale devient en effet positif. Cela tient au fait que la substitution du capital au travail est plus forte *ex ante* que dans les deux variantes précédentes, le coût du travail étant réduit et celui du capital augmenté. Toutefois, cette accélération de la substitution des facteurs trouve sa limite dans une progression plus rapide des salaires. Au total, la progression de l'emploi salarié serait certes plus importante qu'en cas de transfert des entreprises vers les ménages, mais resterait limitée (52 000 emplois). Les comptes publics connaîtraient quant à eux une amélioration plus importante (+ 0,2 point de PIB). Encore faut-il souligner, en reprenant les termes de

TABLEAU 4 ●

effets macro-économiques à cinq ans de diverses réformes du financement de la protection sociale

	Variante 1 : baisse d'un point du taux des cotisations sociales des employeurs compensée par une hausse de la CSG	Variante 2 : baisse d'un point du taux des cotisations sociales des employeurs compensée par une hausse de l'impôt sur le revenu	Variante 3 : baisse d'un point du taux des cotisations sociales des employeurs compensée par une hausse de l'impôt sur les sociétés	Variante 4 : baisse d'un point du taux des cotisations sociales des employeurs compensée par une hausse de la TVA
PIB (volume)	-0,1 %	-0,1 %	0,1 %	0,0 %
Prix à la consommation	-0,4 %	-0,5 %	-0,3 %	0,2 %
Effectifs salariés (en milliers)	+27	+22	+52	+14
Taux de chômage (en points)	-0,1	-0,1	-0,2	0
Solde des administrations publiques (en points de PIB)	+0,1	+0,1	+0,2	0
Solde extérieur (en point de PIB)	+0,1	+0,1	0	0

Lecture : une baisse en 2005 d'un point des cotisations sociales à la charge des employeurs du secteur privé compensée par une hausse de 0,4 point de la CSG, entraîne en 2010 une diminution de 0,1 % du PIB, par rapport à la situation qu'aurait connue l'économie en l'absence de cette mesure.

Source : variantes réalisées pour la Drees par l'Ofce à l'aide du modèle *e-mod.fr*

la discussion précédente, que le modèle utilisé sous-estime certainement les risques liés à une taxation accrue des profits des entreprises, la dépendance des équations d'investissement des entreprises à la rémunération des capitaux investis y étant modeste.

En cas de compensation de la baisse des cotisations sociales à la charge des employeurs par une hausse de la TVA, cas analysé dans la quatrième variante, il y a comme dans les deux premières un transfert *ex ante* des ménages vers les entreprises, mais celui-ci passe par les prix. Les prix à la consommation enregistrent ainsi la double incidence, d'un côté de la baisse des coûts salariaux, mais de l'autre de la hausse de la TVA. Les salaires bruts tendent alors à progresser pour rattraper les prix, du fait des mécanismes d'indexation, ce qui réduit l'avantage compétitif dont disposaient les entreprises avec la baisse des coûts salariaux. Au bout de cinq ans, les effets sur la croissance, sur l'emploi, et même sur les échanges extérieurs, seraient négligeables, tandis que les prix à la consommation restent supérieurs à leur niveau initial.

une évaluation macro-économique de l'impact des changements du financement de la protection sociale entre 1990 et 2003

A partir de ces variantes élémentaires, il est possible d'évaluer l'impact macro-économique des changements du financement de la protection sociale entre 1990 et 2003, au prix de quelques hypothèses de calcul simplificatrices. Il faut se rappeler que ces changements ont consisté, d'une part en une expansion de tous les prélèvements à structure de financement inchangé pour couvrir la progression

des dépenses de protection sociale⁷, d'autre part en certaines substitutions entre assiettes.

Considérons tout d'abord l'impact de la hausse générale des prélèvements sociaux et de son pendant, la hausse des prestations de protection sociale, entre 1990 et 2003 (tableau 4). Elle correspond à une augmentation en valeur de 32,5 milliards d'euros des prélèvements sociaux entre ces deux dates, soit une progression de +7,2 % affectant uniformément chacune des catégories de prélèvements sociaux – sur les salaires, sur les autres revenus des ménages, sur la consommation des ménages, sur d'autres assiettes. Au prix de quelques regroupements et approximations⁸, on peut se ramener à une combinaison linéaire des variantes élémentaires présentées ci-dessus et donc l'impact a été évalué par l'OFCE, et ainsi proposer une mesure de l'incidence macro-économique de cette hausse générale des prélèvements sociaux qui a accompagné la croissance des prestations de protection sociale depuis le début de la décennie quatre-vingt dix.

Une hausse de 32,5 milliards d'euros des prélèvements sociaux, consistant en une progression uniforme de +7,2 % de chacun d'entre eux, compensée par une augmentation d'un même montant des prestations de protection sociale, peut en effet se décomposer de la façon suivante à l'aide des hypothèses simplificatrices mentionnées précédemment :

- 18,5 milliards d'euros pour la hausse des prélèvements sociaux pesant directement sur les employeurs (cotisations sociales des employeurs, cotisations sociales fictives, impôts sur les salaires, un tiers des autres prélèvements) ;
- 11,5 milliards d'euros pour la hausse des prélèvements pesant directement sur les ménages (cotisations sociales des salariés et autres cotisations

7 - Que l'on supposera du même montant en négligeant la variation du solde de l'ensemble de la protection sociale dont la signification économique est incertaine

8 - A partir du tableau 4, on regroupe les prélèvements pesant sur les employeurs (cotisations sociales à la charge des employeurs, cotisations sociales fictives, impôts sur les salaires), sur le revenu des ménages (cotisations sociales à la charge des salariés, CSG, autres cotisations sociales, autres impôts sur le revenu) et sur la consommation des ménages (impôts sur les produits et transfert de TVA). Sur le plan macro-économique, on peut assimiler l'ensemble des prélèvements supportés par les employeurs assis sur la masse salariale à des cotisations sociales. On peut également regarder l'ensemble des prélèvements pesant sur le revenu des ménages, compte tenu de leur structure entre cotisations sociales pesant sur les salaires et sur les autres revenus des ménages et impôts sur le revenu, comme équivalent à la CSG. S'agissant des prélèvements pesant sur la consommation des ménages, il paraît légitime de considérer qu'ils ont les mêmes incidences économiques que la TVA. Par ailleurs, les autres ressources de la protection sociale, dont la principale est formée des contributions publiques correspondant à la part des budgets de l'État et des collectivités locales qui contribue au financement de la protection sociale, sont supposées peser pour un tiers sur les employeurs – à l'instar de la taxe professionnelle –, pour un autre tiers sur les ménages – à l'instar de l'impôt sur le revenu –, et pour le dernier tiers sur les entreprises via l'impôt sur les sociétés. Cette répartition grossière vise à refléter la structure des recettes fiscales des administrations publiques centrales et locales qui constitue la source initiale de la part du financement de la protection sociale assurée par ces administrations publiques. Enfin on peut considérer qu'une hausse des prestations sociales a un impact agrégé sur le revenu disponible des ménages voisin de celui d'une baisse de l'impôt sur le revenu, ce qui permet d'assimiler l'effet d'une hausse d'un quelconque prélèvement social assorti d'une augmentation à due concurrence des prestations de protection sociale à l'effet d'une substitution de l'impôt sur le revenu à ce prélèvement social. Cette dernière hypothèse est sans doute la plus audacieuse de toutes, car ce ne sont pas les mêmes ménages qui bénéficient dans un cas d'une hausse des prestations sociales et dans l'autre de l'impôt sur le revenu : dans le premier cas, les ménages touchés sont en majorité à revenus faibles et moyens, de sorte que le transfert de revenu se traduit presque en totalité par une augmentation de la consommation des ménages, alors qu'une baisse de l'impôt sur le revenu profite surtout aux ménages et aisés et est partagée de façon beaucoup plus équilibrée entre consommation et épargne.

sociales effectives, CSG, autres impôts sur le revenu, un tiers des autres prélèvements) ;

- 0,6 milliards d'euros pour la hausse des prélèvements assis sur la consommation des ménages (impôts sur les produits et transfert de TVA) ;
- 1,9 milliard d'euros pour la hausse des impôts assis sur les bénéficiaires des sociétés (un tiers des autres prélèvements).

Si l'on admet, comme cela vient d'être proposé, que la hausse des prestations de protection sociale est équivalente sur le plan macro-économique à une baisse de l'impôt sur le revenu, on peut aisément reformuler le scénario précédent comme une combinaison linéaire des variantes élémentaires fournies par l'OFCE⁹. Si enfin on accepte de supposer que l'ensemble des effets de ces variantes sont acquis au bout de cinq ans, et que leurs résultats des variantes peuvent être combinés de façon linéaire, il est possible de déduire l'impact macro-économique des hausses des prélèvements sociaux entre 1990 et 2003. Au total, selon cette évaluation, la croissance aurait été légèrement stimulée (+0,3%) par les hausses des prélèvements assorties d'une augmentation des dépenses de protection sociales dans la mesure où l'effet dépressif des hausses de prélèvements aurait été compensée par l'effet expansif de la progression des dépenses sociales. Cependant, il se serait ensuivi une hausse importante des prix, de plus de 3%, entraînant avec elle les salaires, qui se serait avérée néfaste pour l'emploi salarié, en diminution de 60 000 environ, et pour le chômage, en hausse de 0,4 point. Le solde des administrations publiques resterait inchangé malgré la hausse des prix et une croissance du PIB et de la masse salariale plus soutenue, du fait de l'augmentation des prestations d'assurance chômage. Le solde extérieur se serait en revanche dégradé, de 0,6 point de PIB.

Il est difficile d'aller plus avant dans l'interprétation de ces résultats, qui sont de faible ampleur au regard de l'importance de l'augmentation du périmètre de la protection sociale considérée, de l'ordre de 2,1 points de PIB, et qui sont partiellement dépendants des hypothèses relativement simplificatrices retenues pour parvenir à ces évaluations. On souli-

gnera ainsi à nouveau l'importance de l'hypothèse simplificatrice faite quant à l'équivalence sur le plan macro-économique entre une hausse des prestations sociales et une baisse de l'impôt sur le revenu. Ils corroborent toutefois l'intuition exprimée dans la discussion précédente sur l'impact à long terme de l'augmentation des prélèvements sociaux, selon laquelle les modèles macro-économiques traditionnels ont une tendance intrinsèque à minimiser l'incidence macro-économique d'une augmentation de la taille du système de protection sociale, dès lors que l'expansion des prestations versées aux ménages est équilibrée par une augmentation dans des proportions identiques des prélèvements sociaux. En particulier, lorsqu'une part déterminante de ces prélèvements sociaux supplémentaires pèse directement sur les ménages, ces modèles tendent à juger la taille du système de protection sociale relativement neutre sur l'équilibre macro-économique, la contrainte budgétaire des ménages n'étant dans ce cas affectée qu'à la marge. Certes, le calcul réalisé à l'aide des variantes élémentaires de l'OFCE, consistant à faire peser sur les employeurs près de 60% de l'effort supplémentaire de financement de la protection sociale entre 1990 et 2003, conduit à un effet négatif sur l'emploi, mais d'ampleur limitée. En tout état de cause, cette évaluation, dont la méthodologie reste relativement fruste, ne permet ni d'accepter ni de rejeter l'hypothèse d'une incidence importante sur la croissance économique et sur l'emploi de l'expansion du système français de protection sociale depuis le début de la décennie quatre-vingt dix sous l'effet de mécanismes de nature plus structurelle, liés à l'impact d'une augmentation de la couverture sociale sur certains comportements individuels tels que l'épargne, l'offre de travail ou la consommation de biens et services de santé.

Cependant, les changements du financement de la protection sociale entre 1990 et 2003 se sont également traduits par des substitutions de somme nulle entre les diverses assiettes. En utilisant à nouveau le tableau 3, on peut reconstituer de façon agrégée ces diverses substitutions, qui sont de somme nulle par construction :

9 - Ce scénario peut en effet être exprimé de la façon suivante :

- hausse de 32,5 milliards d'euros des cotisations sociales à la charge des employeurs compensée par une baisse du même montant de l'impôt sur le revenu (variante 2 de l'OFCE) ;
- hausse de 11,5 milliards d'euros de la CSG compensée par une baisse d'un même montant des cotisations sociales à la charge des employeurs (variante 1 de l'OFCE) ;
- hausse de 1,9 milliard d'euros de l'impôt sur les sociétés compensée par une baisse d'un même montant des cotisations sociales à la charge des employeurs (variante 3 de l'OFCE) ;
- hausse de 0,6 milliard d'euros de la TVA compensée par une baisse d'un même montant des cotisations sociales à la charge des employeurs (variante 4 de l'OFCE).

- les prélèvements directement à la charge des employeurs (cotisations sociales effectives des employeurs, cotisations sociales fictives, impôts sur les salaires, un tiers des autres prélèvements) ont été allégés de 27,3 milliards d'euros ;
- les prélèvements directement à la charge des ménages (cotisations sociales des salariés, autres cotisations sociales, CSG, autres impôts sur les revenus, un tiers des autres prélèvements) ont été alourdis de 20,9 milliards d'euros ;
- les prélèvements assis sur la consommation des ménages ont été alourdis de 11,3 milliards d'euros ;
- les prélèvements sur les bénéficiaires des sociétés ont été allégés de 5 milliards d'euros.

Cette réallocation des prélèvements peut être réexprimée dans les termes des variantes élémentaires de l'OFCE¹⁰, et, moyennant des conventions identiques à celles retenues précédemment – approximation des effets de long terme à un horizon de cinq ans et combinaison linéaire des résultats des variantes élémentaires de l'OFCE –, peut faire l'objet d'une évaluation macro-économique (tableau 5).

Les baisses des cotisations sociales des employeurs ayant été plus importantes que les hausses des prélèvements pesant sur la consommation des ménages, les prix auraient connu une diminution importante (-3,1%). Sous l'effet de la diminution des coûts salariaux, l'emploi aurait été fortement stimulé (+ 280 000 emplois salariés), permettant une baisse de près d'un point du

taux de chômage. Le solde des administrations publiques aurait ainsi été nettement amélioré, de plus d'un point de PIB, ainsi que le solde extérieur du fait de la baisse des prix intérieurs. Cependant, au total, la croissance du PIB n'aurait pas été modifiée, car l'incidence positive de la baisse des coûts salariaux sur l'offre de biens et services aurait été compensée par un effet négatif de même ampleur sur la demande en raison de l'alourdissement des prélèvements pesant directement sur les ménages.

Naturellement, les hypothèses ayant permis ces calculs sont de la même façon que précédemment entachés les évaluations du tableau 5 d'aléas importants. D'une façon générale, il a pu être observé (Gubian, 1997) que le modèle macro-économique utilisé en 1994 par l'OFCE¹¹ lors des travaux d'un groupe de travail État – partenaires sociaux constitué sur les possibilités de modification de l'assiette des cotisations d'assurance chômage (Dares, 1994) était, comparativement aux instruments utilisés par l'Insee et la Direction de la prévision du Ministère des Finances, celui qui concluait aux effets les plus modestes sur l'emploi de divers scénarios de réforme du financement de l'assurance chômage. On peut enfin observer que les résultats présentés au tableau 5 montrent un impact nettement positif sur le solde des administrations publiques, dont la neutralisation par des impôts et taxes affectés à la protection sociale d'un montant moindre que les allègements de cotisations sociales, aurait sans doute dégagé un impact plus important sur l'emploi.

Cependant, les effets sur l'emploi des substitutions d'assiettes du financement de la protection sociale paraissent d'ores et déjà importants. Ils peuvent de plus être jugés significatifs dans la mesure où ils ne sont que faiblement influencés par la surestimation probable des effets positifs du recours à l'impôt sur les sociétés pour financer la baisse des cotisations sociales à la charge des employeurs intervenus depuis 1990. Au contraire, le calcul présenté au tableau 5 repose sur l'hypothèse que la contribution de l'impôt sur les sociétés au financement de la protection sociale aurait diminué de 5 milliards d'euros depuis cette date.

Avec toutes les réserves qu'appellent les incertitudes méthodologiques attachées aux évaluations précédentes, on peut avancer le nombre de 220 000 emplois créés ou sauvegardés entre 1990 et 2003 du fait des changements du financement de la protection sociale, soit l'effet des substitutions d'assiette entre 1990 et 2003 (280 000 emplois créés ou sauvegardés), net de

TABLEAU 5 ●

effets macro-économiques des substitutions d'assiettes du financement de la protection sociale intervenues entre 1990 et 2003

PIB (volume)	0,0 %
Prix à la consommation	-3,1 %
Effectifs salariés (en milliers)	+280
Taux de chômage (en points)	-0,9
Solde des administrations publiques (en points de PIB)	+1,1
Solde extérieur (en point de PIB)	+0,3

Lecture : les substitutions d'assiettes du financement de la protection sociale intervenues entre 1990 et 2003 n'ont pas eu d'impact sur la croissance du PIB, ont entraîné une baisse des prix de 3,1%, une augmentation de 280 000 du nombre d'emplois salariés, une baisse de 0,9 point du taux de chômage, et des améliorations de 1,1 point de PIB du solde des administrations publiques et de 0,3 point de PIB du solde extérieur.

Source : variantes réalisées pour la Drees par l'Ofce à l'aide du modèle e-mod.fr ; calculs complémentaires Drees

10 - Soit une augmentation de 20,9 milliards d'euros de la CSG compensée par une baisse à due concurrence des cotisations sociales à la charge des employeurs (variante 1 de l'OFCE), une augmentation de 11,3 milliards d'euros de la TVA compensée par une baisse à due concurrence des cotisations sociales à la charge des employeurs (variante 3 de l'OFCE), une diminution de 5 milliards d'euros de l'impôt sur les sociétés compensée par une hausse à due concurrence des cotisations sociales à la charge des employeurs (variante 4 de l'OFCE).

11 - Ce modèle macro-économique utilisé à l'époque par l'OFCE était dénommé « Mosaïque ».

l'incidence négative de la hausse générale des prélèvements au cours de la même période (60 000 emplois détruits).

CONCLUSION

Les résultats trouvés au terme du présent article doivent évidemment être relativisés. En effet, les données utilisées, tirées des comptes de la protection sociale, ne sont pas irréfutables quant à leur capacité de retracer les évolutions réelles à l'œuvre depuis une vingtaine d'années dans le financement du système français de protection sociale. Sans doute une certaine désagrégation des emplois et des ressources de la protection sociale permettrait-elle d'enrichir l'analyse, tant il est vrai qu'il est peu réaliste de considérer l'impact économique du financement de la protection sociale sans distinguer entre régimes, notamment entre le régime général auquel sont affiliés les salariés du secteur privé et entre les régimes du secteur public. De même, on ne peut nier une part d'arbitraire dans l'affectation des diverses catégories de ressources de la protection sociale aux différentes assiettes, en particulier lorsqu'il a été décidé de regarder comme assis sur le PIB des ressources telles que les contributions publiques. L'apport des modèles macro-économétriques peut également être mis en question, dans la mesure où il est plausible qu'ils peinent à décrire fidèlement l'intégralité des interactions du système économique, en particulier les réactions des volumes – PIB et emploi notamment – aux prix et aux salaires. Enfin, on a déjà souligné le caractère audacieux des nombreuses conventions de calcul utilisées dans l'évaluation de l'impact macro-économique des changements du financement de la protection sociale.

Même fragiles, ces résultats ne manqueront pas d'être comparés aux travaux qui ont tenté d'évaluer l'impact sur la croissance et l'emploi de mesures particulières ayant modifié la structure du financement de la protection sociale. Ainsi Rémy (2005) présente-t-elle une synthèse de neuf études qui ont porté sur l'impact des allègements des cotisations sociales à la charge des employeurs pesant sur les bas salaires entre 1993 et 1997, évalué au moyen soit de maquettes analytiques reflétant l'équilibre général de l'économie, soit de données individuelles d'entreprises ou de ménages, soit enfin des modèles macro-économétriques ou sectoriels. Ces études induisent des effets des allègements de charges sociales sur les bas salaires compris dans un intervalle entre 70 000 et 500 000 emplois créés ou sauvegardés.

Ces résultats, au demeurant divergents selon les méthodologies utilisées, ne peuvent être directement comparés à ceux présentés dans le présent article. En particulier, la démarche suivie n'a pas cherché à isoler

l'impact spécifique de telle ou telle mesure, mais à apprécier l'impact macro-économique global de l'ensemble des transformations qui ont affecté le financement de la protection sociale depuis 1990. Ainsi, lorsqu'elle propose une mesure de l'impact sur l'emploi de ces transformations, elle mobilise les propriétés de variantes macro-économiques élémentaires consistant en une baisse des cotisations sociales à la charge des employeurs qui ont un caractère général, portant sur l'ensemble des salaires, et non pas des simulations intégrant le ciblage des allègements de charges sociales sur les bas salaires, qui auraient sans doute conclu à un effet emploi plus important.

Cependant, il existerait une raison théorique de rapprocher ces évaluations différentes par leur nature. La théorie économique de l'incidence fiscale (Atkinson, Stiglitz, 1980) évoquée au commencement de cet article suggère que les effets de long terme d'une réforme du financement de la protection sociale peuvent être très différents de leur impact à court terme. Malinvaud (1998) construit ainsi un modèle macro-économique élémentaire, qui conclut à des conséquences de faible ampleur en termes d'emplois créés ou sauvegardés d'un allègement général des cotisations sociales à la charge des employeurs compensé par une hausse de la taxation des profits des entreprises. Dans ce modèle, le changement de la structure des prélèvements déséquilibre beaucoup plus le marché des capitaux, dont l'offre est très sensible aux rendements, que le marché du travail. C'est donc ce dernier qui doit supporter l'essentiel des ajustements en vue du retour à l'équilibre de l'économie, ce qui se traduit par des hausses des salaires qui annulent l'essentiel des gains liés à l'allègement des charges sociales. Seule une imperfection du marché du travail, comme la rigidité à la baisse des salaires au voisinage du salaire minimum, peut donner sens à ces allègements, à la condition qu'ils soient ciblés sur les bas salaires. Des travaux ultérieurs devraient donc s'attacher à déterminer la contribution spécifique des allègements de charges sur les bas salaires à l'évaluation des transformations du financement de la protection sociale depuis quinze ans élaborée dans le cadre de cet article. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ATKINSON A., STIGLITZ J., « Lectures on Public Economics », MacGraw Hill, 1980.
- BECHTEL J., « Les comptes de la protection sociale en 2003 », *Études et Résultats*, n° 345, Drees, octobre 2004.
- BECHTEL J., CAUSSAT L., HORUSITZKY P., LOISY C. « 20 ans de comptes de la protection sociale : une réropolation de 1981 à 2002 », *Drees, Études & Résultats*, n°278, 2003.
- CAUSSAT L., « Retraite et épargne : histoire d'un débat dans la littérature économique américaine », *Revue d'économie financière*, n° 23, hiver 1992.
- CAUSSAT L., GLAUDE M., « Dépenses médicales et couverture sociale », *Économie et Statistique*, n° 265, Insee, 1993.
- CHAUVIN V., DUPONT G., HEYER, E., PLANE M., TIMBEAU X., « Le modèle France de l'OFCE : la nouvelle version : e-mod.fr », *Revue de l'Observatoire français des conjonctures économiques*, n° 81, avril 2002.
- Dares, « Possibilités de modification de l'assiette des cotisations d'assurance chômage », *synthèse du groupe de travail État – partenaires sociaux*, novembre 1994.
- GROSCLAUDE J., MARCHESSOU Ph., « Droit fiscal général », Dalloz, 1999.
- GUBIAN A., « Avantages et inconvénients d'une modification de l'assiette des cotisations patronales », *Travail et Emploi*, n° 72, 1997.
- HORUSITZKY P., « L'évolution de la législation relative au financement de la protection sociale depuis 1980 », *Dossiers solidarité et santé*, n° 3, Drees, juillet - septembre 2005.
- LATTÈS G., VOLOVITCH P., « La protection sociale », *Insee Première*, n° 461, Insee, juin 1996.
- MALINVAUD, E., « Les cotisations sociales à la charge des employeurs », *rapport n° 9 du Conseil d'analyse économique*, La Documentation Française, 1998.
- RÉMY, V., « Éléments de bilan sur les travaux évaluant l'efficacité des allègements de cotisations sociales employeurs », *Document d'études*, n° 101, Dares, juillet 2005.
- VOLOVITCH, P., « Les ressources de la protection sociale », *document de travail*, n° 01 .03, Institut de Recherches Économiques et Sociales, juillet 2001.

DISPOSITIONS JURIDIQUES RELATIVES AUX PRINCIPAUX IMPÔTS ET TAXES AFFECTÉS AU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

Contribution sociale sur les bénéfices (CSB)

- *Mécanisme* :
Son taux est de 3,3%, appliqué sur le montant de l'IS (impôt sur les sociétés).
- *Exonération* :
Sont exonérées les entreprises dont l'IS est inférieur ou égal à 763 000 €, en plus des PME exclues par principe du champ de la CSB (sauf, entre autres, si leur chiffre d'affaires est supérieur ou égal à 7 630 000 €).
- *Paiement* :
Le versement de cet impôt s'effectue en quatre acomptes suivis d'une régularisation annuelle.

Contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS)

- *Mécanisme* :
 - Sont assujetties à ce prélèvement les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes est au moins égal à 760 000 € et dont la forme juridique peut être très variable : SA, SARL, EURL, sociétés en commandite, SNC, GIE, entreprises publiques ou sociétés nationales, organismes financiers (établissement de crédit, entreprises d'assurances), sociétés coopératives.
 - Le montant de la contribution due au titre d'une année donnée est fixé d'après le chiffre d'affaires hors taxes global (au taux de 0,16%) déclaré au cours de l'année civile précédente, après déduction de certaines taxes et droits indirects (pour les entreprises pétrolières, le montant des taxes intérieures de consommation qu'elles ont effectivement acquittées ; pour les fabricants de spiritueux, le montant du droit de consommation qu'ils ont la charge de verser eux-mêmes au Trésor ; pour les grossistes, le droit de consommation sur les alcools, le droit de circulation sur les vins et cidres, le droit spécifique sur les bières et certains alcools...).
 - Le montant est plafonné à 2,5% de la marge brute lorsque cette dernière ne dépasse pas elle-même 4% du CA hors taxes, pour, entre autres, les entreprises suivantes: entreprises de commerce international et intracommunautaire; de négoce en gros de combustibles et de commerce en détail de carburants ; les entreprises ayant leur activité de négoce en gros dans certains produits (céréales, semences, aliments pour bétail, viande, fruits, légumes, volailles, tabac...)
- *Paiement* :
La contribution est payable annuellement en deux versements égaux

La taxe sur les voitures de société

- *Mécanisme* :
Elle est calculée en fonction du nombre et de la puissance des véhicules possédés ou utilisés (1 130 € pour les voitures de 7 CV fiscaux et moins ; 2440 € pour celles de 8 cv fiscaux et plus). Les voitures concernées sont les voitures particulières (selon la classification de la « carte grise ») immatriculées en France, possédées ou utilisées par les sociétés ayant en France leur siège social ou un établissement.
- *Exonération* :
Les voitures de plus de dix ans d'âge sont exonérées, ainsi que celles fonctionnant au moyen de l'électricité, du gaz naturel ou du gaz de pétrole liquéfié.
- *Paiement* :
La taxe est acquittée trimestriellement.

La taxe générale sur les activités polluantes (TGAP)

• Mécanisme :

- S'agissant des déchets, la taxe est due par les exploitants d'installations de stockage de déchets ménagers et assimilés et par les exploitants d'installation d'élimination de déchets industriels spéciaux.
- La taxe est assise sur le poids des déchets reçus et son taux varie en fonction de leur nature (de 7,5 € la tonne à 18,29 € la tonne).
- S'agissant des émissions de substances polluantes dans l'atmosphère, la taxe est due par les propriétaires d'installations classées soumises à autorisation : installations de combustion dont la puissance thermique maximale est supérieure ou égale à 20 MW ; installations d'incinération d'ordures ménagères dont la capacité est supérieure à 3 tonnes par heure, etc...
- La taxe est assise sur le poids des substances émises dans l'atmosphère et son taux varie selon leur nature : de 38,11 € la tonne à 57,17 € la tonne.
- Pour les autres catégories, les assiettes sont les suivantes : logarithme décimal de la masse maximale de l'aéronef au décollage ; poids des lubrifiants ; poids des matériaux d'extraction ; poids des imprimés....

• Exonération :

Sont exonérées les installations d'élimination de déchets industriels spéciaux affectés à la valorisation comme matière et les installations d'élimination de déchets exclusivement affectés à l'amiante ciment. Les réceptions de matériaux ou de déchets inertes sont également exonérées dans la limite de 20% de la quantité annuelle totale de déchets reçus par une installation.

• Paiement :

La taxe est due en général annuellement en trois acomptes suivis d'une régularisation.

LES ENJEUX D'UNE MESURE DE LA PRODUCTIVITÉ HOSPITALIÈRE DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

Hervé LELEU, Benoit DERVAUX*, avec la collaboration de Frédéric BOUSQUET***

**Cresge/Labores/CNRS, Université catholique de Lille*

*** Haute autorité de santé/Drees*

La mesure d'un indicateur de productivité hospitalière renvoie à plusieurs problématiques qui ont trait à sa définition, à sa mesure, à son champ d'application et à son utilisation. Cet article tente de mettre en lumière les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière afin d'en dégager une méthodologie de mesure adaptée qui pourrait être utile à l'évaluation de l'impact économique de la tarification à l'activité. Une fois passés en revue les différents concepts de performance économique, les auteurs analysent de manière critique la mesure de la productivité propre au secteur hospitalier qui fait l'objet d'une discussion au travers de l'expérience américaine.

L'objectif économique qui sous-tend à la réforme de la tarification à l'activité (T2A) est l'amélioration de l'efficacité et de l'équité de l'allocation des ressources entre établissements hospitaliers. Il est donc primordial que sa mise en place s'accompagne d'une évaluation des effets sur la performance économique des établissements hospitaliers menée en parallèle avec celle sur la qualité et l'accès aux soins. Dans un article récent, Bousquet (2004) développe ces problématiques et discute les indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité. Il met en évidence deux approches complémentaires pour la mesure de l'amélioration de l'efficacité et de la productivité des établissements hospitaliers. La première est une approche gestionnaire, qui cherche à développer des indicateurs simples à produire et à collecter et regroupés dans des tableaux de bord pour aider au suivi régulier de l'évolution des coûts de production. La seconde approche est de nature économique. Elle vise principalement à mesurer l'évolution de la performance économique des établissements hospitaliers qui se décompose entre des effets volume liés à une amélioration de l'efficacité technique et de la productivité et des effets prix qui résultent principalement d'une adaptation de la gamme des activités aux incitants de la nouvelle échelle tarifaire. A ce titre, le suivi des effets de la T2A au travers d'indicateurs en valeur comme les revenus, les coûts ou encore les profits n'est pas suffisant si le véritable enjeu de la réforme repose essentiellement sur des gains en termes réels à savoir une augmentation de l'activité à ressources constantes ou le maintien de l'activité avec des ressources moindres. La productivité est donc un indicateur de performance économique à privilégier car elle mesure la performance en termes réels.

La mesure de la productivité hospitalière est également un enjeu dans l'évolution des tarifs des GHS. Si la mise en place de la T2A s'accompagne d'une période de transition pour maintenir les équilibres financiers des établissements par des ajustements tarifaires, une évolution des tarifs sera nécessaire pour mettre en œuvre le réel pouvoir incitatif d'un paiement prospectif. De plus, la convergence prévue entre les tarifs du secteur public et du secteur privé exercera également une pression à la baisse sur les tarifs des hôpitaux publics. A l'instar du programme *Medicare* aux États-Unis, la commission *MedPAC*¹ estime que l'ajustement des coûts doit également tenir compte des gains de productivité attendus au-delà de la prise en compte des seules variations de prix des inputs. La mesure de la productivité (observée ou attendue) devient donc un outil de régulation dans la fixation des tarifs.

Cependant, la mesure d'un indicateur de productivité hospitalière renvoie à plusieurs problématiques qui ont trait à sa définition, à sa mesure, à son champ d'application et à son utilisation. C'est l'ensemble de ces questions que nous traitons dans cet article pour tenter de mettre en lumière les réels enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière et d'en dégager une méthodologie de mesure adaptée qui pourrait être utile à l'évaluation de l'impact économique de la tarification à l'activité. Après avoir passé en revue les différents concepts de performance économique, nous proposons une analyse critique d'une mesure de la productivité propre au secteur hospitalier dont nous discutons ensuite les enjeux au travers de l'expérience américaine. Nous terminons par une discussion des approches méthodologiques et les perspectives ouvertes pour l'élaboration d'indicateurs de productivité hospitalière en France.

LES DIFFÉRENTS CONCEPTS POUR MESURER LA PERFORMANCE ÉCONOMIQUE

Le concept de productivité est à relier au concept plus général de performance économique mais n'en

fournit qu'un aspect partiel. Entendue comme le rapport de l'activité aux ressources, la productivité mesure la capacité d'une unité de production à transformer des ressources physiques en une production. Le terme de « productivité » nécessite quelques remarques préliminaires. Il s'agit d'un terme courant et largement utilisé dans le vocabulaire économique mais qui recouvre cependant un sens précis : la productivité se définit comme le rapport d'une production aux ressources engagées pour l'obtenir².

