

la *protection*
sociale
en France et en Europe en 2013

édition 2015



MINISTÈRE
DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

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

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

la *protection*

sociale

en France et en Europe en 2013

édition 2015

Sous la direction de

Magali Beffy, Romain Roussel, Julie Solard, Myriam Mikou, Carine Ferretti



Comptes et rédaction – France

Timothée Barnouin, Aurore Doms,
avec Pauline Bougault, Marion Bouvet, Alexis Montaut et Axel Renoux

Rédaction – Europe

Ysaline Padieu, Jérôme de Tychey



Éclairages

Élise Amar, Mathias André, Magali Beffy, Carole Bonnet, Denis Maguain,
Myriam Mikou, Alexis Montaut, Étienne Perron-Bailly, Axel Renoux,
Romain Roussel, Julie Solard, Jérôme de Tychey



Directeur de la publication

Franck von Lennep

Responsable d'édition

Carmela Riposa



Remerciements

La DREES tient à remercier les personnels des organismes privés et publics qui, depuis de nombreuses années, fournissent les données nécessaires à l'élaboration des Comptes de la protection sociale, en particulier l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la Direction générale des finances publiques (DGFiP) et la Direction générale du trésor.

AVANT-PROPOS

Les Comptes de la protection sociale constituent l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils fournissent une estimation des dépenses et des recettes de protection sociale de l'ensemble des régimes y concourant (cette année, données semi-définitives de 2013 et données définitives de 2009 à 2012). Les Comptes de la protection sociale servent de base à l'élaboration des comptes du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS), supervisé par Eurostat, et permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales.

La vue d'ensemble synthétise les faits marquants des comptes de 2013, ainsi que les principales évolutions des dépenses et des recettes de la protection sociale en France et en Europe.

Les quatre premières parties se concentrent sur la France. Elles retracent les principales caractéristiques du système français de protection sociale, aussi bien en termes de ressources que de prestations. Elles dressent par ailleurs un rapide panorama du contexte économique français. Pour plus de détails, se reporter à l'intercalaire « La protection sociale en France ».

Les fiches thématiques Europe comparent les ressources et prestations des différents systèmes européens de protection sociale. Puis, les systèmes de quatre de nos voisins européens sont approfondis un à un : l'Allemagne, le Royaume-Uni, la Suède et l'Italie.

Les éclairages sur la France complètent les analyses des Comptes de la protection sociale. Comment la protection sociale est-elle perçue ? Quel est le rôle des organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux ? Quelle aide sociale apportent les départements ? Enfin, l'approfondissement des comptes passe cette année par l'évaluation complète des dépenses sociales et fiscales relevant du risque famille et par l'analyse du financement des différents risques sociaux.

Les éclairages Europe présentent tour à tour un aperçu de la situation de l'emploi et des inégalités sociales en Europe, et les effets redistributifs des systèmes sociaux-fiscaux européens.

Les annexes donnent enfin la méthodologie et les définitions des principaux agrégats des Comptes de la protection sociale. Elles se concluent par des tableaux détaillés qui retracent les comptes de 2009 à 2013 à un niveau fin de nomenclature.

SOMMAIRE

La protection sociale en France et en Europe en 2013

Vue d'ensemble	7
Fiches thématiques France	19
A. La protection sociale en France : contexte général.....	23
A1 Éléments de contexte économique français en 2013.....	24
A2 La protection sociale en France en 2013.....	26
A3 Prélèvements obligatoires et financement de la protection sociale.....	28
A4 La protection sociale par secteur institutionnel.....	30
A5 Des Comptes de la Sécurité sociale à ceux de la protection sociale	32
A6 Dépenses fiscales	34
B. Les ressources de la protection sociale en France.....	37
B1 Structure des ressources de la protection sociale en France.....	38
B2 Cotisations sociales	40
B3 Taux de cotisations sociales sur les salaires du secteur privé	42
B4 Prélèvements sociaux sur l'ensemble des revenus.....	44
B5 Impôts et taxes affectés	46
B6 Les contributions publiques finançant la protection sociale.....	48
C. Les acteurs de la protection sociale en France.....	51
C1 Les prestations de protection sociale par régime	52
C2 Les régimes d'assurance sociale.....	54
C3 La protection sociale complémentaire et supplémentaire	56
C4 Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics et des ISBLSM.....	58
C5 Le régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	60
D. Couverture des risques par la protection sociale en France.....	63
D1 Évolution des prestations par risque en France	64
D2 Le risque maladie en France	66
D3 Le risque invalidité en France	68
D4 Le risque accidents du travail et maladies professionnelles en France	70
D5 Le risque vieillesse-survie en France	72
D6 Le risque maternité-famille en France	74
D7 Le risque emploi en France	76
D8 Le risque logement en France	78
D9 Le risque pauvreté-exclusion sociale en France	80
Fiches thématiques Europe.....	83
E. La protection sociale en Europe : contexte général	87
E1 Le contexte économique et social en Europe.....	88
E2 Les déficits publics en Europe	90
E3 La protection sociale en Europe	92
E4 La structure des ressources en Europe	94
E5 Le coût de la main-d'œuvre et le financement de la protection sociale	96
E6 Les enjeux de long terme de la protection sociale	98

F. Couverture des risques par la protection sociale en Europe	101
F1 Les prestations par risque en Europe.....	102
F2 Évolution récente des prestations par risque en Europe.....	104
F3 Le risque maladie-soins de santé en Europe	106
F4 Le risque invalidité en Europe	108
F5 Le risque vieillesse-survie en Europe.....	110
F6 Le risque famille-enfants en Europe.....	112
F7 Le risque chômage en Europe.....	114
F8 Le risque logement en Europe.....	116
F9 Le risque exclusion sociale en Europe.....	118
G. Fiches pays.....	121
G1 Allemagne.....	122
G2 Royaume-Uni.....	134
G3 Suède.....	146
G4 Italie	158
Éclairages France	169
Le système de protection sociale vu par les Français : protecteur mais à réformer	171
Les garanties offertes par les organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux	181
Les dépenses d'aide sociale départementale	201
Au titre de la politique familiale, la Nation a consacré 4 % du PIB aux enfants en 2013.....	209
La structure de financement de la protection sociale par risque	225
Éclairages Europe.....	239
L'emploi et les politiques sociales en Europe à l'épreuve de la crise.....	241
Les propriétés redistributives des transferts de protection sociale en comparaison européenne	251
Annexes	263
1. Éclairage méthodologique : statut et objectifs	264
2. Sources et méthodes des Comptes de la protection sociale	268
3. L'intégration du compte de capital.....	271
4. Transferts entre régimes	272
5. Le Système européen de statistiques intégrées de protection sociale (SESPROS).....	273
6. Contexte démographique européen.....	278
7. Glossaire	283
8. Liste des sigles et abréviations	289
9. Nomenclature des régimes	294
10. Nomenclature des opérations.....	297
11. Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes, de 2009 à 2013	298
12. Prestations de protection sociale par type de risques et type de régimes, de 2009 à 2013	303
13. Ventilation détaillée par risque des prestations de protection sociale, de 2009 à 2013.....	308
14. Ventilation détaillée par régime des prestations de protection sociale, de 2009 à 2013.....	312

VUE D'ENSEMBLE

En France, les années 2012, 2013 et 2014 sont marquées par une faible croissance du PIB, entre 0,2 % et 0,7 % par an. Malgré ce contexte dégradé, la réduction du déficit public au sens de Maastricht se poursuit. En particulier, le solde des administrations de Sécurité sociale, quoique toujours déficitaire de 8,5 milliards d'euros en 2014 (contre 9,1 milliards en 2013), s'améliore continûment depuis 2010. Néanmoins, les Français, bien que toujours demandeurs d'une protection sociale de haut niveau, sont de plus en plus préoccupés par la question de la dette.

En 2013, dernière année disponible des Comptes de la protection sociale, les recettes de la protection sociale progressent à un rythme plus rapide que les dépenses. Ainsi, le déficit de la protection sociale continue de se résorber et s'élève en 2013 à 7,9 milliards d'euros, soit 0,4 % du PIB, contre 11,6 milliards d'euros en 2012.

Les ressources de la protection sociale progressent de 3,0 % et s'établissent à 707,6 milliards d'euros en 2013. Cette croissance est plus faible que celle constatée en 2012 (+3,7 %) et en 2011 (+4,4 %). Pourtant, en 2013, les cotisations effectives continuent de progresser à un rythme significativement plus élevé que l'assiette des salaires, compte tenu notamment de l'effet en année pleine de mesures intervenues courant 2012. En revanche, les impôts et taxes affectés reviennent à une dynamique moins soutenue après deux années de croissance exceptionnelle.

Les dépenses de protection sociale s'élèvent à 715,5 milliards d'euros en 2013, soit +2,4 %. Les prestations constituent la majeure partie des dépenses (94 %, soit 672,0 milliards d'euros en 2013). La croissance de ces prestations (+3,0 %) reste modérée, à l'image des évolutions enregistrées les trois années précédentes (entre 3,0 % et 3,3 %).

Dans la plupart des pays de l'Union européenne (UE), l'année 2014 a été plus favorable que 2013 : pour l'UE 28, la croissance du PIB en volume atteint +1,3 % en 2014, contre 0,0 % en 2013. Cependant, la crise financière et économique a aggravé les inégalités entre pays et a fragilisé des groupes entiers de la population.

Les Comptes de la protection sociale (CPS) évaluent chaque année l'ensemble des opérations qui couvrent les risques sociaux (santé, vieillesse-survie, emploi, maternité-famille, logement, pauvreté-exclusion sociale) auxquels les ménages sont exposés. Pour ce faire, ils retracent les dépenses et les recettes de l'ensemble des régimes ou organismes ayant pour mission d'en assurer la charge dans un cadre de solidarité sociale (*annexe 1*). Partie intégrante du système européen de Comptes de la protection sociale (SESPROS), ils permettent de réaliser des comparaisons internationales, avec les précautions méthodologiques qui s'imposent (*annexe 4*).

En 2013 et 2014, la situation économique demeure dégradée en France

La conjoncture macroéconomique demeure difficile en France. En 2013, le PIB ne progresse que de 0,7 % en volume (après +0,2 % en 2012). Selon des données encore provisoires, en 2014, la progression s'établit à 0,4 %. Ces trois années de faible croissance font suite à deux années de légère embellie de la croissance économique (hausse du PIB en volume de 2,0 % en 2010 et de 2,1 % en 2011).

Le revenu disponible des ménages (nominal) ne croît par ailleurs que faiblement (+0,7 % en 2013 et 1,1 % en 2014) et leur pouvoir d'achat diminue légèrement (-0,1 %) en 2013 avant de progresser de nouveau en 2014 (+1,1 %).

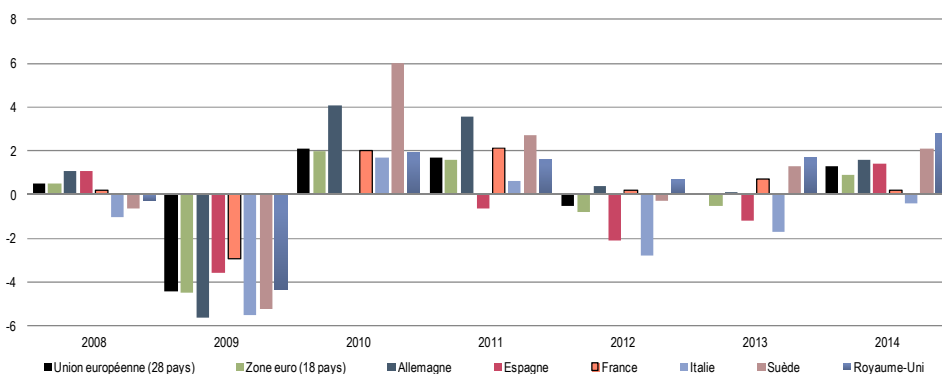
Enfin, le marché du travail continue de se dégrader : le nombre de demandeurs d'emploi des catégories A, B, C poursuit sa hausse entamée mi-2008. En France métropolitaine, il s'est accru de 8,4 % en moyenne annuelle en 2013 et de 5,3 % en 2014.

Pour autant, l'évolution du coût du travail reste en France (+10,9 points de 2008 à 2014) proche de celle de la moyenne observée dans l'UE 28 (+11,7 points) et sensiblement moindre qu'en Allemagne (+14,1 points) et en Suède (+17,3 points).

Malgré ce contexte morose, la réduction du déficit public au sens de Maastricht¹ se poursuit en 2014 (84,8 milliards d'euros de déficit public en 2014 après 86,4 milliards en 2013 et 100,4 milliards en 2012). En particulier, le déficit des administrations de Sécurité sociale (ASSO) s'améliore continûment depuis 2010 (8,5 milliards d'euros en 2014, après 9,1 milliards en 2013).

Pour la plupart des pays de l'Union européenne, l'année 2014 a été globalement plus favorable que 2013. Alors qu'en 2013, la situation en Europe était encore fragile (0,0 % de croissance moyenne en volume pour l'UE 28), le PIB progresse désormais en moyenne de 1,3 % dans l'UE 28 en 2014. Toutefois, les écarts de taux de croissance entre pays demeurent assez marqués (*graphique 1*).

Graphique 1 : Croissance réelle du PIB en volume dans plusieurs pays d'Europe et, en moyenne, dans l'Union européenne 28
En %



Sources : Eurostat – pour la France, les données correspondent à celles des Comptes nationaux de l'INSEE en base 2010.

1 Le déficit public correspond au besoin de financement des administrations publiques.

En Europe, la stabilisation automatique opérée par la protection sociale s'essouffle dans un contexte de crise qui se prolonge

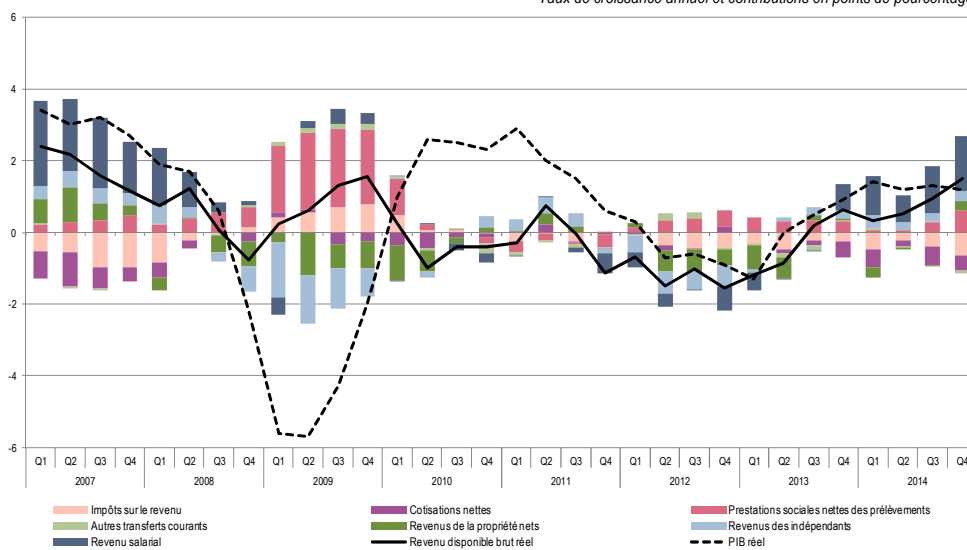
Par son ampleur et sa durée, la crise financière et économique de 2008 est la plus dure subie par l'Europe depuis les années 1930. Elle aggrave les inégalités entre pays et au sein même des pays, *via* une fragilité accrue de groupes entiers de la population¹. Depuis le début de la crise, le taux d'emploi européen moyen des 20-64 ans au sein de l'UE 28 a diminué (68,4 % en 2013 contre 70,3 % en 2008) et le taux de chômage est passé de 7,0 % en 2008 à 10,9 % en 2013 (soit 9,55 millions de chômeurs supplémentaires). Ces moyennes masquent des disparités importantes. En Grèce et en Espagne, plus d'un quart de la population active est au chômage, alors qu'en Allemagne, seuls 5 % des actifs sont concernés. Le taux de chômage de longue durée a doublé entre 2008 et 2013, pour atteindre 5,1 % de la population active au sein de l'UE 28, soit près de la moitié de l'ensemble des chômeurs. Les jeunes sont particulièrement touchés par l'augmentation massive du chômage ; les seniors et les femmes sont plus épargnés. La détérioration du marché du travail a fait basculer de nombreuses personnes en situation de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale.

Dans ce contexte macroéconomique fortement dégradé, les systèmes de protection sociale² ont joué leur rôle traditionnel d'amortisseur en début de crise. Les dépenses de protection sociale ont continué d'augmenter alors que les ressources se contractaient. En 2009, les prestations sociales ont été le principal contributeur de la stabilisation du revenu disponible des ménages, devant les prélèvements.

Face à la durée de la crise, la protection sociale peine néanmoins de plus en plus à jouer son rôle protecteur, en particulier dans les pays les plus durement touchés. L'effet stabilisateur s'est affaibli dans de nombreux États membres en 2012 alors que les revenus se contractaient à nouveau. La plupart des systèmes de protection sociale ne sont en effet pas conçus pour une crise aussi durable.

L'effet de la stabilisation automatique des dépenses sociales peut être appréhendé en analysant l'évolution du revenu disponible des ménages par rapport à l'évolution de ses principales composantes (*graphique 2*). En 2009, la légère dégradation du revenu disponible brut (nominal) des ménages de la zone euro aurait été plus importante sans la contribution des prestations sociales au revenu des ménages. Ce phénomène n'est en revanche plus visible depuis 2012. Cela reflète l'essoufflement des composantes contra-cycliques des prestations de protection sociale, ainsi que les mesures plus structurelles de consolidation budgétaire prises dans la plupart des pays européens.

Graphique 2 : Contributions à la croissance réelle du revenu disponible des ménages dans la zone euro
Taux de croissance annuel et contributions en points de pourcentage



Sources : Eurostat et BCE.

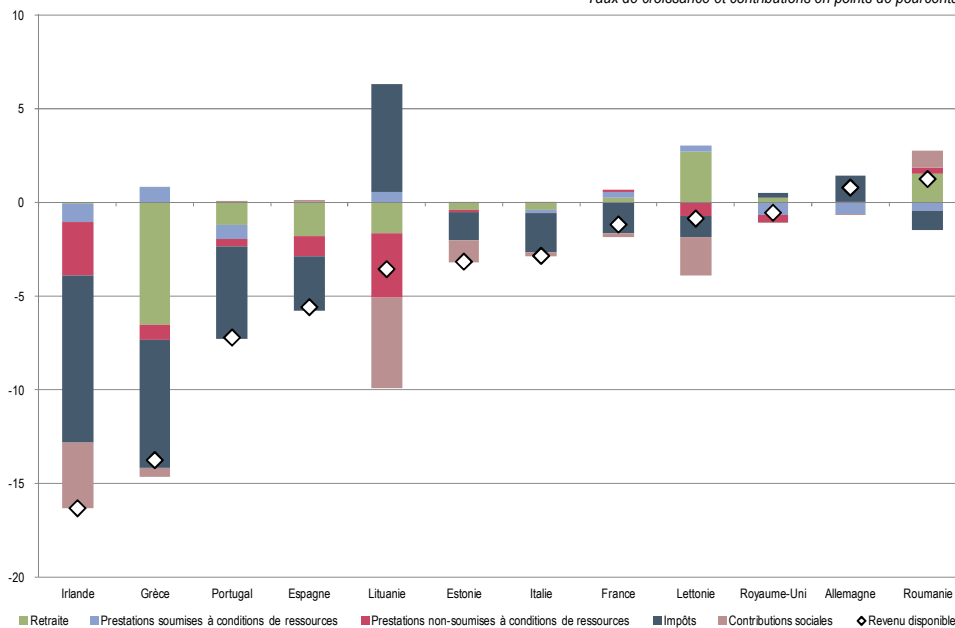
1 Cf. éclairage « L'emploi et les politiques sociales en Europe à l'épreuve de la crise ».

2 Les systèmes de protection sociale de quatre pays européens (Allemagne, Italie, Royaume-Uni et Suède), représentatifs de la diversité de leurs modèles sociaux et de leurs modes de financement, sont analysés plus en détail en partie G, qui présente leurs réformes récentes.

L'impact spécifique de ces réformes structurelles est évalué en comparant le niveau du revenu disponible des ménages en 2013 à celui qu'il aurait été en l'absence des réformes menées depuis 2008. Il apparaît que les mesures engagées auraient eu un effet significatif à la baisse sur le revenu disponible (*graphique 3*), plus particulièrement en Irlande et en Grèce. En France, leur impact serait de bien moindre ampleur (comparable à celui observé au Royaume-Uni) et s'expliquerait surtout par l'accroissement de la pression fiscale, comme dans la plupart des autres pays étudiés. À l'inverse, en Allemagne, où la croissance économique est restée positive depuis 2010, les réformes auraient globalement amélioré le revenu disponible, grâce à un allègement de la fiscalité.

Graphique 3 : Effets des réformes engagées entre 2008 et 2013 sur le revenu disponible des ménages

Taux de croissance et contributions en points de pourcentage



Note : les variations ont été déflatées de l'indice des prix à la consommation.

Lecture : en Irlande, les mesures prises depuis 2008 ont eu au total un impact à la baisse de 16,3 % sur le revenu disponible, qui se décompose en -0,1 point au titre des retraites, -1,0 point pour les prestations sous conditions de ressources, -2,9 points pour les prestations avec condition de ressources, -8,9 points pour les impôts et -3,5 points pour les cotisations sociales.

Sources : EU-SILC – simulation EUROMOD – De Agostini P., Paulus A., Sutherland H. et Tasseva I. V., 2014, « The Effect of Tax-Benefit Changes on the Income Distribution in EU Countries since the Beginning of the Economic Crisis », EUROMOD Working Paper n° EM 9/14, mai.

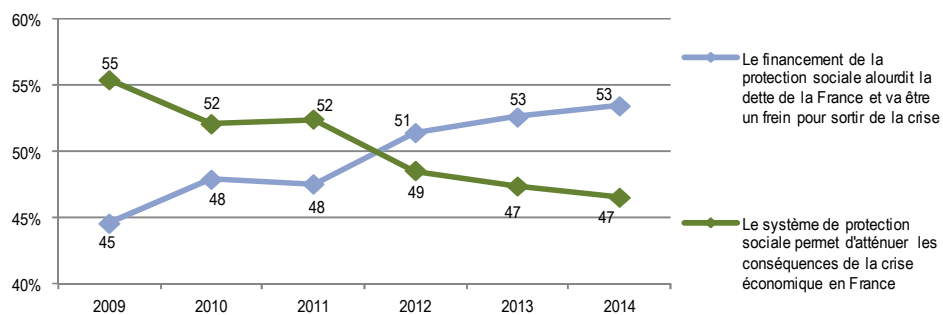
Les Français sont de plus en plus nombreux à s'inquiéter de la dette sociale

Dans ce contexte difficile, la plupart des Français interrogés dans le cadre du Baromètre d'opinion de la DREES pensent que la protection sociale est essentielle, même si son coût est jugé excessif par 22 % des Français (contre 12 % en 2010). Parallèlement, les Français sont de plus en plus préoccupés par la dette : en 2014, 53 % d'entre eux considèrent que la dépense sociale constitue un frein pour sortir de la crise, contre 45 % en 2009 (*graphique 4*). Si une majorité d'entre eux jugent que le financement de la protection sociale alourdit la dette, seul un Français sur quatre accepterait une baisse des prestations pour réduire les cotisations, et ce quelle que soit la branche concernée. Ils consentiraient néanmoins davantage à une augmentation de leurs cotisations retraite et maladie (40 %) qu'à une hausse de leurs cotisations famille ou chômage (27 %) pour maintenir le niveau des prestations. Par ailleurs, plus de la moitié des personnes interrogées (53 %) jugent que les entreprises ne doivent cotiser ni plus ni moins qu'aujourd'hui.

En 2014, les Français interrogés souhaitent que certaines prestations soient davantage ciblées, même si une grande majorité pense que l'universalité de la protection sociale doit être préservée. Ainsi, 69 % des personnes interrogées (contre 78 % un an plus tôt) préfèrent que l'Assurance maladie bénéficie à tous sans distinction de catégorie sociale et de statut professionnel. Ils ne sont que la moitié à le penser s'agissant des retraites et des allocations familiales. Seules 38 % des personnes interrogées restent favorables en 2014 à une assurance chômage pour tous, alors qu'elles étaient environ 44 % jusqu'en 2010.

Graphique 4 : Réponses à la question : « La protection sociale est-elle un frein pour sortir de la crise économique actuelle ou atténue-t-elle ses conséquences ? »

En %



Note : réponses à la question « À propos de la crise économique actuelle, je vais vous citer deux affirmations, vous me direz avec laquelle vous êtes le plus d'accord ». Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du graphique. Cette question a été posée pour la première fois en 2009.

Lecture : en 2014, 53 % des personnes interrogées pensent que « le financement de la protection sociale alourdit la dette de la France et va être un frein pour sortir de la crise ».

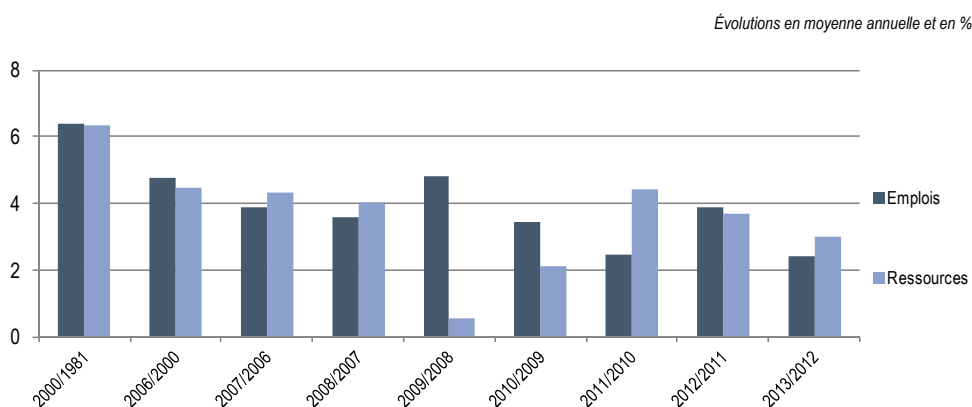
Champ : personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Sources : Baromètre d'opinion DREES 2009-2014.

En 2013, les recettes de la protection sociale progressent à un rythme moins rapide qu'en 2012, mais néanmoins supérieur à celui des dépenses

Bien que ralenties depuis deux ans, la croissance des ressources de la protection sociale redevient supérieure à celle des emplois en 2013, dernière année disponible pour les Comptes de la protection sociale (*graphique 5*). Dès lors, le déficit de la protection sociale¹, qui s'élève en 2013 à 7,9 milliards d'euros, se réduit par rapport à celui constaté l'exercice précédent (-11,6 milliards en 2012). Il est désormais près de trois fois inférieur au niveau record enregistré en 2010 (-21,9 milliards d'euros). En 2013, le déficit des seuls régimes d'assurance sociale des administrations de Sécurité sociale² représente la quasi-totalité du déficit global de la protection sociale (soit 7,5 des 7,9 milliards d'euros) mais seulement 8,7 % du déficit public total de la France au sens de Maastricht (86,4 milliards d'euros). Cette proportion est toujours très significativement inférieure à la part de la dépense des régimes d'assurance sociale dans la dépense publique totale.

Graphique 5 : Évolution des dépenses et recettes (hors transferts) de la protection sociale



Sources : DREES-CPS, bases 2000 (1981-2009), 2005 (2008-2009) et 2010 (2009-2013).

Les ressources de la protection sociale, tous régimes confondus³, hors transfert y compris recettes du compte de capital, progressent de 3,0 % en 2013 et s'établissent à 707,6 milliards d'euros (*tableau 1*). Cette croissance est plus faible que celles constatées en 2012 (+3,7 %) et en 2011 (+4,4 %) qui succédaient à deux années moroses (+0,6 % en 2009 et + 2,1 % en 2010). En effet, en 2009 et 2010, les prélèvements obligatoires finançant la protection sociale s'étaient fortement infléchis avec la crise, pour reprendre ensuite une dynamique plus soutenue à la suite des mesures d'ajustement visant à réduire les déficits sociaux qui s'étaient fortement creusés.

1 Cette notion de besoin de financement est présentée pour la première fois cette année dans les Comptes de la protection sociale. Elle correspond à la somme des soldes des régimes d'assurance sociale, du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics et des régimes de la mutualité et de la prévoyance ; les autres régimes (intervention sociale des pouvoirs publics et des institutions sans but lucratif au service des ménages [ISBLSM], prestations extralégales d'employeurs) étant conventionnellement équilibrés, par construction.

2 Il s'agit de l'ensemble des régimes pour lesquels l'affiliation a été rendue obligatoire par les pouvoirs publics au titre de la couverture des risques sociaux. Avec 482,9 milliards d'euros de prestations versées en 2013, ces régimes représentent près des trois quarts de l'ensemble des prestations retracées par les Comptes de la protection sociale.

3 En plus des régimes d'assurance sociale, l'agrégat « tous régimes » comprend les régimes de prestations extra-légales d'employeurs, les régimes de la mutualité et de la prévoyance, ainsi que les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, des ISBLSM et des hôpitaux publics.

Tableau 1 : Les Comptes de la protection sociale, tous régimes

Évolutions en moyenne annuelle et en %, montants en millions d'euros

	1990 / 1981	2000 / 1990	2008 / 2000	2009 / 2008	2010 / 2009	2011 / 2010	2012 / 2011	2013 / 2012	2013
Emplois (hors transferts*)	8,9	4,1	4,6	4,8	3,5	2,5	3,9	2,4	715 518
Prestations sociales	9,0	4,1	4,6	4,8	3,3	3,0	3,3	3,0	672 000
<i>en espèces</i>		3,9	4,3	5,5	3,4	3,0	3,8	3,1	427 508
<i>en nature</i>		4,6	5,1	3,7	3,2	2,9	2,6	2,7	244 492
Autres (charges financières... y compris compte de capital**)	7,9	4,3	4,3	4,7	6,1	-4,9	12,1	-5,5	43 518
Ressources (hors transferts*)	8,9	4,1	4,4	0,6	2,1	4,4	3,7	3,0	707 583
Cotisations effectives	9,5	2,0	4,2	0,8	2,1	3,5	3,1	3,0	385 550
Cotisations imputées	7,0	3,8	2,5	3,4	2,9	3,6	3,6	2,0	54 504
Impôts et taxes affectés	13,9	23,7	6,2	0,0	1,5	8,5	5,9	3,2	178 001
Contributions publiques	7,2	2,8	2,4	3,6	2,5	3,3	2,9	2,5	68 836
Autres (produits financiers... y compris compte de capital**)	5,8	0,8	8,3	-23,9	3,9	-5,0	-0,1	5,5	20 692
Solde									-7 935

* Les transferts sont les flux internes entre les différents régimes de protection sociale (annexe 9).

** Emplois et ressources du compte de capital disponibles en base 2010 uniquement.

Sources : DREES-CPS, bases 2000 (1981-2009), 2005 (2008-2009) et 2010 (2009-2013).

En 2013, les cotisations effectives (près de 55 % des ressources) progressent à un rythme (+3,0 %) significativement plus élevé que l'assiette des salaires (+1,0 %) compte tenu notamment de l'effet en année pleine de mesures intervenues courant 2012 : modification du dispositif de réduction des cotisations appliquées aux heures supplémentaires et relèvement des taux de cotisation retraite au 1^{er} novembre 2012. Les impôts et taxes affectés reviennent à une dynamique moins soutenue (+3,2 %) après deux années de croissance exceptionnelle (+5,9 % en 2012 et +8,5 % en 2011).

La structure du financement de la protection sociale en 2013 présente de forts contrastes selon la nature du risque couvert¹. Les cotisations sociales représentent plus de 75 % du financement des risques vieillesse, survie, chômage et accidents du travail. Le financement des risques maladie, maternité-famille est davantage réparti entre cotisations sociales (qui représentent près de 50 % des ressources totales) et impôts et taxes affectés, au premier rang desquels la contribution sociale généralisée (CSG). Les autres risques (pauvreté, invalidité, logement et insertion professionnelle) se différencient plus nettement : ils sont financés à plus de 30 % par des contributions publiques.

La croissance des dépenses de protection sociale ralentit en 2013

Les dépenses de protection sociale, hors transferts, s'élèvent à 715,5 milliards d'euros en 2013, soit une hausse de 2,4 % par rapport à 2012. La croissance nominale des seules prestations de protection sociale, qui constituent la majeure partie des dépenses de protection sociale (94 % du total, soit 672,0 milliards d'euros en 2013 ou encore 31,7 % du PIB), reste historiquement faible, à l'image des évolutions enregistrées les trois années précédentes. Elle s'établit à +3,0 % en 2013, après +3,3 % en 2012 et +3,0 % en 2011.

Les prestations de survie, de maladie, de maternité et de famille connaissent des évolutions modérées. Celles liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles diminuent de 1,4 % par rapport à 2012. Il en va de même pour les prestations servies au titre de l'insertion et de la réinsertion professionnelle (-3,3 %). Les prestations des autres risques (vieillesse, invalidité, emploi, logement) augmentent en revanche à un rythme plus soutenu que l'ensemble (tableau 2), c'est en particulier le cas pour les prestations du risque pauvreté-exclusion sociale qui augmentent de 6,6 % par rapport à 2012.

1 Cf. éclairage « Financement par risque ».

Tableau 2 : Évolution des prestations de protection sociale

	Évolution en moyenne annuelle en %, montants en millions d'euros									
	2000 / 1981	2006 / 2000	2007 / 2006	2008 / 2007	2009 / 2008	2010 / 2009	2011 / 2010	2012 / 2011	2013 / 2012	2013
Maladie	6,6	5,5	3,4	3,4	3,9	2,7	2,5	2,6	2,7	183 631
Invalidité	5,9	5,3	4,1	3,3	4,1	4,3	5,8	5,7	3,5	36 960
AT-MP	3,3	4,0	3,9	0,5	-0,6	1,2	0,2	-0,4	-1,4	12 207
Viellissement	7,1	5,1	6,3	5,4	4,6	3,7	4,3	3,6	3,3	269 973
Survie	4,9	4,0	1,8	2,3	1,8	2,9	2,5	2,3	1,8	37 568
Famille	5,3	3,7	3,1	2,1	3,1	-0,4	1,5	3,4	2,2	48 381
Maternité	4,1	4,2	3,0	1,8	2,8	8,3	-2,1	1,2	1,5	7 888
Emploi	5,2	3,4	-2,1	-0,8	12,8	6,0	-1,7	5,6	3,8	40 913
Logement	9,3	1,6	2,1	7,2	2,5	2,1	2,0	2,2	3,6	17 656
Pauvreté - exclusion sociale	14,2	5,4	3,8	0,8	26,0	7,5	4,6	3,7	6,6	16 824
Ensemble des prestations	6,4	4,8	4,0	3,7	4,8	3,3	3,0	3,3	3,0	672 000

Sources : DREES-CPS, bases 2000 (1981-2009), 2005 (2008-2009) et 2010 (2009-2012).

Depuis le début des années 1980, les lois de décentralisation ont progressivement institué l'échelon départemental comme chef de file des politiques sociales. Aussi, les Comptes de la protection sociale présentent-ils les résultats d'exploitations d'enquêtes réalisées chaque année par la DREES auprès des conseils généraux sur les dépenses et sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale. En 2013, les dépenses nettes d'aide sociale départementale s'élèvent au total à 33,9 milliards d'euros. Elles remplissent quatre missions principales : 31 % de ces dépenses sont consacrées à l'insertion, 24 % à l'aide aux personnes âgées, 24 % à l'aide sociale à l'enfance et enfin 21 % à l'aide aux personnes handicapées. Leur importance est toutefois très variable au niveau local, puisque la dépense d'aide sociale varie de 350 à près de 1 100 euros par habitant selon les départements en 2013¹.

Le ralentissement de la croissance des dépenses de santé, amorcé en 2005, s'est accentué depuis 2010

Sur longue période, les dépenses de santé augmentent plus rapidement que la richesse nationale. En 60 ans, leur part a plus que doublé dans le produit intérieur brut (PIB). Avec la croissance des revenus, la santé occupe une part croissante du budget des ménages au détriment d'autres postes de consommation. Le progrès technique agit pour sa part à la fois sur l'offre (augmentation de la qualité, gains de productivité) et sur la demande (avec la diffusion rapide des innovations). L'extension de la couverture du risque a permis de solvabiliser la demande, d'abord à travers la Sécurité sociale, puis par l'intervention d'autres acteurs, tels que les organismes complémentaires. Enfin, le vieillissement de la population a un impact global plus modéré sur la dépense, puisqu'il se décompose en deux effets de sens contraire. D'une part, le profil par âge de la consommation fait apparaître une dépense accrue lorsque l'âge augmente mais, d'autre part, l'état de santé à âge donné s'améliore d'une génération à l'autre, ce qui tend à amoindrir la dépense.

L'augmentation tendancielle des dépenses de santé laisse néanmoins apparaître des périodes de stabilisation, suite à la succession de différentes réformes². Ainsi, la mise en place de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) en 1996 a contribué jusqu'en 2000 à une stabilisation de la part des dépenses de santé dans le PIB, puis un redémarrage important des dépenses est intervenu jusqu'en 2004. Depuis 2005, leur progression est modérée compte tenu de la meilleure maîtrise de la dépense engagée à la suite de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, au renforcement du pilotage de l'ONDAM et aux mesures d'économies prises chaque année dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

En 2013, les dépenses afférentes à la **maladie**, principale composante du risque santé, s'élèvent à 183,6 milliards d'euros (tableau 2), soit 8,7 % du PIB. Elles augmentent de 2,7 % en 2013, soit un rythme de croissance comparable à celui de 2012 (+2,6 %) mais sensiblement plus rapide que celui du PIB en prix courant (+1,1 %). Si l'exercice 2013 continue de bénéficier de bons résultats en matière de maîtrise médicalisée, le contexte épidémique a été moins favorable qu'en 2012.

En 2013, les dépenses liées à l'**invalidité** représentent 37,0 milliards d'euros, elles ont augmenté de 3,5 % (après +5,7 % en 2012). Cette progression est plus faible que la tendance observée ces dernières années (4,6 % en moyenne

¹ Cf. éclairage « Les dépenses d'aide sociale départementale ».

² Cf. DREES, 2013, « 60 années de dépenses de santé », *Études et résultats* n° 831.

annuelle entre 2006 et 2012). En effet, sur cette période, la dynamique de la dépense était portée par les effets du plan de revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), entamé en 2008 et qui a pris fin en 2012.

Enfin, les dépenses afférentes au risque **accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)** s'élèvent à 12,2 milliards d'euros en 2013, soit une diminution de 1,4 % en 2013 (après -0,4 % en 2012). Ce recul est à rapprocher de la baisse continue du nombre d'accidents du travail en lien avec la réduction de la part des secteurs industriels au sein desquels le risque d'accident est plus élevé.

La croissance des dépenses du risque vieillesse-survie reste assez soutenue en 2013 à la suite de flux de départ en retraite élevés

En 2013, le montant des prestations du risque vieillesse-survie, qui représente à lui seul près de 46 % de l'ensemble des prestations de protection sociale, s'élève à 307,5 milliards d'euros, soit 14,5 % du PIB. Ces prestations progressent de 3,1 % (après +3,5 % en 2012).

Les prestations de **vieillesse** (270,0 milliards d'euros) incluent surtout les prestations versées au titre des droits propres des bénéficiaires. Les pensions de retraite directes (hormis celles servies par les régimes de la mutualité et de la prévoyance) représentent 94 % de ce montant global. Leur évolution est déterminée d'une part par celle du nombre de retraités et d'autre part par celle de la pension moyenne.

Le nombre de retraités augmente en premier lieu par un effet de taille des générations, celles du baby-boom arrivant à la retraite depuis une dizaine d'années, tandis que les personnes qui décèdent sont issues de générations moins nombreuses. Il augmente également tendanciellement avec l'allongement de l'espérance de vie aux âges élevés. En outre, en 2013, la croissance des effectifs de retraités est alimentée par les réformes récentes. En particulier, le relèvement de l'âge légal de départ à la retraite, mis en œuvre dans le cadre de la réforme de 2010, a occasionné des reports de départs à la retraite de 2012 à 2013 et donc des flux de départs plus importants cette année-là. D'autre part, les assouplissements successifs des conditions d'accès au dispositif de retraite anticipée pour carrières longues (introduits par la loi de 2010 et poursuivis par le décret de juillet 2012) ont eu pour effet d'accroître fortement le nombre de départs anticipés en 2013. Au total, le nombre de nouveaux pensionnés de droit direct s'est élevé à 760 000 en 2013, contre 600 000 en 2012, soit une hausse de 25,5 % sur un an. En 2013, l'effet de la hausse significative du nombre de nouveaux retraités est atténué par la moindre croissance de la pension moyenne. Tous régimes d'assurance sociale confondus, cette pension moyenne s'élève en 2013 à 1 306 euros par mois, soit +1,9 % par rapport à 2012 en euros courants. Cette évolution est plus faible que celle enregistrée en 2012 (+2,1 % en euros courants), du fait d'une moindre revalorisation des pensions (+1,5 % en moyenne annuelle après +2,1 % en 2012).

L'évolution des dépenses de retraite de droit direct (hormis celles servies par les régimes de la mutualité et de la prévoyance) s'élève ainsi à +3,5 % en 2013, contre +3,7 % en 2012.

Les autres composantes du risque vieillesse comprennent les pensions complémentaires facultatives versées par les régimes de la mutualité et de la prévoyance (1,6 milliard d'euros), les prestations du minimum vieillesse (3,0 milliards d'euros), les prestations liées à la dépendance des personnes âgées (8,2 milliards, principalement constituées de l'allocation personnalisée d'autonomie – APA) et d'autres prestations (3,6 milliards d'euros), dont font partie les aides versées dans le cadre de l'action sociale des différents régimes et les indemnités de départ à la retraite.

Les prestations de **survie** (37,6 milliards d'euros, en hausse de 1,8 % en 2013) englobent principalement les pensions versées au titre de droits dérivés. Elles comprennent également des compensations de charges principalement gérées par les régimes de la mutualité et de la prévoyance (capitaux décès et rentes pour conjoints et enfants).

Le rythme de croissance des prestations maternité-famille ralentit en 2013

Les prestations maternité-famille, qui représentent 56,3 milliards d'euros en 2013, progressent de 2,1 % en 2013, après +3,1 % en 2012.

Les dépenses de **maternité** représentent 7,9 milliards d'euros. Elles se composent essentiellement d'indemnités journalières (congé maternité et paternité), de soins et de la prime de naissance. Les dépenses de **famille**, qui

s'élèvent à 48,4 milliards, comprennent principalement les allocations familiales et autres prestations familiales mais également l'action sociale en faveur des familles (notamment l'aide sociale à l'enfance) et les services d'accueil de jeunes enfants.

La dépense totale de prestations **maternité** tend à accélérer légèrement (+1,5 % en 2013, après +1,2 % en 2012 et -2,1 % en 2011). Les dépenses de **famille** sont quant à elles en hausse de 2,2 % en 2013, après une année 2012 particulièrement dynamique (+3,4 %) marquée par la revalorisation exceptionnelle de 25 % de l'**allocation de rentrée scolaire** (ARS) à l'automne 2012.

Les prestations chômage restent dynamiques en 2013, avec la hausse du nombre de chômeurs indemnisés

Les prestations liées à l'emploi représentent 40,9 milliards d'euros en 2013, soit 1,9 % du PIB. Ces dépenses sont en hausse de 3,8 % en 2013, après une augmentation de 5,6 % en 2012.

Parmi elles, les prestations de **chômage** augmentent de 4,5 %, après 5,9 % en 2012. La principale allocation chômage, l'aide au retour à l'emploi (ARE), progresse fortement en 2013 (+4,1 %), mais à un rythme moindre qu'en 2012 (+5,7 %). Cette dynamique tient à une augmentation du nombre de chômeurs indemnisés par l'assurance chômage moins élevée en 2013 (+3,8 % en moyenne annuelle en France métropolitaine, contre +4,8 % en 2012).