Or, si le terme « productivité » est couramment utilisé pour qualifier la performance économique d'une organisation, celle-ci relève de mécanismes complexes et imbriqués, reposant sur un comportement d'optimisation d'abord technique puis allocatif de la part d'un producteur. Le premier type de performance renvoie à l'utilisation minimale des quantités de ressources pour atteindre un objectif de production donné ; on parle alors d'efficacité technique et productive. Le second renvoie au choix des ressources et des activités en fonction de leur prix³ ; la performance est ici mesurée en terme d'efficacité allocative. Il apparaît clairement ici la distinction entre des effets volumes et des effets prix dont nous allons étudier les liens.

clarifier le concept de productivité en distinguant d'abord les efficacités technique et productive...

Tout d'abord, une mesure de performance en volume repose sur deux concepts : l'efficacité technique et l'efficacité productive (encadré 1). L'efficacité technique se définit comme la minimisation des quantités de ressources nécessaires pour obtenir une production donnée ou de façon équivalente comme la maximisation du niveau de l'activité pour des quantités de ressources fixées. L'efficacité technique est une notion minimaliste de l'efficacité qui ne préjuge pas de la taille à laquelle on produit, ni du choix du mix de ressources ou d'activités. Un petit établissement comme un grand établissement peuvent être tout autant techniquement efficaces s'ils ne gaspillent pas leurs ressources.

1 - *Medicare Payment Advisory Commission.*

2 - Le terme « production », ou « output » en anglais, désigne en général un ensemble de biens et/ou de services produits qui peuvent être des quantités physiques mais aussi des activités ou des services plus immatériels alors que le terme « ressources engagées » ou encore « facteurs de production » ou « inputs » en anglais, désigne le travail, le capital technique, les capitaux engagés, les consommations intermédiaires ainsi que des facteurs également plus immatériels comme le savoir-faire capitalisé ou l'utilisation de brevets.

3 - Evidemment, ce choix optimal en fonction du prix n'a de sens que si certains facteurs de production sont substituables. De même, l'efficacité allocative du côté de la production n'a de sens que si un établissement hospitalier possède une marge de manœuvre dans le choix de sa gamme d'activités.

L'efficacité productive ajoute à l'efficacité technique la notion de taille optimale de production et prend donc en compte les rendements d'échelle liés à la production⁴. C'est ce concept qui correspond, stricto sensu, le mieux à la définition de la productivité. Il se définit comme le ratio de la production aux ressources utilisées (un rendement global en quelque sorte) et conduit naturellement à privilégier par rapport à tous les plans de production techniquement efficaces, celui qui maximise le ratio de productivité. Si un petit établissement bénéficie de rendements d'échelle croissants, il a tout intérêt à augmenter sa taille puisque son activité augmentera plus que proportionnellement à l'augmentation de ses ressources. Il peut donc améliorer son ratio activité/ressources et augmenter sa productivité. A l'inverse, un établissement de grande taille en situation de rendements d'échelle décroissants aurait tout intérêt à diminuer sa taille pour augmenter sa productivité pour des raisons parfaitement symétriques. La taille optimale, définie par une productivité maximale, est donc la taille correspondant à des rendements d'échelle constants.

Il est important de noter que l'efficacité technique et la productivité sont des diagnostics différenciés lorsque l'on ne contrôle pas la taille des établissements dans les comparaisons. Un établissement hospitalier peut être plus techniquement efficace mais moins productif qu'un autre et inversement. Ceci peut se produire si l'on compare des établissements de tailles différentes pour lesquels on ne maîtrise pas les effets d'échelle. Par contre, pour des établissements de même taille, un établissement plus productif est nécessairement plus efficace techniquement.

Dans une comparaison temporelle, les différences de productivité peuvent provenir du progrès technique si les techniques de production ont évolué au cours du temps. C'est même parfois la définition que l'on donne à la productivité comme étant une mesure du progrès technique (cf. Fourastier, 1973). Cependant, comme nous venons de le mettre en évidence, des effets d'efficacité technique et d'échelle peuvent également intervenir dans le temps en dehors de toute évolution du progrès technique. Une amélioration de la productivité peut, par exemple, être mesurée à l'occasion d'une

réallocation des ressources dans le processus de production (gains en efficacité technique), ou bien en se rapprochant de la taille optimale (amélioration de l'efficacité d'échelle), ou encore au travers des deux. Il est donc important de pouvoir décomposer des gains ou des pertes de productivité entre ces trois composantes : effet d'efficacité technique, effet d'échelle et effet progrès technique.

... et le concept d'efficacité allocative

Le second type de performance renvoie à l'efficacité allocative comme choix optimal des facteurs de production et de la gamme d'activité en fonction des prix relatifs des facteurs et des produits. Dans le cadre de l'économie marchande, l'objectif poursuivi ici serait alors la minimisation des coûts de production, la maximisation du revenu ou encore la maximisation du profit. Dans le cadre de l'hôpital, cette dernière notion peut être comprise comme la différence entre les revenus tirés de son activité et ses coûts. Cette seconde phase d'optimisation est directement compatible avec la notion d'efficacité technique en ce sens que pour minimiser le coût de production ou maximiser le revenu, il est nécessaire d'être techniquement efficace. Ici encore, l'argument est très intuitif car si on peut réduire les ressources tout en maintenant le niveau de production constant (définition de l'inefficacité technique) alors cela conduit nécessairement à réduire son coût de production ou d'un autre côté, si on peut augmenter son activité à ressources constantes alors nécessairement le profit augmente.

Par contre, l'efficacité allocative et l'efficacité productive ne sont pas des concepts aussi parfaitement reliés en ce sens qu'un producteur peut trouver plus simple, et finalement économiquement satisfaisant, de modifier sa gamme de produits et de services sans pour autant faire des efforts considérables pour minimiser ses coûts. Un établissement peut avoir intérêt à augmenter sa taille pour augmenter davantage son « profit », alors que ce faisant il diminue sa productivité. L'argument intuitif est que même si la productivité diminue, toute production supplémentaire est profitable tant que le revenu associé reste supérieur au coût associé.

5 - Les rendements d'échelle sont simplement la transposition de la notion (mieux connue) d'économies d'échelle aux quantités de ressources plutôt qu'à leur coût. On parle d'économies d'échelle si le coût moyen de production diminue lorsque la taille de l'établissement augmente et de déséconomies d'échelle dans le cas contraire. On parle donc de rendements d'échelle croissants si la production augmente plus que proportionnellement aux ressources lorsqu'on augmente la taille de l'établissement et de rendements d'échelle décroissants dans le cas contraire. Dans le cas d'une stricte proportionnalité entre augmentation des ressources et augmentation de la production, on parle de rendements d'échelle constants.

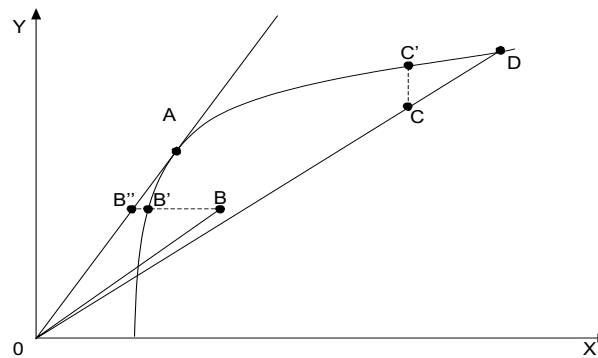
ENCADRÉ 1 ●

LES MESURES D'EFFICACITÉ ET DE PRODUCTIVITÉ

La première figure illustre les mesures de productivité, d'efficacité technique et d'efficacité d'échelle dans le cadre d'une technologie de production mono-produit/mono-facteur. Toute production réalisable est caractérisée par un couple de coordonnées dans l'espace production/ressource (X représente la consommation factorielle et Y le niveau de production). L'ensemble des plans de production, comme le point A , B' , C' ou D , qui maximisent le niveau d'output pour un niveau d'input donné forment la frontière de production. Un plan de production qui se situe à l'intérieur de l'ensemble de production est inefficace car il peut, à dotation factorielle constante, augmenter son niveau d'output (point C) ou, à production inchangée, diminuer son utilisation de l'input (point B). Une mesure de son inefficacité est donnée par une fonction distance qui mesure l'écart entre l'observation inefficace et une observation de référence qui se situe sur la frontière des meilleures pratiques.

Les rendements d'échelle sont croissants jusqu'au point A , constants en A et décroissants par la suite. La productivité se mesure simplement comme la pente de la demi droite reliant l'origine à tout point de l'ensemble de production. La productivité est donc maximale au point A . Le plan de production B est clairement techniquement inefficace (distance de B à B'). Cependant, même en réduisant sa consommation de facteur pour se situer en B' , il peut encore augmenter sa productivité en référence au point A : c'est ce que mesure l'efficacité d'échelle (distance de B' à B''). L'inefficacité productive résulte de la combinaison de ces deux types d'inefficacités (distance de B à B''), elle s'interprète aussi comme la mesure de l'efficacité technique en rendements d'échelle constants où la frontière serait formée de la droite passant par l'origine et le point A .

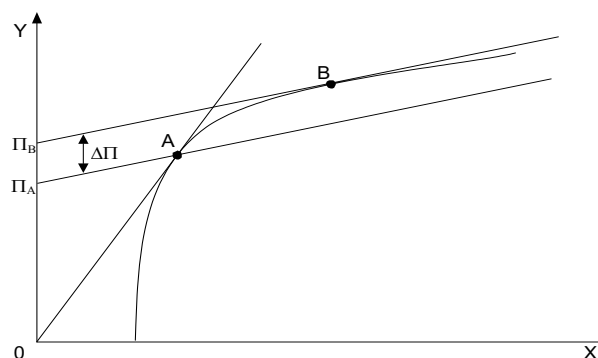
Figure 1 • mesure de la productivité, de l'efficacité technique et de l'efficacité d'échelle



La figure 1 illustre également la distinction entre les concepts d'efficacité technique et de productivité. Contrairement aux entités B et C , les entités A et D sont efficaces car elles se situent sur la frontière de production. La productivité de chaque entité est mesurée par la pente des demi-droites OA , OB , OC et OD (rapport output/input). Trois cas de figure démontrent la distinction entre efficacité technique et productivité : l'entité D est moins productive que l'entité B mais s'avère plus efficace ; les entités C et D possèdent la même productivité mais, contrairement à C , D est efficace ; les entités A et D sont toutes deux techniquement efficaces mais A est caractérisée par une productivité plus élevée.

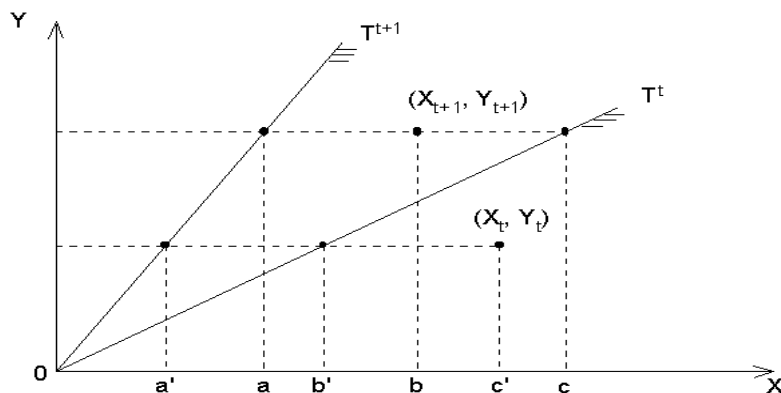
En intégrant respectivement les prix des facteurs et les prix des produits dans l'analyse, nous pouvons définir le concept d'efficacité allocative qui est illustré sur la figure 2. Le point A qui est techniquement efficace est aussi le point où la productivité est maximale. Cependant, étant donné les prix du facteur et du produit, son profit (Π_A) n'est pas maximum et il pourrait l'augmenter de $\Delta \Pi$ qui est une mesure de son inefficacité allocative. Bien que n'ayant pas la productivité maximale, le point B possède le mix input/output le mieux adapté aux prix relatifs et génère le profit maximum (Π_B).

Figure 2 • distinction entre productivité et efficacité allocative



Finalemment, la figure 3 illustre le calcul de la productivité totale et sa décomposition en une mesure de gains d'efficacité et de variation du progrès technique. La technologie de production est représentée à deux dates différentes (en t et en $t+1$) auxquelles sont associées deux frontières de production (en rendements d'échelle constants). Considérant les deux plans de production d'une même observation aux deux dates, (X_t, Y_t) et (X_{t+1}, Y_{t+1}) , il est clair que la productivité totale a augmenté puisque la pente de la demi droite $[0, (X_{t+1}, Y_{t+1})]$ est plus grande que celle de $[0, (X_t, Y_t)]$. Le rapport output/input a donc augmenté au cours de la période pour l'observation considérée. Cependant, ce gain de productivité a deux composantes. D'une part comme l'observation est inefficace en chaque période, (X_t, Y_t) et (X_{t+1}, Y_{t+1}) ne se situent pas sur les frontières respectives en t et en $t+1$ et le plan de production a pu augmenter ou diminuer son inefficacité au cours de la période. D'autre part, la frontière de production a également pu se déplacer au cours de la période (c'est le cas ici) mais elle aurait très bien pu être la même (pas de changement technologique, pas de progrès technique). Il est donc clair que deux facteurs jouent sur les gains de productivité de l'observation considérée. L'un est le progrès technique (ou éventuellement une régression technique) qui peut se mesurer comme le déplacement de la frontière des meilleures pratiques ; l'autre facteur étant les variations d'efficacité sur la période considérée. Dans le cas présent, on peut considérer que l'observation n'a pas augmenté son efficacité mais que la frontière s'est déplacée, ce déplacement étant attribué au progrès technique.

Figure 3 • mesure des gains de productivité et décomposition en gains d'efficacité et progrès technique



LES ENJEUX D'UNE MESURE DE LA PRODUCTIVITÉ DANS LE CADRE DE LA RÉFORME DE LA T2A

l'insuffisance du seul suivi des coûts

Revenant à l'évaluation des effets de la T2A, toute mesure au travers des revenus, des coûts, des profits ou encore de la valeur ajoutée des établissements doit pouvoir être décomposée en un effet prix et un effet volume. Ainsi qu'il l'a été souligné plus haut, les établissements vont être confrontés à une double stratégie : maximiser leurs revenus et / ou minimiser leurs coûts. Ils se trouvent donc dorénavant dans une situation assimilable à celle de la recherche de profit. Ce dernier pourra provenir d'une part, d'une modification du prix des ressources ou du tarif des GHS et de l'adaptation de la gamme d'activité associée (effet prix) ou d'autre part, d'un gain ou d'une perte de productivité (effet volume). Ces deux effets pouvant aller dans le même sens ou en sens contraire, il est primordial de pouvoir les dissocier pour mesurer

l'impact réel de la T2A sur la performance des établissements. Ainsi, il n'est pas invraisemblable que, malgré le passage à la T2A, le coût moyen par GHM ne cesse d'augmenter dans le temps (via une augmentation régulière du coût du travail ou du capital) alors que la productivité des établissements (augmentation de l'activité à ressources constantes) se soit améliorée. Un des enjeux principaux de l'évaluation de l'impact de la T2A sur la performance des établissements est donc une mesure des gains de productivité des établissements entendue comme une mesure de la performance en termes réels.

Un second argument pour compléter le simple suivi de la réforme au travers d'indicateurs de gestion comme l'évolution du coût par GHM, le coût du personnel par ICR de bloc de chirurgie ou le coût pour un certain type d'examen est la vision partielle qu'apporte ces indicateurs spécifiques. Toute variation d'un indicateur de productivité partielle omet la variation des autres activités et/ou des autres facteurs de production empêchant ainsi une comparaison « toute chose égale par ailleurs ». À l'inverse, un indicateur de productivité globale

permet de contrôler l'ensemble des variations et facilite donc les comparaisons entre établissements ou les comparaisons dans le temps.

quel type d'incitation veut-on précisément mettre en œuvre ?

Les différentes expériences de mise en place de systèmes de paiement prospectif dans les pays étrangers montrent que plus ou moins explicitement, les deux principaux objectifs poursuivis étaient soit la maîtrise des dépenses hospitalières en créant une incitation forte à la réduction ou à la maîtrise des coûts, soit l'augmentation de l'activité pour réduire les files d'attente (objectif principalement présents dans les pays nordiques). Dans les deux cas, l'objectif d'efficacité productive prime donc sur l'objectif d'efficacité allocative. Cependant, il ne faut pas négliger l'impact d'un changement de financement sur le comportement des agents économiques et la réaction des hôpitaux face à un paiement prospectif peut les amener, au-delà d'une recherche de minimisation des coûts, à modifier leur gamme d'activités ou à développer des stratégies pour optimiser le financement. A cet égard, l'expérience américaine montre que la rentabilité des hôpitaux n'a pas été affectée par la mise en œuvre du PPS durant une bonne décennie et cet indicateur d'efficacité économique ne traduit pas seulement les efforts des établissements sur les coûts, mais aussi une adaptation des méthodes de codage (pur effet prix) et une adaptation de leur case-mix (efficacité allocative).

Concrètement, la T2A incite à développer des stratégies d'optimisation qui portent à la fois sur les coûts et les revenus des établissements. Du côté des coûts, leurs leviers d'action sont essentiellement liés à des gains potentiels en productivité car leur contrôle sur le prix des facteurs (essentiellement le travail) est relativement limité alors qu'ils gèrent plus librement l'organisation et le degré d'utilisation de leurs ressources. Du côté de leurs revenus, bien que là encore leur pouvoir de décision et d'action sur les tarifs des GHS est relativement limité, les établissements peuvent modifier le choix de leur gamme d'activités ou développer des stratégies d'optimisation du financement (encadré 2).

Au final, l'impact sur les dépenses d'assurance maladie peut être très différent selon les stratégies développées préférentiellement par les établissements. Si les incitations créées par la T2A ne sont pas clairement orientées vers la minimisation des coûts, les établissements pourraient trouver plus confortables de privilégier des stratégies visant plutôt la maximisation de leurs revenus (optimisation du

codage, spécialisation sur les activités les mieux rémunérées, sélection adaptée de la patientèle...). Dans ce cas, les dépenses de santé croîtraient inmanquablement.

la productivité comme outil de régulation : l'exemple américain

Chaque année, l'ajustement des tarifs de *Medicare* est décidé par le Congrès sur recommandations de l'administration des services de *Medicare* et *Medicaid*, la CMS (*Centers for Medicare & Medicaid Services*) et de la *Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC)* qui est une structure autonome, chargée de l'évaluation du système de financement. A cet égard, la CMS et la *MedPAC* doivent estimer une actualisation de la valeur des tarifs de *Medicare* en fonction des variations de coût de production attendues pour l'année suivante. Pour chaque secteur d'hospitalisation, la commission CMS passe en revue chaque année les facteurs qui sont susceptibles de modifier les coûts de production des hôpitaux. Un des facteurs principaux est naturellement la variation du prix des inputs. Pour les hôpitaux, un indice de prix, le « CMS price index », est actualisé en fonction de l'augmentation attendue du prix des inputs mesurée au travers d'un indice national de prix pour le secteur industriel, appelé le « *Market Basket Index* ». Pour les honoraires médicaux, un indice spécifique, le « *Medicare Economic Index* », est utilisé. L'ajustement annuel de ces deux indices permet de tenir compte de l'augmentation attendue des coûts de production à quantité, qualité et mix d'input inchangés.

La commission *MedPAC* estime que l'ajustement des coûts doit également tenir compte des gains de productivité attendus au-delà de la prise en compte des seules variations de prix des inputs. Ces gains de productivité attendus sont établis au travers d'un indicateur multifacteurs, révisé annuellement, et qui intègre des facteurs d'ajustement liés ou non au travail. En effet, si les honoraires médicaux constituent la majeure partie des coûts, les inputs en capital incluant les locaux, le matériel médical et les équipements sont également importants à prendre en considération. C'est pourquoi, la Commission *MedPAC* recommandait dès 2002 qu'un indicateur de productivité multifacteurs soit révisé chaque année pour l'ajustement de la valeur des tarifs de *Medicare*. La commission justifie son approche en reliant les attentes en termes d'efficacité économique du programme *Medicare* aux gains de productivité effectivement réalisés par les firmes et les travailleurs qui le financent. Selon *MedPAC*, la

concurrence exige constamment d'augmenter sa productivité et réduit les coûts des autres acteurs du marché. Par conséquent, en acheteur prudent et avisé, *Medicare* doit aussi exiger des hôpitaux et des médecins des gains de productivité chaque année. La commission *MedPAC* insiste sur le fait que dans leurs recommandations au Congrès, le taux cible fixé pour les gains de productivité doit être considéré comme un objectif de politique économique et non comme une simple estimation empirique. Le fait que les hôpitaux parviennent ou non à atteindre ce taux cible sera considéré pour la

révision des paiements des prochaines années.

Le taux de croissance de la productivité étant le rapport des taux de croissance de l'activité et des inputs en termes réels, sa mesure demande des informations détaillées sur le personnel, le capital et les autres facteurs de production ainsi que sur le volume, la qualité et le mix des activités. La commission *MedPAC* jugeant que ces données ne sont pas, en général, toutes disponibles, elle a adopté en 2002 un taux cible de 0,5 %. Cet objectif de productivité fixé par *MedPAC* est une moyenne, calculée sur 10 années, du taux de croissance de l'indicateur de

ENCADRÉ 2 ●

LES ENJEUX D'UNE MESURE DE LA PRODUCTIVITÉ HOSPITALIÈRE : L'EXEMPLE AMÉRICAIN

les effets du PPS aux États-Unis

La tarification à l'activité a été introduite aux États-Unis en 1983 au sein du programme d'hospitalisation de Medicare, alors que les coûts de ce dernier avaient été multipliés par 11 depuis son introduction en 1966. Jusqu'alors, le système Medicare était fondé sur un mode de remboursement des coûts constatés qui ne créait aucune incitation à la limitation des coûts ou à l'amélioration de la productivité des établissements hospitaliers. Pour contrecarrer cette forte augmentation des coûts, un mode de financement basé sur un paiement prospectif (Prospective Payment System, PPS) a été introduit en 1983. Durant les premières années, les effets du paiement prospectif ne se sont pas traduits par une baisse du taux de croissance des dépenses totales du programme Medicare. L'introduction du PPS a entraîné deux effets contraires : d'une part, le taux de croissance des dépenses liées aux services d'hospitalisation complète a diminué (passant de 9,1% les six années précédant la réforme à 2,5% pour les six années postérieures à la réforme) ; d'autre part, les dépenses liées aux hospitalisations de jour, à la chirurgie ambulatoire et aux consultations externes ont augmenté. En fait, les hôpitaux ont substitué une partie de leur activité sous paiement prospectif vers des modes de prise en charge encore remboursés sous un régime de paiement à l'acte. En conséquence, la marge financière des hôpitaux n'a pas été globalement affectée. C'est seulement en 1997, lorsque la réforme du « Balanced Budget Act » a radicalement diminué le niveau de remboursement des groupes homogènes de séjour (DRGs), que la marge financière des hôpitaux a commencé à se réduire sensiblement.

Le faible impact constaté du paiement prospectif sur les dépenses hospitalières américaines entre 1983 et 1997 peut s'expliquer en partie par deux types de phénomènes. Le premier a trait au souci d'équité entre hôpitaux dans le financement de leur activité et donc à la prise en compte de facteurs d'ajustements du tarif de base associé aux groupes homogènes de séjour (DRG) en fonction de certaines caractéristiques des établissements, de l'environnement socio-économique et du type de patients traités. Le second résulte de la réaction des hôpitaux face à la réforme de leur mode de financement. L'introduction du paiement prospectif a généré des modifications de comportement des médecins et des gestionnaires hospitaliers pour maintenir leur marge financière. Dès l'introduction du PPS, un certain nombre d'ajustements au tarif des DRG a été mis en place via des paiements additionnels : pour tenir compte des disparités de salaires entre régions, pour des patients requérant des soins largement plus coûteux que la moyenne (outliers), pour les hôpitaux ayant une activité d'enseignement, pour les hôpitaux traitant un nombre important de patients démunis et pour les hôpitaux ruraux (soit qu'ils sont seuls au sein d'une région donnée, soit qu'ils sont un centre référent qui offre des soins spécialisés, soit que plus de 60% de leurs patients appartiennent au programme Medicare). Ces ajustements peuvent avoir un impact majeur sur le financement des activités des hôpitaux. Ainsi, pour les hôpitaux hors enseignement, ils représentent en moyenne près de 10% de leur revenu issu de Medicare. Pour les hôpitaux urbains qui font de l'enseignement et accueillent beaucoup de patients démunis, près d'un tiers de leur revenu issu de Medicare est associé à ces paiements additionnels.

L'introduction du PPS a également modifié le comportement des hôpitaux et des médecins, changements s'expliquant parfaitement par les nouveaux incitants économiques de la réforme, d'autres étant plus inattendus. Nous les résumons brièvement : diminution de la durée de séjour, surcodage des diagnostics patient (DRG creep), sélection des patients (cream skimming), sélection des procédures et spécialisation des hôpitaux dans les DRG lucratifs, sélection des médecins économes en ressources et en durée de séjour (economic credentialing of physicians), substitution des patients vers des structures en dehors du PPS (centres de chirurgie ambulatoire, externalisation des activités radiologiques...) et transfert plus rapide vers des structures de moyen et de long séjour (embauche de travailleurs sociaux pour faciliter les transferts, acquisition de structures de SSR et de maisons de retraite)

débat récent autour de la mesure d'un indicateur de productivité hospitalière

En janvier 2004, dans une lettre adressée à la commission MedPAC, l'AHA (American Hospital Association) a critiqué l'utilisation de l'indicateur de productivité proposé par MedPAC. L'AHA estime que les membres de la commission ne fournissent aucune justification quant à l'adéquation de cette mesure de productivité au secteur hospitalier ni à la pertinence du niveau mesuré (0,9 % pour 2005). L'AHA s'appuie sur

un travail récent de Lichtenberg (2003) qui tend à montrer que le taux de croissance de la productivité dans le secteur hospitalier est plus de deux fois moindre que dans le reste de l'économie. Si donc la commission MedPAC utilise le chiffre de 0,9% comme mesure de la productivité totale pour l'ensemble de l'économie, la productivité globale hospitalière devrait se situer aux alentours de 0,4%. En l'absence d'analyses spécifiques de la commission MedPAC sur une mesure de la productivité hospitalière, l'AHA demande le retrait pur et simple de l'objectif affiché d'un gain de productivité de 0,9% pour l'année 2005.

La commission MedPAC a répondu à la critique de l'AHA en rappelant quelques grandes lignes qui gouvernent à leur volonté d'utiliser un indicateur de productivité dans la mise à jour des tarifs du PPS : les tarifs de Medicare doivent être fixés de manière à assurer au financeur les bénéfices liés aux gains de productivité des hôpitaux tout comme les consommateurs de biens bénéficient des gains de productivité des fournisseurs au travers de la baisse des prix ; la commission MedPAC attend du secteur hospitalier des gains de productivité du même ordre que ceux réalisés par les firmes et les travailleurs qui paient les cotisations et les impôts servant à financer le programme Medicare ; lorsqu'il est inclus dans les recommandations au Congrès, le facteur de productivité est un objectif politique et non une estimation empirique. Cependant, si les hôpitaux n'atteignent pas cet objectif alors cela apparaîtra dans les analyses annuelles de la commission sur l'adéquation entre les paiements attendus une année et les paiements réalisés l'année suivante.

La commission MedPAC émet également quelques réserves méthodologiques sur le travail de Lichtenberg que l'on peut résumer en six points : (1) Les tendances observées par Lichtenberg dans la croissance de la productivité hospitalière ne sont pas en adéquation avec l'évolution constatée du secteur hospitalier américain. Alors que la productivité est en forte croissance en 2001 (+2,9%) d'après Lichtenberg, MedPAC constate que l'augmentation des coûts hospitaliers a été très importante cette même année. De plus, Lichtenberg ne trouve pas d'augmentation sensible de la productivité au début des années 90 alors que ces années ont été marquées par une forte diminution des durées de séjour. (2) Lichtenberg estime la croissance de la productivité en déflétant les dépenses hospitalières par un indice de prix. Or, le recours à un déflateur en termes de prix ne permet pas de prendre en compte l'évolution de la qualité des services rendus, ce qui amène une surestimation de la croissance des prix et donc à une sous-estimation des gains de productivité [Newhouse (2001)]. (3) Le secteur hospitalier est un secteur dans lequel beaucoup des prix sont administrés, notamment au travers des programmes Medicare et Medicaid. La croissance des dépenses hospitalières peut donc ne pas aussi bien refléter les variations réelles des ressources utilisées que dans des secteurs plus concurrentiels. En utilisant un indicateur de productivité pour l'économie toute entière, la commission évite un problème de circularité qui consiste à mesurer les revenus des hôpitaux qui sont très liés aux revenus issus de Medicare pour ensuite utiliser ces données pour fixer les tarifs de Medicare. (4) L'argumentation de Lichtenberg tourne beaucoup autour du fait que les secteurs industriels intensifs en travail possèdent une productivité moindre que ceux plus intensifs en capital et que le secteur hospitalier est un secteur intensif en travail. Cependant, les chiffres qu'il utilise valent pour le secteur de la santé en général et ne sont pas spécifiques au secteur hospitalier dont l'intensité en facteur travail se rapproche davantage de celle des autres secteurs industriels. (5) De plus, même si l'intensité du facteur travail est plus élevée dans le secteur hospitalier, ce dernier se caractérise par une forte valeur en capital humain qui favorise des gains de productivité plus importants que dans les autres secteurs. (6) Finalement, Lichtenberg argumente que le secteur hospitalier investit moins que le reste de l'économie en recherche et développement (R&D). C'est mal connaître le fonctionnement du système qui fait que les dépenses de R&D sont principalement prises en charge par des partenaires extérieurs au secteur (écoles médicales, gouvernement fédéral au travers des Instituts Nationaux de Santé, firmes pharmaceutiques ou fournisseurs de matériel médical).

productivité multifacteurs de l'économie toute entière produit par le Bureau des Statistiques du Travail (*U.S. Bureau Bureau of Labor Statistics*). Dans son dernier rapport au Congrès en 2004⁵, la commission se donne la volonté de mener une politique incitative et a inclus un ajustement lié aux gains de productivité attendus dans son évaluation de la variation globale des coûts de production pour l'année 2005. En 2004, le taux de croissance de la productivité est estimé à 0,9%. Ainsi, pour le paiement des honoraires médicaux en 2005, la commission *MedPAC* propose un ajustement de -0,9% du taux de croissance global des dépenses attendu (3,4%) pour inciter à des gains de productivité. Elle préconise donc un taux de croissance final des honoraires médicaux de 2,5%. A l'inverse, pour l'ajuste-

ment des coûts des séjours en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour, la commission *MedPAC* a décidé pour 2005 de suspendre temporairement l'effet net de l'augmentation prévue de la productivité. Cette décision repose sur le fait qu'actuellement l'incertitude est grande concernant les variations de coûts attendues à l'hôpital et sur le volume des paiements de *Medicare*. Cependant, la commission rappelle que cette suspension provisoire ne signifie pas qu'elle abandonne sa politique d'incitation à la réduction des coûts. L'inclusion d'un objectif en termes de gains de productivité maintient une pression sur les hôpitaux pour contrôler leurs coûts, ce qui renforce les incitations à l'efficacité inhérentes à tout système de paiement prospectif.

5 - *Medicare Payment Advisory Commission, 2004. Report to the Congress : Medicare payment policy, Chapter 3 : Assessing payment adequacy and updating payments in fee-for-service Medicare.* Washington. March, page 60.

La question de la nécessité d'une mesure de productivité spécifique au secteur hospitalier n'est donc pas tranchée. Si un indicateur de productivité est utilisé comme un outil de régulation pour fixer des objectifs aux établissements hospitaliers, alors l'utilisation d'un indicateur de productivité non spécifique peut se justifier. A l'inverse, pour mesurer l'impact de la réforme T2A sur la performance économique des établissements hospitaliers, il semble nécessaire d'élaborer un indicateur de productivité spécifique au secteur. Dans tous les cas, la littérature sur la comparaison d'un indicateur de productivité totale dans le secteur hospitalier et dans le reste de l'économie fait défaut. Le travail de Lichtenberg (2003, encadré 3) est une première étape dans la construction d'un indicateur de productivité spécifique au secteur hospitalier mais dont la principale limite repose sur le fait qu'il est un indicateur de la productivité du travail et non un indicateur de productivité globale. Il serait intéressant de vérifier les arguments avancés par Lichtenberg en comparant des mesures de productivité globale dans le secteur hospitalier par rapport au reste de l'économie.

l'évaluation du financement prospectif des hôpitaux à l'étranger : brève revue de littérature

En Europe de l'ouest, de nombreux pays (Allemagne, Autriche, Belgique, France, Finlande, Irlande, Italie, Norvège, Portugal, Espagne et Suède) ont opté, durant les années 1990, pour un financement mixte du secteur hospitalier public alliant un budget global avec un financement prospectif à l'activité. Dans ces pays, un certain nombre d'études démontre les bénéfices de l'introduction de la tarification à l'activité sur l'efficacité des hôpitaux et la réduction des coûts.

En Suède, Gerdtam et al. (1999) estiment à environ 13% la diminution des coûts des hôpitaux dans les comtés ayant introduit un financement à l'activité en 1993 et 1994. Après avoir estimé l'inefficacité-coût par une approche non paramétrique (de type Data *Envelopment Analysis*), ces auteurs ont utilisé des outils économétriques pour mesurer l'effet de différentes variables, dont la présence d'un paiement à l'activité, sur la réduction des coûts. De son côté, Håkansson (2000) trouve que le seul comté de Stockholm a connu, lors de la première année suivant la mise en place de la réforme en 1992, une augmentation de 8% du nombre des hospitalisations, une augmentation de 50% du nombre de journées de chirurgie et une augmentation de 15% du nombre de consultations externes, ce qui au total représente une

croissance de l'activité de 11% après le passage à la tarification à l'activité. De plus, en dépit de ce regain d'activité, le coût total a diminué de 1%, diminution qui provient essentiellement d'une baisse du nombre de personnels hospitaliers après une réduction de 10 % des tarifs des GHS au début de l'année 1992. Cependant, le comté a connu par la suite des problèmes de financement des soins de santé liés à la forte croissance de l'activité (avec un déficit budgétaire de 4% en 1994). Malgré tout, Håkansson (2000) conclut à une augmentation plus forte de la production et de la productivité au sein des comtés qui ont opté pour un financement prospectif à l'activité. En utilisant des indices de productivité agrégés (ratio du nombre total de séjours pondérés par la valeur des GHM et du coût total de la prise en charge), il montre que, sur la période 1990-1993, les gains de productivité de cinq comtés sur six ont été supérieurs à 10% alors qu'ils avoisinaient 2,5% dans le groupe contrôle. Il est également notable que cette forte croissance de la productivité s'est produite sans qu'une diminution perceptible de la qualité ou de l'accès aux soins n'ait été mesurée. D'après Håkansson (2000), il ne semble pas que la diminution de la durée de séjour consécutive à l'introduction de la tarification à l'activité ait eut un impact sur le taux de réadmission des patients hospitalisés ou que les personnes âgées aient subis une quelconque discrimination. A cet égard, Svensson et Garelus (1994) n'ont trouvé quant à eux aucune évidence à ce que les hôpitaux sous financement à l'activité fournissent des soins aux cas les plus simples ou aux cas les plus profitables (cité dans Håkansson, 2000).

Des effets bénéfiques similaires ont également été trouvés dans d'autres pays européens comme l'Italie, la Norvège, la Finlande, l'Autriche ou le Portugal. Aparo et al. (1999) estiment qu'en Italie entre 1994 et 1998 la réduction du coût par patient consécutive au passage à la tarification à l'activité s'établit à 31,5 % (-26,2 % la première année, -15,6% la seconde puis un retour à une augmentation du coût de l'ordre de 5% les deux années suivantes). Ils mettent également en évidence sur cette période de quatre ans une réduction de 58% de la durée de séjour et une augmentation de 62% de l'intensité des soins (mesurée par le niveau de ressource par jour d'hospitalisation). Aparo et al. (1999) notent l'absence de biais de sélection envers des patients plus légers. Au final, le système hospitalier italien a soigné deux fois plus de patients en 1998 qu'en 1994 malgré une diminution du nombre de lits en court séjour. Comme l'ont montré Louis et al. (1999) sur un échantillon de 32 hôpitaux italiens, cette augmentation est due en grande

partie à une forte substitution entre les hospitalisations complètes (réduction de 17% entre 1993 et 1996) et les hospitalisations de jour (augmentation de plus de 500% sur 4 ans).

En Norvège, l'introduction en 1997 d'un financement à l'activité, couvrant initialement 30% de la dépense par patient (puis 45% en 1998 et 50% en 1999) s'est accompagnée d'une augmentation annuelle de la productivité hospitalière. Sur la base d'un échantillon de 48 hôpitaux, Biorn et al. (2002) ont utilisé une approche DEA et des modèles économétriques sur données de panel pour mesurer les gains d'efficacité technique et d'efficacité allocative (efficacité coût) sur la période 1992-2000. Alors que

l'efficacité technique s'est améliorée après l'introduction de la tarification à l'activité, l'efficacité coût s'est dégradée contrairement aux prédictions théoriques des auteurs. Ils expliquent ce résultat par une augmentation du volume d'activité après la réforme (augmentation annuelle passant de 2% en moyenne entre 1992 et 1996 à 3,2% entre 1997 et 1999) qui a amélioré l'efficacité technique (plus d'activités à ressources constantes) et le revenu des hôpitaux mais sans engendrer d'effets incitatifs sur l'effort à la réduction des coûts. De plus, le surcroît d'activité a entraîné une augmentation du coût marginal des facteurs de productions (notamment pour le personnel) qui peut également expliquer l'augmentation du coût moyen. Biorn et al. (2002) concluent également à la forte hétérogénéité des réactions des hôpitaux face aux incitations de la réforme. Utilisant un modèle économétrique avec effets fixes pour contrôler les biais de sélection et l'hétérogénéité non observée, Kjerstad (2003) a montré que la réforme de la tarification à l'activité en Norvège a conduit les hôpitaux y adhérant à développer davantage leur volume d'activité notamment au travers du nombre de point ISA produits (encadré 4). L'estimation d'un indicateur de productivité de type Malmquist a également révélé des effets positifs de la tarification à l'activité sur la productivité des hôpitaux en Finlande (Linna, 2000), en Autriche (Sommersguter-Reichmann, 2000) et au Portugal (Dismuke et Sena, 1999)

Des études plus spécifiques sur des procédures chirurgicales montrent également un impact positif de la tarification à l'activité. L'étude de Clemmesen et Hansen (2003, cités dans Siciliani et Hurst, 2003) sur le suivi du coût de 18 procédures chirurgicales au Danemark en 2001 (année suivant la réforme) montre que le volume d'activité s'est accru de 13% et que le temps moyen d'attente a chuté de 17%, passant de 26 à 21 semaines. Cependant des effets indésirables comme le surcoût ont également été mis en évidence. En Israël, Shmueli et al. (2002) ont analysé cinq procédures (cholécystectomie, hystérectomie, remplacement de la hanche, opérations de la cataracte et chirurgie du cœur) avant et après la mise en place de la réforme de la tarification à l'activité en 1990 et ont constaté une baisse significative de la durée de séjour pour l'ensemble des procédures. La mortalité durant le séjour à l'hôpital et la mortalité à un an n'ont pas été modifiées, alors que le taux de réadmission à 60 jours a augmenté. Shmueli et al. (2002) ont également montré que les effets sur le revenu des hôpitaux sont contrastés selon le type de procédure. Le revenu lié aux opérations de la cataracte a fortement chuté (-44 %) après la réforme et

ENCADRÉ 4 ●

LES TRAVAUX RÉCENTS DE LICHTENBERG
AUX ÉTATS-UNIS

Dans un travail récent, Lichtenberg (2003) propose de comparer une mesure de la productivité pour l'économie toute entière fournie par le Bureau des Statistiques du Travail américain (U.S. Bureau of Labor Statistics [BLS]) et utilisée par la commission MedPAC pour fixer son objectif d'amélioration de la productivité à une mesure qui serait spécifique au secteur hospitalier. Pour cela, il utilise d'une part des données du Bureau d'Analyse Economique (U.S. Bureau of Economic Analysis [BEA]), une division du Département du Commerce qui publie des statistiques relatives à la production industrielle, détaillée par secteur, en dollars courant et constant ; l'un des secteurs étant le secteur hospitalier (code 806). D'autre part, il utilise des données annuelles publiées par l'AHA sur le nombre d'équivalents temps plein (ETP) travaillant dans le secteur hospitalier. Dès lors, il lui est possible de construire un indicateur de productivité du travail en rapportant le taux de croissance de l'activité au taux de croissance du facteur travail et de le comparer à celui fourni par le BLS. Comparant les deux indicateurs de productivité du travail, Lichtenberg conclut que la productivité hospitalière représente moins de la moitié de la productivité du secteur industriel (0,8% vs 1,8%).

Ces mesures se rapportant uniquement à une productivité partielle (productivité du travail), Lichtenberg tente d'étendre son raisonnement aux indicateurs de productivité totale. Il part du constat qu'un indicateur de productivité totale est toujours moindre qu'un indicateur de productivité partielle et il utilise un travail économétrique pour montrer que la relation entre ces deux indicateurs est de l'ordre de un pour deux : l'indicateur de productivité totale est égal à environ 50% de l'indicateur de productivité du travail. Au-delà de ce constat, Lichtenberg essaie de justifier cette différence de productivité entre le secteur hospitalier et l'économie en général par des arguments économiques. Il avance trois raisons principales qui expliqueraient cet écart : (1) forte intensité du facteur travail dans le secteur hospitalier et taille des établissements plus petite que dans le reste de l'économie, (2) faibles investissements en NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication) et (3) niveau plus bas des investissements en recherche et développement.

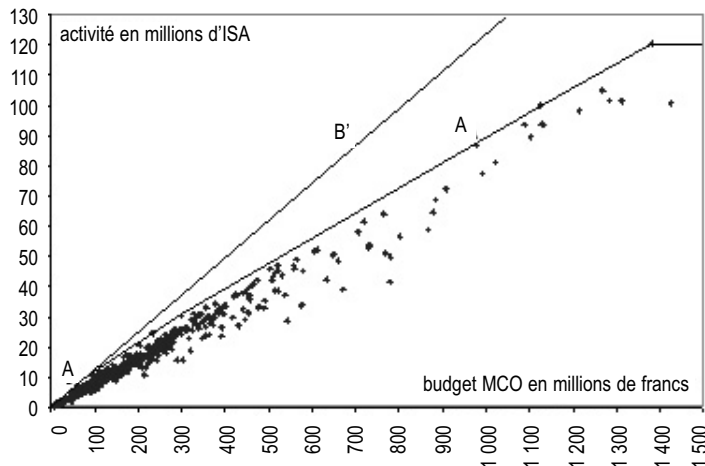
ENCADRÉ 4 ●

LA VALEUR DU POINT ISA
EST-ELLE UN INDICATEUR DE PRODUCTIVITÉ HOSPITALIÈRE ?

La valeur du point ISA (Indice Synthétique d'Activité) est un indicateur défini à partir du budget court séjour d'un établissement et une mesure de son activité. A chaque séjour classé dans un Groupe Homogène de Malade (GHM) correspond une valeur en points ISA définie par l'échelle nationale de coûts. L'activité court séjour d'un établissement peut donc être mesurée par la somme des points ISA associés à l'ensemble des séjours. La valeur du point ISA d'un établissement est donc calculée par le rapport entre le budget et le total des points ISA produits. Cet indicateur constitue un outil économique privilégié notamment dans les négociations budgétaires entre les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et les établissements hospitaliers, permettant de comparer la performance des hôpitaux entre eux ou d'analyser l'évolution de leur performance dans le temps. Mais, est-il réellement une mesure de la productivité des hôpitaux ? Rapportant les ressources d'un établissement à son activité, il peut s'interpréter comme un indicateur de productivité globale ou plus exactement comme l'inverse d'un indicateur de productivité puisque l'ensemble des ressources MCO figure au numérateur alors que l'ensemble des activités MCO est décrit au dénominateur. Cependant, il n'est pas calculé sur la base des quantités physiques des facteurs de production mais sur la base de leur coût. Mélangeant des effets prix et des effets volumes au numérateur, il ne peut pas se définir stricto sensu comme un indicateur de productivité. De plus, défini comme un rapport, il suppose implicitement des rendements d'échelle constants et la comparaison de la valeur du point ISA entre des établissements de taille très différente se trouve biaisée si il existe effectivement des économies ou des déséconomies d'échelle dans la production hospitalière.

Le graphique suivant, construit à partir des données de l'Analyse de Gestion Hospitalière Nationale (AGHN 1999), présente le budget MCO et le total des points ISA de 525 établissements hospitaliers français.

graphique • productivité et valeur du point ISA à partir des données de l'AGHN 1999



L'hôpital ayant la valeur du point ISA la plus faible est l'hôpital B pour lequel la productivité est la plus importante (la productivité mesurée comme le rapport entre le budget et le total des points ISA est simplement ici la pente de la demi-droite joignant l'origine à une observation quelconque). Bien que techniquement efficace, l'hôpital A souffre de la comparaison de la valeur de son point ISA par rapport à l'hôpital B car il apparaît clairement des déséconomies d'échelle au-delà d'une certaine taille en terme de budget MCO.

Même si la valeur du point ISA n'est pas stricto sensu un indicateur de productivité, elle constitue néanmoins un indicateur de performance économique si certaines précautions d'usage sont prises dans les comparaisons inter établissements ou inter temporelles. Cependant, sous un régime de tarification à l'activité, cet indicateur est vide de sens puisque le budget est directement lié au niveau d'activité des établissements. Alors qu'elle s'est montrée très utile pour l'évaluation des établissements et/ou dans les relations de négociation entre hôpitaux et autorités de tutelle, la valeur du point ISA n'a pas d'équivalent direct dans une tarification à l'activité. La question de trouver un tel équivalent pour un mode de financement de type T2A reste ouverte.

une baisse consécutive de 12% du volume d'activité a été constatée. Par contre, alors que les revenus associés aux cholécystectomies et aux hystérectomies a également diminué de 22 à 25%, le nombre de séjours pour ces activités est resté constant. Pour les opérations de remplacement de

la hanche le revenu a très peu baissé (-3%) mais le nombre de séjours a augmenté de 43%. Les auteurs avancent que la marge des hôpitaux sur ces trois dernières interventions était suffisamment élevée avant la réforme pour que la baisse de revenu consécutive à la réforme n'ait pas de conséquences

ENCADRÉ 5 ●

LES NOMBRES INDICES
POUR LA CONSTRUCTION D'INDICATEURS DE PRODUCTIVITÉ

La plupart des indicateurs de productivité traditionnels sont calculés sur la base de nombres indice de type Laspeyres, Paasche, Fisher ou Tornqvist. Deux principaux types de nombres indice existent : des indices de quantité et des indices de prix. Nous définissons par y le vecteur d'activité d'un hôpital défini sur la base des séjours dans les différents GHM : $y = (y_1, y_2, \dots, y_p, \dots, y_R)$ où R est le nombre de GHM et y_r est le nombre de séjours dans le GHM r et par x le vecteur des facteurs de production d'un hôpital : $x = (x_1, x_2, \dots, x_p, \dots, x_I)$ où I est le nombre de ressources et x_i est la quantité de la $i^{\text{ème}}$ ressource utilisée. Nous définissons également des pondérations qui seront associées à chaque activité et à chaque ressource dans le processus d'agrégation : respectivement $u_r, r=1, \dots, R$ et où R est le nombre total d'activités et $v_i, i=1, \dots, I$ où I est le nombre total de ressources. Un indice faisant référence à une période donnée est noté par t . Pour une période t donnée, la productivité d'un établissement se définit par :

$$\text{Prod}^t = \sum_{r=1}^R u_r^t y_r^t / \sum_{i=1}^I v_i^t x_i^t$$

Les indices de quantité de type Paasche se définissent par :

$$Q_{A,P}^{t,t+1} = \sum_{r=1}^R u_r^t y_r^{t+1} / \sum_{r=1}^R u_r^t y_r^t \quad : \text{indice de quantité de Paasche pour les activités,}$$

$$Q_{R,P}^{t,t+1} = \sum_{i=1}^I v_i^t x_i^{t+1} / \sum_{i=1}^I v_i^t x_i^t \quad : \text{indice de quantité de Paasche pour les ressources,}$$

Les sous indices A et R renvoient respectivement aux activités et aux ressources et le sous indice P renvoie à un indice de Paasche dans lequel les pondérations de référence pour les indices de quantité sont celles de la période t . On pourrait de même définir des indices de quantité de Laspeyres en inversant la période de référence ou encore un indice de Fisher qui est la moyenne géométrique des deux précédents indices et donc sans référence particulière à une période ou l'autre.

A partir de ces indices, la mesure des variations de productivité entre deux périodes se définit simplement pour un indice de Paasche comme :

$$\Delta \text{Prod}_P^{t,t+1} = \left(\sum_{r=1}^R u_r^t y_r^{t+1} / \sum_{r=1}^R u_r^t y_r^t \right) \left(\sum_{i=1}^I v_i^t x_i^{t+1} / \sum_{i=1}^I v_i^t x_i^t \right) = Q_{A,P}^{t,t+1} / Q_{R,P}^{t,t+1}$$

De même, on pourrait calculer un indicateur de gains de productivité de type Laspeyres, Fisher ou Tornqvist. Ce dernier est défini comme une moyenne géométrique pondérée des taux de croissance des outputs ou des inputs. Pour chaque output, la pondération est donnée par la moyenne arithmétique sur les deux périodes de la part du revenu de l'output considéré dans le revenu total. Pour les facteurs de productions, les pondérations sont données par la moyenne arithmétique sur les deux périodes de la part du coût de l'input considéré dans le coût total. Dans tous les cas, la mesure des variations de productivité fait clairement apparaître que seuls les indices en quantités sont nécessaires. Cependant, en pratique, la principale difficulté réside dans le choix des pondérations et on recourt en général à un système de prix associé aux activités et aux ressources pour les définir. Si les pondérations sont des prix alors, nous pouvons également définir des indices de prix. Les indices de prix de type Paasche se définissent par :

$$P_{A,P}^{t,t+1} = \sum_{r=1}^R u_r^{t+1} y_r^t / \sum_{r=1}^R u_r^t y_r^t \quad : \text{indice de prix de Paasche pour les activités,}$$

$$P_{R,P}^{t,t+1} = \sum_{i=1}^I v_i^{t+1} x_i^t / \sum_{i=1}^I v_i^t x_i^t \quad : \text{indice de prix de Paasche pour les ressources,}$$

La définition d'indices de prix permet de contourner une difficulté couramment rencontrée en pratique à savoir le manque d'information détaillée sur l'ensemble des quantités des vecteurs de ressources et d'activités. Dès lors, si le revenu et le coût sont connus pour chaque période, que l'on note respectivement R^t, R^{t+1}, C^t et C^{t+1} , alors on vérifie facilement que :

$$R^{t+1}/R^t = Q_{A,L}^{t,t+1} \times P_{A,P}^{t,t+1} = Q_{A,L}^{t+1,t} \times P_{A,P}^{t,t+1} \quad \text{et} \quad C^{t+1}/C^t = Q_{R,P}^{t,t+1} \times P_{R,L}^{t,t+1} = Q_{R,L}^{t+1,t} \times P_{R,P}^{t,t+1}$$

De ces relations, on peut obtenir une définition alternative des variations de productivité :

$$\Delta \text{Prod}_P^{t,t+1} = Q_{A,P}^{t,t+1} / Q_{R,P}^{t,t+1} = \left((R^{t+1}/R^t) / (P_{A,P}^{t,t+1}) \right) \left((C^{t+1}/C^t) / (P_{R,P}^{t,t+1}) \right)$$

Cette dernière relation met clairement en évidence que les indices de quantité peuvent être obtenus en déflatant le revenu et le coût par un indice de prix approprié. Deux voies sont donc ouvertes pour mesurer la productivité des établissements hospitaliers et tenter de mesurer l'impact de la T2A sur celle-ci : la première utilise l'information sur les quantités physiques des facteurs et des produits mais nécessite le choix d'un système de pondération, la seconde utilise des informations en valeur sur le revenu et le coût mais nécessite la connaissance d'un indice de prix.

sur le volume d'activité, les hôpitaux continuant à se satisfaire de leur taux de remboursement. Finalement, la hausse du taux de paiement pour la chirurgie cardiaque a entraîné une augmentation de 55% des admissions et une augmentation de 126% du revenu des hôpitaux dans cette activité. Le financement généreux de la part du ministère de la santé israélien pour ce dernier type d'intervention avait pour objectif de réduire la file d'attente démontrant ainsi la capacité d'une tarification à l'activité à agir comme outil de régulation.

PROBLÉMATIQUES ET MÉTHODOLOGIES POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE MESURE DE LA PRODUCTIVITÉ HOSPITALIÈRE

trois types de difficultés pour mesurer la productivité

La productivité est par définition un rapport et le numérateur (la production) comme le dénominateur (les ressources) ne sont pas les choses elles-mêmes mais les mesures qui en sont faites. Il serait donc plus pertinent de définir une mesure de la productivité (ou un indicateur de productivité) comme le rapport entre une mesure de la production à une mesure des ressources engagées. Cette mise en perspective de la notion de « mesure » permet de cerner rapidement certaines limites des indicateurs de productivité. Celles-ci sont de trois ordres : la complexité de la mesure du produit hospitalier pour calculer le numérateur, les problèmes liés à l'agrégation d'outputs ou d'inputs hétérogènes, les difficultés d'analyse de l'évolution du taux.

Dans la littérature économique, on distingue généralement trois types de mesures du produit hospitalier. Le premier est une mesure des activités ou des services primaires comme une consultation, un test diagnostic, un examen biologique, un acte opératoire ou encore une activité de service liée à l'hôtellerie, à la restauration ou à la blanchisserie. Le second type est une mesure d'output entendue comme la production d'un séjour hospitalier qui regroupe un ensemble d'activités primaires. Le dernier type de mesure du produit hospitalier est une mesure d'*outcome* (de résultat) qui traduit la satisfaction qu'un patient attache aux caractéristiques de l'output produit par l'hôpital (amélioration de son état de santé, degré de satisfaction des services, qualité des soins...). C'est par rapport à cette dernière mesure que se définit en fine la valeur relative entre différents outputs. Il est donc important de mesurer aussi les caractéristiques des outputs (qualité des services, qualités des soins, satisfaction du patient...) pour apprécier des variations de productivité.

La seconde limite est celle de la multifonctionnalité des ressources mobilisées. Si le dénominateur n'est pas une chose unique mais un ensemble de facteurs de production alors se pose directement la question de l'agrégation de ces indicateurs d'input lorsqu'ils sont exprimés dans des unités de mesure différentes. Ce problème d'agrégation est d'autant plus délicat à traiter qu'une propriété immédiate de la définition de la productivité est qu'elle est une mesure basée sur des quantités physiques des facteurs et de la production. Dans le cas où les facteurs de production ne sont pas agrégés, il faut nécessairement distinguer des mesures de productivité partielle (le rapport de la production à chaque facteur) d'une mesure de productivité globale dans laquelle tous les inputs seraient agrégés.

Même si la définition usuelle de la productivité fait référence à une seule production ou activité, le problème de l'agrégation intervient également au numérateur de l'indicateur de productivité si la production est un ensemble de biens et de services. Une solution envisageable est de construire autant d'indicateurs de productivité que de biens et services produits si les ressources mobilisées peuvent être affectées sans ambiguïté à chacune des activités. À l'hôpital, à partir d'une comptabilité analytique assez fine pour permettre l'affectation des ressources mobilisées, un indicateur de productivité par GHM pourrait être construit puisque les GHM regroupent par définition des séjours relativement homogènes. Une mesure de productivité globale doit par contre s'appuyer sur un système de pondération comme dans le cas des facteurs de production. L'échelle de points ISA peut apparaître alors comme l'outil naturel pour effectuer cette agrégation des différents GHM. (encadré 4) sur l'analyse de la valeur du point ISA comme indicateur de productivité).

L'agrégation des activités au numérateur et des facteurs de production au dénominateur est une question centrale pour la construction d'un indicateur de productivité. Par nature, ni le numérateur, ni le dénominateur ne doivent être exprimés en valeur. La productivité doit donc être clairement différenciée de concepts plus financiers comme la réduction des coûts ou la profitabilité. Rapportant, par exemple, le nombre de séjours réalisés au nombre de personnel, nous définissons ainsi un indicateur de productivité (partielle) du travail. Supposons maintenant que, d'une période à l'autre, les salaires augmentent mais que le nombre de personnels et la production de séjours reste constante. Cette augmentation des coûts ne modifie en rien l'indicateur de productivité du travail. Ainsi, une augmentation (respectivement une réduction) des coûts n'est pas

synonyme d'une détérioration (respectivement d'une amélioration) de la productivité. Inversement, supposons qu'une substitution de capital au travail, par exemple l'achat d'un nouvel équipement, permette de réduire le temps passé par le personnel à effectuer une analyse mais que cette substitution se fasse à coût constant, alors la productivité du travail augmente sans que les coûts diminuent. La notion de productivité est donc liée aux quantités de ressources mobilisées et il est exclu a priori de prendre des mesures d'activité et de ressources en valeur (le revenu et le coût par exemple). Par contre, nous pouvons utiliser l'information sur les prix pour construire des nombres indices représentatifs de l'ensemble des activités et des ressources. L'agrégation des outputs et des inputs se fait par les prix mais ces indicateurs en valeur sont ensuite déflatés par un indice de prix pour obtenir des indices de quantité. De tels indices sont généralement définis pour représenter l'agrégat des activités et l'agrégat des ressources (indices de type Laspeyres, Paasche, Fisher ou Törnqvist) [encadré 5].

La dernière dimension à aborder dans la définition de la productivité est celle du temps. On s'intéresse en effet souvent aux variations de la productivité dans le temps d'une même unité de production pour en mesurer les gains. L'aspect dynamique renvoie à la notion de mesure du taux de croissance de la productivité et donc à la comparaison de technologies de production dans le temps. Le progrès technique est souvent cité comme la principale source des variations de productivité, l'introduction de nouvelles technologies ou d'innovations organisationnelles permettant de produire plus d'une année sur l'autre avec autant de facteurs de production ou, de façon équivalente, de produire autant en utilisant moins de ressources. Cependant, des gains de productivité peuvent également provenir d'une réduction de l'inefficacité technique au cours du temps au travers d'une meilleure gestion des ressources ou d'une meilleure organisation de la production. C'est notamment ces derniers effets qui sont majoritairement attendus de la tarification à la pathologie puisque de nombreuses études ont montré la présence de fortes inefficacités techniques à l'hôpital (cf. Grosskopf et alii. [2004], Steinmann et Zweifel [2003] ou Maniadakis et Thanassoulis [2000] pour des applications récentes). Il serait donc intéressant de pouvoir dissocier les effets dus au progrès technique des effets d'amélioration de l'efficacité des hôpitaux. A plus long terme, des effets d'échelle pourraient également expliquer une partie des variations de productivité si les hôpitaux convergent vers leur taille optimale.

les différentes approches méthodologiques pour mesurer la productivité

Historiquement, les premiers indicateurs de performance furent basés sur des mesures de productivité partielle qui analysaient le rendement des facteurs de production (rapport de chacun des produits à chacun des facteurs). Cependant, ce type d'indicateur ne fournit qu'une vision très partielle de la performance puisqu'en étudiant la variation d'un des facteurs, il omet l'effet de la variation des autres inputs, empêchant ainsi toute comparaison dans le temps et dans l'espace.

Pour pallier aux inconvénients des indicateurs de productivité partielle, les économistes ont cherché à définir des indicateurs de productivité globale qui prennent en compte l'ensemble des outputs et des inputs. Dans le cadre d'une technologie de production multi-produits/multi-facteurs, se pose naturellement la question de la définition des agrégats qui se situeront au numérateur et au dénominateur de l'indicateur de productivité. Deux voies principales ont été explorées pour définir des indicateurs de productivité totale ou globale des facteurs (*Total Factor Productivity*, TFP en anglais) ou plus exactement le taux de croissance de l'indicateur de productivité totale ou globale des facteurs (*Total Factor Productivity Growth*, TFPG en anglais).

La première voie utilise la théorie des nombres indice pour obtenir deux indicateurs agrégés du taux de croissance des outputs et du taux de croissance des inputs. Le recours à des indices de Laspeyres, Paasche, Fisher ou Törnqvist permet de résoudre ce problème d'agrégation (encadré 5). Cependant, même dans la définition d'indices de quantité tant pour les outputs que pour les inputs, ces indices utilisent les prix des facteurs et des produits pour agréger les quantités ce qui pose un problème majeur pour leur application dans le secteur hospitalier. Actuellement, il n'existe pas de système de prix pour les activités hospitalières et même du côté des inputs, beaucoup de prix sont administrés et relèvent davantage de tarifs que de prix de marché. La justification théorique pour l'utilisation des prix comme pondérations des inputs et des outputs dans le processus d'agrégation est que, sur un marché concurrentiel, les prix reflètent parfaitement la valeur marginale relative que les agents attribuent à chacun des biens. Dans le secteur hospitalier, l'absence de marché final où les patients achèteraient des services aux hôpitaux nécessite l'utilisation de prix administrés ou de tarifs qui peuvent biaiser la mesure de la productivité si ils ne sont pas le reflet de la valeur marginale attribuée par les agents à chacun des biens.

Cette approche est la plus utilisée pour mesurer la productivité globale dans les secteurs industriels et s'appuie généralement sur des séries en valeurs mesurant la production, la valeur ajoutée, la masse salariale et des variables proxies du capital publiées, en général, par les instituts nationaux de statistique. Cependant, cette approche nécessite de déflater ces séries par un indice de prix approprié. Le problème de la disponibilité d'un indice de prix dans le secteur hospitalier est une sérieuse limite à cette approche. Du côté des facteurs, la principale ressource étant le personnel hospitalier (environ 70% des coûts hospitaliers), on peut imaginer la construction d'un indice de prix du personnel hospitalier. Le problème de la mesure du capital et des autres consommations intermédiaires est néanmoins plus difficile. De plus, du côté de l'activité hospitalière, on ne dispose pas de prix qui permettent l'agrégation des GHS (Groupe Homogène de Séjours). Naturellement, l'utilisation de l'échelle des points ISA est une solution, mais cette dernière étant calculée partir des coûts de production, elle entraîne une certaine confusion dans la différenciation entre prix et coût. Implicitement, l'utilisation des points ISA ou d'une échelle tarifaire issue de l'échelle nationale de coûts suppose que la valeur marginale attribuée par un patient ou par la société à chaque activité hospitalière est égale à son coût de production. Cette hypothèse pourrait être en partie relâchée si l'échelle tarifaire de la T2A s'écarte d'une mesure des coûts observés et devient un outil prospectif dans lequel les prix seraient déconnectés des coûts de production observés⁶. Dans la littérature économique, à part l'étude de Lichtenberg (2003) [encadré 3] qui reste cependant une mesure de productivité partielle, nous n'avons pas connaissance d'une mesure spécifique de la productivité hospitalière à partir de nombres indice. L'absence d'indice de prix semble être la principale limite pour la mise œuvre de cette approche.

La deuxième voie est celle initiée par les travaux de Malmquist (1953) et adaptés à la mesure de la productivité par Caves, Christensen et Diewert (1982). Elle propose une approche radicalement différente de la première en s'appuyant sur l'estimation d'une technologie de production sous-jacente. Elle résout le problème d'agrégation des outputs et des inputs en recourant à l'estimation d'une fonction distance, c'est-à-dire en mesurant l'écart entre une observation et la frontière d'une technologie de

production. La mesure de productivité se définit simplement comme le rapport des fonctions distance calculées à deux périodes de temps différentes pour une même observation par rapport à une même technologie de référence (cf. la figure 3 de l'encadré 1). Le principal avantage de l'indicateur Malmquist de productivité est qu'il est défini à partir des quantités physiques des facteurs et des produits sans utiliser de prix. De plus, l'estimation d'une technologie de production permet de dissocier les différentes composantes des variations de productivité : variations de l'efficacité technique, progrès technique et effets d'échelle. Cette approche semble donc mieux adaptée à une mesure de la productivité hospitalière, mais reste très complexe. Les méthodes d'estimation de frontières de production ont fait l'objet d'une littérature très vaste, à partir de laquelle il est toutefois possible de proposer une présentation simplifiée (Encadré 6).

QUELLE OPÉRATIONNALITÉ POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE MESURE DE PRODUCTIVITÉ HOSPITALIÈRE ?

Dans la perspective d'élaborer une mesure de la productivité hospitalière pour évaluer la réforme de la T2A, la première question qui se pose est celle de la nature et de la disponibilité des données utilisées. Dans la littérature, les études publiées sur la mesure de la productivité hospitalière s'appuient très majoritairement sur des données qui sont délivrées en routine par les systèmes d'information hospitaliers. De trois à sept facteurs de production sont en général retenus. La description la plus fine est celle du personnel hospitalier : médecins, internes, infirmières, paramédicaux et autres personnels. Rappelons que les dépenses de personnel couvrent environ 70% du coût d'un hôpital. Les autres facteurs dépendent en général de la disponibilité des données. Le nombre de lits est souvent utilisé comme variable proxy du capital. Du côté des activités, la description dépend fortement du niveau d'évolution du système d'information hospitalier. Le nombre de journées, de séjours, de consultations externes est souvent utilisé pour caractériser l'activité d'un hôpital. Deux approches sont généralement utilisées. La première utilise ces indicateurs globaux mais les pondère par un index de casemix (calculé sur la base des GHM) ; la seconde segmente ces indicateurs par service, par

7 - Toutefois, lorsque le nombre d'établissement fournissant des données de coûts est élevé, on peut considérer que le coût moyen (ou le coût médian ou encore tout autre statistique) est indépendant des caractéristiques spécifiques d'un établissement donné et peut dès lors constituer un prix de référence.

discipline ou par groupe de GHM. En général, la description de l'activité se fait également au travers de 4 à 7 indicateurs.