Les prestations d'**insertion et réinsertion professionnelle** diminuent de 3,3 % (après +1,9 % en 2012) en lien notamment avec la baisse des dépenses versées au titre de l'**aide à la reprise et à la création d'entreprise** (-12,8 % en 2013).

Le rythme de croissance des dépenses de pauvreté-exclusion sociale accélère fortement en 2013, en lien avec les politiques d'inclusion sociale

Les prestations du risque **pauvreté-exclusion sociale**, qui s'élèvent à 16,8 milliards d'euros en 2013, augmentent à un rythme particulièrement élevé et plus rapide qu'en 2012 (+6,6 % après +3,7 %). Cette dynamique est à rapprocher des effets du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013 qui prévoit une revalorisation de 10 % du RSA socle entre 2013 et 2018 (en plus de l'indexation annuelle sur l'inflation).

Sur longue période, le rythme d'évolution de ce risque est le plus dynamique, traduisant l'importance croissante prise par les politiques publiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale au cours des dernières décennies.

Enfin, les prestations du risque **logement**, qui s'élèvent à 17,7 milliards en 2013, progressent plus rapidement en 2013 (+3,6 %) que sur les dernières années (de +2,2 % à +2,5 % chaque année de 2009 à 2012), compte tenu d'une revalorisation des barèmes d'aide au logement plus élevée en 2013 (+2,15 %) qu'en 2012 (+1,0 %). Ce risque est principalement constitué de trois allocations non cumulables, l'aide personnalisée au logement (APL), l'allocation de logement à caractère familial (ALF) et l'allocation de logement à caractère social (ALS).

L'effort social en faveur des enfants représente environ 4 % du PIB en 2013

Au-delà de la seule analyse des prestations de protection sociale par risque, une approche transversale, intégrant notamment les dépenses fiscales et les dépenses relevant de plusieurs risques sociaux, permet d'avoir une vue d'ensemble des différents volets de la dépense publique. Dans cette optique, pour la première fois cette année, est présentée l'évaluation complète de l'effort social en faveur des enfants¹. Est tout d'abord calculée la dépense allouée à une famille donnée « si ses enfants n'existaient pas ou n'avaient pas existé ». Cette dépense, dite « contrefactuelle »,

1 Cf. éclairage « Au titre de la politique familiale, la Nation a consacré 4 % du PIB aux enfants en 2013 ».

est ensuite comparée au montant réel perçu par la famille. Le solde représente les dépenses consacrées aux enfants, qu'elles relèvent des prestations familiales, des mécanismes fiscaux, des droits familiaux de retraite, de la part familiale des prestations sociales de logement et de pauvreté, etc. Cet effort est de l'ordre de 4 % du PIB français : selon les hypothèses retenues quant au périmètre de la politique familiale, cet effort s'élève de 75 à 94 milliards d'euros en 2013.

Trois postes constituent l'essentiel de cette dépense : les prestations légales, au titre de la famille ou de la maternité, et les dépenses d'action sociale des caisses et des collectivités territoriales qui représentent au total 48,7 milliards d'euros. Viennent ensuite les droits familiaux de retraite (18,4 milliards d'euros) et, enfin, les mécanismes fiscaux, dont l'ampleur peut être estimée entre 1,5 à 15,6 milliards d'euros selon la convention retenue.

Des deux tiers au trois quarts de l'effort social sont pris en charge par les régimes d'assurance sociale, la majeure partie du complément par les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, le rôle des autres régimes apparaissant plus marginal en termes de montants financiers.

Près du tiers des primes émises par les organismes d'assurance relèvent du champ des risques sociaux

Les Comptes de la protection sociale retracent enfin la couverture offerte par l'ensemble des organismes d'assurance (mutuelles, institutions de prévoyance mais aussi sociétés d'assurance) sur le champ des risques sociaux.

En 2013, sur les 221 milliards de primes nettes émises par les organismes d'assurance, 66 milliards relèvent du champ des risques sociaux : 53 % au titre de garanties frais de soins, 20 % au titre de la retraite supplémentaire, de la préretraite et des indemnités de fin de carrière, 17 % au titre de garanties en autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance) et 10 % au titre de garanties décès. Des garanties nuptialité-natalité et perte d'emploi existent également, mais ne représentent que des montants marginaux.

Si l'activité des mutuelles et des institutions de prévoyance se limite quasi exclusivement à la couverture des risques sociaux, il s'agit d'une activité minoritaire pour les sociétés d'assurance. En termes de parts de marché, ces dernières représentent néanmoins 48 % de l'activité d'assurance sur le champ des risques sociaux. Les mutuelles sont prédominantes en matière de complémentaire santé alors que les sociétés d'assurance sont surtout présentes sur les garanties retraite et décès. Les institutions de prévoyance, quant à elles, sont positionnées de façon plus équilibrée sur l'ensemble des risques sociaux.

En 2013, la moitié des primes collectées pour la couverture des risques sociaux le sont au titre de contrats collectifs et l'autre moitié au titre de contrats individuels. Les institutions de prévoyance sont spécialisées dans les contrats collectifs. Ceux-ci représentent 94 % de leurs primes collectées sur le champ des risques sociaux en 2013. En revanche, les mutuelles proposent majoritairement des contrats individuels (71 % des primes émises). Enfin, les sociétés d'assurance se situent dans une position plus équilibrée, avec à peine plus de primes collectées au titre de contrats individuels qu'au titre de contrats collectifs.

FICHES THÉMATIQUES

FRANCE

LA PROTECTION SOCIALE EN FRANCE

La section du rapport consacrée à la protection sociale en France est constituée de quatre ensembles de fiches thématiques.

La première partie (*fiches A*) donne des éléments sur le contexte économique français et présente de manière très générale les grands agrégats de recettes et de dépenses du système de protection sociale français. Elle explicite également les articulations entre les concepts de dépenses de la protection sociale et de la Sécurité sociale et donne des éléments sur les crédits d'impôts, notion proche de celle de prestation sociale.

La deuxième partie (*fiches B*) dresse un panorama détaillé des ressources du système de protection sociale. Sont ainsi examinés tour à tour les montants et caractéristiques des cotisations sociales, des impôts et taxes affectés et des contributions publiques au système. Ces fiches se doublent de précisions quant aux niveaux de prélèvement opérés par type de revenu.

La troisième partie (*fiches C*) présente et quantifie les interventions des différents acteurs de la protection sociale : régimes d'assurance sociale, régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, régime d'intervention sociale des hôpitaux publics, mais également régimes d'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), régimes des prestations extra-légales d'employeurs et régimes de la mutualité et de la prévoyance.

La quatrième partie (*fiches D*) mesure et analyse la dépense sociale sous l'angle des différents risques de protection sociale (maladie, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse-survie, maternité-famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale). Elle présente les principales prestations qui les composent et leur dynamique respective.

A. La protection sociale en France : contexte général

La croissance de l'économie française demeure faible en 2013

Le PIB ne progresse que de 0,7 % en volume en 2013¹ (après +0,2 % en 2012 – *tableau A1.1*). En 2013, la dépense de consommation des ménages se redresse (+0,4 % en volume) après avoir enregistré une baisse historique en 2012 (-0,3 %). Cette contribution positive à la croissance du PIB en 2013 est atténuée par la diminution de la formation brute de capital fixe (-0,6 % en volume après +0,2 % en 2012). En effet, après trois années de croissance, l'année 2013 est marquée par un repli de l'investissement des ménages.

Le marché du travail continue à se dégrader

En 2013, le nombre de demandeurs d'emploi des catégories A, B, C poursuit sa hausse entamée mi-2008 (en France métropolitaine, +8,4 % en moyenne annuelle sur 2013). Au cours de l'année, ce nombre a augmenté à un rythme élevé, quoique moins soutenu qu'en 2012 (+284 600 entre fin 2012 et fin 2013, après +373 000 entre fin 2011 et fin 2012). Cette moindre progression est notamment à rapprocher du dynamisme du nombre de créations d'emploi en fin d'année 2013 qui a compensé le recul de l'emploi enregistré au premier semestre².

Sur le champ France entière, le taux de chômage au sens du Bureau international du travail (BIT) s'élève à 10,3 % en moyenne annuelle, après 9,8 % en 2012. Au 4^e trimestre 2013, il s'établit à 10,1 %, en baisse de 0,2 point par rapport au trimestre précédent.

Le revenu disponible des ménages progresse faiblement et le pouvoir d'achat se stabilise en 2013

En 2013, le revenu disponible des ménages (RDB)³ s'accroît de 0,7 %, soit un rythme de progression proche de celui enregistré en 2012 (+0,5 %). Cette faible augmentation est imputable au ralentissement de la plupart des composantes du RDB (*tableau A1.2*) et à l'augmentation des prélèvements obligatoires.

Les salaires et traitements bruts augmentent de 1,0 % (après +2,0 % en 2012). De même, l'excédent brut d'exploitation et les revenus mixtes progressent à un rythme moins élevé en 2013 (+0,6 %, après +1,1 %). La dynamique des prestations sociales en espèces est également moindre (+2,8 %, après +3,8 % en 2012). À l'inverse, les revenus de la propriété nets des prélèvements, en hausse de 2,9 % (après -3,7 % en 2012), redeviennent un des facteurs de croissance du revenu des ménages en 2013. Bien que progressant à un rythme nettement moins dynamique qu'en 2012

(+4,3 % en 2013, contre +7,0 %), la hausse des prélèvements contribue de nouveau en 2013 à modérer la croissance du RDB. D'une part, les cotisations sociales à la charge des ménages progressent de 4,2 % (soit le même rythme de progression que celui enregistré en 2012) ; d'autre part, les impôts courants des ménages augmentent toujours plus vite que les salaires et traitements, même si leur hausse est sensiblement plus modérée en 2013 (+4,3 %, après +9,0 % en 2012).

Le revenu disponible brut ajusté (RDBA)⁴ des ménages reste plus dynamique que le RDB en 2013 (+1,0 %, contre +0,7 %) compte tenu de la dynamique des transferts sociaux en nature (+2,1 % par rapport à 2012), qui agissent comme un levier de redistribution sociale. En raison de la hausse des prix à la consommation, le pouvoir d'achat du RDB se stabilise en 2013.

Les déficits publics continuent de se réduire en 2013

Le besoin de financement des administrations publiques, qui correspond au déficit public au sens de Maastricht, s'élève en 2013 à 86,4 milliards d'euros (*tableau A1.3*). Le rythme de progression des recettes (+3,2 %) est pour la 4^e année consécutive plus élevé que celui des dépenses (+1,8 %).

La réduction du besoin de financement des administrations publiques est principalement portée par la baisse du déficit de l'État (69,8 milliards d'euros, contre 81,6 milliards en 2012). Le déficit des administrations de Sécurité sociale (ASSO) s'améliore également, plus fortement en proportion (-9,1 milliards d'euros, après -12,7 milliards en 2012). En revanche, en 2013, le besoin de financement des administrations publiques locales (APUL) se détériore fortement pour atteindre -8,5 milliards d'euros (*graphique A1.4*).

LA SITUATION ÉCONOMIQUE EN 2014

En 2014, selon des données INSEE encore provisoires, le PIB ne croît que légèrement (+0,2 % en volume). En France métropolitaine, le nombre de demandeurs d'emploi de catégorie A, B, C progresse de 5,3 % en moyenne annuelle. Les dépenses de consommation des ménages augmentent légèrement (+0,6 % en volume). Le pouvoir d'achat des ménages progresse plus significativement (+1,1 %). La réduction du besoin de financement des APU se poursuit en 2014 (84,8 milliards d'euros), bien que le déficit de l'État augmente à nouveau légèrement, pour la première fois depuis 2010.

1 « Les Comptes de la nation en 2014 », *Insee Première*, n° 1549, mai 2015.

2 « Emploi, chômage, population active en 2013 », *Dares Analyses*, n°052, juillet 2014.

3 Revenu disponible brut (RDB) : revenu à la disposition des ménages une fois déduits les prélèvements fiscaux et sociaux.

4 Revenu disponible brut ajusté (RDBA) : revenu disponible brut augmenté des transferts sociaux en nature (soins de santé...).

A1.1 Équilibres emplois-ressources du PIB de la France

Évolutions en volume aux prix de l'année précédente en %, montants en milliards d'euros, contributions en %

	Évolution en volume			2014	
	12/11	13/12	14/13	Valeur	Contribution
Produit intérieur brut (PIB)	0,2	0,7	0,2	2 132	0,2
Importations	0,7	1,7	3,8	651	-1,2
Consommation effective des ménages, dont consommation...	0,2	0,6	0,9	1 517	0,7
... des ménages	-0,3	0,4	0,6	1 139	0,3
... individualisable des administrations	1,7	1,6	1,9	334	0,3
Consommation collective des administrations publiques	1,4	1,9	0,8	182	0,1
Formation brute de capital fixe	0,2	-0,6	-1,2	463	0,3
Variations de stocks	-0,6	0,2	0,2	10	0,2
Exportations	2,5	1,7	2,4	612	0,7

Sources : INSEE-CNA, base 2010.

A1.2 Revenus, consommation et épargne des ménages dans le PIB

Montants en milliards d'euros, évolution en %

	Évolution en valeur				2014
	11/10	12/11	13/12	14/13	Valeur
Ex-cédent brut d'exploitation et revenu mixte	2,0	1,1	0,6	0,3	292
Salaires et traitements bruts	2,3	2,0	1,0	1,6	833
Prestations sociales hors transferts sociaux en nature	2,3	3,8	2,8	2,3	468
Revenus de la propriété nets	2,8	-3,7	2,9	-2,2	110
Transferts courants divers nets	-7,3	--	++	6,0	-3
Impôts courants sur les revenus et le patrimoine	5,4	9,0	4,3	1,4	-211
Cotisations sociales à la charge des ménages	0,6	4,2	4,2	3,0	-148
Revenu disponible brut (RDB)	2,0	0,5	0,7	1,1	1 342
Transferts sociaux en nature	2,1	2,2	2,1	2,1	378
Revenu disponible brut ajusté (RDBA)	2,0	0,9	1,0	1,3	1 720
Consommation effective des ménages	2,2	1,4	1,4	0,9	1 517
Épargne brute	0,7	-2,9	-1,9	4,3	203

Sources : INSEE-CNA, base 2010.

A1.3 Recettes, dépenses et soldes des administrations publiques en 2013

En milliards d'euros

	État	ODAC	APUL	ASSO	Total APU
Total des dépenses	455,8	82,0	252,2	562,3	1 207,1
dont prestations sociales en espèces et en nature	87,0	5,8	23,6	428,5	544,9
Total des recettes	386,0	83,0	243,7	553,2	1 207,7
dont impôts et cotisations sociales	351,4	14,8	125,3	508,8	1 000,3
Capacité (+) / Besoin (-) de financement 2013	-69,8	1,0	-8,5	-9,1	-86,4

ODAC : organismes divers d'administration centrale ; APUL : administrations publiques locales ; ASSO : administrations de Sécurité sociale ; APU : administrations publiques (soit l'ensemble État, ODAC, APUL et ASSO).

Sources : INSEE-CNA, base 2010.

A1.4 Évolution de la décomposition du déficit des administrations publiques

En milliards d'euros



Sources : INSEE-CNA, base 2010.

Les dépenses de protection sociale s'élevèrent en 2013 à 715,5 milliards d'euros, soit 33,8 %¹ du PIB. Les recettes afférentes s'établissent à 707,6 milliards d'euros, soit 33,4 % du PIB. En 2013, la croissance des ressources est supérieure à celle des emplois (+3,0 % contre +2,4 %). Si l'on exclut le compte de capital, c'est le cas pour la troisième année consécutive.

Conséquence de la croissance plus forte des ressources que des emplois, le déficit de la protection sociale se réduit. Il s'élève en 2013 à 7,9 milliards d'euros, contre 11,6 milliards en 2012 et 21,9 milliards en 2010. Ce solde correspond à la somme des soldes des régimes d'assurance sociale (*fiche C2*), du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics (*fiche C5*) et des régimes de la mutualité et de la prévoyance (*fiche C3*) ; les autres régimes (intervention sociale des pouvoirs publics et des ISBLSM, prestations extra-légales d'employeurs) étant conventionnellement construits équilibrés.

Sur longue période, la part des dépenses de protection sociale dans le PIB s'accroît depuis plus de cinquante ans. Cette croissance, forte jusqu'au début des années 1990, s'est nettement ralentie depuis. La part de la protection sociale dans le PIB, qui était de l'ordre de 30 % au milieu des années 2000, a fortement augmenté en 2009 en raison de la crise (32,7 % du PIB). Restée proche de ce niveau en 2010 et 2011, elle croît de nouveau de 0,8 point en 2012 et de 0,3 point en 2013. Ces deux dernières années, les dépenses de protection sociale ont augmenté plus rapidement que le PIB en valeur, dont la croissance ne dépasse pas 1,3 % en 2012 et 1,4 % en 2013².

La progression des dépenses de protection sociale ralentit de 1,5 point en 2013

Le ralentissement de la croissance des dépenses de protection sociale est en particulier imputable à la baisse des emplois hors prestations (-5,5 %), qui s'explique notamment par la diminution des intérêts acquittés par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et les autres caisses mais aussi par la baisse de l'investissement hospitalier (*fiche C5*) et par de moindres provisions des mutuelles et institutions de prévoyance.

Elle est également due à une moindre croissance de 0,3 point des dépenses de prestations sociales en raison

de la faiblesse de l'inflation, base d'indexation de nombreuses prestations. Or, il s'agit là du principal déterminant structurel de la dépense, les prestations représentant 94 % des emplois hors transferts. La croissance des prestations reste cependant relativement constante depuis 2009, oscillant entre +3,0 % et +3,3 %. Ces rythmes de croissance sont sensiblement inférieurs à ceux observés les années précédentes (en moyenne annuelle, +4,6 % sur la période 2000-2008, après +4,1 % sur la période 1990-2000 et +9,0 % sur la période 1981-1990).

Cette année encore, la masse des prestations sociales en espèces (427,5 milliards d'euros en 2013, soit +3,1 %) augmente plus vite que celle des prestations en nature (244,5 milliards d'euros, +2,7 %).

La croissance des ressources de la protection sociale ralentit aussi, mais de manière moindre

Les ressources de la protection sociale progressent de 3,0 % en 2013. Cette croissance est plus faible que celle constatée en 2011 (+4,4 %) et 2012 (+3,7 %). Les taux de croissance constatés en 2011 et 2012 ont fait suite à deux années moroses (+0,6 % en 2009 et +2,1 % en 2010) au cours desquelles les prélèvements obligatoires finançant la protection sociale (cotisations effectives versées aux administrations publiques et impôts et taxes affectés, *fiche A3*) s'étaient fortement infléchis. Leur ralentissement en 2009 a toutefois été moins marqué que celui de l'ensemble des prélèvements obligatoires en France (-4,9 %).

En 2013, les cotisations effectives, qui constituent près de 55 % des ressources, restent sur un rythme dynamique (+3,0 %) et croissent plus rapidement que l'assiette des salaires (+1,0 %, *fiche A1*). Cela s'explique notamment par l'effet en année pleine de mesures intervenues courant 2012 : modification du dispositif de réduction de cotisations appliquées aux heures supplémentaires et relèvement des taux de cotisation retraite (*fiche B2*).

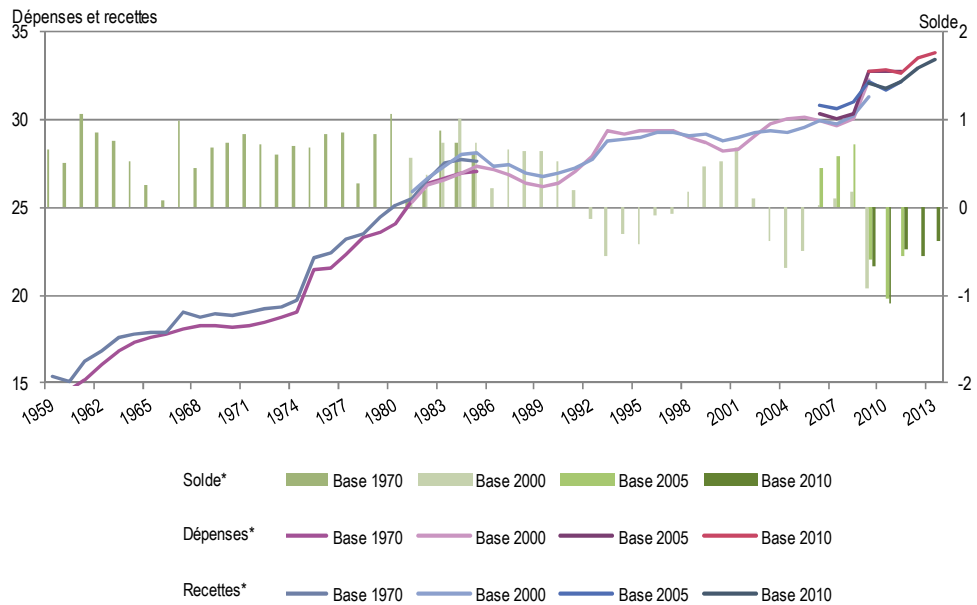
Les impôts et taxes affectés reviennent à une dynamique moins soutenue (+3,2 % après +5,9 % en 2012 et +8,5 % en 2011 – *fiche B5*).

1 La part des dépenses de protection sociale dans le PIB a été réévaluée à la hausse de 0,3 point en 2012, soit 3,6 milliards d'euros par rapport à la publication de l'an dernier (*fiche B2*, 695,0 milliards d'euros, 33,2 % PIB), en raison de l'intégration des composantes du compte de capital et de la modification du traitement des récupérations sur succession (*annexe 3*).

2 Données INSEE, compte semi-définitif 2014.

A2.1 Dépenses et recettes de la protection sociale sur longue période (1959 à 2013), hors transferts

En % du PIB



* Les données redondantes des bases successives sont présentées. Seule la base 2010 inclut les emplois et ressources en capital.
Lecture : en 2013, les dépenses (hors transferts internes) de la protection sociale représentent 33,8 % du PIB ; le déficit des CPS est de 0,4 % du PIB.
Sources : DREES-CPS, bases 1970 (1959-1985), 2000 (1981-2006), 2005 (2006-2009) et 2010 (2009-2013) pour les dépenses et recettes de protection sociale ; INSEE-CNA, base 2010 sur toute la période pour le PIB.

A2.2 Les Comptes de la protection sociale, tous régimes

Évolution en moyenne annuelle et en %, montants en millions d'euros

	1990 / 1981	2000 / 1990	2008 / 2000	2009 / 2008	2010 / 2009	2011 / 2010	2012 / 2011	2013 / 2012	2013
Emplois (hors transferts *)	8,9	4,1	4,6	4,8	3,5	2,5	3,9	2,4	715 518
Prestations sociales	9,0	4,1	4,6	4,8	3,3	3,0	3,3	3,0	672 000
en espèces		3,9	4,3	5,5	3,4	3,0	3,8	3,1	427 508
en nature		4,6	5,1	3,7	3,2	2,9	2,6	2,7	244 492
Autres (charges financières... y compris compte de capital**)	7,9	4,3	4,3	4,7	6,1	-4,9	12,1	-5,5	43 518
Ressources (hors transferts *)	8,9	4,1	4,4	0,6	2,1	4,4	3,7	3,0	707 583
Cotisations effectives	9,5	2,0	4,2	0,8	2,1	3,5	3,1	3,0	385 550
Cotisations d'employeurs	8,5	2,8	3,9	0,3	2,0	4,6	2,3	2,3	240 645
Cotisations de salariés	11,5	0,8	4,5	0,8	1,4	3,5	3,2	5,1	88 300
Cotisations de travailleurs indépendants	9,7	1,3	5,8	2,5	3,0	-0,7	7,1	4,5	24 707
Autres cotisations effectives	11,1	-7,0	8,2	27,6	3,9	-1,1	5,9	1,7	31 898
Cotisations imputées	7,0	3,8	2,5	3,4	2,9	3,6	3,6	2,0	54 504
Impôts et taxes affectés	13,9	23,7	6,2	0,0	1,5	8,5	5,9	3,2	178 001
Contributions publiques	7,2	2,8	2,4	3,6	2,5	3,3	2,9	2,5	68 836
Autres (produits financiers... y compris compte de capital**)	5,8	0,8	8,3	-23,9	3,9	-5,0	-0,1	5,5	20 692
Solde									-7 935

* Les transferts sont les flux internes entre les différents régimes de protection sociale (annexe 4).

** Emplois et ressources du compte de capital disponibles en base 2010 uniquement.

Sources : DREES-CPS, bases 2000 (1981-2008), 2005 (2008-2009) et 2010 (2009-2013).

Principale ressource de la protection sociale, qu'ils financent par plusieurs canaux, les prélèvements obligatoires et leur évolution sont très suivis en France comme à l'étranger. Aussi cette fiche vise-t-elle à expliciter cette notion et à quantifier leur importance.

Schématiquement, les prélèvements obligatoires peuvent financer la protection sociale de deux manières

Les prélèvements obligatoires (PO) directement affectés à la protection sociale regroupent les cotisations sociales effectives versées aux administrations publiques (APU) et les impôts et taxes affectées (ITAF). Représentant 534,9 milliards d'euros en 2013, ils constituent les trois quarts des ressources de la protection sociale.

Les Comptes de la protection sociale retracent d'autres ressources en provenance des administrations publiques : contributions publiques, cotisations imputées du régime des agents de l'État et des prestations extra-légales financées par les administrations publiques. Ces ressources s'élèvent à 112,5 milliards en 2013. Par convention, 9/10 de ces ressources sont des prélèvements obligatoires¹. Ainsi, **les autres prélèvements obligatoires finançant la protection sociale** représentent 101,3 milliards d'euros en 2013.

Au global, 90 % des ressources de la protection sociale sont constituées de prélèvements obligatoires directement affectés ou non. Le reste des ressources correspond :

- pour 11,2 milliards d'euros, aux ressources en provenance des administrations publiques non constituées de prélèvements obligatoires ;
- pour 28,7 milliards d'euros en 2013, aux cotisations perçues par les régimes de la mutualité et de la prévoyance ;
- pour 31,5 milliards d'euros, à des ressources diverses : cotisations imputées aux régimes extra-légaux d'employeurs, produits financiers, etc.

Les prélèvements obligatoires finançant la protection sociale augmentent de 0,4 point de PIB

En 2013, les ressources de la protection sociale augmentent plus fortement que le PIB (*fiche A2*). Les prélèvements obligatoires directement affectés à la protection sociale augmentent de 0,4 point de PIB en 2013 (après +0,6 point en 2012).

Les autres prélèvements obligatoires finançant la protection sociale sont stables par rapport à 2012.

Croissant depuis le début des années 1990, l'ensemble des prélèvements obligatoires finançant la protection sociale atteint 30,2 % du PIB français en 2013.

L'ensemble des prélèvements obligatoires en France augmentent de près d'un point en 2013

En plus des mesures sur les cotisations et impôts et taxes affectées à la protection sociale (*fiches B2 et B5*), d'autres mesures concernant les prélèvements obligatoires ont été prises en 2013 (limitation de la déductibilité des charges financières, etc.).

Au total, l'ensemble des prélèvements obligatoires augmente de 0,9 point en 2013, l'effet des mesures nouvelles faisant plus que compenser leur évolution spontanée². Cette évolution spontanée de leur part dans le PIB est négative en raison du ralentissement de la masse salariale privée et de la faiblesse des résultats des entreprises².

L'ensemble des prélèvements obligatoires des administrations publiques françaises s'établissent ainsi à 44,7 % du PIB en 2013, soit leur niveau le plus haut² jamais atteint. En 2012, au classement des pays de l'Union européenne selon leur taux de prélèvements obligatoires (y compris cotisations imputées) en faveur des administrations publiques et des institutions européennes, la France était en troisième position, derrière le Danemark et la Belgique.

1 En effet, 9/10 des recettes des administrations publiques sont constituées de prélèvements obligatoires.

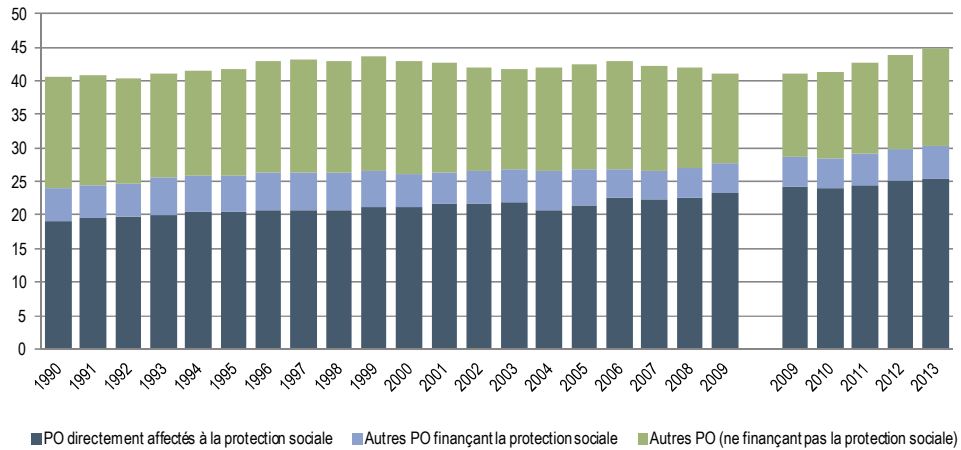
2 Cf. INSEE, *Tableaux de l'économie française – édition 2015*, fiche « prélèvements obligatoires ».

Pour en savoir plus

France portait social, vue d'ensemble, « Redistribution : en 2013, les nouvelles mesures accroissent la fiscalité des ménages et réduisent légèrement les inégalités ».

A3.1 Prélèvements obligatoires et financement de la protection sociale

En % du PIB



PO : prélèvements obligatoires.

Sources : INSEE-CNA, base 2010, DREES-CPS, base 2000 (1990-2009) et base 2010 (2009-2013).

A3.2 Ressources de la protection sociale par origine en 2013

	En millions d'euros		
	Ensemble	PO	hors PO
Prélèvements obligatoires directement affectés à la protection sociale	534 896	534 896	
Cotisations effectives versées aux administrations publiques	356 895	356 895	
Impôts et taxes affectés	178 001	178 001	
Ressources de la protection sociale en partie constituées de prélèvements obligatoires	112 536	101 309	11 227
Cotisations imputées du régime direct des agents de l'État et des régimes de prestations extra-légales d'employeurs publics	43 700	39 340	4 360
Contributions publiques	68 836	61 969	6 867
Autres ressources de la protection sociale	60 151		60 151
Cotisations effectives non versées aux administrations publiques (régimes de la mutualité et de la prévoyance notamment)	28 655		28 655
Autres cotisations imputées (régimes des prestations extra-légales d'employeurs privés notamment)	10 805		10 805
Autres ressources (produits financiers... y compris compte de capital)	20 692		20 692
Ensemble des ressources (hors transferts internes)	707 583	636 205	71 378

Note : les 9/10 des recettes des administrations publiques (hors éléments imputés) étant constituées de prélèvements obligatoires, on considère que 9/10 des ressources de la protection sociale en partie constituées de prélèvements obligatoires (PO) sont des PO finançant la protection sociale.

Sources : INSEE-CNA, base 2010, DREES-CPS, base 2010.

Le découpage en secteurs institutionnels¹ de la comptabilité nationale se distingue de celui des Comptes de la protection sociale qui est opéré par régime (*fiche C1*). Si l'approche par régime est plus adaptée à l'analyse des agrégats des Comptes de la protection sociale, le découpage par secteur institutionnel permet d'assurer la cohérence avec le cadre central de la comptabilité nationale².

Les administrations publiques représentent plus de 90 % des prestations versées

Le secteur des administrations publiques (APU) regroupe l'État, les organismes divers d'administration centrale (ODAC), les administrations publiques locales (APUL) et les administrations de Sécurité sociale (ASSO). Ce secteur couvre l'intégralité du régime d'intervention sociale des pouvoirs publics, les régimes d'assurance sociale (hormis les régimes directs des employeurs privés qui sont rattachés aux secteurs des sociétés financières et non financières), le régime d'intervention sociale des hôpitaux publics (classé en comptabilité nationale au sein des ASSO) et les régimes extra-légaux lorsque l'employeur est une administration publique. En 2013, les administrations publiques versent 609,4 milliards d'euros de prestations de protection sociale (*tableau A4.3*).

Les administrations de Sécurité sociale englobent l'ensemble des régimes d'assurance sociale, à l'exception des régimes directs d'employeurs (État ou entreprises), le régime d'intervention sociale des hôpitaux publics, et les régimes de prestations extra-légaux versées aux agents des organismes de Sécurité sociale. En 2013, les ASSO versent 492,3 milliards d'euros de prestations. Elles participent à la prise en charge de l'ensemble des risques sociaux, hormis le risque pauvreté-exclusion sociale (mises à part quelques dépenses mineures d'action sociale). Les prestations qu'elles versent obéissent majoritairement à une logique professionnelle (accidents du travail, retraites, chômage) mais également, pour certaines, à une logique universelle, comme les prestations familiales ou de santé.

L'État et les organismes divers d'administration centrale versent 86,3 milliards d'euros de prestations de protection sociale. Ces acteurs interviennent à double titre dans la couverture des risques.

- En tant qu'employeur, l'État verse à ses agents certaines prestations sociales, qu'il s'agisse de prestations légales (pensions civiles et militaires) ou extra-légaux.
- En tant que puissance publique garante de la solidarité nationale, l'État et les ODAC versent des prestations au titre de l'intervention sociale, sans condition de contribution ou d'affiliation à des régimes sociaux.

Les administrations publiques locales versent 30,8 milliards d'euros de prestations de protection sociale. À l'instar de l'action de l'État, celle des départements, des régions et des communes correspond majoritairement à des besoins de solidarité. Les APUL financent aussi les ISBLSM, qui versent également des prestations de solidarité.

Les autres secteurs institutionnels assurent près de 10 % des versements de protection sociale

Le champ de la protection sociale dépend également, à hauteur de 40,2 milliards d'euros, des secteurs des sociétés financières (SF) et non financières (SNF). Il s'agit, d'une part, des prestations versées par les mutuelles et les institutions de prévoyance (*fiche C3*) et, d'autre part, des prestations versées par les entreprises. L'intervention de ces dernières prend deux formes distinctes.

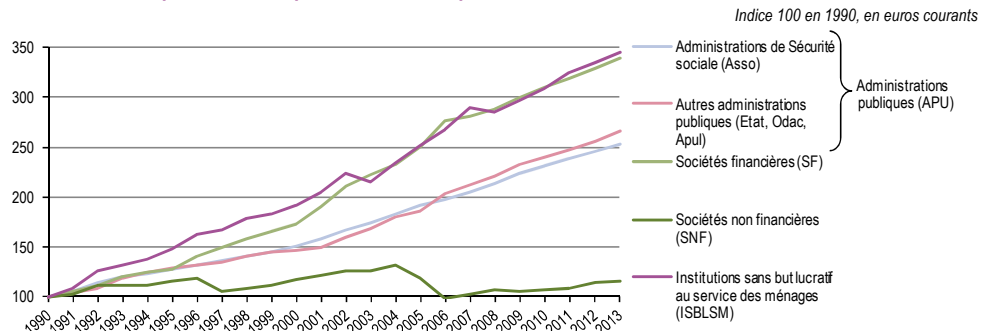
- Certaines grandes entreprises (la RATP par exemple) interviennent en lieu et place du régime général, pour le risque vieillesse principalement, dans le cas de régimes directs d'employeurs.
- Certaines entreprises versent des prestations en complément des prestations légales, pour les risques maladie et famille notamment, ou encore des indemnités de licenciement.

Enfin, le secteur des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) verse 22,4 milliards d'euros de prestations de protection sociale (*fiche C4*).

¹ Les secteurs institutionnels constituent les agents économiques de base du cadre central de la comptabilité nationale. On distingue cinq secteurs institutionnels résidents : sociétés non financières (SNF), sociétés financières (SF), administrations publiques (APU), ménages et institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM).

² Les données issues du cadre central de la comptabilité nationale diffèrent légèrement de celles issues des Comptes de la protection sociale. En effet, le périmètre de consolidation des transferts, le traitement des sociétés non financières et des crédits d'impôts (*fiche A6*) ne sont pas identiques d'un concept à l'autre.

A4.1 Évolution des prestations de protection sociale par secteur institutionnel



Sources : DREES-CPS, bases 2000, 2005 et 2010.

A4.2 Passage des secteurs institutionnels aux régimes de protection sociale



* Hors dépenses hospitalières (fiche C5).

Note : la légende est identique à celle du graphique précédent.

A4.3 Prestations des secteurs institutionnels de protection sociale en 2013

En milliards d'euros

	Santé	Vieillesse - survie	Maternité - famille	Emploi	Logement	Pauvreté - exclusion	Total CPS
Administrations publiques (APU)	188,8	300,2	51,0	37,6	17,7	14,2	609,4
Administrations de Sécurité sociale (ASSO)	174,1	239,7	40,8	33,0	4,6	0,1	492,3
État	10,3	52,2	1,6	0,9	13,0	2,6	80,7
Organismes divers d'administration centrale (ODAC)	2,7	0,0	0,3	2,6	0,0	0,0	5,6
Administrations publiques locales (APUL)	1,6	8,3	8,3	1,1	0,0	11,5	30,8
Sociétés non financières (SNF)	4,9	3,3	0,8	2,9	0,0	0,0	11,9
Sociétés financières (SF)	23,8	4,0	0,1	0,3	0,0	0,0	28,3
ISBLSM	15,3	0,0	4,4	0,1	0,0	2,7	22,4
Ensemble des secteurs institutionnels	232,8	307,5	56,3	40,9	17,7	16,8	672,0

Sources : DREES-CPS, base 2010.

L'approche des Comptes de la protection sociale (CPS) est complémentaire de celle de la commission des Comptes de la Sécurité sociale. Les Comptes de la protection sociale retracent non seulement l'intervention des régimes de Sécurité sociale, mais aussi celle d'autres régimes, publics ou privés, qui concourent à la protection sociale (Unédic, État, collectivités locales, mutuelles, institutions de prévoyance... – *graphique A5.1*). Compte satellite des Comptes nationaux, les Comptes de la protection sociale en adoptent la méthodologie et les concepts. Ils sont en outre articulés avec le système SESPROS, qui permet des comparaisons européennes, notamment par risque (*fiches F*).

Une couverture de la protection sociale au sens large

Les Comptes de la protection sociale (CPS) regroupent l'ensemble des régimes couverts par les Comptes de la Sécurité sociale (régimes de base¹, régimes spéciaux, fonds, régimes complémentaires). Ceux-ci couvrent plus des trois quarts des dépenses de prestations de protection sociale. Les Comptes de la protection sociale retracent en plus les dépenses des autres acteurs de la protection sociale : régimes d'assurance chômage, régimes extra-légaux d'employeurs, régimes de la mutualité et de la prévoyance, régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, les ISBLSM² ainsi que certains régimes spéciaux ou complémentaires (charbonnage, fonds routiers, etc.). Au total, ces régimes représentent 160,9 milliards d'euros de prestations en 2013 sur les 672,0 comptabilisés dans les CPS. Les actions de ces régimes sont détaillées dans les fiches C1 à C5.

Une méthodologie de comptes différente

Entre les concepts comptables adoptés par les Comptes de la Sécurité sociale et les concepts statistiques des Comptes nationaux révisant les Comptes de la protection sociale, trois ensembles de différences peuvent être distingués :

- **le traitement des intermédiaires** : dans les Comptes de la Sécurité sociale, toute dépense d'une caisse à destination des ménages est considérée comme une prestation, qu'elle passe par un opérateur intermédiaire ou qu'elle soit versée directement.

Ce n'est pas le cas dans les Comptes nationaux, dans lesquels, pour certaines prestations, c'est le flux financier vers l'opérateur qui verse la prestation qui est retracé. Par exemple, les

dépenses liées aux établissements médico-sociaux pour personnes handicapées sont considérées dans les Comptes de la Sécurité sociale comme des prestations (puisqu'elles servent *in fine* à fournir des prestations aux ménages). Dans les Comptes nationaux, cette opération est considérée comme un transfert aux établissements, inclus dans les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLM), qui versent aux ménages les prestations correspondantes. Dans cette optique, l'intermédiaire n'est pas omis. Il en va de même pour le régime d'intervention sociale des hôpitaux publics, qui reçoit les transferts de l'Assurance maladie et de l'État et verse des prestations de soins (*fiche C5*) ;

- **le classement des opérations** : certaines opérations sont qualifiées de prestations dans les Comptes de la Sécurité sociale et de consommations intermédiaires ou de subventions d'investissement dans les Comptes de la protection sociale et inversement. Le montant global de ces opérations est toutefois mineur ;
- **le chiffrage de certaines opérations** : des correctifs globaux sont opérés en comptabilité nationale concernant notamment le traitement des dotations et reprises sur provisions. En outre, les prestations hospitalières, sont, en comptabilité nationale, évaluées au coût de leurs facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur le revenu, etc.) et non comptabilisées pour le montant des versements effectués par l'Assurance maladie et par l'État (*fiche C5*).

En 2013, ces différences se traduisent par un écart de 12,3 milliards d'euros sur le montant total des prestations sociales versées par les régimes de base dans les Comptes de la Sécurité sociale d'une part et les régimes de base et d'intervention des hôpitaux dans les Comptes de la protection sociale d'autre part.

Au-delà de ces différences de champ et de méthodologie, les Comptes de la Sécurité sociale et de la protection sociale ont un objectif commun : celui de retracer chaque année l'ensemble des dépenses et des recettes des différents régimes les composant³. Le premier présente un solde comptable ; le second adopte les méthodes des Comptes nationaux et aboutit à un solde articulé au déficit maastrichtien (*fiche C2*).

1 Y compris versements aux hôpitaux publics et aux structures sociales pour personnes handicapées, non pris en compte en prestation dans ces régimes au sein des Comptes de la protection sociale mais comptabilisés en transferts.

2 Y compris prestations médico-sociales versées aux personnes handicapées, comprises dans les régimes de base au sein des Comptes de la Sécurité sociale.

3 L'ajout du compte de capital aux Comptes de la protection sociale (*annexe 3*) permet désormais de retracer l'intégralité des comptes de l'ensemble des acteurs de la protection sociale.

A5.1 Différences de champ entre les Comptes de la Sécurité sociale et les Comptes de la protection sociale

Montants 2013 en milliards d'euros

Comptes de la Sécurité Sociale		Comptes de la protection sociale	
440,3	Régimes de base*	Régimes d'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) dont dépenses médico-sociales pour personnes handicapées*	22,4
		Régimes de base	365,6
		Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics* dont financement de l'État**	62,4
		Fonds ***	1,2
1,7			
80,3	Régimes complémentaires y compris de non-salariés		81,8
		Régimes spéciaux couverts uniquement par les CPS : CI BTP, charbonnages, fonds routiers	0,9
		Régimes complémentaires couverts uniquement par les CPS : CRNPAC, RETREP-REGREP	0,8
		Régimes d'assurance chômage	32,5
		Régimes de la mutualité et de la prévoyance	27,4
		Régimes des prestations extra-légales d'employeurs	13,8
		Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	63,1

* Dans les Comptes de la protection sociale (CPS), les prestations des régimes de base pour l'hôpital public et pour les structures pour personnes handicapées sont retracées en transferts aux hôpitaux et aux structures médico-sociales pour personnes handicapées. Le régime d'intervention sociale des hôpitaux publics ou encore le régime des ISBLSM versent les prestations correspondantes (fiches C4 et C5).

** Les transferts de l'État aux hôpitaux publics (au titre de l'aide médicale – AME – et des soins urgents) sont comptabilisés en prestations au sein du régime d'intervention des hôpitaux et non dans le compte de l'État.

*** Les fonds sont retracés dans le PLFSS.

Sources : DREES-CPS, Comptes de la Sécurité sociale 2014 et PLFSS pour 2015.

Les dépenses fiscales, définies comme « des dispositions législatives ou réglementaires dont la mise en œuvre entraîne pour l'État une perte de recettes et donc, pour les contribuables, un allègement de leur charge fiscale par rapport à ce qui serait résulté de l'application de la norme, c'est-à-dire des principes généraux du droit fiscal français »¹, n'entrent pas dans le champ des Comptes de la protection sociale.