A priori, la plupart de ces indicateurs sont disponibles en routine dans le système d'information français au travers du PMSI et de la SAE. La SAE fournit une description fine des personnels hospitaliers, du nombre de lits installés et de certains équipements lourds alors que le PMSI permet de caractériser l'activité des hôpitaux au niveau des GHM. Même si une description de l'activité au niveau des 600 GHM est difficilement exploitable, des regroupements par CMD ou d'autres regroupements (comme les groupes d'activité ou les groupes fonctionnels du Dr Ruiz, DIM du CH d'Albi) permettent une description assez fine et agrégée de

l'activité hospitalière. Cependant, comme notre discussion théorique l'a aussi montré, la mesure des caractéristiques des outputs est également importante à considérer pour analyser les gains de productivité qui peuvent naître de l'amélioration de la qualité hospitalière. C'est à ce niveau que réside l'enjeu principal d'une mesure de la qualité comme celle développée dans le projet COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière). Nous renvoyons au travail de Bousquet (2004) pour une présentation des sources de données disponibles dans le secteur hospitalier français et une discussion sur les avantages et limites de chacune. Une première perspective est donc une étude de faisabilité de la mesure de la productivité des hôpitaux en France à

ENCADRÉ 6

LES DIFFÉRENTES APPROCHES D'ESTIMATION DE FRONTIÈRE DE TECHNOLOGIES DE PRODUCTION.

Une approche est dite paramétrique si nous cherchons une estimation globale des caractéristiques de la technologie (l'estimation porte sur un vecteur de paramètres commun à l'ensemble des observations) ; elle est non paramétrique si nous estimons les caractéristiques localement observation par observation. Elle est qualifiée de déterministe si elle suppose que les écarts entre la frontière estimée et les observations réelles correspondent exclusivement à de l'inefficacité technique. A l'inverse, elle est stochastique si elle intègre un terme d'erreur aléatoire. Pour chacune de ces approches, le type d'analyse menée dépend de la nature des données disponibles. Si les données concernent un échantillon d'observations sur une seule période de temps, l'analyse est dite en coupe instantanée. Une série temporelle porte sur les données d'une seule observation sur une longue période de temps. Enfin, lorsque l'on marie les deux dimensions, à savoir des données sur un échantillon portant sur plusieurs périodes de temps, nous parlons d'analyse sur données de panel. Ce dernier type d'analyse est certainement le plus riche car il permet d'intégrer le progrès technique, de construire un indice de productivité, d'étudier les phénomènes d'adaptation et de contrôler une part des fluctuations d'échantillonnage.

Les approches paramétriques furent historiquement le premier courant d'estimation empirique d'une fonction de production. Dès la fin des années 1920, Cobb et Douglas ont proposé une forme fonctionnelle pour l'estimation d'une technologie de production, relativement flexible et qui respectait un certain nombre de condition de régularité imposée par la théorie économique. Par la suite, toujours en adoptant la même démarche méthodologique, Arrow, Hollis, Chenery, Minhas et Solow (1962) ont proposé la forme fonctionnelle plus générale qu'est la fonction CES (Constant Elasticity of Substitution). D'autres ont suivi en considérant d'autres ensembles d'hypothèses et dans le souci de rendre les formes fonctionnelles de plus en plus flexibles (Translog, Leontiev généralisée ou Minflex Laurent). Les approches non paramétriques, de type Data Envelopment Analysis, sont plus récentes et datent de la fin des années 1970. Elles reposent sur des outils de recherche opérationnelle (optimisation linéaire) développés par Charnes, Cooper et Rhodes (1978) qui permettent d'estimer les fonctions distance qui définissent les mesures d'efficacité et de productivité. Le choix de l'une ou l'autre approche dépend essentiellement de la nature du problème à traiter (essentiellement du caractère mono-produit ou multi-produits de la technologie de production), de la disponibilité des données (notamment des prix des facteurs pour l'estimation d'une fonction de coût) et de la taille de l'échantillon (les méthodes paramétriques nécessitant des tailles d'échantillon assez élevées). Sans entrer dans le détail technique de ces deux types d'approches, nous en proposons ici une discussion critique.

Pour estimer une technologie multi-produits, caractéristique du secteur hospitalier, les méthodes paramétriques requièrent le passage à une représentation duale de la technologie (fonction de coût, en général). Plusieurs hypothèses supplémentaires sont associées à ce passage. Tout d'abord, il est nécessaire de posséder de l'information sur les prix des facteurs, information difficile voire impossible à obtenir dans le domaine hospitalier. Ensuite, il faut poser l'hypothèse que ces prix sont exogènes, hypothèse difficile à soutenir en présence de marchés en situation de monopole comme pour le travail infirmier par exemple. Enfin, le recours au théorème de dualité nécessite d'imposer d'avantage de structure sur la technologie sous-jacente, notamment sur l'allure de la frontière. La seconde hypothèse se rapporte à la connaissance de la distribution de l'inefficacité dans la population étudiée. A cet égard, une vive critique est souvent émise quant à l'adéquation des desiderata de l'économiste et du statisticien. En effet, ces techniques reposent sur l'hypothèse que la distribution de l'efficacité s'apparente à une forme fonctionnelle préalablement déterminée. Cette hypothèse satisfait le statisticien qui désire étudier les propriétés des estimateurs et inférer du modèle de l'information statistique, mais embarrasse quelque peu l'économiste qui ne trouve pas aisément une justification économique à la forme de la distribution de l'inefficacité. Ces approches nécessitent également de spécifier une forme fonctionnelle à la fonction de production ou de coût. Même si de nouvelles formes fonctionnelles permettent d'assurer les conditions de régularité tout en conservant une

partir des données exploitables du PMSI et de la SAE disponibles depuis 1997.

Une deuxième perspective, davantage liée à un travail de recherche méthodologique, renvoie à la possible utilisation des nombres indice pour une mesure de productivité globale. Si les approches par l'estimation d'une technologie de production reposent sur l'utilisation de données en quantités et sont donc directement applicables aux données disponibles, les approches par les nombres indices, en revanche elle nécessite de l'information sur les prix des activités et des ressources ou tout au moins sur la connaissances du revenu, du coût et d'un indice de prix. Trois voies d'accès sont possibles. La première est l'élaboration d'un indice de prix des ressources hospitalières, du côté des inputs, et l'utilisation de

l'échelle des points ISA, du côté des outputs, pour définir les indices de quantité nécessaires au calcul des variations de productivité. La seconde recourt à un indice Törnqvist qui utilise les parts du coût des facteurs dans le coût total comme jeu de pondérations et se présente comme une alternative à l'utilisation des prix pour la construction d'indicateurs de productivité. Cette voie semble parfaitement adaptée à la mesure d'une productivité globale mais aussi à la mesure de productivités partielles par GHM ou par type d'activité primaire comme les actes chirurgicaux, les actes de radiologie ou autres. Elle repose essentiellement sur la connaissance des coûts par activité ou par groupe d'activités qui pourrait provenir de l'échelle nationale de coûts ou des outils de comptabilité analytique de chaque établissement.

flexibilité globale, leur utilisation reste marginale dans la littérature économique car elles nécessitent des tailles d'échantillon élevées (de l'ordre de plusieurs centaines voire plusieurs milliers d'observations).

Les méthodes non paramétriques échappent à ces critiques : elles permettent d'estimer une technologie de production multiproduits directement à partir des quantités et ne nécessitent pas d'imposer de forme fonctionnelle ni à la technologie ni à la distribution de l'inefficacité. Elles reposent sur l'idée d'une analyse de dominance relative entre les points observés dans un échantillon sans chercher à établir une relation formelle entre les activités et les ressources. L'objet principal de ces méthodes est d'établir une frontière des meilleures pratiques sur laquelle se situent les plans de production techniquement efficaces. L'inefficacité ou la productivité se mesurent alors comme des écarts entre une observation et cette frontière des meilleures pratiques. Deux méthodes ont été principalement développées dans la littérature. La première, dénommée FDH (Free Disposal Hull), repose sur un concept de dominance stricte entre des unités de production observées. La seconde, dénommée DEA (Data Envelopment Analysis), construit un référent qui peut être une combinaison d'unités de production observées. D'un point de vue technique, les activités et les ressources étant définies, l'observation évaluée est comparée à l'ensemble des autres observations. Elle sera dominée par toutes les observations qui produisent autant ou plus de chacune des activités en utilisant autant ou moins de chacune des ressources.

La méthode FDH tire son intérêt de la comparaison directe entre observations. Par exemple, un hôpital sera comparé à un seul autre hôpital qui pourra servir de référent pour analyser les raisons de l'inefficacité. Son inconvénient majeur est son incapacité à discriminer les observations lorsque le nombre d'activités et le nombre de ressources deviennent trop importants. Au-delà de quelques dimensions (2-3 activités, 2-3 ressources), il devient difficile de trouver des référents qui satisfont la comparaison sur chaque dimension. Par exemple, il est fort peu probable que, pour un hôpital donné, il existe un autre établissement qui réalise plus de séjours dans chacun des GHM tout en utilisant moins de chacune des ressources en lits, personnel médical, personnel soignant. L'approche DEA permet de remédier à cet inconvénient au prix d'une hypothèse supplémentaire à savoir qu'une observation peut être comparée à plusieurs autres à la fois (en fait à une référence construite à partir d'une combinaison d'observations). L'approche DEA est directement reliée au concept de productivité. L'approche, pragmatique et inductive, consiste à mesurer la productivité d'une observation donnée en comparant son ratio outputs/inputs par rapport aux ratios de l'ensemble des observations de la population étudiée. Dans ce cas, comme dans toute mesure de productivité globale, se pose un problème d'agrégation des indicateurs que l'on va tenter de résoudre en trouvant un système de pondération des inputs et des outputs. Nous imposons à ce système de pondération qu'il soit endogène (déterminé par calcul sur la base des productions et des dotations factorielles de l'ensemble des observations constituant le référentiel). Nous évitons ainsi les problèmes classiques liés à l'exogénéité du système de pondération (recours à un système de prix ou de parts de facteurs pour effectuer la pondération). La méthode DEA pose davantage d'hypothèses que la méthode FDH mais permet un diagnostic de performance plus complet. Elle permet notamment de déterminer la caractéristique d'échelle d'un établissement (est-il trop grand, trop petit ou à la bonne taille ?). Son principal inconvénient par rapport à la méthode FDH est que le référent n'est pas un établissement observé mais une combinaison d'établissements. Il est donc plus difficile d'analyser les sources d'inefficacités.

La principale limite des approches non paramétriques est l'absence d'un terme aléatoire dans la définition de la frontière de production qui puisse capter les erreurs de mesures sur les variables incluses dans le modèle ou l'influence d'un ensemble de variables omises. Dans ces méthodes, tout écart à la frontière est considéré comme de l'inefficacité et elles sont donc relativement sensibles à la présence de données aberrantes qui constitueraient des références pour les autres observations. Cependant des avancées récentes permettent de mener une inférence statistique (tests, intervalles de confiance,...), tout comme en économétrie classique, à partir de méthodes de rééchantillonnage de type Bootstrap (Simar et Wilson (2000)).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- APARO U., LORENZONI L., DA CAS R., NICOLAI P., CRISTOFANI G., PUDDU P. (1999), « An Analysis of Hospital Productivity », *Casemix Quarterly*, 1(3) :1-4.
- ARROW K., H. CHENERY, B. MINHAS, R. SOLOW (1961), « Capital Labor Substitution and Economic Efficiency », *Review of Economics and Statistics*, 45 : 225-247.
- BJORN E., HAGEN T.P., IVERSEN T., MAGNUSSEN J. (2003), « The effect of activity-based financing on hospital efficiency : a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000 », *Health Care Management Science*, 6(4) :271-83.
- BOUSQUET F. (2004), « Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité ? » *Dossiers Solidarité et Santé*, n°1, janvier-mars : 45-58.
- CAVES, D., CHRISTENSEN, L., DIEWERT, W.E (1982), « The economic theory of index numbers and the measurement of input, output and productivity », *Econometrica* 50(6) : 1393-1414.
- CHARNESA A., W.W. COOPER, E. RHODES (1978), « Measuring the Efficiency of Decision Making Units », *European Journal of Operational Research*, 2(6) :429-444.
- CLEMMESSEN F., M. HANSEN (2003), « Erfaringerne med meraktivitetsfinansiering af sygehuse », *Samfundsøkonomen*, 3 :11-16.
- DISMUKE C.E., SENA V. (1999), « Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods », *Health Care Management Sciences*, 2(2) :107-116.
- FOURASTIER J. (1973), « La productivité, Que sais-je ? », n°557, Presses Universitaires de France, 126p.
- GADREY J. (1989), « La productivité des systèmes hospitaliers : une méthodologie critique », *Cahiers Lillois d'Economie et de Sociologie*, 14(2) : 109-122.
- GERDTHAM U.-G., C. REHNBERG, M. TAMBOUR (1999), « The Impact of Internal Markets on Health Care Efficiency : Evidence from Health Care Reforms in Sweden », *Applied Economics* 31 : 935-945.
- GROSSKOPF, MARGARITIS, VALDMANIS. (2004), « Competitive effects on teaching hospitals », *European Journal of Operational Research*, 154 :515-525.
- HAKANSSON S. (2000), « Productivity Changes After Introduction of Prospective Hospital Payments in Sweden », *Casemix Quarterly*, 2(2) : 47-57.
- KIERSTAD E. (2003), « Prospective funding of general hospitals in Norway--incentives for higher production ? », *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 3(4) :231-251.
- LICHTENBERG F.R. (2003), « Does hospital productivity grow at the same rate as productivity in the rest of the economy? » NBER Working Paper, december.
- LINNA M. (2000), « Health care financing reform and the productivity change in Finnish hospitals », *Journal of Health Care Finance*, 26(3) : 83-100.
- LOUIS DZ, YUEN EJ, BRAGA M, CICCETTI A, RABINOWITZ C, LAINE C, GONNELLA JS. (1999), « Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy », *Health Service Research*, 34(1) :405-15.
- MALMQUIST, S. (1953), « Index numbers and indifference surfaces », *Trabajos de Estadística*, 4 : 209-242.
- MANIADAKIS, THANASOULIS. (2000), « Assessing productivity changes in UK hospitals reflecting technology and input prices », *Applied Economics*, 32(12) :1575.
- NEWHOUSE J. (2001), « Medical Care Prices Indices: Problems and Opportunities, *The Chung-Hua Lectures* », NBER Working Paper, 8168, March 2001.
- SHMUELI A., INTRATOR O., ISRAELI A. (2002), *The effects of introducing prospective payments to general hospitals on length of stay, quality of care, and hospitals' income : the early experience of Israel* », *Social Science and Medicine*, 55(6):981-989.
- SICILIANI L., J. HURST (2003), « Explaining Waiting Times Variation for Elective Surgery across OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, No. 7.
- SIMAR L., P. WILSON (2000), « Statistical Inference in Nonparametric Frontier Models : The State of the Art », *Journal of Productivity Analysis*, 13, 49-78.
- SOMMERSGUTER-REICHMANN M. (2000), « The impact of the Austrian hospital financing reform on hospital productivity : empirical evidence on efficiency and technology changes using a non-parametric input-based Malmquist approach », *Health Care Management Sciences*, 3(4):309-21.
- STEINMANN, ZWEIFEL. (2003), « On the (in)efficiency of Swiss hospitals » *Applied Economics*, Vol. 35 Issue 3, p361.
- SVENSSON H., L. GARELIUS (1994), « Harekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? » utvärdering av Stockholmsmodellen. *Spri rapport*, 392.

UN PANORAMA DES MINIMA SOCIAUX EN EUROPE

Patrick HORUSITZKY, Katia JULIENNE et Michèle LELIÈVRE

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités

Drees

Quels sont les dispositifs de minima sociaux en Europe, et peut-on les comparer entre eux ? Cette étude présente de façon comparative les systèmes d'assistance sociale mis en place dans quatorze pays de l'Union européenne. Après avoir dressé un panorama des principales réformes intervenues récemment dans les pays étudiés, l'article compare la manière dont les minima sociaux s'articulent avec les différents seuils de pauvreté. S'il apparaît que le nombre de minima varie considérablement d'un pays à l'autre, on observe une tendance à la généralisation des dispositifs de revenu minimum pour les personnes en âge de travailler.

Les dispositifs de minima sociaux étudiés dans cet article concernent quatorze des quinze premiers Etats membres de l'Union européenne, la Grèce n'étant pas prise en compte, ni les dix pays ayant rejoint l'Union en mai 2004. Selon la définition de la Commission européenne (COM (98)774 final) « le revenu minimum couvre les besoins essentiels en situation de dénuement. Il est non contributif, financé par l'impôt et subsidiaire par rapport à la solidarité familiale ». Tels sont les principaux critères généralement retenus pour identifier l'ensemble des dispositifs regroupés sous le vocable « minima sociaux ». Selon une description de Borgetto et Lafore (2004) réalisée à partir du cas français, les minima constituent un ensemble souvent hétérogène de dispositifs, en particulier en France où leur nombre est le plus élevé : prestations non contributives de la sécurité sociale, généralement mises en place lors d'une période de généralisation de la sécurité sociale ; garanties de ressources minimales pour les assurés sociaux et leurs éventuels ayants droit ; prestations de subsistance pour les exclus du travail.

Cette étude présente, dans un premier temps, l'ensemble des minima mis en place dans chaque Etat en les resituant dans l'architecture d'ensemble de leurs systèmes de protection sociale. Elle restera limitée aux dispositifs liés à des systèmes universels d'aide sociale¹. Les principales réformes intervenues récemment sont retracées dans un deuxième temps, avant d'appréhender la générosité relative des minima sociaux en comparant, en particulier, la manière dont ils s'articulent avec différents seuils de pauvreté, le salaire minimum, lorsqu'il existe, le revenu médian du travail ou encore le niveau vie moyen de la population.

1 - C'est pourquoi est exclue de l'étude l'expérience grecque. Il n'existe pas de revenus minimums universels dans ce pays mais des dispositifs d'aides sociales catégoriels tant pour les actifs que pour les personnes âgées.

LES DISPOSITIFS DES MINIMA SOCIAUX DANS LES PAYS EUROPÉENS

Dans une approche comparative, les dispositifs institutionnels des minima sociaux dans les pays européens peuvent être décrits en s'appuyant sur la typologie d'États-providence dressée par G. Esping Andersen, laquelle facilite la lecture du statut et du rôle des minima sociaux au sein de l'ensemble de la protection sociale (encadré 2). Toutefois, la recherche d'une classification européenne centrée sur les dispositifs d'assistance a donné lieu depuis lors à une multiplication de travaux (parmi les principaux citons Leibfried, 1992 ; Lodemel and Schulte, 1992 ; Eardley and Al, 1996) qui retiennent pour plusieurs d'entre eux quatre regroupements de pays, en distinguant bien un « modèle du sud de l'Europe », mais parfois jusqu'à huit. Heikkila et Keskitalo (2001) proposent, à cet égard, une synthèse de ces principaux travaux et choisissent de s'aligner sur une catégorisation en quatre groupes de pays, fondée sur l'objectif assigné au secteur de l'assistance dans le cadre de la protection des individus contre les risques sociaux. La présente étude tient largement compte des remarques et des choix opérés par ces auteurs.

Combien de minima sociaux ?

Il existe neuf minima sociaux en France mais un seul en Finlande. Cette hétérogénéité traduit le plus souvent la différence de conception existant entre d'une part un régime essentiellement assurantiel qui appelle une prise en charge nationale des risques résiduels et d'autre part, un régime de garantie universelle par l'État-providence nordique. L'universalité de la protection sociale dans ces pays peut, par exemple, expliquer l'absence de minimum vieillesse au sein de leur assistance sociale, en raison des droits relatifs à une retraite universelle généraliste ouverte à tous², donc non soumise à des conditions de cotisations, et qui constitue, comme au Danemark ou aux Pays-Bas, le premier étage du système des pensions.

Ce nombre réduit de minima se retrouve cependant, pour une autre raison, également ailleurs, comme au Luxembourg et en Allemagne, où un revenu minimum garanti sans condition d'âge maximum³ couvre également les populations plus âgées qui seraient dans d'autres pays allocataires d'un minimum vieillesse, les bénéficiaires de ce dispositif comprenant ainsi aussi bien des personnes âgées que des populations d'âge actif. Un constat identique peut être aussi établi dans les pays nordiques. À cela s'ajoute un autre cas de figure, celui de l'Autriche et dans une moindre mesure de la

Finlande, où l'institution d'un mécanisme de prestations complémentaires sous conditions de ressources a pour finalité de porter les revenus des populations âgées éligibles à un niveau minimum garanti de pension déterminé.

Quant à l'absence de garantie de ressources spécifique à destination des personnes handicapées observée dans certains pays, elle est aussi justifiée par l'assistance sociale couvrant les besoins de ces populations (Allemagne, Autriche, Suède) ou d'autres dispositifs comme les régimes de pension (Finlande) et l'indemnisation chômage (Danemark). Dans certains Etats, toutefois, ce dispositif est parfois plus ou moins identique à celui destiné aux personnes âgées (Espagne, Portugal).

On dénombre deux pays disposant d'un seul minima (Finlande, Danemark), trois pays avec deux minima (Autriche, Suède, Luxembourg), deux pays à trois minima (Belgique, Italie), quatre pays à quatre

ENCADRÉ 1 ●

UNE ÉVOCATION INDIRECTE DES MINIMA SOCIAUX DANS L'AGENDA SOCIAL EUROPÉEN

Il est fait référence à la reconnaissance d'un droit à un appui social pour combattre l'exclusion sociale et la pauvreté dans l'article 34 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, ainsi qu'à l'article 137 du Traité de Nice.

Dans le cadre de la coopération européenne en matière de protection sociale, la question du recours à des dispositifs d'assistance tels que les minima sociaux est évoquée à trois reprises.

D'une part, de manière très explicite, la recommandation du Conseil du 24 juin 1992 porte sur les critères communs relatifs à des ressources et prestations suffisantes dans les systèmes de protection sociale destinés à définir un revenu minimum en Europe (Conseil de l'Union européenne, 1992b). Les recommandations apparaissaient, à ce stade, assez détaillées, par exemple, quant aux conditions d'éligibilité, comme l'âge et l'entité familiale à prendre en compte, et l'évaluation du montant de l'allocation.

Le Conseil européen de Lisbonne a, quant à lui, été à l'origine des méthodes ouvertes de coordination (MOC) relatives d'un côté, à l'inclusion sociale et de l'autre, aux systèmes de retraite.

Si l'Union européenne continue donc de laisser sous compétence subsidiaire la définition des contours des dispositifs de type revenu minimum, elle a, toutefois, émis la préoccupation qu'il ne contrevienne pas aux politiques communes destinées à « rendre le travail plus avantageux ». Ces stratégies étaient couvertes par la ligne directrice pour l'emploi n°8 et la grande orientation des politiques économiques n°4 (COM [2003] 176 final) et COM [2003] 170 final) avant le recentrage de la stratégie de Lisbonne. Depuis lors, elles sont reconsidérées notamment dans les nouvelles lignes directrices intégrées pour la croissance et l'emploi n°17 et n°18 (COM [2005] 141 final).

2 - Pour tout résident en âge de travailler.

3 - Ni d'âge minimum en Autriche.

(Allemagne, Espagne, Pays-Bas, Portugal), deux pays à cinq (Royaume-Uni et Irlande), et enfin la France qui compte neuf minima sociaux (tableau 1).

De fait, au sein de l'Union européenne, les trois dispositifs les plus fréquemment présents sont : le revenu minimum garanti, le minimum vieillesse et une garantie de revenu aux handicapés. D'emblée, le revenu minimum garanti s'est généralisé dans toute l'Union européenne à quinze, excepté en Italie où une expérimentation dans certaines régions s'est conclue par l'abandon de la perspective de sa généralisation au plan national.

Certes le seul critère du nombre de minima ne préjuge pas du niveau réel de prise en charge des besoins par les systèmes d'assistance. Le rôle complexe joué par les conditions de ressources régissant l'accès aux prestations minimales mérite à cet égard d'être mentionné. Ces conditions restrictives joueraient en effet dans certains cas un rôle doublement dissuasif vis-à-vis des bénéficiaires potentiels des minima, comme l'affirme Guy Standing⁴ en s'appuyant notamment sur l'exemple de la

Finlande, où l'accès au revenu minimum garanti n'est que faiblement corrélé avec la détention d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté, ce qui témoignerait indirectement du fait que nombre de pauvres, socialement fragilisés, renonceraient d'eux-mêmes au bénéfice de cette aide sociale en raison des démarches qu'elle implique, de la gêne ressentie devant l'examen des ressources par l'administration, etc....

Schématiquement, les revenus minima ou prestations non contributives, versés aux personnes sans travail ont vocation à instaurer un filet de sécurité comblant les interstices des systèmes de protection sociale d'essence bismarckienne, où l'assurance repose sur l'exercice d'une activité, et jouent donc au sein de ces systèmes un rôle subsidiaire. Dans les régimes plus universalistes, les minima constituent une composante quasi intrinsèque des systèmes de protection sociale. « Les dispositifs s'en trouvent plus intégrés et l'intervention de l'État plus marquée » (COM, 1998). Dans le sud de l'Europe, ils restent encore peu développés car récemment implantés.

ENCADRÉ 2 ●

RÉGIMES D'ÉTAT PROVIDENCE : QUELQUES REPÈRES

La typologie des systèmes de protection sociale due à G. Esping-Andersen (REF) permet de distinguer plusieurs types de régimes :

Le régime « libéral » se caractérise par une forte dépendance des individus au marché et un objectif prioritaire de lutte contre la pauvreté. La protection sociale y est résiduelle : les revenus de remplacement sont peu élevés, les prestations majoritairement universelles, ciblées, forfaitaires et sous conditions de ressources. La protection sociale est essentiellement financée par l'impôt pour les prestations de base (santé, minima sociaux) et le système fortement centralisé. Ce régime regroupe le Royaume-Uni et l'Irlande.

Le régime « social-démocrate », à partir de fondements historiques originaux et autonomes¹ tend à rejoindre la préoccupation béveridgienne de promotion des objectifs d'égalité, de cohésion et d'homogénéité des groupes sociaux, impliquant pour les citoyens un accès universel à la protection sociale, mais aussi – c'est là la spécificité nordique – à des prestations élevées, sous forme de services gratuits ou en espèces. Les droits sont ouverts sur la base du critère de résidence. Les services sociaux sont gratuits, les prestations d'un niveau élevé. Le financement est plutôt assuré par l'impôt (Julienne, Lelièvre, 2004), bien que dans ce domaine « l'identité nordique » soit moins patente (Kautto, 1999), et la gestion très décentralisée. Ce régime comprend les pays nordiques soit, dans le cadre de cette étude, la Suède, le Danemark et la Finlande.

Le régime « conservateur corporatiste » vise à assurer le maintien du revenu des travailleurs en cas de survenue d'un risque. Les droits sociaux dépendent essentiellement de la situation des individus à l'égard de l'emploi. Les prestations sont contributives et d'un montant proportionnel au salaire de l'assuré. Un filet de sécurité complète les assurances sociales. Le financement repose essentiellement sur des cotisations sociales versées par les employeurs et les employés, à des degrés divers toutefois selon les pays, le système étant géré par les partenaires sociaux. Il favorise davantage les prestations en espèces que les services sociaux. Ce régime rassemble l'Allemagne, l'Autriche, le Luxembourg, la Belgique, les Pays-Bas et la France.

Cependant, la pertinence de ces regroupements a été contestée sous plusieurs angles, au premier rang desquels les questions du nombre des régimes et de la juste prise en compte de la dimension sexuée dans cette classification (voir pour un survey sur ces questions Merrien, 2002). En Europe, des chercheurs : Ferrera (1996, 1997) et Leitfried (1992) qui met l'accent sur les politiques de lutte contre la pauvreté, justifient la nécessité de compléter cette typologie par un quatrième modèle plus illustratif des pays du sud de l'Europe qui, selon eux, ne font pas réellement partie du modèle « conservateur corporatiste ». Il est ainsi possible de regrouper l'Italie, l'Espagne, le Portugal et la Grèce au sein d'un modèle dit « du sud, latin ou méditerranéen ». Ils présentent des caractéristiques mixtes combinant des assurances sociales et des prestations universelles. Les systèmes de santé sont universels et régulés sur le modèle britannique. Des traits spécifiques comportent une fragmentation et une forte hétérogénéité de l'accès aux droits ou encore la mise en place récente d'un filet de sécurité complémentaire. Le financement est mixte et la gestion très décentralisée.

1 - Datant du XIX^e siècle.

4 - In « Minimum Income Schemes in Europe », International Labour Office., 2003

TABLEAU 1 ●

Nombre et principales caractéristiques des minima sociaux

Revenu minimum pour les individus en âge de travailler	BELGIQUE	DANEMARK	ALLEMAGNE	ESPAGNE	FRANCE	FINLANDE
Date de création	1974	1974	1961	de 1989 à 1995	1988	1957
Nom	Minimex, puis revenu d'intégration	<i>kortantthjoelp</i>	Aide sociale	<i>Renta minima</i>	Revenu minimum d'insertion	<i>Laki toimeentulotuesta</i>
cadre juridique national	oui	oui	loi fédérale	non	oui	oui
Âge (dérogations)	18 ans (oui)	non	non	25 ans (oui)	25 ans (oui)	non
Revenu minimum spécifique	oui	<25 ans (oui)	oui (étrangers)	non	non	oui (Région II)
Conditions de ressources	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Principe différentiel	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Type de revenu	montant minimal	montant minimal	panier de biens	montant minimal	montant minimal	panier de biens
Résidence (R) / Nationalité (N)	N	R (7 sur 8 ans)	R (dérogations)	R (parfois 3 à 5 ans)	R	R
Disponible à l'emploi	oui	oui	oui	obligation variable	oui	oui
Type de droits	individuel	individuel	familial	familial	familial	individuel
Gestion	locale	locale	locale	locale	locale	locale
Financement	mixte	mixte	État	local	local depuis 2003	mixte
Durée	illimitée	illimitée	illimitée	renouvelable annuellement	renouvelable annuellement	illimitée
Fiscalité	non imposable	imposable (1994)	non imposable	non imposable	non imposable	non imposable
Dernières réformes	1991-2002	1994	2001	de 1996 à 2001	2003	2002
Indexation	Indice santé	taux de bien-être	taux de bien-être	-	prix à la consommation	sur les pensions
Revenu minimum pour personnes âgées	oui	non	non	oui (deux régimes) résidents/non résidents	oui	non
Si non : revenus utilisés		pension universelle	aide sociale			aide sociale pension universelle
Montant majoré ; suppléments		oui (S)	oui			S
Date de mise en place	1976	1984		1990	1956	1956
Âge, à partir de :	60 ans ; 65 ans en 2009	65 ans	65 ans	65 ans	65 ans ou 60 ans	65
Revenu minimum pour personnes handicapées	oui	non	non	oui	oui	non
Si non : revenus utilisés		indemnisation chômage	aide sociale			pension universelle aide sociale suppléments
Montant majoré ; suppléments		suppléments	majorée			
Date	1987	1984		1990	1975	1956
Âge, à partir de :	21-65 ans	18-65 ans	18 ans	18-65 ans	20-65 ans	16-65 ans
Autres		revenu de compensation : - pour enfant handicapé de plus de 18 ans - pour s'occuper d'un mourant à domicile	demandeurs d'asile résidents étrangers		6 autres allocations : - d'assistance chômage - parent isolé - invalidité - veuvage - d'insertion	

Sources : à partir de diverses sources nationales, Missoc et de OCDE (2004)

IRLANDE	ITALIE	LUXEMBOURG	PAYS-BAS	AUTRICHE	PORTUGAL	SUÈDE	ROYAUME-UNI
1977 <i>Social Welfare Allowance</i> oui	1998-2002 <i>Reddito Minimo di Inserimento</i> oui	1986 <i>RMG</i> oui	1963 <i>Allgemeine Bijstandwet</i> oui	dépend des <i>Lands</i> non	1997 Revenu social d'insertion oui	1957 <i>Ekonomiskt bistånd</i> oui	1948 <i>Income support</i> oui
18 ans non	non (sauf Campanie) non	25 ans (oui) non	18 ans oui	non étrangers, âgées, invalides	18 ans (oui) non imposable	non non	16 ans <18ans ;18-24 ans
oui oui montant minimal R non familial	oui oui R (1à 3 ans selon nationalités) oui familial	oui oui montant minimal R obligation variable familial	oui oui montant minimal R oui individuel	oui oui panier de biens varie selon le <i>Land</i> oui familial	oui oui montant minimal R oui individuel	oui oui panier de biens R oui individuel	oui oui montant minimal R non familial
locale État illimitée non imposable 1993 - 1998 <i>ad hoc</i>	locale État en majorité renouvelable annuellement non imposable 2003 prix à la consommation	État en majorité illimitée imposable 1999 - 2003 salaire minimum brut	local 0201tat en majorité illimitée non imposable 2004 salaire minimum net	locale local illimitée non imposable taux de bien-être	locale État 12 mois non imposable 2003 <i>ad hoc</i>	locale local illimitée non imposable 1998 - 2000 enquête consommateurs	locale Etat illimitée non imposable 1988 - 2001 Index Rossi
oui	oui	non	non	non	oui	oui	oui
		aide sociale majoré	pension universelle majoré	pension universelle suppléments			
1993 66 ans	1969 65 ans	1987 65 ans	65 ans		1980 65 ans	2003 65 ans	2003 60 ans
oui	oui	oui	oui	non	oui	non	oui
				aide sociale		aide sociale	
1993 16-66 ans		2003 18-65 ans	21 ans		1980 18 ans	2003 65 ans	1984 21 ans
parent isolé avec des enfants de plus de 18 ou 22 ans	aide pour (réfugiés, victimes de catastrophes naturelles, étudiants) allocation de premier « accueil » pour les immigrés		- allocations supplémentaires : chômeurs, handicapés - minima pour certains indépendants	Assistance spéciale pour chômeurs âgés affectés par des restructurations	pension de veuvage pension d'orphelin		

Les minima sociaux dans les systèmes d'inspiration libérale : Royaume Uni et Irlande

Bien que le poids des dispositifs d'assistance soit relativement élevé au sein du système de conception libérale, ceux qui sont délibérément orientés vers le soutien aux plus défavorisés, ont une ampleur limitée. En effet la conception libérale de la protection sociale se traduit par une couverture limitée des risques qui a un impact d'autant plus important que le revenu du ménage bénéficiaire est faible. Une couverture plus substantielle des risques de l'existence doit alors être recherchée par les assurés auprès de prestataires privés, sur la base d'un contrat individuel ou collectif d'assurance. On relève au Royaume-Uni et en Irlande le même type d'aide égalitaire : *Income support* au Royaume-Uni, assistance mise en place en 1948 et réformée en 1988, *Supplementary welfare allowance* en Irlande, introduite en 1977 et révisée en 1993. En pratique cette aide qui se voulait, dans la conception initiale, le fondement de la protection sociale, n'est plus qu'un « filet de sécurité » eu égard au montant des prestations dispensées (environ 300 à 400 euros), manifestement impropres à constituer un revenu de remplacement adéquat pour la majorité des salariés. L'attribution de cette aide rejoint donc par là la logique de minima sociaux caractérisant les pays « bismarckiens ». Cette logique continentale de minima est également à l'oeuvre dans les dispositifs britanniques de l'*Incapacity benefit*⁵ et du *Pension credit*⁶ ou dans les dispositifs irlandais de *Disability allowance*⁷ et d'*Old age pension*⁸.

Il convient par ailleurs de signaler dans ces deux pays quelques autres dérogations aux principes d'inspiration béveridgienne originels, qui n'ont pu en effet garder leur cohérence première face aux mutations économiques et sociales de ces trente dernières années et au recours au ciblage de publics prioritaires particulièrement mar-

quée Outre-Manche à partir des années quatre-vingt (Crowley, 2001). Ainsi le dispositif britannique l'*Income support*, combiné avec d'autres aides comporte des taux variables, selon que le bénéficiaire est notamment âgé de plus ou de moins 18 et 25 ans.

Les minima sociaux dans les systèmes nordiques

Comme le rappellent Heikkila et Keskitalo (2001), le caractère résiduel de l'assistance sociale, soumise toutefois à un critère de résidence, est un trait distinctif majeur des « régimes nordiques ou sociaux-démocrates ». Le secteur de l'assistance – c'est-à-dire les programmes d'assistance sociale en Europe du Nord, entrés en vigueur en 1974 (loi relative à l'assistance sociale au Danemark), réformés au début des années 80 en Suède (1982) et en Finlande (1984), après l'institution de premiers dispositifs, respectivement en 1957 et en 1956 – y est perçu comme marginal, le niveau de couverture élevé et les marges de manœuvres discrétionnaires initialement faibles, même si elles augmentent avec la décentralisation en particulier en Suède.

Ceci s'explique parce que les systèmes de protection sociale sont, en effet, fondés avant tout sur une recherche de plein emploi, avec une implication dans ce sens des secteurs public et social en particulier, ensuite parce que le système d'activation typique des pays nordiques est très développé, enfin du fait que les transferts sociaux généreux et universels réduisent considérablement la pauvreté au sein de la population. Les services sociaux jouent, à cet égard, un rôle majeur au sein de l'État-providence nordique pour compléter le système universel de protection sociale pour les personnes qui nécessitent des mesures d'assistance.

Le nombre de minima y est généralement plus réduit qu'ailleurs. Il n'y en a, en effet, qu'un seul en Finlande (garantie de ressources) et, en principe, deux dans les deux autres pays scandinaves : garantie de

5 - Cette prestation a vocation à prendre la suite des indemnités maladies conventionnelles ou à se substituer à ces dernières. Elle intervient au bout du cinquième jour d'incapacité à travailler si le bénéficiaire est assuré à la « National Insurance » et au bout de 28 semaines d'incapacité si l'âge du bénéficiaire est compris entre 16 et 20 ans. Son taux hebdomadaire est de 55.90 à 74.15 livres selon la durée de l'incapacité.

6 - Ce revenu minimum est versé à des bénéficiaires âgés de 60 ans et plus, versée sous la forme d'une prestation différentielle au taux hebdomadaire de 105,45 livres pour un célibataire et de 160,95 livres pour un couple. Le versement est soumis à une condition de résidence permanente au Royaume-Uni de 10 années au moins pendant les 20 ans suivant le 60ème anniversaire (les périodes de résidence dans un autre Etat membre de l'UE peuvent être considérées). Le versement est également conditionné par l'absence de droits ouverts au titre d'une autre catégorie de pension vieillesse à un taux égal ou supérieur.

7 - Cette allocation est versée à des bénéficiaires âgés de 16 à 66 ans, sous conditions de ressources (dégressivement sauf sous un plafond d'épargne de 12 697 euros). Son taux hebdomadaire pour une personne invalide est de 98 euros, auxquels s'ajoutent 60 euros par adulte et 17 euros par un enfant à charge.

8 - Cette allocation est versée à des bénéficiaires âgés de 66 ans et plus, sous conditions de ressources (dégressivement sauf sous un plafond d'épargne de 12 697 euros). Son taux hebdomadaire varie suivant le revenu et atteint au maximum 109 euros, plus 66 euros pour chaque adulte et 17 euros pour chaque enfant à charge.

ressources et revenu de compensation pour personnes ayant un enfant handicapé ou s'occupant d'un malade en fin de vie au Danemark ; garantie de ressources et très récemment minimum vieillesse en Suède. Ce phénomène s'explique par l'universalité des prestations d'assistance, à travers un revenu minimum versé sans conditions d'âge et dispensé sur un simple critère de résidence sur la base d'un taux unique fixé par l'Etat (taux autour duquel la Finlande et la Suède admettent toutefois des variations régionales). Ainsi, ces systèmes ne segmentent pas les populations de ces pays en plusieurs catégories de bénéficiaires : l'absence de critères d'âge, généralement utilisés dans le reste de l'Europe pour délimiter un montant de garantie de ressources du minimum vieillesse, peut autoriser dans ces conditions le versement des prestations prévues aussi bien à des personnes âgées qu'à des populations d'âge actif.

Cette possibilité est toutefois rarement utilisée intégralement dans les faits, en raison de la frontière ténue, en pratique, entre ces minima vieillesse et les montants minimaux de pension universelle qui existaient par ailleurs dans le cadre des systèmes d'assurance retraite. Ainsi, en Finlande (où le minimum vieillesse est réservé aux immigrés), la loi relative aux pensions de retraite de 1956 garantit un revenu de base à toute personne ayant plus de 65 ans et des prestations complémentaires (pour des dépenses exceptionnelles) aux titulaires de pensions modestes ; de même au Danemark, la pension nationale garantit, en vertu de la loi sur les pensions (réformée en 2001), des prestations uniformes pour toute personne ayant plus de 65 ans, sur la seule base d'un critère de résidence qui les rend accessibles à tout individu ayant vécu au Danemark pendant au moins dix années entre l'âge de 15 et 65 ans⁹. Cette situation caractérisait également la Suède, jusqu'à ce que la nouvelle législation de 2003 installe un dispositif assimilable à un minimum vieillesse et donc en principe institutionnellement distinct du mécanisme d'assurance sociale prévalant dans les deux autres pays nordiques.

*Les minima sociaux
dans les systèmes de type
« conservateur corporatiste » :
Allemagne, Autriche, Belgique,
Luxembourg et Pays-Bas*

Dans les pays relevant du régime « conservateur corporatiste », les prestations non contributives, et notamment les minima sociaux, complètent un système basé sur les assurances sociales et participent à

leur objectif de généralisation en constituant de facto le filet de protection de dernier recours pour les personnes qui restent insuffisamment ou pas assurées du tout.

Ainsi, le revenu minimum ou l'allocation d'assistance chômage viennent compléter les dispositifs d'assurance chômage pour les travailleurs ayant épuisé leurs droits à l'assurance ou n'ayant pas cotisé (encadré 3). Les réformes relatives à l'assurance chômage, en termes de conditions d'ouverture des droits ou de durée, ont dès lors nécessairement des effets sur l'aide sociale et influent sur les variations du nombre de ses bénéficiaires. Ainsi en Belgique, l'indemnisation du chômage, certes dégressive à partir du quinzième mois en moyenne, est en théorie illimitée et le nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration (anciennement « Minimex ») plus faible. Toutefois, depuis 1991 un durcissement de la législation sur le chômage autorise un renforcement de la règle permettant d'exclure de la liste des bénéficiaires pour raisons de chômage anormalement long (une fois et demi plus longue que la moyenne) des chômeurs indemnisés (Vranken, 1999). De même, les minima pour les personnes âgées, qu'ils soient spécifiques avec par exemple le minimum vieillesse en France où plus « généralistes » comme au Luxembourg, en Allemagne et en Autriche, dans une moindre mesure, se bornent à pallier les carences des pensions pour les personnes âgées n'ayant pas cotisé ou ayant des carrières incomplètes.

Le nombre de minima sociaux varie dans ces pays de 9 en France à 2 au Luxembourg. À l'exception de l'Autriche, chaque État a mis en place au plan national un revenu minimum pour les personnes sans ressources à partir de 1961 en Allemagne, en 1974 en Belgique, en 1986 au Luxembourg et en 1988 pour la France. L'Autriche n'a pas de revenu minimum national, chacun des neuf Länder ayant sa propre législation avec des conditions d'accès différentes (encadré 4). Trois pays ont mis en place une allocation d'assistance pour les chômeurs ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage (France, Allemagne, Autriche), trois disposent d'une allocation spécifique pour les personnes âgées (France, Allemagne, Belgique) et quatre ont mis en place un revenu de remplacement pour les adultes handicapés (France, Belgique, Luxembourg, Allemagne). Enfin, d'autres catégories de bénéficiaires ont accès à un minimum spécifique en France (allocation d'invalidité, allocation pour parent isolé, allocation d'insertion) et en Allemagne (allocation pour les demandeurs d'asile depuis 1993). On rappelle cependant qu'en Allemagne c'est l'assistance sociale qui couvre

9 - Cinq de ces dix années doivent avoir été toutefois passées dans le pays immédiatement avant liquidation de la pension.

indistinctement l'ensemble des personnes nécessiteuses, que celles-ci soient aptes au travail, âgées ou invalides, compte tenu toutefois du fait qu'à partir d'un certain montant de revenus la proche famille est dans l'obligation de subvenir (selon un principe de subsidiarité) aux besoins des individus qui sont dans l'incapacité (ou ne sont pas obligés¹⁰) de travailler. En Autriche, le revenu minimum garanti ouvert aux personnes en âge de travailler concerne seulement les invalides ou handicapés alors que le système de retraite offre des prestations complémentaires de nature à porter les droits à pension au niveau minimum déterminé.

Pays de tradition libérale avant la seconde guerre mondiale, les Pays-Bas ont connu une évolution vers un système continental qui peut expliquer que G. Esping Andersen s'abstienne de les classer explicitement au sein d'un groupe de référence donné¹¹. Ainsi certains traits se rattachant au libéralisme sont encore identifiables. On remarque par exemple dans les documents publics néerlandais le rappel fréquent du devoir pour chacun de « s'assumer financièrement de façon autonome ». Par ailleurs G. Esping Andersen lui-même invoque un certain nombre de caractéristiques libérales encore présentes : importance des pensions de retraites complémentaires privées, proportionnellement comparable à leur place dans le système américain¹², faible « absolutisme »¹³ du pouvoir central, notamment.

Néanmoins, « dans l'après-guerre, la couverture des risques sociaux se généralise à la fois par l'élargissement des assurances sociales des salariés et par la création de régimes nationaux d'assurances couvrant tous les citoyens. La création d'assurances privées complémentaires est également encouragée. Cette évolution a conduit à la coexistence de deux systèmes d'assurances sociales, l'un spécifique aux salariés et l'autre applicable à l'ensemble de la population » (Rapport du Sénat, décembre 1995), mélange, par conséquent de principe béveridgiens et surtout bismarckiens.

En matière de minima sociaux s'est également développée une logique bismarckienne que l'on peut constater à travers le dispositif prévu « *Algemene bijstand* » institué en 1963 fonctionnant comme un simple « filet de sécurité », loin des prétentions des systèmes universels de protection sociale (cf. supra) et comportant des aménagements particuliers liés à l'âge de certains de ses bénéficiaires (de 21 et 22 ans) et à la modulation par les communes (à hauteur de 20 %) de la prestation de base nationale. Cette logique de minima catégoriels est également apparente dans le dispositif ouvert par la loi sur les allocations supplémentaires (*Toeslagenwet, TW*)¹⁴ servant de base à l'indemnisation de certains handicapés.

Les minima sociaux des systèmes d'Europe du Sud : Italie, Espagne, Portugal

Les pays du sud de l'Europe pourraient faire l'objet d'une quatrième catégorie de régime, en particulier s'il s'agit de les classer selon le rôle et la place accordée à l'assistance. Cette classification particulière serait justifiée en raison du caractère très réduit (faible couverture, montant peu élevé), discrétionnaire et souvent décentralisé – en tout cas pour l'Italie et l'Espagne – de l'assistance sociale dans ces pays.

Le faible développement de l'assistance – et plus généralement de l'ensemble de la protection sociale – sans ces latitudes européennes, eu égard à celui observé en Europe continentale, est à relier toutefois à la jeunesse de ces démocraties restaurées ou instaurées à partir des années soixante-dix pour deux d'entre elles (Espagne, Portugal), à la moindre maturité de leur système de protection sociale, ainsi qu'au rôle encore perceptible aujourd'hui « d'amortisseur social » conféré aux communautés religieuses et surtout à la famille¹⁵.

Le calendrier de l'universalisation des dispositifs non contributifs (presque toujours le handicap et l'invalidité ou le minimum vieillesse) et plus géné-

10 - Comme par exemple, des malades, des parents isolés avec des enfants âgés de moins de 4 ans.

11 - Ce pays semble en fait « difficilement classable dans un seul et unique type », confirment S. St Arnaud, P. Bernard et J. Boisjoly dans une étude portant sur 20 pays occidentaux (communiquée dans le cadre de la troisième conférence nationale de la recherche sur les politiques, Ottawa, nov-déc 2000).

12 - Les deux systèmes sont du reste majoritairement à « prestations définies ».

13 - Défini par Esping-Andersen (1990), dans le chapitre 5, comme une tradition d'autoritarisme du pouvoir central.

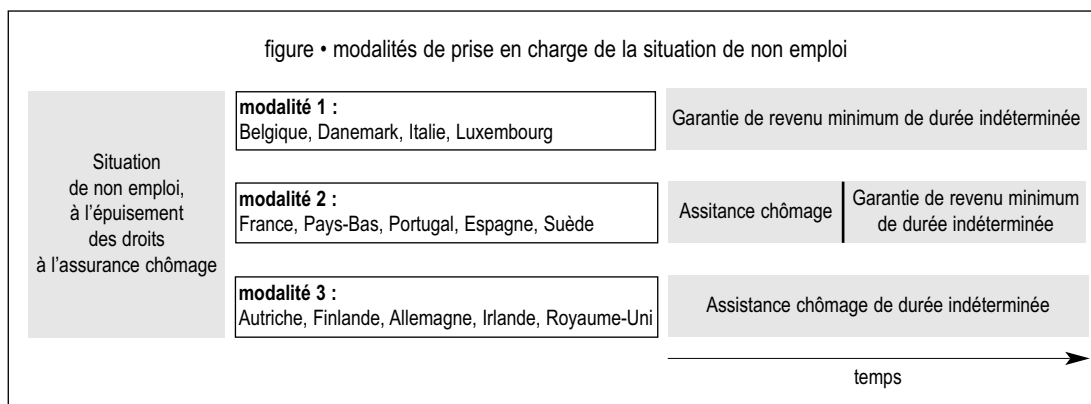
14 - Si nécessaire, un supplément jusqu'à hauteur du minimum social est accordé pour compléter les revenus des bénéficiaires d'allocations au titre de la loi sur l'assistance d'incapacité pour les jeunes handicapés (*Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten, Wajong*), ou de la loi sur les indemnités d'incapacité pour les indépendants (*Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, WAZ*) ou de la loi sur l'assurance invalidité (*Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, WAO*).

15 - Dès lors certains avancent l'idée que le rattrapage opéré par ces pays en matière de protection sociale au cours de ces 25 dernières années s'inscrit dans un processus complexe de construction et de légitimation de l'Etat-nation et de nouveaux régimes de sécurité sociale.

ENCADRÉ 3 ●

L'INDEMNISATION DU CHÔMAGE ET L'ASSISTANCE SOCIALE EN EUROPE :
PRINCIPALES ARTICULATIONS

Les mécanismes d'indemnisation du chômage (c'est-à-dire l'ensemble constitué par l'assurance chômage et l'assistance chômage¹) présentent parfois quelques ressemblances avec les dispositifs de garantie de revenu minimum (notamment quant au niveau des prestations dispensées² dans le cadre de l'assistance chômage et au caractère non contributif de cette dernière), mais reposent néanmoins sur des différences essentielles, la principale étant manifestement qu'il s'agit d'indemnisations en général non substituables, les dispositifs de garantie minimale de revenus prenant le relais de l'assistance chômage, ou bien constituant une voie d'indemnisation parallèle ne visant pas les mêmes publics. L'articulation entre les systèmes d'indemnisation du chômage et de garantie de revenu minimum se définit donc par le fait que le second constitue soit un prolongement, soit un système parallèle à l'assistance chômage, touchant des publics par définition différents³, dans la mesure où, en général, certains bénéficiaires ont déjà acquis une expérience professionnelle et un historique de cotisations, d'autres non (figure ci-dessous).



Plus précisément, lorsqu'elle existe, ce qui est le cas pour une large majorité des pays étudiés ici⁴, l'assistance chômage est accessible au terme de l'extinction des droits à l'assurance chômage⁵, soit après une période de six (cas du Royaume-Uni et de l'Italie) à 30 mois (cas de la France), suivant la perte d'un emploi. Pour un petit nombre de pays la période couverte par les prestations d'assistance chômage peut être suivie, au bout d'un temps variable (de 12 à 24 mois en général, les deux extrêmes étant représentés par le Portugal et les Pays-Bas⁶) d'une phase de durée le plus souvent indéterminée, définie par le versement du revenu minimum garanti (tableau).

Cependant ce schéma mérite d'être nuancé par la prise en compte d'un certain nombre de situations atypiques : ainsi en Finlande et au Royaume-

1 - Rappelons que l'assistance chômage est caractérisée par le versement de prestations sans base contributive.

2 - Variant de 14 % à 51 % du salaire moyen ouvrier en matière d'assistance chômage et de 11% à 30% du salaire moyen ouvrier s'agissant des prestations d'assistance sociale ; mais de montants proches dans la moitié des cas.

3 - Quoique peut-être pas fondamentalement, en terme de « ressenti de l'exclusion ».

4 - Remarquons que, très significativement, la Belgique (qui dispose d'un régime d'assurance chômage comportant une durée d'indemnisation théoriquement illimitée) et le Danemark (où l'assurance chômage dispense des prestations pour une durée, particulièrement longue, de 48 mois), n'ont pas introduit de mécanisme d'assistance chômage.

5 - Elle-même accessible au terme d'une durée d'affiliation aux différents dispositifs d'assurance chômage variant en général de six à douze mois.

6 - Cette durée de 24 mois correspond également à la période d'indemnisation auxquels peuvent prétendre les nouveaux entrants à l'ASS française, dans le cadre de la réforme de celle-ci, intervenue en 2004 (mais suspendue en partie par le Président de la République).

7 - Voire d'assurance chômage, comme c'est le cas théoriquement en Belgique.

Uni notamment, il n'est pas nécessaire d'avoir travaillé, pour prétendre à bénéficier de l'assistance chômage. En outre, il convient d'insister sur le fait que les prestations d'assistance chômage⁸ ont une durée fréquemment indéterminée, donc la période définie par l'entrée en vigueur du revenu minimum garanti peut rester lettre morte et n'exister qu'à titre de possibilité théorique.

Dans le cas général, les personnes nécessiteuses n'ayant jamais cotisé à un régime d'assurance chômage (ce qui correspond la plupart du temps au cas où elles n'ont jamais exercé d'emploi rémunéré, sauf dans les pays nordiques où cette cotisation est facultative – tout en étant fréquente surtout au Danemark), sont d'emblée prises en charge par les systèmes de garantie minimale de revenu, sous condition d'âge minimal, avec quelques différences par rapport à ce que serait leur situation si elles avaient bénéficié de l'assistance chômage.

L'OCDE (2004) a effectué un relevé systématique de ces différences entre les deux types de prestations :

• Ainsi, dans le cas général, les revenus d'assistance chômage sont fréquemment conditionnés à l'historique de l'emploi et la durée de leur versement peut être limitée, comme déjà indiqué supra. Ils ne sont disponibles qu'à la condition de recherche active, cette condition étant moins rigoureusement mise en œuvre en matière d'assistance sociale.

• Les conditions de ressources maximales auxquelles elles sont soumises tendent à être moins exigeantes que celles régissant l'accès aux dispositifs de garantie de revenu minimum (GMI). Ainsi, si le Royaume-Uni présente des dispositifs de plafonnement de ressources équivalents selon le type d'assistance (chômage, ou GMI), l'Autriche, la Suède, le Portugal, ne permettent aucun cumul entre le GMI et d'autres revenus, alors qu'ils offrent cette possibilité en matière d'assistance chômage.

	Assurance chômage (AC)		Assistance chômage			Assistance sociale (GMI)		
	Durée d'emploi (E) ou de cotisations (C) / période de référence	Durée maximale des prestations	Durée d'emploi	Durée des prestations	Montant	Condition d'âge minimal	Durée	Montant identique ou comparable à l'assistance chômage
Autriche	(E+C) : 12 mois / 24 mois	9 mois	comme AC	illimitée	fixe	non	illimitée	
Belgique	(E+C) 16 mois / 27 mois	illimitée	n'existe pas			18 ans	illimitée	
Danemark	(E) : 13 mois / 36 mois	48 mois	n'existe pas			non	illimitée	
Finlande	(E) : 11 mois/ 24 mois ; (C) : 10 mois	23 mois	0	illimitée	fixe	non	illimitée	moins de 30 % d'écart
France	(C) : 4 mois/ 18 mois	30 mois	comme AC+ 60 mois / 120 mois	6 mois (renouvelable)*	fixe	25 ans	illimitée	oui
Allemagne	(E) : 12 mois ; (C) : 12 mois/ 36 mois	12 mois	idem	illimitée	variable	non	illimitée	oui
Irlande	(C) : 10 mois/12 mois ou 13 mois/24 mois	15 mois	0	illimitée	fixe	18 ans	illimitée	oui
Italie	(C) : 13 mois/ 24 mois	6 mois	n'existe pas				illimitée	oui
Luxembourg	(E + C) 6 mois/ 12 mois	12 mois	n'existe pas			25 ans	illimitée	
Pays-Bas	(E) 6 mois/ 10 mois	18 mois	comme AC	24 mois	fixe	18 ans	illimitée	
Portugal	(E + C) 18 mois/ 24 mois	24 mois	comme AC ou 6 mois / 12 ans	12 ou 24 mois	fixe	18 ans	illimitée	
Espagne	(C) : 12 mois/ 72 mois	24 mois	comme AC ou 3 / 6mois	18 mois renouvelable	fixe	25 ans	illimitée	moins de 30 % d'écart
Suède	(E) : 6 mois/ 12 mois ; (C) : 12 mois	14 mois	6 mois ou 0**	14 mois	fixe	non	illimitée	
Royaume-Uni	12 ou 24 mois/24 mois En pratique plus proche de 24 mois***	6 mois	0	illimitée	fixe	16 ans	illimitée	

* La limitation de la durée de versement prévue dans la réforme de janvier 2004 a été suspendue au premier semestre 2004.

** Pour les jeunes diplômés

*** L'historique de 12 mois de cotisations est une possibilité théorique ouverte à ceux dont la somme des cotisations dépassent sur un an 25 fois (sur un an) le niveau de contribution minimal fixé par l'État, ce qui est acquis pour un individu qui gagne un salaire mensuel de 2 414 euros en 1999...

Source : à partir de l'OCDE (2004)

8 - Des possibilités voisines existent également en Autriche, en Finlande et en France (RMA).

ralement de l'institutionnalisation de l'assistance sociale est différent selon les pays : dès l'origine de la sécurité sociale au Portugal et seulement à partir de 1988 en Espagne. Dans ce pays, la réglementation des prestations non contributives en espèces est effective depuis une loi de 1990, et l'universalisation des prestations de retraite et d'invalidité y a été également réalisée, ainsi que celle des prestations en espèces pour enfant à charge. Au Portugal s'ajoutent à ces dispositifs une pension de veuvage et une pension d'orphelin, accessibles depuis quelques années à tous les citoyens même ceux n'ayant jamais cotisé ou l'ayant insuffisamment fait et en Espagne une protection familiale non contributive en nature, pour les enfants de moins de 18 ans.

En Italie, où l'État-Providence a été institué de plus longue date avec l'installation d'un minimum vieillesse et invalidité à partir des années cinquante, le RMI qui avait d'abord été introduit à titre expérimental dans 39 municipalités (de plus de 8 000 habitants), avant d'être étendu à 266 autres¹⁶, a été écarté en 2002. L'expérimentation du Revenu minimum d'insertion ayant pris fin, le système de soutien au revenu est complété par un instrument de dernière instance en 2003, comprenant des éléments de solidarité co-financés par la fiscalité générale et surtout les régions. Il n'existait pas de compétence obligatoire des régions en matière sociale : elles restaient libres de déterminer l'importance donnée aux politiques d'assistance sociale au sein de l'ensemble des compétences dont elles sont dotées, en tenant compte du financement alloué par l'État à ces programmes. De plus, « les niveaux essentiels d'assistance sociale » n'avaient toujours pas été fixés par le gouvernement en raison de la réforme en cours de la Constitution, qui pouvait entraîner le bouleversement de la « loi 328 » de 2000 sur la distribution des compétences en matière de politique sociale entre l'État et les autorités locales.

Les années 90 marquent ainsi un réel tournant dans cette région de l'Europe, qui a vu se développer

des politiques visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale parfois innovantes, avec sans doute une influence indirecte de l'Union européenne en ce domaine, en particulier avec la Recommandation du Conseil européen sur les minima sociaux (92/441) (Moreno et al, 2003) et surtout la confection des PNAI en 2001¹⁷.

Ces trois pays ont ainsi introduit selon des voies institutionnelles diverses un revenu minimum garanti inspiré des principales caractéristiques du RMI français (Moreno et al, 2003) : à l'échelon national au Portugal, de façon décentralisée en Espagne¹⁸, où elle n'a de base légale que pour certaines Communautés autonomes¹⁹ et relève, à chaque fois, des législations régionales des dix-sept communautés autonomes, et de façon seulement provisoire en Italie, sur la base d'une mise en œuvre décentralisée mais d'un financement étatique.

LES RÉFORMES RÉCEMMENT INTERVENUES

Dans chaque pays, le nombre de minima sociaux a pu varier en fonction des réformes entreprises. Plusieurs États se sont ainsi engagés vers une diminution du nombre de minima comme le Royaume-Uni avec la suppression du *One Parent Benefit* en 1998²⁰. L'Allemagne a décidé de supprimer la prestation *Arbeitslosenhilfe*, équivalent de l'allocation spécifique de solidarité (ASS) en France, au 1^{er} janvier 2005. En Italie, enfin, l'expérimentation du revenu minimum d'insertion dans quelque 300 communes a pris fin en 2002 et n'a pu déboucher sur la mise en place d'un dispositif pérenne même si la loi de Finances de 2004 a prévu un co-financement avec l'État - peu détaillé et vague - si une région décide d'adopter ce type de dispositif rebaptisé « revenu de dernier ressort » (*Reddito di ultima istanza*) [Sacchi et Bastagli, 2005].

A contrario, d'autres États ont créé récemment de nouveaux minima comme le Luxembourg avec un

16 - Parallèlement, certaines régions, de toutes colorations politiques, ont adressé des propositions au gouvernement, comme par exemple le « Revenu de citoyenneté » qui vient d'être adopté par la région Campanie et qui pérennise de fait l'expérimentation du « revenu minimum d'insertion ».

17 - Relevons que cet exercice a été d'abord l'occasion de dresser un diagnostic exhaustif de la situation sociale et des lacunes des systèmes de protection sociale et de prêter une réelle attention au discours de l'UE sur la cohésion, l'inclusion sociale et la garantie de ressources suffisantes (Ferrera et Al, 2002).

18 - Le caractère subsidiaire et complémentaire apparaît distinctement dans le cadre juridique.

19 - En effet, la condition de droit garanti peut-être limitée selon la nature juridique du texte : les dispositifs de la majorité des Communautés autonomes sont régulés à travers des décrets et non des lois (Arriba, 1999), et ils sont conditionnés, comme c'est parfois le cas, aux disponibilités budgétaires (limitations temporaires et de barème, ou forte conditionnalité au devoir de contrepartie).

20 - Remplacé par un dispositif plus ambitieux du programme *New Deal for Lone Parents* destiné aux parents isolés : il s'agit d'un service de conseil personnalisé, qui propose des recommandations en matière de recherche d'emploi, de prise en charge des enfants, de formation pour parents isolés, visant à les inciter au travail.

ENCADRÉ 4 ●

ORGANISATION ET GESTION
DES MINIMA SOCIAUX

L'analyse comparative de l'organisation des structures en charge des minima sociaux doit distinguer le niveau de décision des principales conditions et modalités d'attribution des minima (âge, plafond de ressources, montants etc.), c'est-à-dire l'institution (État, collectivités locales, partenaires sociaux) détenant cette compétence, la gestion administrative des dispositifs mais aussi une gestion financière qui fait l'objet de modalités parfois distinctes et enfin, leur mode de financement. Cette grille de lecture permet d'identifier les niveaux de décentralisation des politiques d'assistance mais aussi de les différencier en fonction des compétences dévolues aux structures locales.

En ce qui concerne le niveau de décision
des principales conditions et modalités d'attribution des minima

Dans la plupart des États, il existe un encadrement législatif déterminant des conditions nationales d'accès aux minima même si leur gestion et/ou leur financement sont confiés à des structures locales. En la matière, le critère déterminant est celui de l'organisation territoriale des pays (État centralisé, organisation décentralisée, État fédéral). En outre, il importe de souligner que seul le revenu minimum versé aux adultes aptes au travail (RMI en France, RMG au Luxembourg, Income Support au Royaume-Uni...) est susceptible de comporter des variations territoriales importantes, les critères d'accès étant en revanche fixés systématiquement au plan national pour les minima spécifiques, lorsqu'ils existent, à destination des personnes âgées, handicapées ou encore des parents isolés. Néanmoins, lorsque des marges de manœuvre sont laissées à l'appréciation des collectivités locales pour le revenu minimum, la loi fixe souvent un taux de base pour éviter de fortes disparités ou encore une migration des personnes sans ressources entre les régions ou zones géographiques (Finlande, Pays-Bas, Allemagne). En Italie, le gouvernement devait ainsi fixer, pendant la période d'expérimentation, « les niveaux essentiels d'assistance sociale » (Nivelli essenziali di assistenza sociale, [LIVES]) qui auraient servi de référence aux politiques sociales régionales, et établir des plans nationaux triennaux d'action sociale. Les communes ont été chargées de l'exécution de ces plans d'action à l'intérieur des territoires au sein desquelles elles sont regroupées ; dans ce cadre, elles mobilisent les acteurs de l'intervention sociale, avec un accent très important mis sur le rôle du « tiers – secteur. En Suède, la législation qui encadre le « revenu de subsistance » reconnaît « une norme nationale » qui ne couvre qu'une partie des besoins auquel s'ajoutent une liste de dépenses (dont le logement) fixée par la législation dans une limite raisonnable et laissée à l'appréciation des municipalités, sans compter les formes d'assistance ne rentrant pas dans le périmètre de ce revenu minimum garanti. Les municipalités suédoises ont donc certaines marges de manœuvre discrétionnaires pour organiser l'assistance et déterminer le paiement de celle-ci sur la base de conditions locales et en fonction des besoins des individus. En revanche, au nom du principe de subsidiarité, certains États fédéraux comme l'Autriche ou l'Espagne laissent les structures locales fixer librement toutes les conditions d'accès au revenu minimum. Par contraste, le dispositif britannique apparaît formaliste et intégré (OCDE, 1998), les municipalités jouant un rôle mineur dans l'ensemble du système d'assistance sociale.

La gestion administrative et financière des dispositifs

Elle peut être confiée majoritairement aux régimes d'assurances sociales, a fortiori en ce qui concerne le volet assistancier de l'indemnisation du chômage (France, Autriche, Allemagne), à des fonds nationaux (Luxembourg), aux communes (Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Pays-Bas, Allemagne, Suède) ou à des organismes déconcentrés dépendant de l'État (Royaume-Uni : obcentre Plus et Child support agencies, Irlande : Local offices).