Ces dépenses sont en revanche retracées dans les travaux dont l'objectif est d'approcher l'effort global consenti par les pouvoirs publics dans le cadre de certaines politiques sociales, au-delà de ce qui ressort des comptes au sens strict (cf. Renoux A. et Roussel R., 2014, « Le compte de la dépendance en 2011 », *La protection sociale en France et en Europe en 2012 – édition 2014* ou en éclairage « Au titre de la politique familiale, la Nation a consacré 4 % du PIB aux enfants en 2013 »).

Dans la nouvelle base de Comptes nationaux, qui suit le système européen de comptes 2010, les crédits d'impôt à payer sont désormais comptabilisés en dépense publique et non plus en moindre prélèvement.

Ces « nouvelles » dépenses publiques sont comptabilisées en prestations si elles correspondent à un transfert effectif attribué personnellement à des ménages dans le champ des risques sociaux.

En revanche, les crédits d'impôt sont toujours exclus du champ du Système européen de statistiques intégrées de la Protection sociale (SESPROS – annexe 5). Les données que la France fournit à Eurostat sont issues des Comptes de la protection sociale. Pour conserver la cohérence entre les deux exercices et permettre plus aisément les comparaisons européennes, les crédits d'impôt restent donc exclus des prestations retracées dans les Comptes de la protection sociale.

Les dépenses fiscales, qu'elles portent ou non sur le champ des risques sociaux, sont évaluées chaque année dans le Rapport d'évaluation des voies et moyens annexé au projet de loi de finances publiques. Selon ce rapport, l'ensemble des dépenses fiscales, tous impôts confondus, représente près de 82 milliards d'euros en 2015. La moitié de ce montant se concentre sur quatorze mesures.

Plusieurs de ces 14 principales dépenses fiscales couvrent, au moins partiellement, le champ des risques sociaux. Il s'agit :

- du crédit d'impôt en faveur de la compétitivité et de l'emploi (CICE) ;
- de l'abattement de 10 % sur le montant des pensions et des retraites ;
- du taux de 2,1 % applicable aux médicaments remboursables ou soumis à une autorisation temporaire d'utilisation et aux produits sanguins ;
- de l'exonération d'impôt sur le revenu des prestations familiales, de l'allocation aux adultes handicapés ou des pensions d'orphelin, de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée, de l'allocation de garde d'enfant à domicile et de la prestation d'accueil du jeune enfant ;
- de la prime pour l'emploi en faveur des contribuables modestes déclarant des revenus d'activité (PPE) (qui sera supprimée au 1^{er} janvier 2016) ;
- du crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile pour les contribuables exerçant une activité professionnelle ou demandeurs d'emploi depuis au moins trois mois ;
- de la réduction d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile pour les contribuables n'exerçant pas d'activité professionnelle ou demandeurs d'emploi depuis moins de trois mois.

Dans la liste mentionnée ci-dessus, seule la prime pour l'emploi répond aux conditions (*encadré*) permettant de la comptabiliser en prestation de protection sociale dans le système européen de comptes 2010.

C'est également le cas pour le crédit d'impôt pour frais de garde des enfants de moins de six ans. Ce dernier, qui représente plus de 1,1 milliard en 2015, fait partie des mesures moins coûteuses non évoquées ici.

Le crédit d'impôt pour l'emploi salarié à domicile, comptabilisé en dépense publique et non plus en moindre prélèvement dans les Comptes nationaux 2010, n'est en revanche pas enregistré en prestation, en raison notamment de sa restriction aux personnes en emploi, ce qui exclut, de fait, l'utilisation de ce crédit dans des services aux personnes âgées.

¹ Annexe au projet de loi de finances 2015, *Évaluation des voies et moyens, Tome II – dépenses fiscales*.

A6.1 Dépenses fiscales les plus coûteuses

Ordre	Mesure	Risques concernés	En millions d'euros
			Chiffrage pour 2015
1	Crédit d'impôt en faveur de la compétitivité et de l'emploi	emploi	10 000
2	Crédit d'impôt en faveur de la recherche		5 340
3	Abattement de 10 % sur le montant des pensions (y compris les pensions alimentaires) et des retraites	vieillesse-survie, santé	4 220
4	Taux de 7 % (10 % à compter du 1er janvier 2014) pour les travaux d'amélioration, de transformation, d'aménagement et d'entretien autres que ceux mentionnés à l'article 278-0 ter du CGI, portant sur des logements achevés depuis plus de deux ans		2 940
5	Taux de 7 % (10 % à compter du 1er janvier 2014) applicable aux ventes à consommer sur place, à l'exception des ventes de boissons alcooliques		2 490
6	Taux de 2,10 % applicable aux médicaments remboursables ou soumis à autorisation temporaire d'utilisation et aux produits sanguins	santé	2 455
7	Exonération des prestations familiales, de l'allocation aux adultes handicapés ou des pensions d'orphelin, de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée, de l'allocation de garde d'enfant à domicile, et, depuis le 1er janvier 2004, de la prestation d'accueil du jeune enfant	famille-maternité, santé, vieillesse-survie	2 100
8	Prime pour l'emploi en faveur des contribuables modestes déclarant des revenus d'activité	emploi, pauvreté	2 100
9	Crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile pour les contribuables exerçant une activité professionnelle ou demandeurs d'emploi depuis au moins trois mois	famille-maternité, santé, vieillesse-survie	1 980
10	Exonération ou imposition réduite des produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation et d'assurance vie		1 865
11	Taux réduit de taxe intérieure de consommation sur le gazole sous condition d'emploi, repris à l'indice 20 du tableau B l'article 265 du code des douanes		1 790
12	Taux de 5,5 % pour les travaux d'amélioration de la qualité énergétique des locaux à usage d'habitation achevés depuis plus de deux ans ainsi que sur les travaux induits qui leur sont indissociablement liés		1 770
13	Réduction d'impôt au titre de l'emploi, par les particuliers, d'un salarié à domicile pour les contribuables n'exerçant pas une activité professionnelle ou demandeurs d'emploi depuis moins de trois mois	famille-maternité, santé, vieillesse-survie	1 670
14	Réduction d'impôt au titre des dons		1 435
	Ensemble de ces quatorze mesures		42 155
	Ensemble des dépenses fiscales		81 934

Sources : Annexe au projet de loi de finances 2015, Évaluation des voies et moyens, Tome II – dépenses fiscales.

EXTRAIT DU SYSTÈME EUROPÉEN DE COMPTE – SEC 2010 – PARAGRAPHE 4.81

« Les avantages sociaux et les subventions étant de plus en plus accordés dans le cadre du régime fiscal sous forme de crédits d'impôt, il est indispensable de lier les systèmes de paiements aux systèmes de perception de l'impôt. Les crédits d'impôt sont des allègements fiscaux qui ont pour effet de réduire la créance fiscale du bénéficiaire.

Si le système de crédits d'impôt veut que le bénéficiaire perçoive l'excédent lorsque l'allègement excède la créance, il s'agit d'un système de crédits d'impôt "à payer". Dans un système de crédits d'impôt à payer, les montants à payer peuvent être versés aussi bien aux non-assujettis qu'aux contribuables. Dans un tel système, le montant total des crédits d'impôt est comptabilisé en dépenses des administrations publiques et non en tant que réduction de l'impôt sur le revenu.

À l'inverse, certains systèmes de crédits d'impôt sont des systèmes de crédits d'impôt non exigibles, dans lesquels les crédits d'impôt sont limités au montant de la créance fiscale. [Ils sont appelés aussi réductions d'impôts.] Dans un système de crédits d'impôt non exigibles, tous les crédits d'impôt sont incorporés dans le système fiscal et réduisent les recettes fiscales des administrations publiques. »

B. Les ressources de la protection sociale en France

Les ressources finançant la protection sociale s'élèvent en 2013 à 707,6 milliards d'euros hors transferts (*graphique B1.1*). En excluant également les recettes du compte de capital, les ressources représentent 711,0 milliards d'euros (*encadré*).

Des ressources constituées aux trois quarts de cotisations sociales et de CSG

Les **cotisations sociales** (*fiche B2*), qui s'élèvent à 440,1 milliards d'euros en 2013, représentent à elles seules 61,9 % des ressources totales. Elles comprennent les cotisations effectives (87,6 % du total) et les cotisations imputées (12,4 %). Ces dernières correspondent à l'équivalent monétaire des prestations versées directement aux salariés par leurs employeurs.

Les **impôts et taxes affectés** (ITAF – *fiche B5*) s'élèvent à 178,0 milliards d'euros en 2013, soit 25,0 % du total des ressources. Il s'agit de prélèvements obligatoires explicitement affectés au financement de la protection sociale. La contribution sociale généralisée (CSG) représente à elle seule 51 % des ITAF, soit 91,5 milliards d'euros. Les autres ITAF correspondent pour l'essentiel à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et à la compensation des exonérations de cotisations patronales décidée par l'État.

Les **contributions publiques** (*fiche B6*) s'élèvent à 68,8 milliards d'euros en 2013, soit 9,7 % du total des ressources. Elles correspondent aux dotations directes en provenance des budgets de l'État et des collectivités locales au financement des prestations de protection sociale. Les contributions publiques diffèrent des impôts et taxes affectés. En effet, pour les premières, la ressource est une dotation décidée par l'administration publique qui est financée sur son budget global alors que pour les ITAF une ressource prédéfinie est allouée dans son ensemble à la protection sociale.

Les autres ressources, qui s'élèvent à 24,1 milliards d'euros en 2013 (3,4 % du total des ressources), regroupent les produits financiers, les ventes de biens et services, les indemnités d'assurance, les dons aux institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLM), etc.

Le ralentissement de la dynamique des ressources de la protection sociale s'accroît en 2013

Poursuivant la tendance des années précédentes, les ressources de la protection sociale augmentent en 2013 à un rythme moins soutenu qu'en 2012 (+2,9 %, contre +3,9 % l'année précédente – hors transferts et recettes du compte de capital).

L'ensemble des ressources participent au ralentissement constaté, même si pour plusieurs d'entre elles les mesures législatives votées leur permettent de progresser au global plus rapidement que leurs assiettes

sous-jacentes. C'est le cas notamment des ITAF, dont le rythme de progression s'élève à +3,2 % en 2013 (après +5,9 % en 2012). Il en va de même pour les cotisations sociales, effectives et imputées, qui augmentent en 2013 de 2,9 % (après +3,1 % en 2012). Ce rythme de progression plus rapide que l'assiette des salaires s'explique notamment par l'impact en année pleine du relèvement des taux de cotisations retraite intervenu en novembre 2012 et de la réforme de septembre 2012 des règles d'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires. Enfin, les contributions publiques sont en hausse de 2,5 % en 2013 (après +2,9 % en 2012) et les autres recettes de 3,2 %.

Sur longue période, les impôts et taxes affectés prennent une place croissante dans les ressources

La part des impôts et taxes affectés s'est fortement accrue parmi les ressources (hors transferts et recettes du compte de capital) de la protection sociale (*graphique B1.2*), passant de 3,5 % en 1990¹ à 25,0 % en 2013, au détriment de la part des cotisations sociales (de 80,1 % en 1990¹ à 61,9 % en 2013). Cela tient en grande partie au basculement d'une partie des cotisations sur la CSG, à partir de 1991, mais aussi à l'affectation croissante de recettes fiscales en contrepartie du développement des exonérations de cotisations employeurs. Depuis 2000, des recettes fiscales sont affectées à la Sécurité sociale, et ce de manière directe à compter de 2006.

La part des contributions publiques a aussi diminué, passant de 12,9 % des ressources hors transferts en 1990¹ à 9,7 % en 2013.

Des ressources différenciées selon les régimes

Les ressources finançant la protection sociale diffèrent selon les régimes (*graphique B1.3*).

Ainsi les régimes complémentaires d'assurance sociale et d'indemnisation du chômage sont financés très majoritairement par des cotisations sociales. C'est également le cas pour les régimes de la mutualité et de la prévoyance et, par construction, pour les régimes de prestations extra-légales d'employeurs.

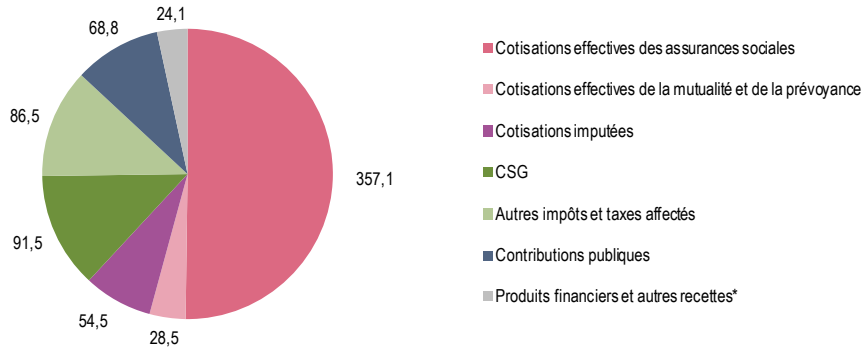
En complément des cotisations, le régime général et les autres régimes d'assurance sociale reçoivent également une part substantielle d'impôts et taxes affectés. À l'opposé, les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics sont financés principalement par des contributions publiques. Enfin, les ressources des régimes des ISBLM et des hôpitaux publics correspondent intégralement à des transferts.

Cette fiche retrace les ressources du financement courant de la protection sociale. Elle exclut les transferts internes et les recettes du compte de capital, négatives (annexes 3 et 4).

¹ Ces chiffres sont exprimés en base 2000 des Comptes de la protection sociale.

B1.1 Structure des ressources en 2013 (hors transferts inter-régimes et recettes du compte de capital)

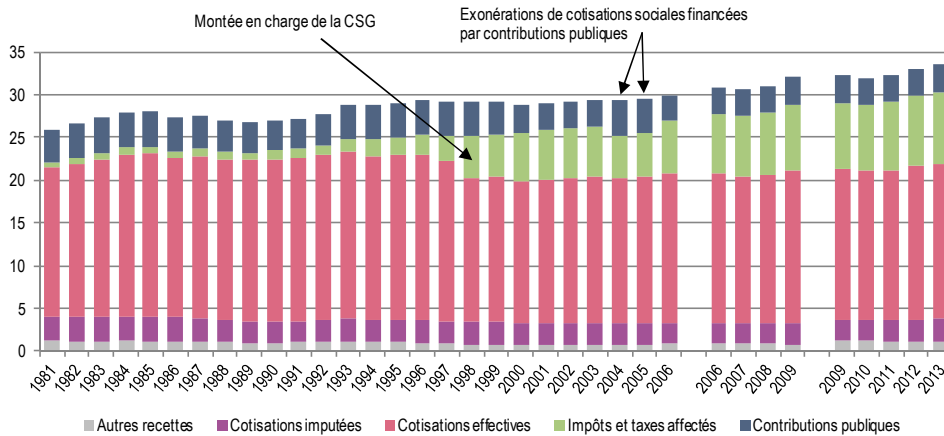
En milliards d'euros



* Inclut notamment les recours contre tiers, revenus de la propriété, ventes de biens et services et les indemnités d'assurance.
Sources : DREES-CPS, base 2010.

B1.2 Diversification des ressources de la protection sociale (hors transferts et recettes du compte de capital)

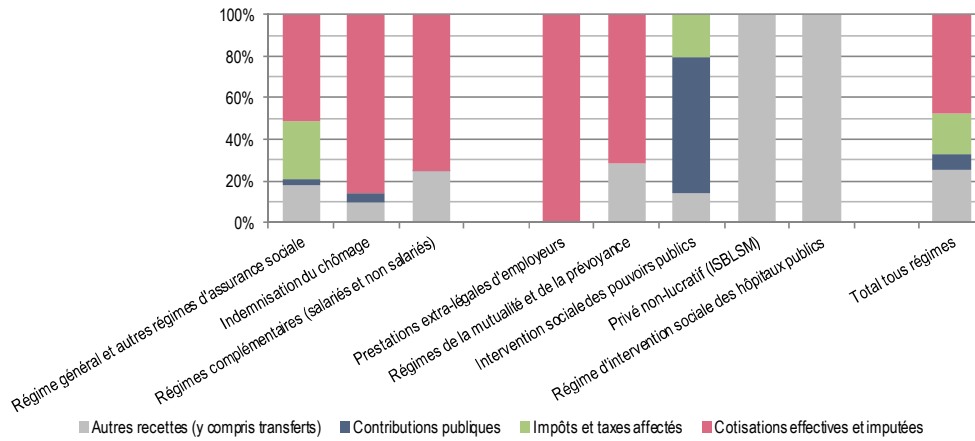
En % du PIB



Sources : DREES-CPS, base 2000 (1981-2006), base 2005 (2006-2009) et base 2010 (2009-2013), INSEE-CNA, base 2010.

B1.3 Structure des ressources des différents régimes en 2013 (hors recettes du compte de capital)

En % des ressources du régime



Notes : les transferts internes aux régimes ne sont pas consolidés.
Sources : DREES-CPS, base 2010.

Les cotisations sociales finançant les régimes de protection sociale s'élevaient en 2013 à 440,1 milliards d'euros (*graphique B2.1*). Rapportées à la population active occupée, ces cotisations sociales – qu'elles soient effectives ou imputées – représentent au global en 2013 un peu plus de 1 420 euros par actif occupé et par mois¹.

Les cotisations effectives représentent 87,6 % des cotisations sociales en 2013 (385,6 milliards d'euros). Parmi ces cotisations effectives, 85,3 % sont liées à l'emploi salarié (un quart de cotisations salariales et trois quarts de cotisations employeurs) et 6,4 % aux travailleurs indépendants. Le reste est constitué des cotisations aux régimes de la mutualité et de la prévoyance, des cotisations des inactifs et des artistes-auteurs, des cotisations sur prestations et des cotisations volontaires.

Les cotisations effectives financent à titre principal les régimes d'assurance sociale à hauteur de 357,1 milliards d'euros (soit 92,6 % du total de ces cotisations en 2013), ainsi que les régimes de la mutualité et de la prévoyance (28,5 milliards d'euros, soit 7,4 %).

Ces cotisations représentent la moitié des recettes (y compris transferts et recettes du compte de capital) des régimes d'assurance sociale (*annexe 11*). Elles représentent plus encore pour les régimes complémentaires (qui couvrent le risque vieillesse) et pour les régimes d'indemnisation du chômage (respectivement 75,5 % et 86,6 % de leurs ressources).

Les cotisations imputées aux employeurs (54,5 milliards d'euros, soit 12,4 % du montant des cotisations) représentent la contrepartie monétaire des prestations directes versées par les employeurs à leurs salariés. Il peut s'agir de dispositifs légaux de protection sociale (comme le régime de retraite des agents titulaires de la fonction publique de l'État) ou de dispositifs extra-légaux (comme les compléments de revenu accordés aux salariés en charge d'enfants – tel le supplément familial de traitement – ou les préretraites d'entreprise).

Une évolution contrastée selon les régimes en 2013 et portée surtout par les cotisations effectives

La progression des cotisations sociales tend à ralentir depuis 2011 (+2,9 % en 2013, après +3,1 % en 2012 et +3,5 % en 2011 – *graphique B2.2*). L'évolution globale de 2013 recouvre une hausse de 3,0 % de l'ensemble des cotisations effectives, rythme proche de celui de l'année précédente (+3,1 %), et une progression ralentie des cotisations sociales imputées (+2,0 %, contre +3,6 % en 2012).

Parmi les cotisations effectives, les cotisations des régimes d'assurance sociale augmentent plus vite que

l'année précédente (+3,1 %, contre +2,8 % en 2012). À l'inverse, celles reçues par les régimes de la mutualité et de la prévoyance ralentissent fortement et passent de +6,4 % à +1,5 %, en raison d'un transfert de portefeuille du secteur mutualiste vers celui des sociétés d'assurance (hors champ de la protection sociale – *fiche C3*).

En 2013, la croissance des cotisations sociales effectives des régimes d'assurance sociale liées à l'emploi salarié est nettement supérieure à celle de la masse salariale brute², compte tenu principalement de l'effet en année pleine de mesures intervenues courant 2012 :

- baisse des exonérations de cotisations sociales liée à la modification du dispositif de réduction de cotisations appliqué aux heures supplémentaires à compter du 1^{er} septembre 2012 (statut des heures supplémentaires modifié par la loi de finances rectificative pour 2012) ;
- hausse de 0,2 point (à parité pour les parts employeurs et salariés) des taux de cotisation retraite au 1^{er} novembre 2012. Ces taux seront relevés par paliers successifs jusqu'au 1^{er} janvier 2016 pour atteindre une hausse globale de 0,5 point par rapport au niveau de juillet 2012 (décret n° 2012-847 du 2 juillet 2012).

En dehors de l'effet de ces mesures, les allègements généraux diminuent en 2013, sous l'effet d'une moindre progression du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) relativement au salaire moyen par tête, ce qui contribue également à la croissance des cotisations sociales effectives des régimes d'assurance sociale liées à l'emploi salarié.

La part des cotisations sociales dans le total des ressources diminue de longue date

En dépit de fluctuations de court terme, la masse totale de cotisations sociales a augmenté, sur le long terme, à un rythme moins élevé que les autres ressources de la protection sociale.

La part des cotisations dans les ressources de la protection sociale diminue ainsi de 16 points en 30 ans (de 78 % en 1983³ à 62 % en 2013). En particulier, les cotisations salariales ont diminué fortement en 1998 avec le basculement des cotisations maladie sur la CSG, et les cotisations employeurs ont baissé continuellement depuis le milieu des années 1970 avec le développement des allègements de cotisations employeurs sur les bas salaires et la diminution de la part des prestations extra-légales dans la protection sociale.

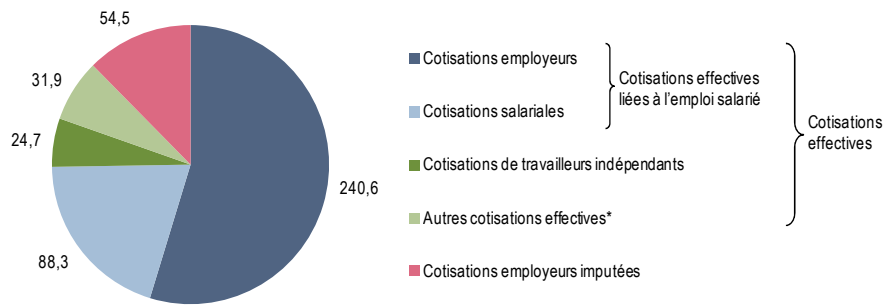
¹ Ce rapport est indicatif, certaines cotisations sociales n'étant pas portées par les actifs occupés.

² La somme des salaires et traitements bruts telle que définie par l'INSEE en comptabilité nationale a évolué de +1,0 % en 2013, après +1,8 % en 2012 (*graphique B2.3*).

³ Ce chiffre est exprimé en base 2000 des Comptes de la protection sociale.

B2.1 Les cotisations sociales imputées ou perçues par les régimes de protection sociale en 2013

En milliards d'euros

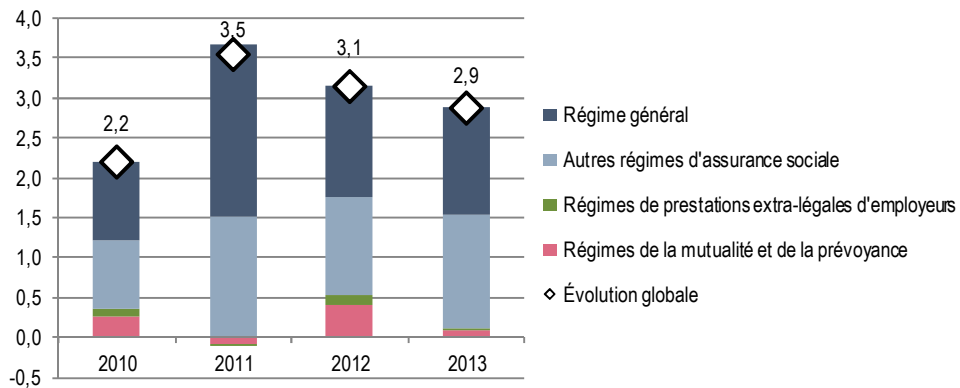


* Désigne les cotisations sur prestations, les cotisations volontaires, les cotisations des inactifs et des artistes-auteurs et les cotisations aux régimes de la mutualité et de la prévoyance.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

B2.2 Contributions des différents régimes à l'évolution du montant global des cotisations sociales

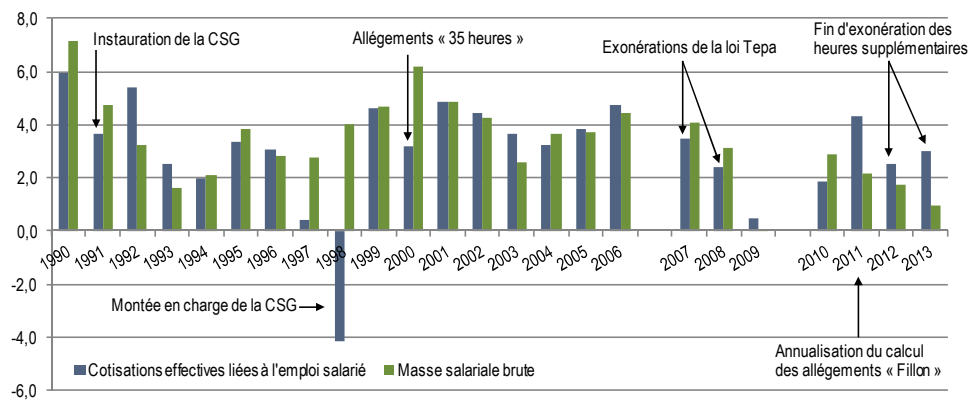
Évolutions en %



Sources : DREES-CPS, base 2010.

B2.3 Croissance en valeur de la masse salariale brute et des cotisations effectives liées à l'emploi salarié

Évolutions en %



Note : les cotisations effectives liées à l'emploi salarié présentées ici correspondent aux cotisations employeurs et cotisations salariales. CSG : contribution sociale généralisée ; loi Tépà : loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

Sources : DREES-CPS, base 2000 (1989-2006), base 2005 (2006-2009) et base 2010 (2009-2013), INSEE-CNA.

Le prélèvement de cotisations sociales a, comme tout prélèvement fiscal ou social, un impact économique et social sur les ménages et les entreprises : modification de la compétitivité-prix, des structures de production, de la redistribution sociale, de l'offre de travail, etc.

Le taux de cotisations sociales diminue avec le salaire au-delà de 2,2 SMIC

La courbe des taux légaux de cotisations sociales des salariés du secteur privé en fonction du niveau de salaire a une forme en cloche (*graphique B3.1*) : par rapport à un taux maximal observé pour les salariés dont la rémunération est au niveau du plafond de la Sécurité sociale (3 170 euros mensuels en 2015, soit 2,2 SMIC à temps plein), les taux légaux sont inférieurs à la fois pour les salariés à bas salaires mais également pour les salariés aux rémunérations plus élevées.

D'une part, les allègements bas salaires réduisent les taux de cotisations des salariés les moins bien rémunérés. Ces allègements, qui portent sur les cotisations patronales du régime général, sont de 28,35 points au niveau du SMIC et sont linéairement décroissants jusqu'à 1,6 SMIC. Ils se doublent d'un taux moindre de cotisations à la branche famille.

D'autre part, les taux des régimes de retraite complémentaire et de chômage pour partie plafonnés réduisent les taux de cotisations globaux des salariés les mieux payés. En effet, les cotisations plafonnées représentent une fraction du salaire d'autant plus faible que celui-ci s'accroît. Ceci est lié à la contributivité des assurances vieillesse et chômage : seule la partie du salaire en dessous des plafonds ouvre des droits à prestations.

Ce profil « en cloche » serait plus prononcé si l'on tenait compte de l'ensemble des éléments de la rémunération. L'analyse se restreint, en effet, aux salaires et ne prend pas en considération les compléments de rémunération (intéressement, participation, options d'achat, etc.) fortement croissants avec le niveau de salaire et soumis à des taux de prélèvements sociaux moindres (*fiche B4*). Par ailleurs, ces taux ne tiennent pas compte du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE – *fiche B4*).

La relative redistributivité des cotisations sociales s'est mise en place progressivement

Depuis la création de la Sécurité sociale, la structure du financement de la protection sociale a fortement évolué : la substitution de cotisations par des impôts s'est doublée d'une évolution de la structure des cotisations. Les premières cotisations sociales ne portaient que sur

les salaires plafonnés (*graphique B3.2*). Le taux de cotisations sociales était donc à l'origine plus favorable pour les salariés les mieux rémunérés. Des cotisations au-delà du plafond sont apparues très rapidement pour les cadres avec la signature de la convention de 1947 créant l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC). Ces premières cotisations ne portaient que sur le salaire en dessous de quatre plafonds¹ et sont contributives, c'est-à-dire liées à un gain en termes de prestations.

Pour les non-cadres, les cotisations au-delà du plafond ne sont apparues qu'une décennie plus tard, avec la création de l'Unédic en 1958.

Les années 1970-1990 ont marqué une rupture dans les prélèvements sociaux avec le déplafonnement progressif de l'ensemble des cotisations maladie, famille et accidents du travail² et la création de 1,7 point de cotisations de vieillesse de base déplafonnées. Il s'est effectué alors peu à peu un rattrapage du taux des cotisations plafonnées par le taux des cotisations au-delà du plafond. Ainsi, l'écart entre le taux de cotisation du salaire sous plafond et du salaire juste supérieur au plafond d'un salarié non-cadre n'est plus que de 2,65 points en 2015 contre 35,85 points en 1958³. Cet écart est même inversé pour les non-cadres lorsque l'on tient compte des exonérations bas salaires. Celles-ci ont fortement progressé : de 5 points à l'origine en 1993 au niveau du SMIC, elles ont atteint 26 points à compter de 2000 puis 28,35 points en 2015. Ces exonérations portent donc à zéro les cotisations patronales aux régimes d'assurance sociale (maladie, invalidité-décès, vieillesse, FNAL, CSA), à l'exception des cotisations d'accidents du travail-maladies professionnelles, exonérées dans la limite d'un point seulement.

En 2015, le taux de cotisation employeur au régime général pour les salariés au SMIC est donc limité à une fraction de la cotisation accidents du travail-maladies professionnelles, en moyenne de 1,44 point. Le taux global (salarié et employeur) de CSG, de CRDS et de cotisations, dans le cas le plus standard, est donc d'un peu plus de 37 points. Pour les salariés exposés, la cotisation pénibilité vient s'ajouter à ces taux en 2015.

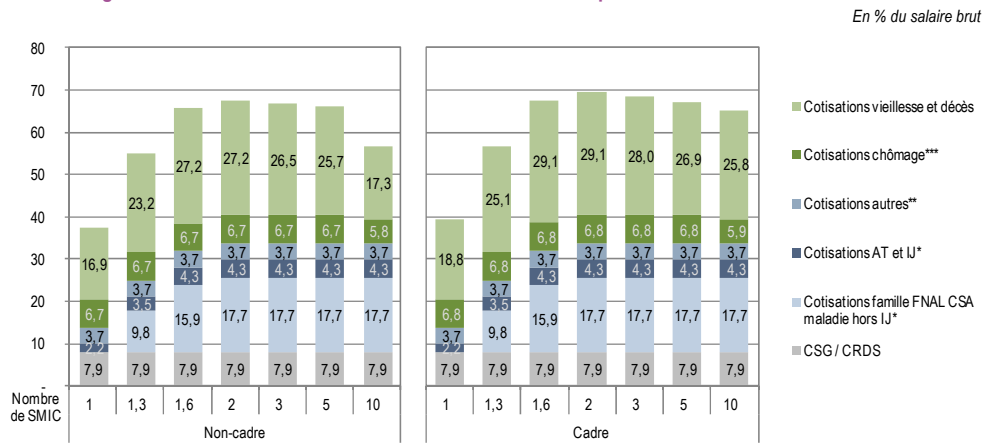
La CSG et la CRDS sont incluses dans les cotisations sociales de cette fiche afin de disposer d'une vision plus complète des prélèvements sociaux sur les salaires du secteur privé. En toute rigueur, la CSG et la CRDS sont des impôts et taxes affectés et devraient donc être comptabilisées à part.

1 La tranche C (de quatre à huit plafonds) apparaît en 1988.

2 Déplafonnement partiel des cotisations maladie en 1967, puis intégral en 1980 pour les cotisations salariées et en 1984 pour les cotisations employeurs. Déplafonnement intégral des cotisations famille en 1989-1990, suivies en 1991 par les cotisations AT-MP.

3 Écart imputable en 2015 à la différence entre les taux des cotisations plafonnées de la « vieillesse de base » (+15,35 points) et les taux des cotisations de la « vieillesse complémentaire » (AGFF et ARRCO ; -12,7 points entre la tranche 1 et la tranche 2).

B3.1 Taux légaux de cotisations sociales sur les salaires du secteur privé en 2015



* Afin de séparer les cotisations indemnités journalières (IJ) des cotisations maladie, il a été considéré que les cotisations salariés au régime général pour la maladie étaient intégralement des cotisations IJ et que les cotisations patronales correspondaient à une fraction des cotisations employeurs au régime général pour la maladie, fraction telle que les cotisations IJ employeurs représentent 60 % des cotisations IJ totales.

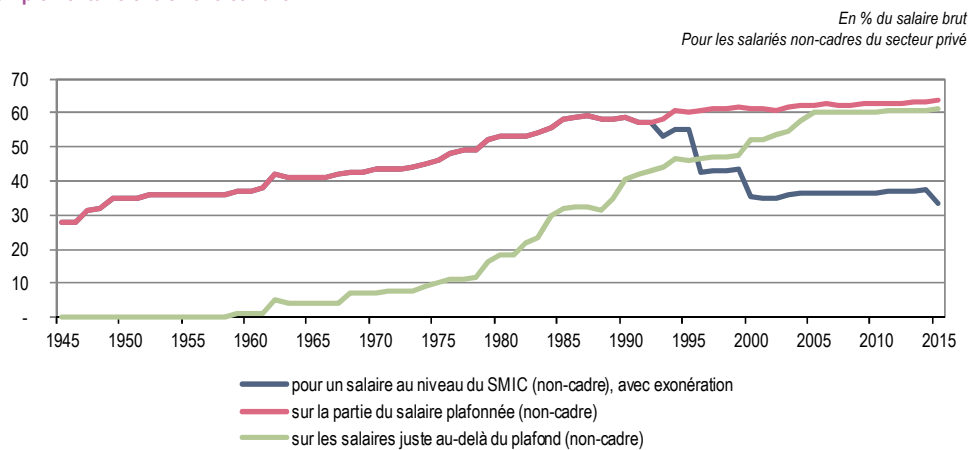
** Comprend l'apprentissage, la formation professionnelle, le versement transport, la participation des entreprises à l'effort de construction (PEEC) et la contribution au financement des organisations professionnelles ou syndicales.

*** Y compris APEC et AGS (annexe 8 pour les sigles).

Note : ces taux sont les taux salariés et employeurs portant sur les salaires du secteur privé relevant du régime général. Le taux de cotisation accidents du travail-maladies professionnelles considéré est le taux moyen. Pour le versement transport, on retient l'hypothèse du rapport du CPO 2010 soit 1 %. Les taux considérés sont ceux qui s'appliquent à l'ensemble des secteurs économiques ; la taxe sur les salaires n'est donc pas prise en compte.

Sources : DREES, CPO, DSS, Légifrance.

B3.2 Taux de cotisation au régime général et aux régimes obligatoires de chômage et de vieillesse complémentaire entre 1945 et 2015



Lecture : sur la partie plafonnée du salaire, les taux de cotisations, salariés et employeurs, sont passés de moins de 30 % en 1945 à plus de 60 % en 2015. Sur les salaires juste au-delà du plafond, il n'existait aucune cotisation à la création de la Sécurité sociale. Les taux sont, en 2015, de l'ordre de 60 %. Pour les bas salaires, les allègements réduisent le taux de cotisation global ; il est d'un peu plus de 30 % en 2015. L'écart entre la courbe violette et la courbe bleu foncé est de 30,15 points en 2015 (28,35 de réductions générales et 1,80 point dû au taux famille réduit).

Note : contrairement au graphique précédent, les cotisations patronales dites « autres » ne sont pas prises en compte ici. La CSG et la CRDS sont en revanche comptabilisées (hors CICE).

Sources : DREES, DSS, Légifrance.

Principales modifications des taux portant sur les salaires en 2015 :

- augmentation des taux de cotisations vieillesse : pour le régime général, +0,1 point pour la cotisation vieillesse plafonnée, +0,1 point pour la cotisation déplafonnée. Toutes les cotisations AGIRC et ARRCO augmentent également de 0,12 ou 0,125 point ;
- création de la contribution au financement des organisations professionnelles ou syndicales (0,016 point) ;
- premières cotisations pénibilité, de 0,1 à 0,2 point ;
- réduction du taux de cotisation famille de 1,8 point en dessous de 1,6 SMIC ;
- modification du calcul des exonérations et de leur taux (de 26 points à 28,35 points dans le cas le plus standard).

Les prélèvements sociaux englobent l'ensemble des financements obligatoires de la protection sociale, soit les ressources suivantes des régimes d'assurance sociale et des régimes d'intervention des pouvoirs publics : cotisations sociales effectives et imputées ainsi qu'impôts et taxes affectés au financement de la protection sociale (CSG, CRDS, CSA, etc. – *fiche B5*).

Les taux de prélèvements sociaux, qu'ils portent sur les salaires, les revenus de remplacement ou les revenus du capital, ont globalement augmenté depuis 1990. Mais certaines mesures ont limité ces augmentations pour les salaires : exonérations de cotisations sociales sur les bas salaires depuis 1993 (*fiche B3*), mise en place du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en 2013. Le CICE s'appuie sur les rémunérations servant au calcul des cotisations patronales de Sécurité sociale, pour les salariés gagnant moins de 2,5 SMIC (environ 3 645 euros bruts en 2015).

De moins en moins d'avantages salariaux sont exonérés de prélèvements sociaux

Certains des avantages accordés aux salariés du secteur privé en complément de leur salaire n'étaient pas inclus dans l'assiette des prélèvements sociaux en 1990. Si ces avantages sont toujours exonérés de cotisations sociales, certains font dorénavant partie de l'assiette soumise à CSG et CRDS : il s'agit des sommes versées au titre de la participation ou de l'intéressement, des options d'achat ou actions gratuites, des cotisations patronales de prévoyance complémentaire ou de retraite supplémentaire. Par ailleurs, ces avantages inclus dans l'assiette de la CSG sont désormais également assujettis au forfait social, à l'exception des attributions d'options d'achat ou d'actions gratuites qui sont soumises à des contributions spécifiques plus élevées.

Ne sont plus exonérés de prélèvements sociaux que les titres restaurants, chèques vacances et indemnités de licenciement à la condition toutefois qu'ils remplissent certaines conditions et ne dépassent pas certains plafonds.

La plupart des revenus de remplacement et du capital ont été soumis à des prélèvements sociaux

Les modifications d'assiettes ont été particulièrement marquées pour les revenus du capital. Exclue de l'assiette des prélèvements sociaux en 1990, ces revenus sont désormais soumis à cinq prélèvements sociaux (CSG, CRDS, prélèvement social, prélèvement de solidarité, CSA), pour un total de 15,5 % en 2015 (contre 10,0 % en 2000).

Les revenus de remplacement, dont la plupart étaient exemptés de cotisations sociales, sont eux aussi entrés

dans l'assiette de la CSG et de la CRDS, à des taux plus bas cependant. Depuis 2013, ces revenus sont également soumis à la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

Des taux davantage comparables entre les différents revenus

Ainsi, la décennie 1990-2000 a été marquée par une forte augmentation de l'assiette de prélèvements. Initialement assise sur les seuls salaires, elle s'est progressivement étendue à une assiette « revenus », via la création de la CSG et son élargissement progressif.

Les taux de prélèvements sociaux ne sont cependant pas comparables entre l'assiette des salaires (taux de cotisations de l'ordre de deux tiers du salaire brut) et celle des autres éléments de la rémunération ou celle des revenus du capital. Les écarts de taux sont cependant moindres si l'on exclut de la comparaison les taux de cotisations retraite, chômage, ou encore accidents du travail et indemnités journalières, qui sont contributives et ouvrent donc des droits. Ils demeurent toutefois importants pour certains revenus. En 2015, pour un salaire supérieur à 1,6 SMIC, le taux global de prélèvements (CSG, CRDS, maladie, famille, FNAL, CSA) sur le salaire s'élève à 25,6 points et à 29,3 points si on ajoute les autres taxes (apprentissage, etc.). Si les prélèvements sur la participation ou l'intéressement sont désormais proches (28 points), ceux portant sur les revenus du capital demeurent moindres (15,5 points).

Les seuls taux de prélèvements sociaux ne suffisent pas pour comparer les revenus, il est préférable d'analyser les niveaux de vie relatifs après prélèvements.

PRINCIPALES LIMITES AUX EXEMPTIONS D'ASSIETTES SALARIALES

Les dispositifs d'intéressement, de participation et d'abondement à un plan d'épargne salariale sont des compléments de rémunération plafonnés.

Les contributions des employeurs au financement de la prévoyance complémentaire et celles au financement de la retraite supplémentaire, sont exonérées de l'assiette des cotisations sociales seulement sous certaines conditions, et sont soumises au forfait social et à la CSG et la CRDS.

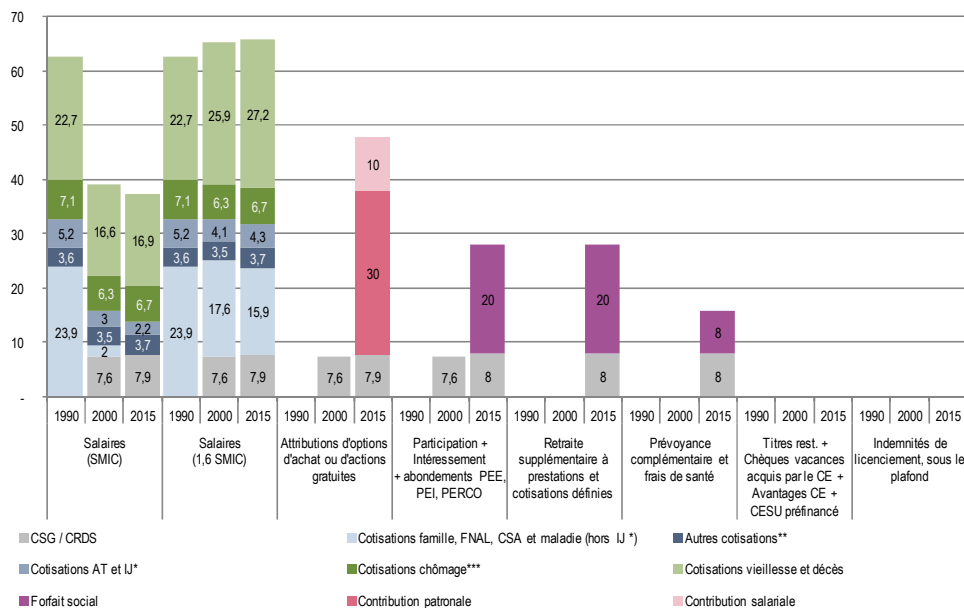
Seule une fraction des indemnités versées lors de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions n'est pas soumise à cotisations, CSG, CRDS et forfait social.

Pour en savoir plus

Cf. annexe 5 du PLFSS 2015.

B4.1 Taux légaux de prélèvements sociaux sur les revenus d'activité du secteur privé

En %



* Des hypothèses ont été effectuées afin de séparer le taux de cotisations pour indemnités journalières (IJ) des risques maladie et maternité du taux de cotisations maladie *stricto sensu* : d'une part, le taux de cotisations maladie des salariés du régime général (0,75 point en 2015) est supposé correspondre uniquement aux IJ. Il en va de même pour une fraction des cotisations patronales du régime général pour la maladie : cette fraction (1,125 point) a été calculée pour que les cotisations IJ employeurs représentent 60 % des cotisations IJ totales.

** Comprend l'apprentissage, la formation professionnelle, le versement transport, la participation des entreprises à l'effort de construction (PEEC) et la contribution au financement des organisations professionnelles ou syndicales.

*** Y compris APEC et AGS (*annexe 8* pour les sigles).

Note : les taux présentés ici portent sur le cas « standard ». Ces taux peuvent s'appliquer seulement au-delà d'un certain seuil ou connaître des exceptions. C'est en particulier le cas des indemnités de licenciement, soumises aux taux de droits communs à partir d'un certain seuil.