En matière de financement

Quel que soit le niveau de fixation des critères d'accès aux droits et l'organisme en charge de la gestion, la plupart des minima sont financés par l'État soit dans leur totalité (Belgique, Royaume-Uni, Irlande, Portugal, Espagne excepté le revenu minimum « généraliste ») soit en partenariat avec les collectivités locales dans une proportion plus (Suède, Espagne) ou moins élevée (Danemark, Finlande).

On constate ainsi que des systèmes fortement centralisés (Royaume-Uni, Irlande) co-existent avec des systèmes plus décentralisés qui disposent d'un encadrement national avec une gestion locale et un financement associant l'État et les collectivités locales (Danemark, Finlande) et avec des systèmes très décentralisés où les collectivités locales disposent de l'essentiel des compétences principalement pour le revenu minimum versé aux adultes aptes au travail (Autriche, Espagne). Cette comparaison met en exergue l'acceptation implicite de disparités en termes de montants, de conditions d'accès ou d'exigences de contreparties pour les revenus minimums pour les adultes au chômage mais a contrario d'un fort encadrement national pour les minima sociaux destinées aux personnes âgées ou handicapées lorsqu'ils existent.

revenu minimum pour personnes handicapées en 2003 ou la Belgique en 2001 avec la garantie de ressources pour les personnes âgées, ou la Suède avec un *quasi* minimum vieillesse en 2002. En Allemagne, la réforme des retraites de 2001 *Altersvermögensgesetz* introduit, entre autres, un revenu minimum vieillesse (reconnu comme une « protection sociale de base », *soziale Grundsicherung*) défini par les lois du 26 juin 2001 et du 27 avril 2002. Ce nouveau dispositif est ouvert à partir de 65 ans (ou à partir de 18 ans en cas d'incapacité de travail totale) aux résidents. Son montant correspond à celui de l'aide sociale augmenté d'une aide forfaitaire d'environ 15%.

Le renforcement des politiques dites d'activation des revenus minima et des sanctions

Ayala (1994, 1997) retient trois grandes étapes dans l'installation des revenus minima d'insertion : la première correspond à la phase expansive associée à la mise en place des États-providence au lendemain de la guerre (Allemagne, Autriche, Danemark, Royaume-Uni, Pays-Bas). La prestation est généralement universelle. Une réorientation de cette prestation est notable aux Pays-Bas, en particulier, juste avant la crise du début des années soixante-dix. Sont introduits également des programmes en Belgique et en Irlande en réponse à de nouvelles réalités sociales qui prennent place dans un contexte économique et social changeant (restrictions financières, contestation idéologique des politiques sociales...). La troisième « génération » de dispositifs, celle qui émerge aux cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix en France et au Luxembourg, et dans une moindre mesure en Espagne et en Italie, à titre expérimental, adosse la prestation sous conditions de ressources à des contreparties, à des degrés divers selon les pays. Elle symbolise l'adaptation des « modèles » traditionnels à de nouvelles contraintes économiques et sociales, et le processus de transformation et de rationalisation des États-providence. L'introduction de contreparties et le renforcement des mécanismes d'activation seront un trait commun des réformes entreprises dans la plupart des pays européens durant cette période.

Au cours des dernières années, au moins une dizaine d'États européens ont, en effet, réformé leur législation afin de renforcer les dispositifs de recherche d'emploi, de formation ou encore de contrats aidés pour les allocataires d'un revenu minimum qui sont aptes au travail, et plus généralement pour les chômeurs de longue durée.

Ainsi, en 2002 la création en Belgique du revenu d'intégration comporte obligatoirement un projet

individualisé avec une priorité pour l'emploi des jeunes de moins de 25 ans. Au Luxembourg la participation aux activités d'insertion sociale et professionnelle est élevée au rang de condition d'octroi d'une prestation au titre du revenu minimum depuis la loi de 1999 et peut également inclure, sur proposition du service de contrôle médical, la participation à des cures ou des traitements pour améliorer ou rétablir l'aptitude au travail. En cas de non-respect du contrat d'insertion, le service national d'action sociale peut notifier un avertissement à l'intéressé, puis éventuellement exposer celui-ci à la perte du bénéfice des mesures d'insertion et de l'allocation complémentaire. Si l'indemnité d'insertion est retirée trois fois, la suspension peut durer jusqu'à 12 mois.

Cette situation peut être rapprochée de celles de l'Allemagne, de certaines Communautés autonomes de l'Espagne depuis 1996, du Portugal à partir de 2003, et du Danemark qui a rendu dès 1994 obligatoires certaines contreparties au bénéfice de l'aide, comme le fait de suivre une formation ou de participer à un travail d'intérêt collectif, etc... Certains États membres ont, en outre, durci les conditions d'éligibilité à cette aide ou à l'accession à son taux plein. C'est le cas de la Finlande, où des réglementations prises entre 1996 et 1998 offrent aux autorités sociales la possibilité de réduire le revenu d'assistance en cas de refus d'un emploi ou d'une formation, avec obligation pour les moins de 25 ans de participer à ces programmes. En Suède, les législations de 1998²¹ (*Social Services Act*) et de 2000, revêtent une portée analogue sans cependant que le régime de sanctions soit aussi rigoureux. De même, en Allemagne, la réforme *Hartz IV* de décembre 2003 portant sur les deux régimes d'assistance chômage et sociale, l'une des plus importantes depuis la loi sur l'assistance de 1961, renforce les obligations de recherche d'emploi incombant aux bénéficiaires de ces minima. Dans ce cadre, un bénéficiaire refusant un travail ou un programme d'activation proposés s'expose à voir la prestation réduite de 30% ou, s'il a moins de 25 ans, suspendue sur trois mois. À l'instar des structures locales britanniques, certaines agences allemandes de placement (relevant des 69 municipalités sélectionnées à ce jour pour cette réforme) regroupent désormais les missions d'activation et l'administration de l'assistance sociale.

Au Royaume-Uni, en effet, les réformes de l'indemnisation chômage accomplies en 1996 (*Job*

21 - Des mesures plus restrictives ont été introduites quant à l'attribution de prestations d'assistance avec principalement l'abaissement du « niveau cible » du coût du logement et la « territorialisation » de l'allocation logement, tenant compte de ce que peut prétendre une personne qui perçoit des bas revenus.

Seekers Allowance) et du *New Deal* en 1997 sous l'actuelle administration, ont renforcé les politiques actives de l'emploi et les contreparties exigées de leurs bénéficiaires. Après la création de *Job Centres Plus*, fusion entre les services de l'emploi et les Agences en charge des prestations sociales (*Benefit Agencies*) à partir de 2001, le « principe de conditionnalité » (participation à des *work focused interviews*) a été renforcé au sein des dispositifs d'assistance. Ce principe a été étendu à partir d'avril 2002 à d'autres publics, parents isolés et invalides, par exemple, sans que leur participation à des programmes d'activation soit toutefois rendue obligatoire. L'Irlande, avec le programme EAP²² qui accueille, entre 1998 et 2000, l'ensemble des demandeurs d'emploi franchissant un seuil, en général de 9 mois, de durée de recherche d'emploi, les Pays-Bas, qui mènent depuis 1995 une politique de création d'emplois aidés (*Melkert*) assortis d'un régime de sanctions en cas de refus par les candidats, chômeurs de longue durée (OCDE, 2003), participent également de cette tendance.

Au Portugal, dans sa version initiale, le revenu social d'insertion (RSI), qui remplace depuis 2003 le « Revenu minimum garanti », excluait du dispositif les moins de 30 ans²³... Par ailleurs, le système d'évaluation de la situation financière des demandeurs a été réformé, les revenus de référence correspondant dorénavant à ceux perçus durant les douze derniers mois, et non plus sur le mois précédent la demande, et le renouvellement automatique ayant été supprimé. De surcroît, une plus ample reconnaissance du rôle des institutions particulières de solidarité sociale (IPSS) a été introduite dans l'accompagnement individualisé des bénéficiaires²⁴. En Suède, ont été introduites en 1998 des mesures plus restrictives quant à l'attribution de prestations d'assistance avec principalement l'abaissement du « niveau cible » du coût du logement et la « territorialisation » de l'allocation logement, tenant compte de ce que peut prétendre une personne qui perçoit des bas revenus.

Douze communautés autonomes sur dix-sept, en Espagne, ont été également amenées d'abord à évaluer les dispositifs de minima sociaux (tableau de l'encadré 6), puis à les réorienter dans le sens d'une logique plus restrictive de *workfare* (Arriba et Ibanez, 2002). L'activation est renforcée en direction

des personnes potentiellement les moins éloignées du marché du travail alors qu'en même temps sont durcies les conditions d'éligibilité, y compris pour les allocations de chômage. Des exonérations fiscales ont été consenties afin d'inciter les entreprises à pérenniser les emplois aidés destinés aux publics les plus fragiles.

On constate ainsi que le terme générique d'activation des dépenses passives recouvre des réalités différentes selon les États que ce soit en termes de moyens mis en œuvre pour accompagner les allocataires vers leur recherche d'emploi ou encore de sanctions en cas de non respect des engagements fixés.

La décentralisation est une orientation qui a ces dernières années concerné principalement la France²⁵, sans doute du fait de sa plus forte centralisation comparativement aux autres États européens. Cependant dans d'autres pays, le rôle des autorités locales a été souvent renforcé là où il jouait déjà un rôle majeur. C'est vrai en particulier au Danemark, où les communes se voient dotées depuis deux ans de nouvelles responsabilités en matière de qualification et de formation professionnelle, et des Pays-Bas où l'échelon communal dispose d'une possibilité accrue de modulation des barèmes d'aide définis au plan national. Toutefois cette tendance ne paraît pas universelle dans la mesure où depuis la fin des années quatre-vingt on peut observer en Finlande un mouvement de sens contraire, restreignant la marge de décision des communes, traditionnellement forte.

En Italie, la pérennité du projet pilote est plus incertaine. En effet, le Revenu minimum d'insertion expérimenté à grande échelle sur deux ans à la fin des années 90, puis évalué en 2002 n'a pas été reconduit. Dans un Livre blanc daté de février 2003, il est clairement dit que « cette expérience a permis de montrer qu'il était impossible de déterminer par une loi cadre au niveau national les conditions d'éligibilité au revenu minimum d'insertion ». C'est pourquoi a été proposé qu'un nouveau dispositif – le revenu de dernière instance – soit réalisé et co-financé de façon coordonnée avec le système régional et local au moyen de programmes qui distingueront les carences de revenu associées à l'absence de travail par le moyen de

22 - *Employment Action Plan*.

23 - Cette nouvelle condition avait été refusée par le Conseil constitutionnel et remplacée par une exigence d'inscription préalable au centre d'emploi de leur lieu de résidence pendant 6 mois, susceptible de conduire à la suspension de l'allocation, en cas d'absentéisme. Dans le texte final, toutefois, cette nouvelle obligation a été levée.

24 - La nouvelle loi a également renforcé le rôle de coordination dévolu à la sécurité sociale au sein des « Cellules locales d'insertion » (CLA, anciennement « Commissions locales d'accompagnement dans l'ancien dispositif »). Un plan d'action déterminant les orientations générales en matière d'insertion est défini au début, et évalué à la fin, de chaque année.

25 - Rappelons que la France a ainsi achevé de décentraliser le financement et la gestion de l'allocation du Rmi depuis le 1^{er} janvier 2004 afin d'en confier la gestion complète aux départements qui avaient en charge jusqu'à présent seulement l'insertion des bénéficiaires dans le dispositif.

politiques actives et les carences relatives à la fragilité et la marginalisation sociales qui réclament des mesures d'intégration sociale et de défense de revenu. Pour l'heure cette proposition n'a toujours pas été concrétisée.

La rénovation et l'adaptation aux usagers de certains dispositifs de minima est par ailleurs une orientation qui peut être illustrée par l'exemple du revenu d'intégration en Belgique. En effet, la loi de 2002 a individualisé le droit au revenu d'intégration afin de traiter de façon indifférenciée la situation des couples mariés et de ceux qui ne le sont pas, conformément à l'évolution des structures familiales. En outre, une nouvelle catégorie a été créée pour tenir compte des allocataires versant des pensions alimentaires. Les droits des usagers ont été renforcés : information des allocataires, audition des demandeurs, motivation des décisions, accompagnement du demandeur par une personne de son choix dans la négociation du projet d'intégration ou du contrat de travail. Avant de signer, le bénéficiaire dispose d'un délai de réflexion de cinq jours. Enfin, en cas de retard de paiement du revenu d'intégration, le bénéficiaire a droit à des intérêts de retard. Sur un plan organisationnel la modernisation des minima passe également par la mise en œuvre d'instruments plus adaptés, offrant une meilleure lisibilité « guichet unique » ainsi qu'une simplification et une harmonisation des procédures d'accès ; ainsi en particulier au Danemark, le programme récent « Plus de personnes au travail » s'est focalisé sur le développement des outils d'orientation, de qualification et de formation professionnelle.

En Suède, la nouvelle législation sur les services sociaux encadrant l'assistance sociale, adoptée en 2000, prévoit pour les bénéficiaires, une possibilité de recours juridique (pourvoi en appel administratif) plus importante, ainsi qu'un resserrement des règles s'imposant aux services sociaux, faisant suite à des mesures prises en 1998 pour garantir leur qualité.

Au Portugal, la réforme vise une plus grande célérité dans l'attribution de l'allocation (30 jours) et la souscription au programme d'insertion (60 jours).

Une tendance au « ciblage des prestations », parfois compensée par la possibilité de prendre en compte « une logique de besoins »

De façon cohérente avec les politiques évoquées ci-dessus de durcissement de l'accès aux minima sociaux, on relève depuis quelques années dans certains États une tendance au ciblage des prestations en direction d'un nombre plus restreint de bénéficiaires – tendance qui est bien entendu à distinguer des amé-

nagements particuliers, comme en faveur des jeunes, qui ont toujours complété, dans la plupart des pays, les mécanismes généraux d'allocation de minima (au Royaume-Uni, par exemple, l'indemnisation des jeunes de moins de 18 ans et âgés de 18 à 24 ans consiste en une prestation réduite au sein du régime de l'*Income Support*, et au Danemark, le montant du revenu minimum garanti est réduit pour les moins de 25 ans).

Ainsi, en Autriche il existe un droit spécifique à l'« aide à la subsistance » (*Hilfe zum Lebensunterhalt*) dans certains *Länder* (Basse-Autriche, Burgenland, Vorarlberg), réservé à certaines catégories de la population précisément délimitées (ressortissants étrangers non couverts par des conventions bilatérales d'immigration, personnes âgées, handicapés), l'aide sociale de droit commun n'y étant, en tout état de cause, accordée à taux plein qu'aux nationaux autrichiens. En Belgique, c'est le critère de l'âge qui entre en ligne de compte pour définir des groupes prioritaires : depuis la réforme de 2002 en matière de « revenu d'intégration », les jeunes de moins de 25 ans bénéficient d'efforts accrus des pouvoirs publics dans le domaine de l'incitation au retour à l'emploi. Par exemple, le taux de prise en charge est majoré par l'État en cas de reprise d'études de la part de l'intéressé.

Au Portugal, la réforme de 2003 a introduit des mécanismes de différenciation positive, comme des avantages financiers supplémentaires dans certaines situations : grossesse, enfant à charge jusqu'à un an, handicap, dépendance, maladies chroniques...

Au Pays-Bas l'accent est mis au contraire sur les populations les plus éloignées du marché du travail. Fondé sur l'accord d'automne 2002 entre les partenaires sociaux et l'État, un « supplément de revenu durable » a ainsi été introduit l'année suivante pour les personnes que les communes identifient comme ayant vocation à bénéficier à vie du revenu minimum, en raison d'absence de perspective professionnelle.

Enfin, en Allemagne, malgré une loi récente (dite GSIG) adoptée dans le cadre de la réforme du système de retraites et censée couvrir de manière indistincte l'ensemble des besoins pécuniaires liés à l'âge ou à une baisse de revenus (même lorsque les bénéficiaires reçoivent par ailleurs une aide financière de leur entourage familial), une volonté de ciblage est affichée par la loi de 1993 relative aux demandeurs d'asile et résidents étrangers, dont l'accès au revenu minimum est remplacé par une allocation de montant moindre (-20 %).

Toutefois, dans la plupart des pays des souplesses ont été introduites dans le même temps par rapport au traitement de « type bureaucratique » (selon la

terminologie de Serge Paugam²⁶ qui définit celui-ci par « l'attention scrupuleuse portée par les agents de l'intervention sociale à la réglementation sans prise en compte de circonstances individuelles » effectué par la plupart des administrations sociales.

Une « logique de besoins » identifiés au cas par cas peut se manifester face à celle découlant du statut juridique ou administratif des bénéficiaires.

Les caractéristiques individuelles des candidats à l'aide sociale sont ainsi plus particulièrement prises en compte dans certains pays du Sud, en Autriche et en Allemagne, où des mesures d'incitation au retour à l'emploi sont proposées ou non selon la situation concrète du demandeur et où la signature du « plan d'intégration » accompagnant le versement de l'aide n'est pas non plus toujours effectuée.

MINIMA SOCIAUX, NIVEAUX DE VIE ET INCITATIONS AU TRAVAIL

Les différences de montants, et de conditions d'attribution entre les minima sociaux, sont enfin un aspect essentiel de l'analyse comparative, reflétant les degrés de légitimité reconnus aux différents types de situations (handicap, âge, chômage, enfants à charge...).

Les montants des revenus minima pour les personnes en âge de travailler : entre « panier de subsistance » et norme salariale

Pour les personnes aptes au travail, les montants des minima sociaux nationaux, et donc leur degré de générosité, renvoient aux objectifs qui leur sont assignés, à savoir privilégiant la lutte contre la pauvreté absolue (définition d'un minimum en fonction de l'estimation des ressources nécessaires à la couverture des besoins « vitaux » indexés sur l'inflation) ou contre la pauvreté relative (montant déterminé en fonction du niveau de vie de la population générale, indexé sur les salaires, pour garantir la cohésion sociale à travers la réduction des inégalités de revenus). Ils peuvent également être définis en fonction d'une norme relative au marché du travail, comme le salaire minimum lorsqu'il existe avec parfois en perspective un objectif d'incitation à l'emploi.

Schématiquement, on identifie deux catégories de pays en fonction de la présence ou non d'un salaire minimum²⁷. Les pays qui présentent la particularité de

ne pas avoir de salaire minimum légal, privilégiant la détermination de moyens d'existence de base, les législations retenant le plus souvent une liste détaillée d'items entrant dans la composition du « revenu de subsistance ». Il s'agit presque à chaque fois (Allemagne, Autriche, Finlande, Suède) d'un panier de biens de première nécessité (nourriture, vêtements, santé et hygiène corporelle, loisirs, mobiliers, chauffage, besoins personnels de la vie quotidienne, transport parfois...) auquel il est ajouté d'autres dépenses, elles-mêmes détaillées, à couvrir. Les prestations d'assistance sociale comprennent donc dans ces pays : un montant de base forfaitaire (sur la base de niveaux standards nationaux) dont le périmètre varie selon les pays – fixé par les *Landers* en Autriche et seulement valorisé en fonction des prix locaux en Allemagne – augmenté d'une assistance financière pour les autres principales dépenses, comme le logement, pour un montant considéré comme « raisonnable²⁸ » (Finlande, Suède), ou qui peut prendre la forme de prestations complémentaires obligatoires. La couverture d'un loyer est donc systématique (qu'elle entre dans le montant de base ou qu'elle soit couverte par une allocation logement). Ces dépenses supplémentaires ainsi que d'autres aides ponctuelles sont souvent évaluées localement.

En revanche, dans les autres pays européens où un salaire minimum existe, le revenu minimum garanti est fixé soit explicitement (l'indemnité d'insertion au Luxembourg ou l'allocation en vigueur aux Pays-Bas) ou soit implicitement (Portugal, Espagne) en fonction du salaire minimum. Au Portugal, s'il est aligné sur la valeur de la pension sociale de retraite du régime non contributif, lui-même égal à la pension sociale d'invalidité, la législation prévoit une convergence progressive du niveau de ces minima vers celui du salaire minimum entre 2003 et 2007.

Toutefois, ce lien n'est pas systématique. En Irlande ou au Royaume-Uni où le montant de base est souvent fixé par l'État, comme d'ailleurs en France, la référence au marché du travail n'est pas explicite. En Belgique, même, les montants initiaux²⁹ sont ceux qui ont été fixés pour le revenu garanti aux personnes âgées et la revalorisation automatique de la prestation est de 2% quand l'indice des prix à la consommation varie de 2% par rapport à l'indice pivot antérieur.

26 - Dans « Minimum Income Schemes in Europe », 2003, International Labour Office.

27 - Pour mémoire, neuf pays européens ont installé un salaire minimum. Il s'agit de la Belgique, de l'Espagne, de la France, de la Grèce, de l'Irlande, du Luxembourg, des Pays-Bas, du Portugal, du Royaume-Uni.

28 - En plus des allocations logement universelles perçues par les ménages finlandais et suédois.

29 - À signaler qu'il existe en Belgique des montants de revenu minimum spécifiques pour ceux qui travaillent dans un programme d'insertion.

Par ailleurs, les dispositifs mis en œuvre dans les États membres de l'Union européenne se distinguent selon qu'ils donnent ou non lieu à des droits associés pour le logement. En Belgique, en Espagne (quelques Communautés autonomes proposent toutefois cet accès) et au Portugal, il n'y a pas de prestations logement attachées à l'attribution du revenu minimum. Aux Pays-Bas, une personne peut être éligible à un subside locatif selon les ressources du ménage qui varient en fonction du loyer et de l'âge des individus. Trois niveaux de prestations sont proposés, en effet, lorsque le loyer excède un loyer standard fixé à 166 euros par mois en 2002 pour les moins de 65 ans. En Irlande les bénéficiaires de l'allocation peuvent prétendre aux suppléments de logement à hauteur de la valeur du loyer diminué d'un montant forfaitaire d'environ 8 euros par semaine, ainsi qu'à de taux d'intérêts hypothécaires bonifiés en vertu du régime fiscal (*Mortgage Interest relief*) ou encore à un dispositif de « loyers différentiels », de niveau local. Au Luxembourg, où il n'existe pas d'allocation logement, le montant de base du revenu minimal à taux plein peut être majoré d'un montant égal à la différence entre le loyer versé et 10 % du revenu minimum garanti, sans dépasser 124 euros en 2003. A cela s'ajoute une allocation de chauffage payable indépendamment de la majoration pour le loyer d'un montant forfaitaire allant de 400 euros pour une personne, jusqu'à 800 euros pour un foyer de plus de cinq personnes. Cependant, seulement 5% des bénéficiaires du RMG la percevaient en 1993. Au Royaume-Uni comme en France, la couverture du logement est systématiquement accordée aux bénéficiaires de revenu minimum, à concurrence, Outre-Manche, du montant d'un loyer considéré comme acceptable.

Le Danemark qui n'a pas introduit de salaire minimum se démarque, quant à lui, de l'ensemble de ses voisins européens, y compris du Nord de l'Europe, dans la mesure où la garantie de ressources était initialement évaluée (en 1986) en proportion de la pension de vieillesse uniforme (90% ou 80%). Après la réforme de 1997 portant sur les politiques actives de l'emploi, le revenu minimum est calculé à partir du montant maximum versé au titre des indemnités de chômage : à hauteur de 80% pour les personnes ayant des enfants (1 416 euros mensuels en 2002) et 60% pour les personnes sans enfants (1 066 euros mensuels en 2002). Les bénéficiaires dont les frais de logement sont particulièrement élevés peuvent recevoir également une aide au logement complémentaire, exonérée d'impôt.

Dans pratiquement tous les pays, les revenus minima européens font l'objet de versements aux bénéficiaires calculés de façon différentielle, par étalement du solde entre les ressources disponibles

de ces derniers et l'objectif de revenu garanti auquel on se réfère. Ils prennent en général en compte la structure et la taille du ménage, ainsi que les allocations logement lorsqu'elles existent, lesquelles sont également déterminées dans certains pays en fonction de la taille de l'habitation. Enfin, les minima sociaux constituent dans presque tous les pays un revenu défiscalisé, le Danemark depuis 1994 et le Luxembourg constituant les deux exceptions (tableau 1).

Revenus minimums garantis et pauvreté monétaire relative

Le montant des prestations d'assistance sociale rapporté d'un côté, au revenu médian par unité de consommation des ménages et de l'autre, aux seuils de pauvreté fixés conventionnellement à 50% ou 60% de ce revenu médian, permet de porter une appréciation comparative du degré de générosité de ces dispositifs en Europe (annexe 1). Le montant de référence pris en compte ici de l'assistance sociale est le montant de base à taux plein du revenu minimum dont peuvent bénéficier des individus sans ressources généralement aptes au travail (exemple, le RMI en France), complété des aides au logement et à la famille lorsqu'elles sont systématiquement accordées aux bénéficiaires. Il est calculé net de toutes taxes et cotisations. Plusieurs cas types sont évalués en fonction de la disponibilité des données publiées par l'OCDE et Eurostat : les individus isolés, les familles monoparentales avec deux enfants à charge âgés chacun de 4 et 6 ans et un couple vivant également avec deux enfants du même âge. Ces ménages sont donc supposés ne percevoir aucun revenu en dehors des prestations d'assistance sociale ainsi évaluées.

Cette prestation type nette dispensée aux bénéficiaires isolés de l'assistance sociale ou en couples avec deux enfants représentée en 2003 au sein de l'Union européenne respectivement 94% et 91% du seuil de pauvreté fixé à 50% du revenu médian par unité de consommation (tableau 2). Elle excède nettement, en revanche, le seuil de pauvreté défini à 50% lorsqu'elle est délivrée aux familles monoparentales avec deux enfants en bas âge (106%). L'aide globale apparaît ainsi plus généreuse pour les parents seuls qui ont une charge de famille, et à l'inverse plus modeste à l'adresse d'un couple avec les mêmes contraintes familiales. Ces résultats sont obtenus avec une combinaison d'aides sociales variable selon les pays (tableau 3).

30 - Quelques communautés autonomes en proposent.

Lorsqu'on considère le seuil de pauvreté à 60% du revenu médian par unité de consommation, l'aide sociale totale prévue pour les individus vivant seuls et les couples ayant deux enfants est égale respectivement à 79% et 76% de ce seuil, et à 88% pour les parents isolés. L'assistance sociale n'atteint ainsi jamais cette nouvelle limite, et ce quelle que soit la configuration familiale envisagée.

L'examen par pays révèle des situations nationales contrastées. Dans six pays européens (Danemark, Finlande, Irlande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède), le montant des prestations types d'aide sociale accordées aux seules personnes isolées apparaît assez nettement supérieur au seuil de pauvreté égal à 50% (122% en moyenne), et dans une moindre mesure

à 60% du revenu médian équivalent (101% en moyenne). C'est encore vrai s'agissant des deux autres configurations familiales considérées pour un nombre plus restreint de pays, cependant, et si on s'en tient au seuil de pauvreté à 50%. Ces pays attribuent une assistance sociale sensiblement plus élevée et dépassant le seuil de pauvreté à 50%, parfois même à 60%, lorsqu'elle est dispensée aux parents isolés avec deux enfants à charge (117% en moyenne dans ces même pays) que quand elle est octroyée aux couples avec une charge familiale identique (105% au seuil de pauvreté définit à 50%). L'aide devient un peu moins généreuse aux Pays-Bas et en Suède lorsque l'on considère des couples avec enfants (93% au seuil de pauvreté définit à 50% en moyenne).

TABLEAU 2 ●

montants de prestations types d'assistance sociale nettes rapportés aux seuils de pauvreté fixés à 50% et 60% du revenu médian et au revenu médian par unité de consommation des ménages en 2003*

En %

	Personne isolée			Couple avec 2 enfants			Parent seul avec 2 enfants		
	Revenu médian par équivalent adulte	Seuils (1) de		Revenu médian par équivalent adulte	Seuils (1) de		Revenu médian par équivalent adulte	Seuils (1) de	
		50%	60%		50%	60%		50%	60%
Irlande	64,6	129	108	55,3	111	92	54,5	109	91
Royaume Uni	60,0	120	100	55,1	110	92	63,4	127	106
Pays Bas (2)	67,9	136	113	46,5	93	78	57,0	114	95
Danemark	56,3	113	94	57,8	116	96	67,0	134	112
Finlande	59,2	118	99	53,1	106	89	57,7	115	96
Suède (2)	56,7	113	95	46,5	93	77	50,5	101	84
Allemagne	45,8	92	76	51,1	102	85	59,5	119	99
Autriche	51,1	102	85	51,0	102	85	55,4	111	92
France (2)	49,5	99	83	43,1	86	72	51,4	103	86
Belgique	46,0	92	77	38,4	77	64	50,4	101	84
Luxembourg	51,5	103	86	49,9	100	83	51,2	102	85
Italie (3)	33,8	68	56	39,6	79	66	45,9	92	77
Portugal (4)	25,1	50	42	40,4	81	67	37,3	75	62
Espagne	36,8	74	61	30,1	60	50	36,0	72	60
Moyenne UE-14 (5)	47,2	94	79	45,6	91	76	52,9	106	88

Lecture : Les résultats indiquent que, par exemple, la prestation d'assistance type nette perçue par les isolés en Irlande représente 64,6% du revenu médian par équivalent adulte des ménages irlandais, de fait 129% du seuil de pauvreté défini à 50% de ce même revenu et 108% lorsqu'il se rapporte à un seuil fixé à 60%.

Notes : (1). Seuil défini pour différents pourcentage du « revenu médian équivalent adulte ».

(2) 2002. Les données relatives aux revenus médians et aux seuils de pauvreté postérieures à cette date n'étant pas disponibles en France, aux Pays-Bas et en Suède.

(3) 2001, les données postérieures à cette date pour le revenu médian n'étant pas disponibles pour l'Italie.

(4) 2001, les données postérieures à cette date pour le revenu médian n'étant pas disponibles pour le Portugal.

(5) Moyennes UE-14 est une moyenne pondérée à partir des valeurs nationales disponibles sur la base de la population respective de chaque Etat membre.

* : Les montants de cette prestation ont été actualisés en 2003 sur la base des données observées en 2002, dont on trouvera le détail dans l'annexe 1. S'agissant de l'Italie qui a supprimé le revenu minimum en 2002, ce montant devenu fictif est signalé à toutes fins utiles.

Source : à partir de OCDE, Benefit and Wages - Country Chapter, 1995 à 2002 ; Eurostat, DBU PCM, version de décembre 2003 ; statistiques officielles pour les aides au logement en Allemagne (annexe 1).

Dans les autres pays, les transferts en espèces au titre de l'assistance sociale atteignent plus rarement les seuils de pauvreté définis à 50% et 60%, quelle que soit la composition familiale envisagée (99% en moyenne au seuil défini à 50% en Allemagne, en Autriche, en Belgique, en France, et au Luxembourg et 83% en moyenne au seuil arrêté à 60%), l'Autriche et le Luxembourg étant les plus généreux (103% et 86% en moyenne aux seuils fixés respectivement à 50% et 60%). Ils se révèlent être même très éloignés de ces seuils en Europe du Sud (environ 72% au seuil défini à 50% en moyenne en Espagne et au Portugal et 60% en moyenne au seuil fixé à 60%), où ces dispositifs ont été implantés plus tardivement que dans le reste de l'Europe et où leur caractère décentralisé, se traduisant par une marge d'appréciation significative laissée à l'autorité locale (aides au logement), est renforcé, en particulier en Espagne et en Italie, ce dernier pays se caractérisant de surcroît par l'absence de prestations familiales à l'attention des ménages ne percevant pas de revenus

d'activité. En Belgique enfin, les prestations types d'assistance sociale apparaissent les moins généreuses des pays bismarckiens dans la mesure où il n'existe pas de droits associés en matière de logement aux bénéficiaires du revenu d'intégration, qui se voient réserver, toutefois, un accès prioritaire au logement social à loyer modéré. Il faut enfin noter, que les familles monoparentales avec deux enfants à charge sont également mieux loties de manière générale dans ce groupe de pays, et en particulier en Allemagne et en Autriche puisqu'il leur est attribué une aide sociale proche de respectivement 119% et 111% du seuil de pauvreté de 50% et de respectivement 99% et 92% du seuil de pauvreté de 60%.

Ces résultats portent toutefois sur des constats globaux qui ne font pas apparaître les structures de ces prestations d'assistance sociale variables selon les pays et la composition familiale auxquelles elles bénéficient (tableau 3). Le revenu minimum à taux plein entre à hauteur de 72% et 76% en moyenne de l'assistance sociale nette adressée respectivement

TABLEAU 3 ●

montants de prestations types d'assistance sociale nettes rapportés aux seuils de pauvreté fixés à 50 % et 60 % du revenu médian et au revenu médian par unité de consommation des ménages en 2002*

En %

	Isolé		Couple + 2 enfants				Parent seul + 2 enfants				
	montant de base*	aides au logement	montant de base*	aides au logement	crédit d'impôt	aides à la famille	montant de base*	aides au logement	crédit d'impôt	prestations pour parent seul	aides à la famille
Irlande	56	44	70	28	-	8	30	0	-	61	9
Royaume Uni	43	57	61	29	-	10	56	33	-	-	12
Pays Bas	74	26	71	19	-	9	69	21	-	-	10
Danemark (1)	69	36	72	15	-	13	47	19	-	-	33
Finlande	64	36	62	24	-	14	29	29	-	19	23
Suède (2)	46	54	69	18	-	13	38	22	-	24	16
Allemagne (3)	64	36	78		-22	0	76		-24	-	
Autriche	59	41	54	20	-10	17	47	22	-11	-	19
France	61	39	59	31	-	10	52	36	-	-	11
Belgique	100	0	75	0	-	25	75	0	-	-	25
Luxembourg (4)	87	13	75	6	-	18	68	8	-	-	23
Italie	100	0	100	0	-	0	100	0	-	-	0
Portugal	100	0	89	0	-	11	89	0	-	-	11
Espagne	100	0	92	0	-	8	92	0	-	-	8
Moyenne UE-14 (5)	72	28	76	12		7	71	14			8

(*) : montant de base à taux plein.

(1) 2002 pour le Danemark. La structure du montant de l'assistance varie peu dans le temps.

(2) 1997, pour les isolés en Suède, car à partir de cette date, les aides au logement sont intégrées au montant de base.

(3) 1995, en Allemagne pour les isolés, seule année où la structure de l'assistance sociale est détaillée pour ce cas-type. Pour les autres configurations types les aides au logement sont intégrées dans la colonne «montant de base».

(4) La répartition des aides est réalisée sur les montants bruts au Luxembourg, en l'absence de structure sur les montants nets.

(5) Moyennes UE-14 est une moyenne pondérée des valeurs nationales disponibles sur la base de la population respective de chaque Etat membre.

Source : à partir de OCDE, Benefit and Wages - Country Chapter, 1995 à 2002

aux individus vivant seuls et aux couples avec deux enfants, lesquels reçoivent en plus des aides au logement (12% en moyenne de l'ensemble de l'assistance sociale nette) et des prestations familiales (7% en moyenne). La répartition des aides destinées aux familles monoparentales avec deux jeunes enfants n'est pas éloignée de la structure précédemment décrite : le montant de base représente 71% en moyenne du total de l'assistance sociale, l'aide au logement 14% en moyenne et les prestations familiales 8% en moyenne. Certains pays accordent à ces parents isolés une prestation pour parent seul qui peut avoisiner 61% (Irlande), 24% (Suède) et 19% (Finlande) de l'ensemble de l'assistance.

La structure ainsi décrite évolue peu dans le temps, excepté dans les pays où certaines innovations institutionnelles (en particulier les mécanismes de type crédit d'impôt) ont été récemment introduites comme en Allemagne. En effet, le remboursement d'impôt (*Tax Refund*) mensuel est destiné aux parents dont l'âge des enfants n'excède pas 18 ans (sauf pour les jeunes qui poursuivent une formation (27 ans) ou qui sont en recherche d'emploi (21 ans)). Ce montant forfaitaire varie en fonction du nombre d'enfants duquel il est déduit jusqu'à 20,5 euros en 2001 par mois à partir du 2^e enfant pour les parents qui perçoivent l'assistance sociale. En Autriche, deux crédits d'impôt, institués de plus longue date, sont ici confondus : l'un (*Sole Earner's Tax*) cesse dès lors que les revenus du conjoint dépassent un certain plafond ; l'autre, octroyé au titre de la charge familiale, représente 77% de l'ensemble de cette catégorie de dispositifs.

S'observe ainsi que la catégorisation des systèmes sociaux sous la forme de modèles bismarckiens, libéraux, ou socio-démocrates, qui véhiculent souvent des approches divergentes en matière de générosité des prestations de la couverture sociale dispensée, rend imparfaitement compte de la diversité des situations constatées dans le cadre de l'assistance sociale. Celle-ci paraît se caractériser, en effet, sur le plan de la générosité, par des clivages transcendant les cloisonnements institutionnels décrits par les auteurs s'intéressant à l'ensemble de l'architecture de la protection sociale. Ainsi figurent parmi les pays les plus généreux en matière d'assistance sociale aussi bien les pays nordiques que les pays anglo-saxons ; et parmi les pays en retrait à cet égard aussi bien les bismarckiens que les pays du sud de l'Europe. Tout se passe en fait comme si les dispositifs d'assistance sociale relevaient de logiques autonomes, dépendant des multiples facteurs susceptibles de peser sur la détermination d'un niveau jugé « décent », dans une société donnée, des prestations d'assistance. On ne peut ici que conjecturer ces facteurs : degré de tolérance vis-à-vis des inégalités de

revenus, attitude à l'égard du travail et du non-travail, richesse globale de la société et ampleur des ressources qu'elle peut consacrer aux plus démunis, compassion à l'égard des plus pauvres, en fonction des traditions culturelles ou religieuses...

Les bénéficiaires qui vivent dans les pays qui ne dispensent pas automatiquement d'allocations logement, comme c'est le cas en Belgique, et dans les pays du sud de l'Europe, où elles sont souvent fragmentaires et où il n'y a pas de droits directs associés, ont naturellement des ressources moins élevées qu'ailleurs en moyenne, et qui reposent pour l'essentiel sur le montant du revenu minimum, les aides à la famille étant généralement plus faibles.

Minima sociaux et revenus du travail

Les montants des prestations-type d'assistance sociale peuvent également être rapportés à différentes références en matière de revenus du travail (revenus nets des ménages dont les membres actifs sont rémunérés au salaire moyen de l'ouvrier (annexe et OCDE, 2004) ; salaire minimum ; revenus médians équivalents du travail d'après les données d'Eurostat) également riche d'enseignements (tableau 4). Cet exercice s'avère, en effet, justifié dans la double perspective de suivre d'une part l'évolution du pouvoir d'achat des bénéficiaires et d'autre part l'écart généralement existant entre les montants des minima et les normes salariales, du point de vue de l'incitation au travail.

S'agissant des célibataires sans emploi, les données de l'OCDE mesurant le rapport des prestations d'assistance sociale nette ainsi définies aux revenus de référence (comme défini ci-dessus : revenus nets des ménages d'âge actif rémunérés au salaire moyen de l'ouvrier dans l'industrie, tels qu'estimés par l'OCDE) révèlent des degrés de générosité semblables au sein d'un groupe relativement important d'une dizaine de pays (Autriche, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grande-Bretagne, Irlande, Luxembourg, Suède). Ce niveau intermédiaire de générosité, se traduisant par un rapport au revenu de référence d'environ 50%, est donc celui sur lequel semble s'accorder un nombre significatif de systèmes sociaux tant béveridgiens que bismarckiens, malgré l'hétérogénéité de leur conception de la protection sociale.

Certains pays se signalent cependant par des prestations d'assistance sociale sensiblement plus généreuses que ce niveau « standard ». C'est le cas, en particulier, des Pays-Bas. Inversement, quelques pays demeurent nettement en retrait (Espagne, Portugal), ne disposant pas le plus souvent, étant donné la relative faiblesse de leur PIB par tête, des ressources publiques nécessaires à l'existence d'un

dispositif d'aide sociale aussi protecteur que celui des pays les plus riches. Parmi ces derniers, la Belgique semble faire exception, avec un taux de remplacement des revenus d'activité inférieur à 40%. Cette situation s'explique toutefois par le fait que la Belgique, contrairement à la majorité des autres pays, n'a pas institué un droit aux allocations de logement accompagnant l'aide sociale minimale au titre d'une garantie associée ; or lorsque cette allocation existe elle dépasse fréquemment³⁰ 60% du montant du revenu minimal garanti et peut même atteindre 140% de celui-ci (Royaume-Uni).

En prenant en compte les cas des familles composées d'un couple marié et de deux enfants, les constats précédents ne restent toutefois valides que partiellement. En effet, la prise en compte des prestations familiales paraît rendre plus ouvert l'éventail des rapports aux revenus nets de référence des ménages dont les membres sont en emploi et brouille de ce fait la description précédente en trois groupes de pays à la générosité nettement contrastée. Néanmoins l'inclu-

sion de ces familles-types dans l'analyse confirme la position de l'Espagne comme l'un des pays les moins généreux en matière d'aide sociale, et celle des pays nordiques (Suède, Finlande, Danemark) comme représentative de la configuration inverse.

Enfin, en matière de comparaison entre les minima sociaux et salariaux (le Smic et ses équivalents étrangers³¹), il apparaît que la majorité des pays offrent des prestations de revenu minimum garanti d'un montant supérieur à 50% du niveau du salaire minimum local. Cette proportion dépasse même les 80% en Irlande et au Royaume-Uni. Toutefois dans ce dernier pays ce pourcentage élevé peut s'expliquer par le niveau relativement modeste du salaire minimum qui n'avait été rendu obligatoire qu'en 1998. Remarquons enfin que le Portugal fait exception à cette situation de relative proximité entre minima salariaux et sociaux, avec un rapport de 29% entre ces deux types de revenus.

S'agissant enfin de la même comparaison, effectuée cette fois avec les revenus médians du travail au lieu des salaires minimum, l'examen

TABLEAU 4 ●

montants des prestations types d'assistance sociale nettes adressées aux personnes en âge de travailler rapportés au salaire minimum, au revenu médian du travail et aux revenus nets des ménages d'actifs rémunérés au salaire moyen national ouvrier (OCDE)

	Prestations types d'assistance sociale nettes en % de :			
	Revenus nets des ménages d'actifs rémunérés au salaire moyen ouvrier dans l'industrie manufacturière		Salaire minimum en 2004	Revenus médians du travail en 2001
	célibataire	couple avec deux enfants	célibataire	célibataire
Autriche	46	78	n'existe pas	51
Belgique	39	67	51	39
Danemark	50	79	n'existe pas	n.d.
Espagne	27	41	56	33
Finlande	51	85	n'existe pas	58
France	45	70	53	44
Allemagne	52	62	n'existe pas	46
Royaume-Uni	45	73	82	51
Irlande	51	76	85	62
Italie	n.d.	n.d.	n'existe pas	31
Luxembourg	50	78	77	48
Pays Bas	58	72	80	77
Portugal	24	71	29	24
Suède	51	78	n'existe pas	n.d.

Source : à partir de OCDE (Benefit and Wages - Country Chapter, 1995 à 2002), d'Eurostat, DBU PC (version de décembre 2003) pour les revenus médians du travail et d'Eurostat pour les salaires minimums.

30 - Les deux exceptions notables étant le Danemark et le Luxembourg.

31 - Pour mémoire, n'ont pu être pris en considération que les pays qui ont institué un salaire minimum : Belgique, Espagne, France, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni.

des données fait ressortir des situations beaucoup moins polarisées, une large variété de cas de figure semblant prévaloir, entre le Portugal (avec un minimum social représentant 24% du revenu médian du travail) et les Pays-Bas (77%) avec des résultats intermédiaires de l'Italie (31%), de l'Espagne (33%), de la Belgique (39%), de l'Allemagne (46%), de la France (44%), du Luxembourg (48%), du Royaume-Uni (51%), de la Finlande (58%) et de l'Irlande (62%).

Des limites et des questions posées par les analyses

Cet examen sommaire de la générosité relative des prestations types d'assistance sociale nettes doit toutefois être nuancé pour plusieurs raisons qui portent principalement sur la question du choix des seuils de pauvreté, des échelles d'équivalence pour calculer des revenus par unité de consommation, de la représentativité du salaire moyen ouvrier et des cas types retenus, ainsi que de la prise en compte des droits connexes.

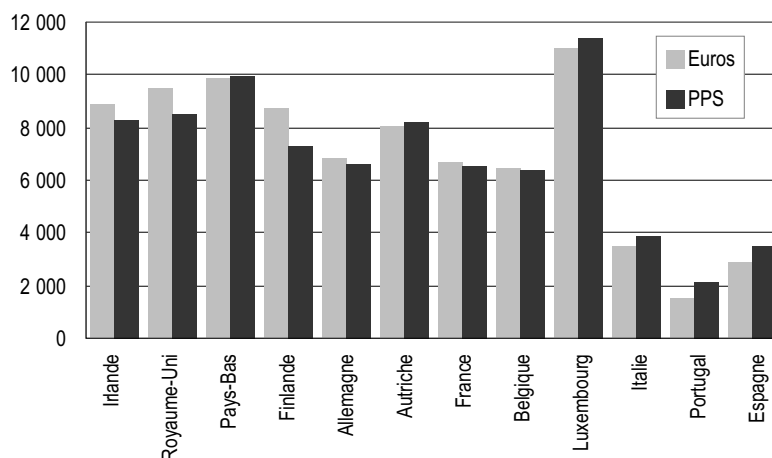
D'abord, ces calculs, qui sont par construction sensibles aux seuils de pauvreté retenus, peuvent être assez différents pour certains pays selon la source statistique mobilisée (données de panel nationales ou européennes (Eurostat), données

administratives...) pour calculer ces seuils : les écarts de niveaux observés entre les seuils « européens » de pauvreté fixés à 50% du revenu médian par unité de consommation, c'est à dire calculés à partir des données du panel des ménages européen, et les seuils de pauvreté obtenus sur données nationales tels que publiés par l'OCDE (2004) en 2000, sont particulièrement significatifs aux Pays-Bas et en Allemagne, ainsi que dans une proportion moindre en Irlande, en Espagne, au Royaume-Uni et en Finlande. Les seuils de pauvreté fixés à 50% ou 60% de la médiane nationale des revenus équivalents publiés par Eurostat en 2003 et retenus dans cette étude, calculés à partir de sources nationales ou européennes diverses (annexe 1), correspondent à une rupture de série pour le Danemark, la Suède, et l'Irlande.

Par ailleurs, le choix d'une échelle d'équivalence harmonisée, en l'occurrence ici celle retenue par Eurostat, et destinée à calculer les montants par unité de consommation, n'est également pas neutre quant aux résultats obtenus. Il faut, à cet égard, garder à l'esprit que la détermination du niveau des prestations d'assistance sociale a bien souvent été conçue à l'origine à partir de pondérations nationales assez différentes de celles retenues dans l'échelle d'équivalence modifiée de l'OCDE reprise par Eurostat.

GRAPHIQUE 1 ●

montants des prestations types d'assistance sociale nettes destinées aux personnes isolées en euro et en parité de pouvoir d'achat



Sources : à partir de OCDE (« Benefits and Wages – Country Chapter », 1995 à 2002) et d'Eurostat.

ENCADRÉ 5 ●

QUELQUES DONNÉES DE CADRAGE SUR LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE REVENU MINIMUM D'ÂGE ACTIF

Le nombre et l'évolution des bénéficiaires - aptes au travail - des revenus minima garantis, dépendent d'une série de facteurs comme la conjoncture et les caractéristiques structurelles du marché du travail et des politiques d'emploi auquel elles se rapportent, les conditions d'accès à l'assistance sociale et les règles qui encadrent l'indemnisation du chômage, en particulier relatives à l'existence d'une assistance chômage (encadré 3). D'autres éléments de contexte plus difficilement mesurables, à savoir le degré de pouvoir discrétionnaire et de vigilance des autorités locales dans l'attribution des minima, l'importance du taux de non recours ou encore le nombre de chômeurs découragés, viennent également expliquer à la fois le niveau et le flux de cette population, ces facteurs étant naturellement plus ou moins marqués selon les pays. A cela s'ajoute plus généralement l'ampleur des transferts sociaux destinés à la couverture des risques sociaux.

L'analyse comparative reste délicate compte tenu d'abord de l'existence de cette diversité institutionnelle, et de l'interférence variable dans le temps de ces facteurs, du fait des réformes et du possible changement de comportement des agents concernés. Il se peut, à cet égard, que le nombre de bénéficiaires d'un revenu minimum soit plus faible dans un pays simplement parce que la condition d'âge y est plus élevée qu'ailleurs (France, Luxembourg, Espagne) et/ou parce que la législation favorise le basculement d'une partie de cette population dans d'autres dispositifs comme, par exemple, l'invalidité (Danemark, Pays-Bas) et/ou les mécanismes de préretraite ou assimilés (Belgique, Danemark, France) [annexe 2], ou encore parce que cette réglementation peut favoriser, toutes choses égales par ailleurs, le maintien dans un régime de chômage indemnisé - pour cause de durée d'indemnisation longue voire illimitée, ou d'existence d'« un étage supplémentaire » d'assistance chômage - d'une catégorie de personnes ayant auparavant travaillé.

Au titre des principales barrières institutionnelles à l'entrée dans le dispositif d'assistance sociale, certaines singularités nationales méritent d'être rappelées ici. Certains pays (France, Portugal, Espagne, Finlande et surtout Danemark) ont une durée plus élevée qu'ailleurs de chômage indemnisé, et en Belgique, celle-ci est illimitée même si la législation de 1991 a durci ses conditions d'exécution (Vranken, 1999). La détermination de la base de ressources ou encore la fixation de son plafond peuvent être également « dissuasives », comme en Allemagne, où les parents (versus les enfants) sont obligés à partir d'un certain revenu de subvenir aux besoins (principe de la subsidiarité). Seulement trois pays, la France, le Luxembourg après réforme et l'Espagne, n'ouvrent pas l'accès à un revenu minimum avant 25 ans alors qu'une part croissante des jeunes est fréquemment assistée dans la plupart des pays voisins. En Espagne, la règle « d'incompatibilité » exclut tous les ménages dont l'un des membres perçoit une autre prestation sociale (Heikkilä et al, 2001). L'orientation des politiques de l'emploi vers des processus d'activation de long terme, qui privilégient, par exemple, la formation dans la durée, sont autant de facteurs plus structurels, qui peuvent contribuer à réduire le nombre des bénéficiaires ou du moins la durée du passage de ceux-ci dans l'assistance (Andersen et Jensen, 2002). (OCDE, 2003) l'a observé au Danemark, aux Pays-Bas, en Irlande et au Royaume-Uni.

A contrario, le nombre de bénéficiaires d'un revenu d'existence peut être comparativement plus élevé dans un pays du fait même de la nature universelle de ce minimum, puisqu'il couvre ainsi des individus éventuellement non encore d'âge actif, ou ce qui revient au même, parce qu'il constitue en général le seul minimum existant dans ces pays (ou se combinant avec d'autres aides plus spécialisées (Royaume-Uni)), et concerne ainsi des publics très divers qui auraient été dirigés dans d'autres dispositifs, le cas échéant, ailleurs (Finlande). Mais certaines modalités institutionnelles de la protection de l'emploi et de l'assistance sociale cherchent à privilégier un passage plus bref dans l'indemnisation du chômage quitte à tolérer (souvent transitoirement) davantage d'inactifs indemnisés, pour par exemple faciliter des restructurations industrielles ou ne pas peser sur la productivité globale des secteurs économiques les plus ouverts à la concurrence. Au Royaume-Uni, par exemple, la multitude de réformes de l'indemnisation chômage, dont la plus emblématique est la « Job Seekers allowance » instituée en 1996, résultat d'une fusion de l'indemnisation du chômage et de l'assistance sociale (Income Support), a fait basculer en quelques années une partie significative de la population indemnisée dans l'assistance. Environ 20% seulement de chômeurs britanniques dépendent aujourd'hui du régime contributif : il faut désormais avoir cotisé en pratique environ 24 mois pour entrer dans ce dispositif qui n'offre, par ailleurs, que 6 mois d'indemnisation, tandis que les conditions d'accès aux dispositifs d'assistance sont, quant à eux, très ouverts (annexe 2 et encadré 3).

La détermination et l'évolution de ces paramètres témoignent ainsi de l'orientation des politiques sociales et d'emploi et de leur articulation, et formalisent la logique sous-jacente aux décisions des gouvernements confrontés à l'alternative posée par l'allocation prioritaire de ressources soit en faveur des dispositifs d'indemnisation du chômage, soit vers les dispositifs d'assistance moins coûteux, dans un contexte où la croissance de long terme modeste diminue les marges de manœuvres budgétaires.

Quant à l'appréciation de l'ampleur du recours aux dispositifs d'aides sociales, une étude récente de l'OCDE (2004) montre qu'il s'évalue entre 40% et 80% selon les pays. A titre de comparaison, il serait plus élevé pour les aides au logement. Il n'est d'ailleurs pas toujours maximal là où l'aide sociale est perçue comme un droit découlant du jeu normal des rapports sociaux, et n'apparaît par conséquent ni stigmatisante pour les individus, ni en particulier le signe d'un échec personnel ou une déviance, comme aux Pays-Bas. Le taux de non-recours à l'assistance sociale est plus élevé aux Pays-Bas (entre 53% et 63%), sauf là aussi pour l'aide au logement (8 à 26%) destiné à tous mais déterminante sur la pauvreté (UNIOPSS, 2001), ce qui relève selon les autorités néerlandaises d'un déficit d'information qu'elles essaient de combler. Il est également très élevé en Allemagne (entre 33% et 63% (Adema, Gray et Kahl, 2003)) ainsi qu'en Autriche. Le recours à « Income Support » outre-Manche est, en revanche, plus élevé autour de 85% et 95% et encore plus élevé pour les familles monoparentales (93% et 100%).

Ainsi, en moyenne, le nombre de titulaires d'un revenu d'existence réservé aux catégories d'âge actif, de type RMI, varie significative-

tableau • nombre de bénéficiaires du revenu minimum, taux de chômage, fréquence du chômage de long terme et dépenses consacrées aux politiques actives de l'emploi

En %

	Dates de création du revenu minimum	Taux de bénéficiaires dans la population totale				Taux de bénéficiaires dans la population d'âge actif				Taux de chômage				Fréquence du chômage de long terme		Dépenses des programmes actifs du marché du travail en 2000-2001	
		1980	1990	1993	2003	1980	1990	1993	2003	1983	1990	1993	2004	1990	2002	En % du Pib	En % du total des dépenses pour l'emploi
Irlande	1977				1,2				1,8	13,9	13,4	15,6	4,5	66,0	29,3	1,14	61,9
Royaume-Uni	1948	nd	nd	3,3	3,7			4,6	5,6	10,8	6,9	10,0	4,7	34,4	23,1	0,37	40,0
Pays-Bas	1963									9,2	5,8	6,2	4,6	49,3	26,7	1,74	48,0
Danemark	1974		4,6	3,7	3,0		6,8	5,5	4,6	8,4	7,2	9,6	5,4	29,9	19,7	1,58	34,3
Finlande	1956	3,5	5,2	8,4	6,0	3,5	7,6	12,1	8,6		3,2	16,3	8,8	9,2	24,4	0,94	32,0
Suède	1957	4,1	4,0	5,1	3,2	4,1	6,2	7,6	4,6	3,7	1,7	9,1	6,3	12,1	21,0	1,39	59,2
Allemagne	1961	1,2	2,3	3,3	3,4	1,7	3,2	4,4	4,8			7,7	9,5	46,8	47,9	1,21	38,6
Autriche	1976	0,5	0,8	0,5	0,7	0,8	1,2	1,1	1,0			4,0	4,8		19,2	0,53	33,1
France	1988	-	0,9	1,4	2,0		1,3	2,1	2,9	7,7	8,5	11,1	9,7	38,1	33,8	1,32	44,4
Belgique	1974	0,5	nd	0,6	0,8	0,7	nd	0,8	1,1	10,7	6,6	8,6	7,8	68,5	49,6	1,32	37,6
Luxembourg	1986	0,6	1,2	1,2	2,3	0,9	1,8	1,8	3,4	3,4	1,7	2,6	4,8	47,4	27,4	0,24	28,3
Italie	1998 à titre expérimental	-	-	-	0,2	-	-	-	0,2	7,4	8,9	10,1	8,0	69,8	59,2	-	-
Portugal	1996 et étendu en 1998	-	-	1,2	3,1	-	-	1,7	4,6	8,2	4,8	5,6	6,7	44,9	35,5	0,61	40,5
Espagne	de 1989 à 1995	-	-	-	0,61%*	-	-	-	-	14,1	13,1	18,6	10,9	54,0	40,2	0,84	38,9

(*) NB : il s'agit de la population des ménages, seule information disponible.

1995 et 2002 pour les bénéficiaires de revenu minimum en Finlande, au Danemark et en Suède.

1992 pour le nombre de bénéficiaires au Royaume-Uni.

1994 pour les bénéficiaires de revenu minimum en Finlande.

Décembre 2000 pour les bénéficiaires de l'assistance sociale en l'Allemagne.

1998 pour les bénéficiaires de l'assistance sociale en Autriche

1986 et 2002 pour les bénéficiaires de l'assistance sociale au Luxembourg

1997 pour les bénéficiaires de revenu minimum au Portugal.

31 décembre 2000 pour les bénéficiaires de revenu minimum en Italie.

2000 pour les ménages bénéficiaires de revenu minimum en Espagne.

2000 pour les bénéficiaires du revenu minimum en Irlande.

Sources : diverses sources nationales pour les bénéficiaires, Eurostat pour les taux de chômage ; OCDE pour les taux de chômage en 1980, la fréquence du chômage de long terme et les dépenses consacrées aux politiques actives de l'emploi. (2004)

ment d'un pays à l'autre dans une fourchette de 0,15% à 6% de la population totale et de 0,3% à 8,6% de la population d'âge actif (tableau).

Les statistiques récentes montrent que le profil type d'un titulaire de minima est plutôt jeune (les exceptions pouvant être significatives), de sexe féminin et isolé. En effet, prédomine dans pratiquement tous les pays européens une sur-représentation de bénéficiaires isolés (entre 57% et 80%), et en particulier de familles monoparentales (entre 15% et 36%) qui ont en majorité à leur tête une femme. Ce n'est pas ce qui s'observe dans certains pays où la conditions d'âge est plus restrictive, en particulier dans certains pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne), les couples avec enfants représentant une proportion de ménages bénéficiaires majoritaires¹. Faute de disposer toujours de séries longues, à ce stade de l'étude, il n'est pas possible de repérer les changements intervenus, le cas échéant, dans la composition des ménages bénéficiaires.

L'évolution des flux reste généralement très dépendante de la conjoncture de l'emploi dans certains pays et des conditions d'accès aux dispositifs, si l'on estime qu'ils sont soumis aux mêmes facteurs structurels comme d'une part la généralisation de la connaissance des droits sociaux et surtout d'autre part la « désintégration » croissante des familles. Contrairement aux États membres qui ont vu le nombre de bénéficiaires diminuer parfois fortement avec le reflux du taux de chômage après la crise du début des années quatre-vingt-dix (Danemark,

1 - Cette population est toutefois fortement localisée, notamment dans le Sud en Italie.

Finlande, Suède, Pays-Bas dans une moindre mesure), puis remonter avec lui plus récemment (Allemagne, Luxembourg, Portugal) s'observe dans certains pays européens (Belgique, UK, Irlande) une « dérive », voire un glissement, de l'assurance-chômage vers le revenu garanti ou l'assistance sociale, qui se traduit par une moindre sensibilité du nombre d'assistés à l'évolution du chômage. C'est le cas, ainsi, au Royaume-Uni surtout, qui affiche un taux de chômage figurant parmi les plus bas de l'Union européenne en constante diminution depuis la fin de la récession de 1993, mais simultanément une stabilisation puis une légère baisse du nombre de bénéficiaires d'âges actif de « Income support » qui reste à haut niveau (2,1 millions en 2005, soit 5,6% de la population active). En Belgique, l'évolution de la réglementation de l'indemnisation du chômage ne peut expliquer à elle seule l'augmentation du nombre d'allocataires du minimum de moyens d'existence qui serait également due à l'élargissement de l'accès au « Minimax » en raison notamment de l'abaissement de l'âge de la majorité en 1991.

Toutefois, le tableau figurant dans l'annexe 2 offre une vue d'ensemble des flux de bénéficiaires de prestations, classés par l'OCDE (2003) en fonction du risque couvert et non plus du critère de contributivité. Au Danemark et au Royaume-Uni, le recul du nombre de bénéficiaires d'allocations chômage et de l'aide sociale depuis les années quatre-vingt aurait été « neutralisé » par l'augmentation concomitante d'autres prestations : celles versées aux personnes âgées et au titre de prestations parentales générales (autres que les allocations de parent isolé) au Danemark et celles associées aux pensions d'invalidité et pour la prise en charge d'une personne handicapée au Royaume-Uni. En effet, en février 2005, 53% des bénéficiaires britanniques du revenu minimum d'assistance (Income support) sont considérés comme invalides mais enregistrés statistiquement dans cette population d'assistés.

Dans les pays du sud de l'Europe, où la garantie minimale de ressources a été implantée et s'est généralisée plus tardivement, les systèmes d'aide sociale n'ont sans doute pas encore atteint aujourd'hui leur maturité, les tendances suivant en cela une logique de rattrapage, excepté en Italie naturellement du fait de la suppression de ce dispositif, et tant bien que mal en Espagne en raison du caractère décentralisé du pouvoir très largement discrétionnaire des Communautés autonomes. (Capucha et al., 2005) signalent, toutefois, les résultats encourageants obtenus au Portugal à partir de 1999, grâce au développement des programmes d'insertion, à la faveur d'une diminution rapide du

À cela s'ajoutent des considérations liées au variation de taux de change pour les pays qui n'appartiennent pas à la zone euro, certes pour un nombre limité de pays, mais qui sont loin d'être négligeables, par exemple, Outre-Manche. De manière générale, les parités de pouvoir d'achat, même si elles corrigent en partie les appréciations purement monétaires (graphique 1), appréhendent mal des phénomènes comme le coût des loyers. Que penser d'une assistance sociale qui serait particulièrement généreuse au Royaume-Uni si les loyers pratiqués à Londres, par exemple, surpassent de très loin ceux qui prévalent dans les autres capitales européennes ?

Autre élément à prendre en compte, celui de la représentativité limitée des cas types comparés en l'absence d'informations détaillées et centralisées portant sur les principaux bénéficiaires de l'assistance sociale dans les principaux pays d'Europe ?

S'il ne fait aucun doute que les configurations familiales comme les personnes vivant seules ou les parents isolés restent dans l'ensemble assez représentatives (encadré 5), ne faudrait-il pas intégrer un autre cas type, probablement lui aussi pertinent comme les familles nombreuses ? De plus, le salaire moyen d'un ouvrier travaillant dans le secteur industriel généralement retenu par l'OCDE pour comparer les niveaux de certains dispositifs (revenu minimum, indemnisation du chômage) est plus ou moins éloigné selon les pays de la moyenne des salaires observés dans l'ensemble des économies européennes, du fait de la part variable que peuvent représenter les services dans les pays de l'Union européenne. En outre, la détermination des salaires dans ces secteurs répond à une régulation assez différente de celle généralement en

vigueur dans l'industrie. De même, les hypothèses retenues pour faciliter les comparaisons internationales en matière d'aides au logement sont également discutables. Elles ne sont appréhendées que sous un angle restrictif et à partir d'un cas type fragile : les individus vivant seuls sont supposés occuper le même type de logement et payer le même loyer (fixé à 20% du salaire moyen national d'un ouvrier) qu'une famille monoparentale ou qu'un couple avec deux enfants. Par ailleurs, les ménages ne sont pas supposés ajuster leur choix en matière de logement en fonction de leurs revenus, hypothèse peu probable pour les ménages qui émargent à l'assistance sociale, et qui sont les plus éloignés depuis un certain temps du marché du travail.

Enfin, s'agissant du montant des prestations d'assistance sociale, tous les droits associés et complémentaires en espèces et en nature ne sont pas pris en compte. En effet, trois facteurs sont susceptibles de modifier le diagnostic comparé portant sur la générosité relative des dispositifs : l'existence de différenciations positives ou d'autres compléments, le recours croissant aux droits associés et l'importance accordée aux marges de manœuvre discrétionnaires dans la gestion des minima, qui s'accroît généralement avec le degré de décentralisation des dispositifs. Quels que soient les minima sociaux envisagés, s'ajoutent en effet, d'autres droits relatifs à la santé et plus généralement à l'accès aux services sociaux particulièrement étendus dans le Nord de l'Europe et qui devraient également entrer dans l'appréhension des niveaux de vie. En général, les services de santé sont gratuits pour les bénéficiaires de minima sociaux dans le cadre toutefois d'une affiliation obligatoire au Luxembourg et aux

Pays-Bas, et de manière ciblée au Royaume-Uni (panier de soins de base). La législation n'a, en revanche, pas prévu de droits associés en matière de santé dans les pays nordiques car l'accès aux services de santé publique est un droit délivré sur critère de résidence, par conséquent à l'ensemble de la population vivant dans ces pays.

S'il est possible, à cet égard, de mener une expertise plus exhaustive en intégrant les deux premiers éléments mentionnés, il paraît en revan-

che beaucoup plus délicat d'approcher la question discrétionnaire avec toute la rigueur nécessaire.

Enfin, dans certains pays décentralisés, ces moyennes peuvent recouvrir des différences régionales marquées quant au degré de générosité et aux contreparties associées à ces dispositifs. En effet, il existe une part d'optionnalité dans la fixation des revenus minima qui est variable selon les pays et qui croît avec le degré de décentralisation des dispositifs : c'est par exemple le cas en Espagne (encadré 6).

ENCADRÉ 6 ●

ESPAGNE : LE CAS DE L'ASSISTANCE SOCIALE DANS UN RÉGIME DÉCENTRALISÉ.

Les conditions d'ouverture des droits garantis dépendent en premier lieu en Espagne de la nature juridique des textes qui les régissent (les dispositifs de la majorité des Communautés autonomes sont régulés à travers des décrets, et non des lois (Arriba (1999)) et les dispositifs sont parfois conditionnés aux disponibilités budgétaires (limitations temporaires et de barème ou fortement conditionnées au devoir de contrepartie). A cet égard, selon (Laparra and Aguilar, 1997), il est possible de dresser une typologie des Communautés autonomes selon les caractéristiques du revenu minimum d'insertion qu'elles ont mis en place, qui distinguerait ainsi :

- celles qui établissent un lien étroit entre la prestation et la contrepartie ;
- celles pour qui l'insertion prend la forme d'un contrat de travail et les prestations s'inscrivent dans une logique « workfare » ;
- celles qui s'en tiennent à une démarche qualifiée discrétionnaire et d'assistance sociale ad hoc.

Il existe aussi une certaine hétérogénéité en ce qui concerne le degré de générosité des prestations selon les régions mesurée par le montant de la prestation rapporté au salaire minimum ou à la pension (de retraite ou d'invalidité) non contributive (tableau) :

- 5 Communautés autonomes délivrent des prestations supérieures à 60% en moyenne du salaire minimum et 107% de la pension non contributive ;
- 4 servent des prestations comprises entre 55 et 60% en moyenne du salaire minimum et 99% de la pension non contributive ;
- 5 proposent une prestation équivalente en moyenne entre 50 et 55% du salaire minimum et 89% de la pension non contributive ;
- les 3 moins généreuses n'autorisent qu'un montant à hauteur de 48% en moyenne du salaire minimum et 83% de la pension non contributive.

tableau • agenda, réformes, effort budgétaire et montants de base rapportés au salaire minimum et à la pension minimale non contributive, en 2000

	Elaboration et Installation	Évaluation et réformes	Dépenses régionales (en %)	Couverture % des ménages	Montants de base euro / mois	% Salaire minimum	(% de la pension) non contributive
Andalousie	1990	1999	0,17	0,73	263,4	53,1	91,4
Aragon	1993		0,12	0,33	254,8	51,4	88,5
Asturies	1990-91		0,86	0,45	282,3	57,0	98,0
Baléares	1995		0,12	0,21	282,1	56,9	97,9
Pays Basque	1989-90	1998 et 2000	1,03	0,52	305,4	61,6	106,0
Canaries	1991	1998	0,21	1,12	238,9	48,2	82,9
Cantabrie	1989	1996	0,39	1,39	249,4	50,3	86,6
Castille-La Manche	1990 puis 1995	1996	0,07	0,15	297,5	60,0	103,3
Castille et Leon	1990	1997	0,20	0,32	260,3	52,5	90,3
Catalogne	1990	1997	0,28	0,47	285,5	57,6	99,1
Extremadure	1990	1997	0,18	0,38	318,6	64,3	110,6
Galicie	1991	1999	0,20	0,50	242,0	48,8	84,0
La Rioja	1990		0,08	0,22	289,1	58,3	100,3
Madrid	1990	2001	0,38	0,48	249,0	50,2	86,4
Murcie	1991		0,06	1,00	240,4	48,5	83,4
Navarre	1990	1999	0,19	1,02	318,6	64,3	110,6
Valence	1990		0,14	0,20	298,0	60,1	103,4
Moyenne			0,28	0,61	275,0	55,5	95,5

L'effort budgétaire destiné à financer ces dispositifs est également relativement similaire d'une région à l'autre, c'est-à-dire modeste dans l'ensemble, autour de 0.19 % de l'ensemble du budget de 15 Communautés autonomes et autour de 1% en moyenne au Pays Basque et en Asturies. A noter, la « large autonomie » du Pays Basque en matière de collecte des recettes fiscales qui explique en partie la capacité budgétaire de cette communauté autonome à financer le programme « revenu minimum » (Arriba, 2002). La plupart des programmes d'activation et d'insertion sociale financent différentes activités économiques et sociales (services sociaux, éducation et formation, emploi ou coopération) pris en charge par les associations sans but lucratif. A ce jour, les dispositifs restent ainsi fragmentés et leurs conditions d'accès – plutôt restrictives (plafonds des revenus, éligibilité à partir de 25 ans) confirment le rôle central conféré à la famille dans la couverture des risques de l'existence.

Source : (Arriba et Ibanez, 2002) et (Arriba et Moreno, 2005)

CONCLUSION

La présente étude permet en fin de compte de tirer quelques enseignements de portée générale de la comparaison entre les quatorze pays européens examinés.

En effet, avant le tournant des années 90, l'assistance sociale était généralement considérée comme résiduelle au sein des systèmes de protection sociale. Mais avec la montée du chômage dans la plupart des pays européens, dans le contexte d'un intérêt croissant pour le thème du lien entre l'offre de travail et le niveau des revenus de remplacement, la question de l'assistance sociale a gagné en visibilité et en actualité. Malgré l'abondante littérature sur ce thème, les appréciations portées par leurs auteurs sur les processus de réformes à l'œuvre, dans certains pays, dès le milieu des années 80, n'avaient guère convergé avant le constat formulé au début des années 90 par l'OCDE et Eardley et al (1996), qui rallie finalement la thèse du « *path dependency* » de (Pierson 2000). Le discours, l'agenda et le contenu des réformes analysés dans les différents pays refléteraient ainsi, selon cette thèse, l'héritage, les contradictions et la structure existante des systèmes de protection sociale.

La présente étude franchit à cet égard une étape supplémentaire en se rapprochant de certaines des conclusions de (Aust et Arriba, 2004), concernant l'identification de certaines tendances communes, au-delà du clivage traditionnel entre les modèles habituels servant à caractériser les systèmes de protection sociale.

Il apparaît certes que le nombre de minima sociaux varie considérablement d'un pays européen à l'autre. S'il n'est pas possible à partir de ce constat d'observer une convergence européenne dans ce domaine, on remarque une généralisation des dispositifs de revenu minimum pour les personnes en âge de travailler, en raison, d'une part, d'un effet d'essaimage d'un dispositif tel que le RMI français et, d'autre part, des conséquences des recommandations du Conseil (N°92/441) et de la Commission européenne, qui semblent avoir joué un rôle (Moreno et al, 2002 ou 2003) dans la promotion des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans certains pays du sud, l'Espagne et le Portugal notamment. Cette orientation « constitue une sorte de modèle d'action publique que l'on va tenter d'élargir et de systématiser peu à peu autour de la thématique de l'accès aux droits conçus comme l'antidote des phénomènes d'exclusion sociale » (Borghetto et Lafore, 2002).

Simultanément, une tendance concomitante est depuis les années 90, l'accentuation des politiques d'activation vers l'emploi (Aust et Arriba, 2004) et

de ciblage des prestations en direction de publics prioritaires, selon des voies diverses, toutefois.

Cependant, l'Italie reste nettement en retrait de ce mouvement d'ensemble. De plus, si au Portugal le dispositif de revenu minimum a sans doute atteint une certaine maturité (Capucha et al, 2005), l'absence de consolidation de ce dispositif en Italie et l'importance de son caractère discrétionnaire et sélectif en Espagne tendent à conforter le rôle encore dévolu à la famille dans la couverture des risques de l'existence dans ces deux pays.

Le « modèle du sud de l'Europe » perd de fait en homogénéité dans le registre de l'assistance sociale. Cette perte d'homogénéité pourrait s'accroître encore avec l'accélération de la décentralisation des procédures d'assistance en Espagne.

Par ailleurs, la conception présidant à la fixation des minima sociaux transcende la démarcation traditionnelle entre systèmes bismarckiens et béveridgiens. Dans deux pays du Nord de l'Europe (Suède, Finlande) et dans deux pays dotés d'un système de protection sociale d'inspiration bismarckienne (Allemagne, Autriche), la détermination du revenu minimum prend appui sur un panier détaillé de biens qui s'inscrit dans une démarche de lutte contre la pauvreté absolue. *A contrario*, le Danemark a, quant à lui, choisi plus récemment de lier la fixation du revenu minimum au revenu de remplacement perçu par un individu au chômage.

On constate ainsi en définitive que la signification de ces modèles de protection sociale, comme d'ailleurs de celui de l'Europe du Sud, mérite une interprétation mesurée, s'agissant de leur applicabilité aux problématiques spécifiques de l'assistance sociale.

Quant à la générosité relative des minima sociaux, on peut, à la lumière des barèmes bruts, établir une géographie sociale des Etats membres qui ne recoupe là non plus pas nécessairement les principaux idéaux-types, confirmant en cela l'existence de politiques spécifiques en matière de logement par exemple ou d'aides aux parents isolés, compte tenu, toutefois des limites méthodologiques relatives à l'utilisation de ces données brutes.

D'une part, le rôle joué par certains minima sociaux universels comme le revenu minimum garanti peut concerner dans certains pays des publics très divers, par exemple avec un handicap, ou non nécessairement en âge de travailler comme au Luxembourg, en Autriche ou en Allemagne. C'est un élément important à garder à l'esprit pour qui cherche à évaluer les politiques d'activation de ce type de dispositif.

D'autre part, l'analyse de la générosité, compte tenu de la logique même qui a présidé à la détermi-

nation des minima sociaux dans certains pays européens et de la variabilité du périmètre du montant de base à taux plein, doit prendre en compte l'ensemble des principales aides qui sont systématiquement accordées aux bénéficiaires de l'assistance sociale au titre du logement et de la famille. Ainsi, les indicateurs d'effort qui rapportent généralement les dépenses dédiées à l'assistance sociale dans le total des dépenses publiques sociales doivent être interprétés à la lumière d'indicateurs de contexte : dans les pays du Nord de l'Europe ce taux d'effort est comparable à celui observé ailleurs alors que la générosité de l'assistance sociale est de fait plus élevée, cette faiblesse apparente reflétant principalement le niveau encore plus élevé des autres dépenses et prestations sociales.

L'analyse de la générosité ne peut, enfin, être appréhendée indépendamment du rôle de l'assistance sociale et surtout de son articulation avec l'assistance chômage et l'indemnisation contributive du chômage et encore plus généralement, du contexte institutionnel de la protection sociale dans lequel elle

a pris place et qui constitue une source de différenciations majeures entre les pays. Elle ne peut donc être menée indépendamment de l'étude de l'ensemble des flux de bénéficiaires d'assistance, de prestations et d'indemnisations sociales. En effet, certains pays, à l'image du Royaume-Uni, peuvent paraître en première analyse accorder une assistance sociale généreuse, mais qu'il convient de relativiser à la lumière des prestations souvent plus élevées que perçoivent les bénéficiaires des régimes continuentaux d'indemnisation du chômage, placés dans une situation de non emploi pourtant analogue.

En dernier lieu, les systèmes très décentralisés offrent des garanties de ressources variables et fragmentées d'une région à l'autre comme l'ont montré les expériences autrichienne et espagnole. Toutefois dans le cas de l'Espagne, l'approfondissement de la décentralisation s'est plutôt traduit par un mouvement de convergence vers le haut des politiques régionales d'assistance sociale, par une sorte d'« effet de mimétisme » (Arriba et Moreno, 2005)³³.

33 - Arriba A. et Moreno L., dans Ferrera (ed) « Welfare State Reform in Southern Europe – Fighting Poverty and Social Exclusion in Italy, Spain, Portugal and Greece », Routledge, Taylor and Francis Group, 2005.

annexe 1

MÉTHODES ET CONCEPTS

La population étudiée

Les informations statistiques figurant dans les tableaux 2,3,4 et dans le tableau de l'encadré 5 portent principalement sur les bénéficiaires d'âge actif et aptes au travail, c'est à dire éligibles à un revenu minimum garanti ou de subsistance en dehors de l'allocation d'invalidité ou du minimum vieillesse. Trois configurations familiales types ont été retenues : les individus isolés, les familles monoparentales ayant deux enfants âgés de 4 et 6 ans et les couples avec la même charge de famille. Les individus qui composent le couple sont tous les deux sans emploi.

Les revenus

Les **revenus nets totaux** sont mesurés au niveau de chaque ménage (ensemble des personnes vivant habituellement dans le même logement) et comprennent, conformément à la définition retenue dans le panel communautaire des ménages (PCM) coordonné par Eurostat qui a pris fin en 2001, les revenus d'activité (salariés et indépendants), les revenus du patrimoine (locatifs, mobiliers), les transferts privés entre ménages, les pensions de retraites ainsi que les autres transferts sociaux (allocations chômage, allocations logement, allocations familiales, pensions d'invalidité, minima sociaux). Les transferts en nature et les loyers fictifs imputés aux propriétaires occupant leur logement ne sont pas pris en compte. Tous les revenus, y compris les revenus français, sont nets d'impôts.

Ces revenus observés en 2003 - 2002 pour la France, les Pays-Bas et la Suède - proviennent des panels et registres nationaux publiés par Eurostat et de la nouvelle enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie des ménages (« SILC, Survey on Income and Living Conditions ») pour six Etats membres (Autriche, Belgique, Danemark, Grèce, Irlande et Luxembourg) qui ont participé à la première vague expérimentale. Cette période transitoire prendra fin en 2006 lorsque SILC sera opérationnelle pour tous les pays européens. Eurostat signale des ruptures de séries pour plusieurs pays (Belgique, Danemark, Irlande) alors que ces statistiques sont données comme provisoires pour un certain nombre d'entre eux (Autriche, Belgique, Danemark, Luxembourg).

En l'absence d'informations actualisées, ces données émanent de la dernière version du panel des ménages européens (vague 8 de décembre 2003). Il s'agit des revenus nets au cours de l'année de référence de l'enquête (2000) perçus par les ménages interrogés en 2001.

Les **revenus du travail** observés en 2001 sont issus de la dernière version du panel des ménages européens d'Eurostat. Ils retiennent les revenus d'activité salariée (salaires, commissions et pourboires, heures supplémentaires, mois supplémentaires, autres primes, congés payés, participation sous forme d'actions et d'intéressement entre autres), les dividendes perçus par les dirigeants salariés de leur entreprise et les revenus résultant d'une activité d'indépendant et d'activités secondaires ou épisodiques.

Les **revenus nets d'un ménage dont les individus travaillent** en 2002 publiés par l'OCDE et mentionnés dans le tableau 4 correspondent au cas type suivant : l'individu est un travailleur manuel qui est employé dans le secteur manufacturier (Division 3 de la classification internationale standard des activités économiques) à plein temps et rémunéré à 100% du salaire moyen national ouvrier (OCDE, 2004). Pour des raisons statistiques, la Finlande et l'Irlande n'ont pu exclure les travailleurs à temps partiel. Ces revenus (revenus du travail, aides au logements et prestations familiales) sont nets de toutes taxations et contributions, à l'exception des contributions sociales versées au secteur privé, sauf lorsque la loi l'exige (Finlande).

Salaires minimums. L'étude utilise les statistiques communautaires d'Eurostat de salaires minimums en 2004 des pays européens qui en ont institué un. Les valeurs du salaire minimum exprimées en euros observées en 2004 sont les suivantes :

Belgique	Espagne	France	Irlande	Luxembourg	Pays-Bas	Portugal	Royaume-Uni
14 232	6 660	14 220	13 536	16 836	15 180	5 976	13 374

Source : Eurostat

Seuils de pauvreté et revenus par unité de consommation.

Deux seuils de pauvreté, sur la base des revenus nets totaux publiés par Eurostat (voir supra), sont considérés : un seuil de pauvreté égal à 50% de la médiane nationale des revenus équivalents, limite retenue par l'Insee, et un autre fixé à 60 % de cette même médiane, unité plutôt privilégiée par Eurostat. La médiane est le niveau de revenu par équivalent adulte qui sépare la population en deux : la moitié des individus d'un pays dispose d'un niveau de vie supérieur, et l'autre moitié d'un niveau de vie inférieur.

Pour tenir compte des différences de taille et de composition des ménages, le revenu total est divisé par le nombre d'unités de consommation que compte chacun d'eux. Celles-ci sont calculées avec une échelle d'équivalence modifiée de l'OCDE qu'utilise Eurostat, qui affecte un poids de 1 au premier adulte du ménage, de 0,5 à chaque adulte supplémentaire (de plus de 14 ans), et de 0,3 à chaque enfant (de moins de 14 ans). On parlera ainsi de revenus équivalents ou de niveau de vie de chaque ménage. Le même revenu équivalent est donc attribué à tous les membres d'un même ménage (adultes et enfants).

Standard de pouvoir d'achat. Pour permettre les comparaisons entre pays, les montants en monnaie nationale sont convertis en Standard de pouvoir d'achat (SPA), monnaie fictive dont chaque unité permet d'acheter la même quantité de biens et services dans tous les pays une année donnée, atténuant les différences de niveaux de prix entre les pays. Les PPA (Parité de pouvoir d'achat) pour l'année 2002 publiés par Eurostat et utilisées dans l'étude figurent dans le tableau ci-dessous.

Belgique	Danemark	Allemagne	Espagne	France	Irlande	Italie	Luxembourg	Pays-Bas	Autriche	Portugal	Finlande	Suède	Royaume-Uni
0,99	9,71	1,04	0,82	1,00	1,18	0,95	1,00	1,02	1,02	0,74	1,23	10,75	0,68

Source : Eurostat

Prestations types d'assistance sociale nettes

Les montants de prestations types d'assistance sociale nettes observés en 2002 et en 2001 par l'Italie et le Portugal proviennent de la base de données de l'OCDE intitulée « Prestations et salaires » (OCDE, 2004). Ils correspondent aux revenus minimums nationaux, considérés au taux plein, augmentés des principales aides nationales directes ou connexes dispensées aux bénéficiaires de l'assistance sociale, comme les aides au logement et à la famille (prestations familiales et allocations destinées aux parents isolés, dispositifs fiscaux compris). Sont exclus les aides et services en nature et toutes réductions en espèces parfois concédées sur le prix du transport, le fuel domestique, ou encore l'adhésion à une assurance maladie, ... dont peuvent bénéficier les individus éligibles à un revenu minimum. Les montants de prestations types d'assistance sociale nettes ont été actualisés à partir de l'évolution des prix à la consommation publié par Eurostat en 2003 et en 2004. L'assistance sociale en Espagne se réfère à celle en vigueur à Madrid. L'aide sociale accordée en Allemagne dans le cadre de circonstances particulières n'est pas prise en compte dans les calculs de l'OCDE.

Ne sont considérées ici que les aides au logement en espèces pour les bas revenus destinées à couvrir exclusivement un loyer dans le secteur locatif privé, en dehors des autres frais relatifs, par exemple, à la consommation d'eau ou d'électricité pris en charges dans un certain nombre de pays européens (Allemagne, Finlande, Luxembourg, Suède ...).

Le loyer est supposé représenter la totalité des coûts imputés au logement, soit 20% du revenu moyen ouvrier, pour un logement d'une superficie de 70m² (paramètre indispensable au calcul de l'aide au logement dans certains pays), et ce quelle que soit la configuration familiale considérée.

Considérant, à cet égard, ces hypothèses insuffisamment validées dans le cas de l'Allemagne, il a été jugé plus prudent de retenir les montants moyens d'aides au logement octroyées aux bénéficiaires de l'assistance sociale observés outre-Rhin et publiés par les statistiques officielles allemandes. Compte tenu des fortes disparités régionales existant dans l'attribution des allocations logement en Autriche, l'OCDE a retenu les aides au logement dispensées aux bénéficiaires de l'assistance sociale à Vienne. L'OCDE n'a pas retenu d'aides au logement dans ses calculs pour l'Italie, ces prestations étant souvent discrétionnaires dans ce pays : par exemple, seulement 40% du total des bénéficiaires résidant à Rome en perçoivent en 2001 tandis que toutes les régions n'en délivrent pas (OCDE, 2004).

Les montants sont nets de toutes contributions et taxations, y compris locales, à l'exception des contributions sociales payées au secteur privé, sauf lorsqu'elles sont obligatoires (Finlande). La *Council Tax Benefit* au Royaume-Uni n'est pas prise en compte dans le pouvoir d'achat des bénéficiaires de l'*income support*. Dans les pays où les règles fiscales peuvent varier d'une région à l'autre, l'OCDE a considéré un taux d'imposition moyen au Danemark, en Finlande et en Suède, et un taux maximal en Belgique.

annexe 2

TAUX DE BÉNÉFICIAIRES PAR TYPE DE PRESTATIONS DANS LA POPULATION D'ÂGE ACTIF DE 1980 À 1999

Outre le fait qu'ils concernent un champ plus vaste que celui des seuls actifs, les taux de bénéficiaires présentés dans le tableau ci-dessous sont classifiés différemment de ceux figurant dans le tableau de l'encadré 5. Cette différence entraîne naturellement des écarts entre ces deux tableaux en ce qui concerne le «risque assistance ». Dans la présentation ci-dessous, l'OCDE a privilégié un classement par risque et non selon le critère de la contributivité. Le registre de l'assistance regroupe également les allocations de parents isolés et l'aide sociale non catégorielle qui n'ont pu être classées ailleurs. Ainsi donc, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité non contributive sont classés dans la catégorie « invalidité », alors qu'ils peuvent parfois percevoir l'assistance sociale. Le tableau de l'encadré 5 ne concerne, quant à lui, que les bénéficiaires d'un revenu minimum en âge de travailler.

Par exemple, sont classés ici comme invalides, les bénéficiaires britanniques qui perçoivent « l'Income support » alors qu'ils figurent parmi les bénéficiaires de l'aide sociale dans le tableau de l'encadré 5. Ils représentent à titre indicatif 53% en février 2005 des individus de moins de 60 ans recevant « l'income support » (*National Statistics*, 2005). Cette caractéristique peut expliquer qu'ils représentent 5,6% de la population active en 2003 et seulement 2,8% dans le tableau ci-dessous. En Irlande, ce sont les bénéficiaires de l'allocation de parent isolé (*One parent family payment*), comptabilisés dans l'assistance, qui expliquent l'écart de taux constaté avec les bénéficiaires de la *Supplementary welfare allowance* répertoriés dans le tableau de l'encadré 5.

En %	Autriche	Belgique	Danemark	France	Allemagne	Irlande	Pays-Bas	Espagne	Suède	UK
Vieillesse										
1980	3,34	4	1,21	2,15	2,72	0	0	0,41	1,81	3,45
1990	4,27	8	2,09	6,59	3,2	0,25	0,59	0,99	0,75	3,64
1999	7,41	7,21	4	7,03	4,63	0,49	0,76	1,07	0,42	3,38
Veuvage										
1980	3,01	1,57	0,49	0,46	1,57	1,54	1,78	1,55	1,53	1,62
1990	2,56	1,52	0	0,39	1,73	1,6	1,8	1,76	1,12	1,15
1999	2,14	1,14	0	0,35	1,67	1,43	1,02	1,8	0,34	0,86
Maladie										
1980	2,42	1,38	4,32	2,39	2,79	3,35	3,29	0,26	4,84	1,24
1990	2,05	1,03	4,27	1,77	2,66	2,55	3,37	0,31	4,76	1,26
1999	1,99	1,06	4,61	1,82	2,51	1,86	3,39	0,36	5,76	0,84
Invalidité										
1980	4,11	3	5,74	5,04	5,15	1,61	6,9	3,04	5,07	2,72
1990	4	3,27	6,35	4,6	4,38	2,77	7,64	3,85	5,79	4,78
1999	3,46	3,58	6,7	4,79	4,08	3,88	7,21	3,86	6,46	6,38
Maternité et congé parental										
1980	1,16	0,11	0,43	0,49	0,23	0,24	0	0	1,55	0,34
1990	1,54	0	1	0,99	0,22	0,19	0	0	2,82	0,27
1999	1,99	0,23	1,61	1,93	0,18	0,24	0	0	2,03	0,27
soins pour personne handicapée et congé du marché du travail										
1980	0	0	0	0	0	0,14	0	0	0	0,01
1990	0	1,07	0	0	0	0,06	0	0	0	0,37
1999	0	0,92	0	0	0	0,52	0	0	0	0,98
Chômage										
1980	0,94	5,43	5,22	3,13	1,95	4,52	2,92	2,8	1,12	4,67
1990	2,96	7,31	7,6	4,29	3,92	9,29	5,01	5,02	1,25	3,96
1999	3,79	6,94	4,35	4,7	6,64	6,72	4,1	3,91	3,96	2,88
Assistance										
1980	0,57	1,48	2,5	0,19	0,9	0,96	1,16	0	0,17	0,99
1990	0,58	2,05	1,83	1,48	2,12	2,21	1,55	0,16	0,48	2,88
1999	0,8	2,37	1,62	3,04	2,24	4,17	1,22	0,26	1,14	2,80
total										
1980	15,54	16,97	19,9	13,85	15,24	12,36	16,05	8,07	16,09	15,04
1990	17,96	24,27	23,15	20,11	18,23	18,91	19,95	12,08	16,97	18,32
1999	21,57	23,45	22,91	23,65	21,96	19,31	17,69	11,26	20,11	18,39
Moyenne	18,51	23,27	23,30	19,98	19,35	19,31	19,37	11,22	18,74	19,63

Source : à partir de l'OCDE (2003)

BIBLIOGRAPHIE

- ADEMA W., GRAY D. et KHAL S., 2003, *Social Assistance in Germany – Labour Market and Social Policy Occasional Papers – n°58 DELSA/ELSAWD(2003)1*.
- ANDERSEN J. et JENSEN J., 2002, « *Changing Labour Market , Unemployment and Unemployment Policies in a Citizenship Perspectives* », dans Andersen and al. (dir).
- ARRIBA A. et IBANEZ Z., « *Minimum Income Guarantee and Social Assistance* », *Benefits for Low Income People and Increasing Low Wages, Unidad de políticas comparadas, Working Paper 02-12,2002*.
- ARRIBA A. et MORENO L., dans Ferrera (ed) « *Welfare State Reform in Southern Europe – Fighting Poverty and Social Exclusion in Italy, Spain, Portugal and Greece* », Routledge, Taylor and Francis Group, 2005.
- AUSTA., ARRIBA A., « *Policy Reforms and Discourses in Social Assistance in the 1990s. Towards « Activation » ?* », Papier présenté à une conférence ESPAnet à Oxford, les 8-11 septembre 2004.
- AYALA L., « *Social needs, Inequality and the Welfare State in Spain : Trends and Prospects* », *Journal of European Social Policy*, 4 (3), 1994.
- AYALA L., « *Analisis economico de los sistemas de rentas minimas en Espana desde una Pespectiva comparada* ». tesis doctoral, Facultad de ciencias economicas y empresariales, Universidad complutensa de Madrid. (Mimeo). 1997.
- AZIZI K. et GILLES C., 2004, « *L'évolution du RMI en 2003 : une analyse économétrique* », *Etudes et Résultats, drees,n°333*, août.
- BOUGET D., GUIBENTIF P., « *Les politiques du revenu minimum dans l'Union Européenne* », *Uniao das Mutualides Portuguesas*, mai 1997.
- BORGETTO M. et LAFORE R., *Droit de l'aide et de l'action sociale, Montchrestien* 2004.
- CANTILLON B., VAN MECHELEN N., Marx I. and VAN DEN BOSCH K., « *L'évolution de la protection minimale dans les Etats-Providence au cours des années 90 : 15 pays européens* », *Revue Belge de Sécurité Sociale, 3ème trimestre* 2004.
- CAPUCHA L., BOMBA T., FERNANDES R., MATOS G., « *Portugal – a virtuous path towards minimum income ?* », dans dans Ferrera (ed) « *Welfare State Reform in Southern Europe – Fighting Poverty and Social Exclusion in Italy, Spain, Portugal and Greece* », Routledge, Taylor and Francis Group, 2005.
- Commission européenne, COM (98)774 final, « *Rapport de la Commission européenne sur la mise en œuvre de la Recommandation 92/441/CEE du 24 juin 1992 portant sur les critères communs relatifs à des ressources et prestations suffisantes dans les systèmes de protection sociale* » 1998.
- Commission européenne, *Rapport conjoint sur la Méthode ouverte sur les pensions*, 2002.
- Commission européenne, *Communication du 12.4.2005 COM (2005) 141 final, 2005/0057 CNS*.
- CONCIALDI P., *Exclusion Sociale et Pauvreté en Europe, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La Documentation Française, Paris*, 2001.
- DELAUNAY M., LE GUERN J-F., PAULIAN C. et SANSIQUET J-M., « *Le revenu social d'Insertion au sein du nouveau paysage de la sécurité sociale portugaise* », *Rapport de stage pour la Direction de la Sécurité sociale portugaise, septembre*, 2003.
- DOLLÉ M., « *Minima sociaux : plus de cohérence pour plus de justice* », *Droit social n°3*, mars 1998.
- Drees, *Etudes et Résultats*, « *Les allocataires de minima sociaux en 2003* », novembre 2004, n°354.
- DUPEYROUX J.J., « *Après la révolte des chômeurs* », *Droit social n°3*, mars 1998.
- EARDLEY T., BRADSHAW J., DITCH J., GOUGH I. et WHITEFORD P. (eds) « *Social Assistance in OECD Countries* », *Synthesis Report (Vol I) ; Country Reports (Vol II)* », London HMSO, OCDE, 1996.
- ESPING-ANDERSEN G., *Les trois mondes de l'Etat-providence – Essai sur le capitalisme*, PUF, *Le lien social*, 1999.
- FERRERA M. (Ed), *Welfare State Reform in Southern Europe - Fighting poverty and social exclusion in Italy, Spain, Portugal and Greece -*, Routledge/EUI *Studies in the Political Economy of Welfare*, 2005.
- FERRERA M., « *The Southern Model of Welfare in Social Europe* », *Journal of European Social Policy*, 6,1, 1996.
- FERRERA M., « *The Four Social Europes* »: *between universalism and selectivity* » dans Rhodes, y. Mény (ed). *The Future of the European Welfare. A New Social Contract ?*. Mac Millon. London, 1997.
- JOIN-LAMBERT M.T., « *Chômage : mesures d'urgence et minima sociaux : problèmes soulevés par les mouvements des chômeurs en France fin 1997 – début 1998* », rapport au Premier ministre, *La Documentation française*, 1998.
- HEIKKILA M., KESKITALO E. (eds), « *Social assistance in Europe. A Comparative Study on Minimum Income in Seven Countries* », Helsinki, Stakes, 2001.
- HERNANZ V., MALHERBET F., PELLIZZARI M., 2004, « *Take up of Welfare Benefits in OECD countries : A Review of the Evidence* », *OECD Social , Employment and Migration Working Papers, n°17*, OECD, Paris.
- HÖLSCH K., KRAUS M., « *Poverty alleviation and the degree of centralization in European schemes of social assistance* », *Journal of European Social Policy n°14*, 2004.
- KAUTTO M. « *Is there a Nordic Model of financing social Protection ?* », 1999.
- *Loi n°13/2003, Diario da Republica – I Série- A, n° 124 – 29 mai* 2003.
- LAPARRA M., AGUILAR M., « *Social Exclusion and Minimum Incomes Programs in Spain* », dans *Comparing Social Welfare Systems in Southern Europe, Vol n°3, Florence Conférence, MiRe, Paris*, 1997.

- LEIBFIRIED S., « Towards a European welfare State: on integrating poverty regimes in the European Community » dans Z. Fraga, J.E. Kollberg (eds), *Social policy in a changing Europe*, Frankfurt, Campus Verlag, 1992.
- MORENO L., MATSAGANIS M., FERRERA M., et CAPUCHA L., 2003, « Existe una « Malla de seguridad » en la Europa del sur ? » - *La lucha contra la pobreza y la exclusion en Espana, Grecia, Italia y Portugal* », Unidad de Políticas Comparadas (CSIC), Documento de Trabajo 03-17, 2003.
- National Statistics, *First release*, 15 June 2005.
- Nososco (Nordic Social Statistical Committee), *Social Protection in the Nordic Countries 1999*.
- OCDE, *Perspectives de l'emploi de l'OCDE - « Prestations et emploi : amis ou ennemis . Interactions entre mesures sociales et passives »*, 2003.
- OCDE, « Benefits and Wages – OECD indicators », 2004.
- OCDE, « Benefits and Wages – Country Chapter », 1995 à 2002 pour les 14 pays de l'Union européenne.
- PAUGAM S. (dir), *L'Europe face à la pauvreté – Les expériences nationales de revenu minimum*, Cahier Travail et Emploi, Ministère de l'Emploi et la Solidarité, La Documentation Française, Mars 1999.
- PIET K., 2002, « Social Security and Welfare in the Netherland Before and after the year 2000 ».
- PIERSON P., « Path Dependence, Increasing Returns and the Studies of Politics, *American Political Science Review*, Vol n°94, n°2, June, 2000.
- Rapport du CERC, « Minima sociaux, entre protection et insertion », 1997.
- Relatorio Rendimento Social De Inserçao, Direction de la Sécurité Sociale, mai 2004.
- SACCHI S. et BASTAGLI F., dans Ferrera (ed) « Welfare State Reform in Southern Europe – Fighting Poverty and Social Exclusion in Italy, Spain, Portugal and Greece », Routledge, Taylor and Francis Group, 2005.
- STANDING G. (Ed), *Minimum Income Schemes in Europe*, ILO Socio-Economic Security Programme, 2003.
- « Système de Sécurité Sociale » - Régimes de sécurité sociale – Service des relations internationales de la Direcção-Geral Da Solidaridade E Segurança Social, 2004.
- The Swedish Pension System – Annual Report 2002, publié par le (RFV) : The National Social Insurance Board.
- UNIOOSS, 2001, « Exclusion sociale et pauvreté en Europe », La documentation française.
- VRANKEN J., « Le minimex en mutation en Belgique », dans Paugam S. (dir), *L'Europe face à la pauvreté – Les expériences nationales de revenu minimum*, Cahier Travail et Emploi, Ministère de l'Emploi et la Solidarité, La Documentation Française, Mars 1999.