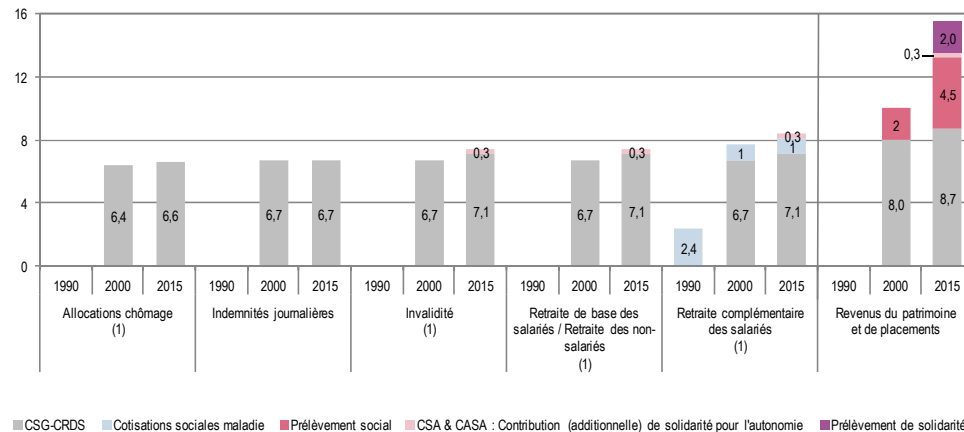
Pour la prévoyance complémentaire, le forfait social se substitue à la taxe prévoyance du même taux qui existait déjà en 2000. Il ne s'applique qu'aux entreprises de plus de 10 salariés.

Les taux de CSG et de CRDS sont diminués de l'abattement pour frais professionnels.

Sources : DSS, CPO, Légifrance, ACOSS.

B4.2 Taux légaux de prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement et les revenus du capital

En %



(1) Dans certains cas, ces taux sont réduits, dans d'autres des exonérations de CSG et de CRDS sont accordées. Le mode de calcul des taux réduits et exonérations change en 2015.

Note : les taux présentés ici portent sur le cas « standard ». Ces taux peuvent s'appliquer seulement au-delà d'un certain seuil ou connaître des exceptions, notamment en ce qui concerne les revenus du capital.

Les taux de CSG et de CRDS portant sur les allocations chômage sont les taux diminués de l'abattement.

Revenus des jeux : les taux étant très différents selon les jeux ou paris, ils ne sont pas présentés ici.

Sources : Légifrance.

Les régimes de protection sociale reçoivent des impôts et taxes qui leur sont spécifiquement affectés (ITAF) pour un montant de 178,0 milliards d'euros en 2013.

La contribution sociale généralisée (CSG) représente un peu plus de la moitié de ce montant (91,5 milliards d'euros — *graphique B5.1*). Celle-ci contribue au financement de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, des prestations familiales, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ainsi que de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La croissance des ITAF ralentit encore en 2013

En 2013, le rythme de progression des ITAF continue à ralentir (+3,2 %, après +5,9 % en 2012 et +8,5 % en 2011).

En 2013, l'évolution de la **CSG** suit celle de la masse salariale brute (+1,2 %). Ce retour au rythme de l'assiette rompt avec celui observé en 2012 (+4,6 %), année marquée par d'importants changements législatifs.

Les **autres impôts sur le revenu et le patrimoine** (contribution pour le remboursement de la dette sociale — CRDS, prélèvement social sur les revenus du capital, contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie — CASA, etc.), qui s'élevaient à 18,5 milliards d'euros en 2013, reviennent à une augmentation plus modérée (+5,2 %, après +13,9 % en 2012). La croissance de ce poste est notamment portée par le prélèvement social sur les revenus du capital, dont le taux légal en 2013 est de 0,1 point plus élevé que le taux moyen atteint en 2012 (ce taux est passé de 3,4 % à 5,4 % au 1^{er} juillet 2012, puis à 4,5 % au 1^{er} janvier 2013).

Les **impôts sur la production et les produits** (35,2 milliards d'euros en 2013), qui comprennent entre autres les taxes sur les boissons et les tabacs, mais également la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), sont en hausse de 3,0 % en 2013 (après +6,2 % en 2012).

Les **taxes de type TVA** (9,6 milliards d'euros en 2013) diminuent de 9,4 % en 2013. L'abandon des anciennes TVA sectorielles brutes, qui sont remplacées par une fraction de TVA nette, a un impact à la hausse sur les montants reçus de TVA. Cet effet est cependant contrebalancé par l'abandon en 2013 des ITAF versés en compensation des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires.

Les **impôts sur les salaires et la main-d'œuvre** (23,5 milliards d'euros en 2013), tels que la taxe sur les salaires, la contribution solidarité autonomie (CSA) ou le forfait social, progressent fortement : +17,6 % au global en 2013, contre +7,3 % en 2012. Cette évolution est due à deux modifications de la taxe sur les salaires au 1^{er} janvier 2013 : élargissement de l'assiette, qui s'aligne sur celle de la CSG, et création d'une tranche d'imposition

supplémentaire pour les rémunérations élevées. Les impôts sur les salaires et la main-d'œuvre sont aussi impactés par l'effet en année pleine du relèvement du taux du forfait social à 20 % intervenu en août 2012.

Les ITAF bénéficient à de nombreux régimes

Le régime général de la Sécurité sociale, avec 108,3 milliards d'euros, est le principal bénéficiaire des impôts et taxes affectés (*graphique B5.2*), dont 77,7 milliards pour la seule Assurance maladie. Les fonds spéciaux, qui financent également le régime général, reçoivent 33,7 milliards d'euros d'impôts et taxes affectés : 16,1 milliards d'euros pour le FSV, majoritairement sous forme de CSG ; 14,0 milliards d'euros pour la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), sous forme de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et de CSG ; 3,7 milliards pour la CNSA, sous forme de CSG, d'impôts sur les salaires et *via* la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). Enfin, les autres régimes d'assurance sociale, y compris les régimes agricoles et de travailleurs indépendants, reçoivent 20,6 milliards d'euros d'ITAF.

Les impôts et taxes perçus par le Fonds national d'aide au logement (FNAL), le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) et le Fonds de solidarité abondent les ressources des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics à hauteur de 9,0 milliards d'euros. Enfin, 6,5 milliards d'euros sont affectés aux départements au titre de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques.

Une part croissante des ITAF dans les ressources de la protection sociale

La part des ITAF dans le financement de la protection sociale augmente sur longue période (*graphique B5.3*). Ils représentent ainsi 8,4 % du PIB en 2013, contre 0,9 % en 1990 (en base 2000 des Comptes de la protection sociale). La substitution de la CSG à des cotisations sociales et la montée en charge des exonérations de cotisations sociales compensées par l'affectation de ressources fiscales explique cette évolution¹.

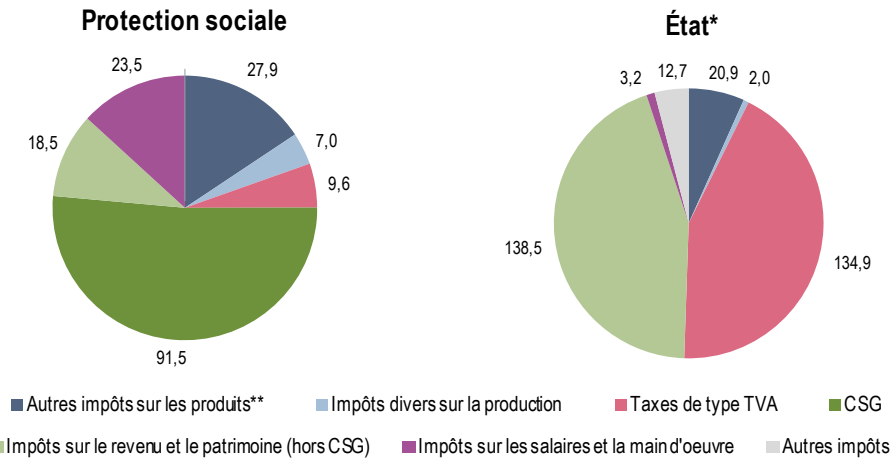
En 2006, afin de simplifier les relations financières entre l'État et la Sécurité sociale, des impôts et taxes ont été affectés directement aux organismes de Sécurité sociale afin de financer les pertes de recettes résultant des allègements de cotisations sur les bas salaires : il s'agit notamment de taxes sur les produits et sur les salaires.

L'affectation d'impôts et taxes à ces organismes s'explique par leur lien, direct ou indirect, avec des problématiques de santé publique — ces ITAF étant notamment assis sur les consommations de tabac et d'alcool — et par le dynamisme attendu de leur produit (comparable à celui de la masse salariale, dont ils compensent les exonérations).

1 L'obligation de compensation par l'État des exonérations et exemptions a été instaurée en 1994 et renforcée entre 2003 et 2004.

B5.1 Comparaison de la structure des impôts et taxes affectés à la protection sociale et des recettes fiscales de l'État en 2013

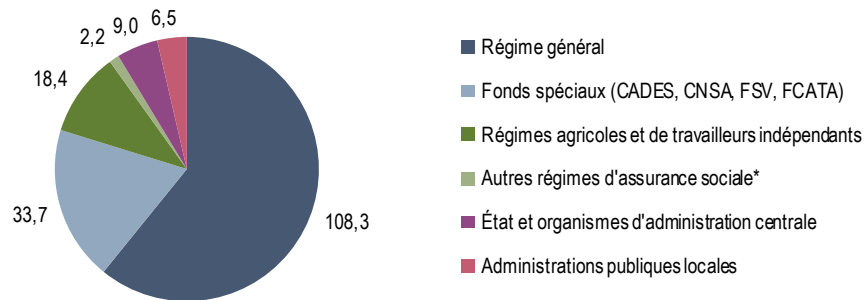
En milliards d'euros



* Les recettes fiscales de l'État indiquées ici correspondent au compte provisoire de l'année 2013 pour le secteur S13111 de l'INSEE.
 ** Les autres impôts sur les produits comprennent également les transferts de recettes fiscales.
 Sources : DREES-CPS, INSEE-CNA, base 2010.

B5.2 Régimes bénéficiaires des impôts et taxes affectés à la protection sociale en 2013

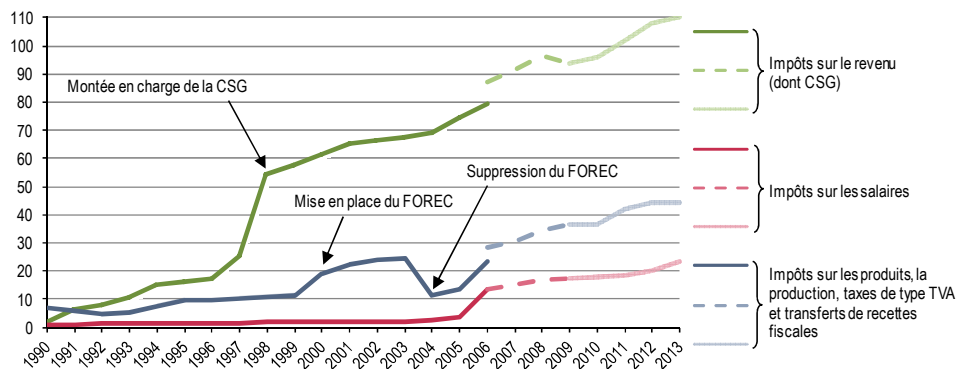
En milliards d'euros



* CANSSEM, CAVIMAC, CNMSS, CNRACL, CRPCEN, CRP-SNCF, ENIM.
 Sources : DREES-CPS, base 2010.

B5.3 Évolution des différents impôts et taxes affectés à la protection sociale

En milliards d'euros



Sources : DREES-CPS, base 2000 (1990-2006), base 2005 (2006-2009) et base 2010 (2009-2013).

Les administrations publiques centrales et locales participent au financement de la protection sociale non seulement au moyen des ressources fiscales explicitement affectées, mais aussi par le concours budgétaire qu'elles apportent directement à certains régimes. Les évolutions des contributions publiques et des impôts et taxes affectés (*fiche B5*) sont donc très liées : à titre d'illustration, le financement des exonérations de cotisations sociales par des contributions publiques en 2004 et 2005 en lieu et place du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (*FOREC* – 2001-2003) et des impôts et taxes affectés (2006-2010) explique le montant particulièrement élevé des contributions publiques sur ces deux années ; symétriquement, les impôts et taxes affectés (ITAF) ont été particulièrement faibles sur cette période (*note du graphique B6.1*).

Les contributions publiques s'élèvent en 2013 à 68,8 milliards d'euros. Elles augmentent de 2,5 % en 2013. Cette évolution est moindre qu'en 2012 (+2,9 %) et 2011 (+3,3 %).

Depuis 2010, la part des contributions publiques dans le total des ressources de la protection sociale (hors transferts et recettes du compte de capital) a légèrement diminué (9,7 % en 2013 contre 9,9 % en 2010). Cette diminution relative est plus que compensée par l'augmentation des ITAF sur la période (*fiche B5*). Aussi, les ITAF et les contributions publiques représentent au total 34,7 % des ressources (hors transferts et recettes du compte de capital) en 2013, contre 33,5 % en 2010 (*fiche B1*).

Les départements, principaux bénéficiaires de l'augmentation des contributions publiques

Les contributions publiques financent les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics ainsi que les régimes d'assurance sociale (*encadré*). Toutefois, en 2013, la dynamique de ces contributions est portée en quasi-intégralité par les contributions publiques aux seuls régimes d'intervention des pouvoirs publics, qui augmentent de 1,7 milliard d'euros (+3,5 %).

Elles financent des prestations de protection sociale à la charge des administrations publiques centrales et locales à hauteur de 50,2 milliards d'euros en 2013. Les contributions publiques versées à l'État et aux organismes divers d'administration centrale (ODAC) représentent 21,0 milliards d'euros ; celles attribuées aux collectivités territoriales 29,2 milliards, dont 23,9 milliards pour les seuls départements (qui financent non seulement leurs propres prestations mais aussi celles des ISBLSM – *fiche C4*).

La part de l'État et des ODAC parmi les contributions publiques reçues par les régimes d'intervention des pouvoirs publics a fortement diminué en vingt ans (de 75,5 % en 1993¹ à 41,8 % en 2013), ce qui reflète les transferts massifs de compétences aux collectivités territoriales opérés dans le domaine de la protection sociale.

De fait, les contributions publiques à l'État et aux ODAC restent constantes en 2013 tandis que celles attribuées aux collectivités territoriales sont en hausse de 6,2 % (après +3,7 % en 2012). Cette évolution est portée par l'augmentation des contributions dévolues aux départements (+6,4 %). Cette hausse est notamment liée à l'augmentation des montants finançant le revenu de solidarité active (RSA) en 2013.

Stagnation des contributions versées aux régimes d'assurance sociale

Les contributions publiques financent les régimes d'assurance sociale à hauteur de 18,6 milliards d'euros en 2013. Elles sont composées :

- des compensations d'allègements de cotisations sociales consentis aux entreprises² ;
- de la contribution des établissements publics au paiement des pensions de l'État ;
- des subventions d'équilibre à certains régimes (régimes des mineurs, des marins, etc.) ;
- de diverses subventions de fonctionnement.

En 2013, le montant des contributions publiques aux régimes d'assurance sociale reste stable. Cette stagnation résulte de mouvements de sens contraires : la diminution des contributions publiques versées aux régimes d'indemnisation du chômage, compensée par la faible augmentation des contributions reçues par les autres régimes d'assurance sociale.

Afin d'isoler la protection sociale et son financement du reste des budgets des administrations publiques centrales et locales, la convention suivante est adoptée dans les Comptes de la protection sociale : seules les prestations, les transferts sociaux et les financements explicites (ITAF) y sont retracés. Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics sont ensuite équilibrés entre emplois et ressources par des contributions publiques.

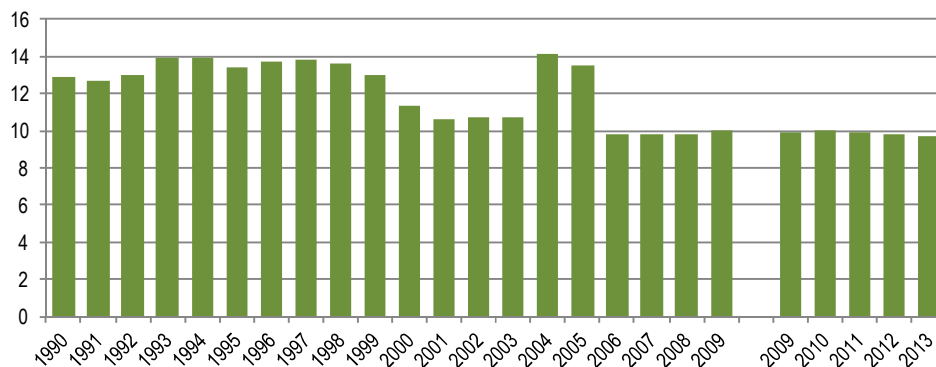
Conséquence de ce rôle « solde », les contributions publiques sont très sensibles aux modifications apportées aux comptes.

1 Ce chiffre pour l'année 1993 est en base 2000 des Comptes de la protection sociale.

2 Il ne s'agit que d'une partie des exonérations de cotisations sociales : exonérations en faveur de certaines zones géographiques, de certaines catégories de salariés ou de l'emploi à domicile. En effet, une large partie des exonérations est compensée, depuis 2006, par l'affectation de recettes fiscales.

B6.1 Part des contributions publiques dans le financement de la protection sociale (hors transferts et recettes du compte de capital)

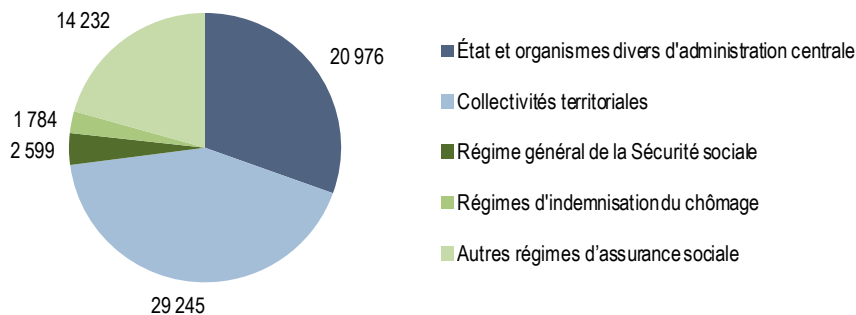
En % des ressources



Lecture : en 2013, les contributions publiques représentent 9,7 % des ressources de la protection sociale (hors transferts et recettes du compte de capital).
 Note : la baisse constatée en 2000 tient à la création du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales (FOREC) qui s'est accompagnée de l'affectation de recettes fiscales à la place des contributions publiques. La suppression de ce fonds en 2004 explique la hausse de la part des contributions publiques dans le financement de la protection sociale. Enfin, la baisse constatée en 2006 tient à la modification du financement des exonérations par le biais d'affectation d'impôts et de taxes (fiche B1).
 Sources : DREES-CPS, base 2000 (1990-2009) et base 2010 (2009-2013).

B6.2 Les contributions publiques au financement des différents acteurs de la protection sociale en 2013

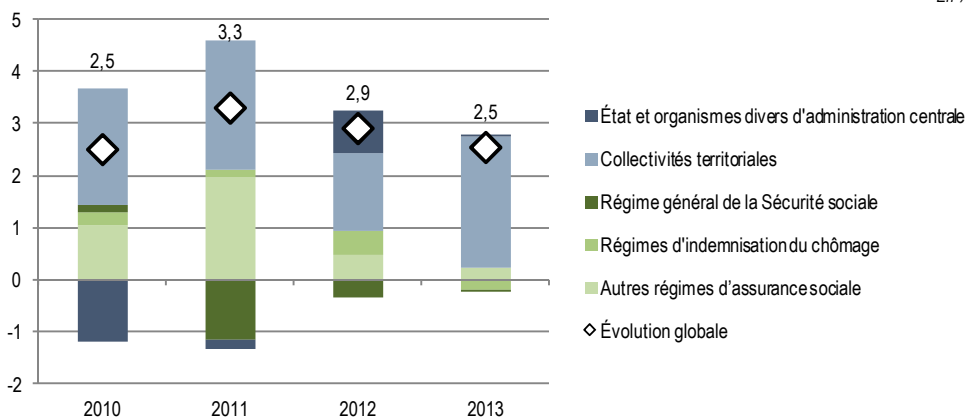
En millions d'euros



Sources : DREES-CPS, base 2010.

B6.3 Évolutions globales annuelles du financement par contributions publiques et quotes-parts des différents acteurs de la protection sociale à ces évolutions

En %



Sources : DREES-CPS, base 2010.

C. Les acteurs de la protection sociale en France

Un régime de protection sociale est un organisme public ou privé gérant un système de prévoyance collective couvrant différents risques sociaux : santé, vieillesse-survie, famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale.

Les régimes d'assurance sociale représentent à eux seuls plus de 70 % des dépenses totales

Les régimes d'assurance sociale (fiche C2) regroupent l'ensemble des régimes obligatoires auxquels les assurés sont affiliés pour la couverture de leurs risques, à savoir :

- le régime général de la Sécurité sociale ;
- les autres régimes obligatoires de base des salariés, parmi lesquels les régimes directs d'employeurs ;
- les fonds spéciaux : Fonds de solidarité vieillesse (FSV), Fonds commun des accidents du travail (FCAT), etc. ;
- les régimes de non-salariés ;
- les régimes complémentaires ;
- les régimes d'indemnisation du chômage (Unédic et Pôle emploi).

Les régimes d'assurance sociale sont financés principalement par des cotisations sociales ou par des recettes fiscales affectées. Avec 482,9 milliards d'euros de prestations de protection sociale, les régimes d'assurance sociale représentent 71,9 % des 672,0 milliards d'euros de prestations de protection sociale versées en 2013, tous financeurs confondus (graphique C1.1).

Ces régimes sont également les principaux financeurs du **régime d'intervention sociale des hôpitaux publics** (fiche C5), qui représente 9,3 % des prestations de protection sociale. En 2013, les hôpitaux publics versent 62,4 milliards d'euros de prestations de soins, réparties entre les risques maladie, maternité et accidents du travail-maladies professionnelles. Les transferts des régimes d'assurance sociale sont la principale source de financement des hôpitaux publics.

Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics (fiche C4) concernent les administrations et établissements publics de l'État et les collectivités locales qui versent des prestations relevant de la solidarité nationale non subordonnées à l'affiliation à un régime ou à un circuit de cotisations (par exemple le RSA). En 2013, ces régimes versent 9,4 % du total des prestations de protection sociale, soit 63,1 milliards d'euros.

Le régime d'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) (fiche C4) désigne les organismes privés non lucratifs : associations caritatives, organismes humanitaires, institutions tournées vers la protection de certaines catégories fragiles de la population. Ce régime sert 22,4 milliards d'euros de prestations en 2013, soit 3,3 % du total des prestations de protection sociale. Ses prestations correspondent pour 13,6 milliards à l'accueil et à l'hébergement des personnes handicapées, pour 4,4 milliards à des prestations au titre de l'hébergement et de l'accueil des enfants de l'aide sociale à l'enfance et pour 2,7 milliards à des prestations au titre du risque pauvreté-exclusion sociale (dont l'accueil dans des centres d'urgence). Les subventions des pouvoirs publics (administrations publiques locales et administrations de Sécurité sociale) sont la principale source de financement de l'action des ISBLSM.

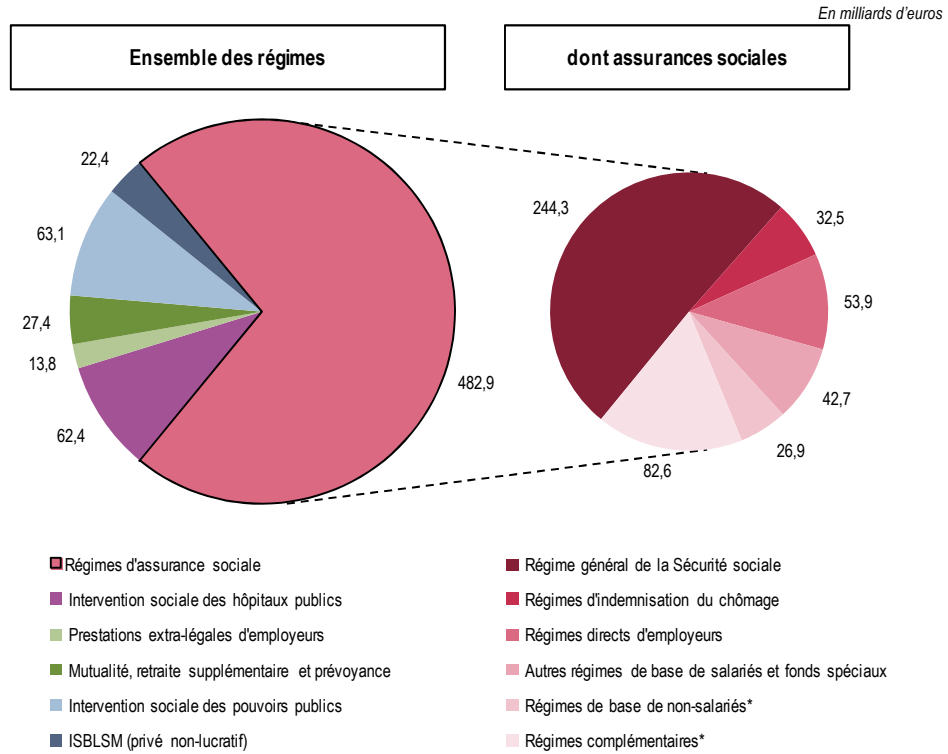
Les prestations des **régimes d'employeurs extra-légaux** sont versées directement par l'employeur. Ces prestations ne sont pas définies par la législation mais par des conventions collectives ou des accords d'entreprise. Leur montant s'établit à 13,8 milliards d'euros en 2013, soit 2,1 % des prestations de protection sociale : supplément familial de traitement, compléments d'indemnités journalières, etc.

Les régimes de la mutualité et de la prévoyance (fiche C3) représentent 27,4 milliards d'euros de prestations (4,1 % du total) et versent quasi exclusivement des prestations santé (23,6 milliards d'euros) et vieillesse-survie (3,8 milliards d'euros). Contrairement aux régimes de la mutualité et de la prévoyance, **les sociétés d'assurance** sont exclues du champ des Comptes de la protection sociale.

Des régimes dont l'importance relative a évolué en trente ans

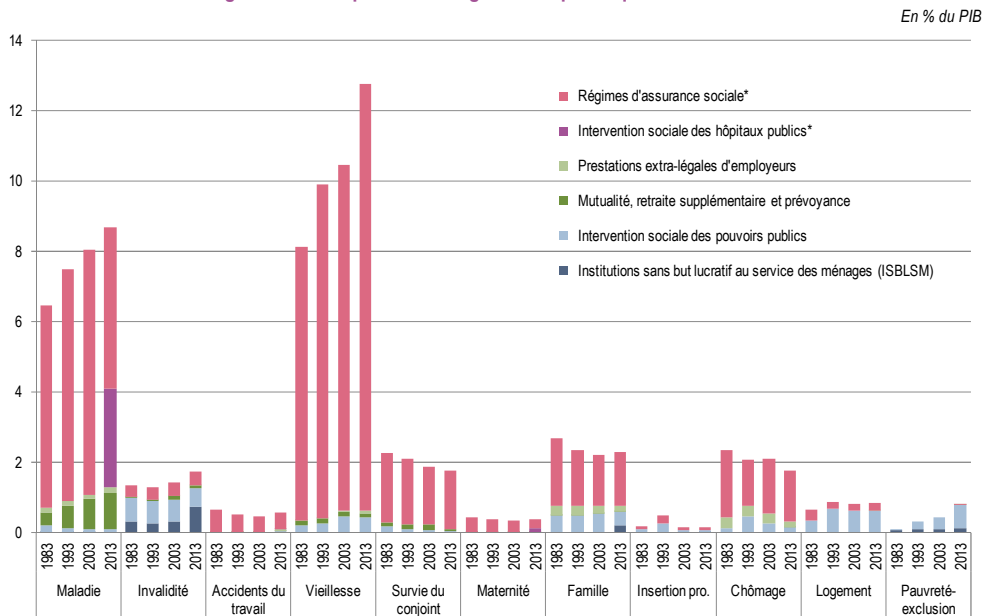
Les régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance et les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) prennent une place croissante dans la protection sociale (graphique C1.2), et atteignent respectivement 4,1 % et 3,3 % des prestations en 2013 contre respectivement 2,5 % et 1,6 % en 1983. À l'inverse, les prestations des régimes extra-légaux d'employeurs augmentent moins vite que le reste des prestations de protection sociale : elles représentent ainsi 2,1 % des prestations en 2013, contre 3,0 % en 1983.

C1.1 Les prestations par régime en 2013



* Les régimes complémentaires de non-salariés sont comptabilisés en régimes complémentaires.
 Note : ISBLSM – institutions sans but lucratif au service des ménages.
 Sources : DREES-CPS, base 2010.

C1.2 Part des différents régimes dans la prise en charge de chaque risque



* En base 2000 (années 1983, 1993 et 2003), l'intervention sociale des hôpitaux publics est incluse dans les régimes d'assurance sociale, cf. annexe 1.
 Sources : DREES-CPS, base 2000 (1983-2003) et base 2010 (2013), INSEE-CNA, base 2010.

Les régimes d'assurance sociale regroupent les régimes pour lesquels l'affiliation a été rendue obligatoire par les pouvoirs publics au titre de la couverture des risques sociaux¹. Avec 482,9 milliards d'euros de prestations versées en 2013, ils représentent près des trois quarts de l'ensemble des prestations retracées par les Comptes de la protection sociale (CPS).

Le régime général représente, en 2013, la moitié des dépenses totales des régimes d'assurance sociale

Le régime général de la Sécurité sociale a été créé au sortir de la Seconde Guerre mondiale et progressivement étendu par la suite. Toutefois, la branche famille est la seule pour laquelle le régime général couvre à lui seul l'ensemble de la population et ce depuis 1978. Pour ce qui est de la maladie, des accidents du travail et plus encore de la vieillesse, de nombreux régimes spéciaux coexistent aux côtés du régime général, même si leurs règles tendent depuis à converger et leur nombre à se réduire. Le régime général a versé 244,3 milliards d'euros de prestations en 2013, soit plus du tiers des prestations de l'ensemble du champ couvert par les CPS.

Bien que prévue dans le projet originel de la Sécurité sociale, la branche emploi n'a jamais vu le jour en son sein. Néanmoins, en 1958, les partenaires sociaux ont fondé **les régimes d'indemnisation du chômage**, qui représentent 32,5 milliards d'euros de prestations en 2013. Ces régimes, paritaires, demeurent depuis en dehors du champ de la Sécurité sociale *stricto sensu*.

Organismes de la sphère Sécurité sociale, **les fonds spéciaux**² versent au global relativement peu de prestations (1,2 milliard en 2013). Plusieurs d'entre eux ont été créés à la fin des années 1990 afin d'assurer la pérennité du financement de la Sécurité sociale (Caisse d'amortissement de la dette sociale [CADES], Fonds de réserve pour les retraites [FRR], etc.).

Les régimes directs d'employeurs (53,9 milliards d'euros en 2013) regroupent, d'une part, le régime spécial des agents de l'État et le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE) ; d'autre part, les régimes spéciaux des grandes entreprises publiques, qui se limitent aujourd'hui aux régimes spéciaux des entreprises électriques et gazières et de la RATP (les autres faisant dorénavant partie des régimes d'assurance sociale). **Les autres régimes de base des salariés**, parmi lesquels le régime des salariés agricoles (MSA salariés), préexistant au régime général, versent 41,5 milliards d'euros de prestations.

Les régimes de base des non-salariés (MSA exploitants, RSI, CNBF et CNAVPL) versent près de 27 milliards d'euros de prestations en 2013. En 2006, les caisses des professions indépendantes non libérales ont fusionné dans un régime unique, le RSI.

Les régimes complémentaires des salariés et des non-salariés ont délivré 82,6 milliards d'euros de prestations de vieillesse-survie et d'invalidité en 2013. 88 % de ces prestations ont été versées par l'AGIRC (instaurée en 1947) et l'ARRCO (créée en 1961), qui sont des caisses de retraite complémentaire obligatoire à gestion paritaire réservées respectivement aux cadres et aux salariés du secteur privé.

La part des cotisations sociales dans le financement des régimes d'assurance sociale baisse peu à peu

Les régimes d'assurance sociale sont financés principalement par des cotisations sociales (56,4 % de leurs recettes) et par des recettes fiscales affectées (23,1 %). Le financement des régimes d'assurance sociale s'est transformé pour favoriser l'emploi et accompagner la croissance. Entre 1990 et 2009, la part des cotisations sociales dans les ressources a ainsi diminué de 20 points principalement au profit des impôts et taxes affectés (ITAF). Depuis, la part des ITAF dans le financement a continué de progresser (+1 point depuis 2009) ; symétriquement, celle des cotisations a diminué.

Le besoin de financement des régimes d'assurance sociale se réduit de nouveau fortement en 2013

En 2010, le solde des régimes d'assurance sociale³ mesuré par les Comptes de la protection sociale avait atteint un niveau élevé (21,7 milliards d'euros). Il s'est fortement réduit en 2011 et se réduit de nouveau de plus d'un quart en 2013, pour s'établir à 7,6 milliards d'euros. La différence entre le solde des régimes d'assurance sociale dans les CPS et le besoin de financement des assurances sociales des administrations de Sécurité sociale dans les Comptes nationaux est intégralement due à des différences de champ (*fiche A4*).

En 2013, le déficit des régimes d'assurance sociale des administrations de Sécurité sociale représente 7,5 milliards d'euros, soit 8,7 % du déficit public de la France au sens de Maastricht (86,4 milliards d'euros). Cela représente une quote-part bien inférieure à la part de la dépense des régimes d'assurance sociale dans la dépense publique totale (45 %). Le déficit des organismes qui dépendent des assurances sociales (1,6 milliard), principalement porté par celui du secteur public hospitalier (*fiche C5*), représente quant à lui 1,9 % du besoin de financement total.

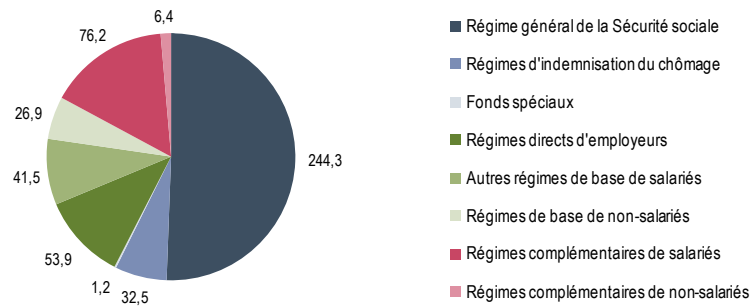
1 Cf. *annexe 9* pour la liste des régimes d'assurance sociale.

2 Les CPS comprennent actuellement 12 fonds spéciaux non éteints. La liste des fonds spéciaux est en *annexe 9*.

3 Grâce à l'intégration du compte de capital dans les Comptes de la protection sociale, le solde des régimes d'assurance sociale correspond à un besoin ou à une capacité de financement en comptabilité nationale (*annexe 3*).

C2.1 Les prestations des régimes d'assurance sociale en 2013

En milliards d'euros



Sources : DREES-CPS, base 2010.

C2.2 Le compte des régimes d'assurance sociale

Montants en millions d'euros

	2009	2010	2011	2012	2013
Emplois*	629 429	651 778	671 424	693 857	712 553
Prestations sociales	425 292	440 198	454 252	469 539	482 919
en espèces	330 513	342 131	353 743	366 430	377 413
en nature	94 780	98 066	100 509	103 109	105 506
Transferts	178 044	184 328	188 463	193 334	200 016
Autres (frais non financiers... y compris compte de capital**)	26 093	27 253	28 709	30 984	29 618
Ressources*	616 101	630 072	660 953	683 479	704 911
Cotisations effectives	317 729	323 986	336 776	346 275	357 074
Cotisations imputées	35 483	36 441	38 301	39 672	40 670
Impôts et taxes affectés	135 835	137 211	149 706	158 430	162 570
Contributions publiques	16 721	17 609	18 234	18 621	18 615
Transferts	104 744	109 294	111 496	114 463	119 857
Autres (produits financiers... y compris compte de capital**)	5 588	5 531	6 440	6 017	6 125
Solde	-13 329	-21 706	-10 471	-10 378	-7 642
Solde des régimes d'assurances sociales hors régimes directs et hors Pôle emploi***	-13 678	-21 523	-10 547	-10 149	-7 526

* Emplois et ressources y compris transferts.

** Emplois et ressources du compte de capital disponibles en base 2010 uniquement.

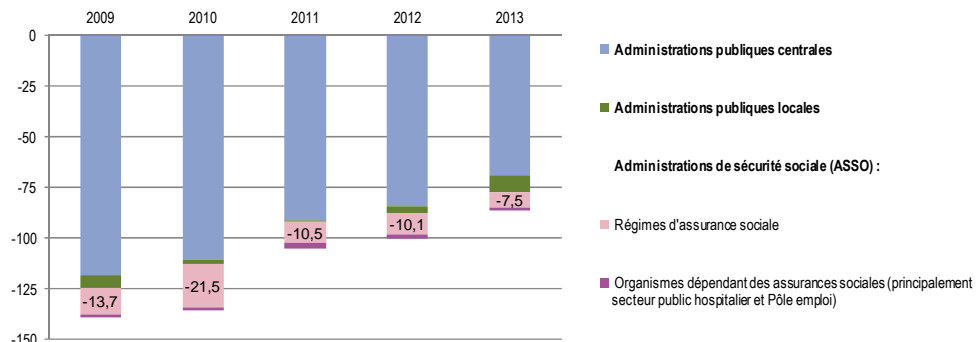
*** Les régimes d'assurance sociale des Comptes de la protection sociale intègrent les régimes directs d'employeurs (hors administrations de Sécurité sociale [ASSO] en Comptes nationaux) et Pôle emploi (organisme dépendant des administrations de Sécurité sociale en Comptes nationaux) et excluent le régime, équilibré, de prestations extra-légales des agents des caisses de Sécurité sociale (cf. fiche A4). En se plaçant donc sur ce champ, le solde correspond exactement au besoin de financement des régimes d'assurance sociale des ASSO en comptabilité nationale.

Note : en bases 2000 et 2005, les prestations hospitalières étaient retracées dans les comptes des régimes financeurs. Les dépenses et recettes du compte de capital n'étaient pas retracées. Ce tableau présente les années 1981 à 2009 en base 2000 et les années 2009 à 2013 en base 2010.

Sources : DREES-CPS, base 2010 (2009-2013), INSEE-CNA (semi-définitif 2013).

C2.3 Du besoin de financement des régimes d'assurance sociale au déficit public français

Montants en milliards d'euros



Sources : INSEE-CNA (semi-définitif 2013).

Les prestations de protection sociale servies par les régimes complémentaires et supplémentaires complètent celles versées par les régimes de base. En 2013, le montant versé au titre des couvertures complémentaire et supplémentaire s'élève à 123,9 milliards d'euros, soit 18,4 % de l'ensemble des prestations de protection sociale. Près des deux tiers de ce montant sont délivrés par les régimes complémentaires obligatoires, qui sont des régimes d'assurance sociale ; le dernier tiers est assuré par les régimes facultatifs de la mutualité, de la prévoyance et des employeurs.

Les régimes complémentaires obligatoires (AGIRC, ARRCO, IRCANTEC, régimes complémentaires de la MSA et du RSI, etc.) ont versé 82,6 milliards d'euros de prestations en 2013 (dont 76,2 milliards au titre des salariés – *tableau C3.1*). Les prestations versées par ces régimes sont principalement des pensions de retraite complémentaire et couvrent de ce fait quasi-exclusivement le risque vieillesse-survie. Le risque invalidité est également représenté mais pour des montants assez marginaux (0,4 milliard d'euros, pour les régimes des non-salariés).

Les régimes de la mutualité et de la prévoyance (hors compagnies d'assurances – *encadré*) ont versé 27,4 milliards d'euros de prestations en 2013 (17,1 milliards par les mutuelles et 10,2 milliards par les institutions de prévoyance). Elles ont été principalement versées au titre du risque santé sous la forme de remboursements de frais médicaux (complémentaire santé – 23,6 milliards) ; ces régimes interviennent également en matière de couverture vieillesse-survie (3,8 milliards d'euros). Au sein du risque santé, l'activité des institutions de prévoyance (maladie, invalidité et, dans une moindre mesure, accidents du travail) est un peu plus diversifiée que celle des mutuelles, lesquelles couvrent essentiellement le risque maladie (*éclairage* « *Les garanties offertes par les organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux* »).

Les régimes extra-légaux d'employeurs recouvrent les prestations de protection sociale versées directement par les employeurs. Elles sont liées aux conventions collectives ou aux accords d'entreprise issus de négociations entre employeurs et salariés. À ce titre, 13,8 milliards d'euros de prestations ont été versés par les employeurs, principalement en couverture des risques santé (complément aux indemnités journalières pour le maintien du salaire...), famille (suppléments familiaux de rémunération, prestations liées à la garde d'enfants...), emploi et secondairement sur le risque vieillesse-survie. Leur champ d'action est ainsi très différent de celui des autres régimes complémentaires.

La part de la couverture complémentaire et supplémentaire dans l'ensemble de la protection sociale est stable depuis plusieurs années

Entre 2009 et 2013, les prestations de protection sociale complémentaire et supplémentaire ont augmenté de

3,4 % en moyenne annuelle (*tableau C3.2*). Sur cette période, ce sont les prestations des régimes complémentaires obligatoires des non-salariés qui ont le plus progressé (5,8 % en moyenne annuelle). À l'inverse, les prestations des régimes extra-légaux d'employeurs ont connu la hausse la plus modérée (1,7 % en moyenne annuelle).

Rapportée à l'ensemble de la protection sociale, la couverture complémentaire et supplémentaire est assez stable depuis quelques années, passant de 18,2 % des prestations versées en 2009 à 18,4 % en 2013.

Près de 70 % des ressources des régimes de la mutualité et de la prévoyance sont reversées sous forme de prestations de protection sociale

Les ressources des mutuelles et des institutions de prévoyance se composent principalement des cotisations des adhérents et des produits financiers issus de leurs placements. Ces ressources permettent d'assurer le versement de prestations de protection sociale aux assurés, de payer les frais de fonctionnement des organismes (charges de gestion) et d'acquitter d'autres dépenses (impôts, transferts, intérêts, etc.). Le solde (ressources nettes des charges) correspond en comptabilité nationale à la capacité (ou au besoin) de financement des organismes.

Pour les mutuelles comme pour les institutions de prévoyance, environ 70 % des ressources sont reversées sous forme de prestations de protection sociale aux assurés (*tableau C3.3*). En 2013, les frais de fonctionnement des mutuelles représentent 21 % de leurs ressources. Les institutions de prévoyance, qui proposent majoritairement des contrats collectifs, ouverts et gérés en collaboration avec les entreprises, ont des frais de fonctionnement plus réduits (15 % de leurs ressources en 2013). La capacité de financement des régimes de la mutualité et de la prévoyance représente, en 2013, 2 à 3 % de leurs ressources.

LA MUTUALITÉ ET LA PREVOYANCE DANS LES COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE

Les régimes de la mutualité et de la prévoyance regroupent les mutuelles (relevant du Livre II du code de la mutualité) et les institutions de prévoyance (relevant du code de la Sécurité sociale). Ce champ exclut les prestations versées, sur le champ des risques sociaux, par les compagnies d'assurance (relevant du code des assurances). En effet, en comptabilité nationale, ces prestations ne sont pas qualifiées de protection sociale (*cf. annexe 1*). Elles s'élèvent en 2013 à 22,3 milliards d'euros (*éclairage* « *Les garanties offertes par les organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux* »)

C3.1 Ventilation par risque des prestations de protection sociale complémentaire et supplémentaire en 2013

En millions d'euros

	Complémentaires obligatoires		Complémentaires et supplémentaires facultatives			Ensemble complémentaires et supplémentaires
	Salariés	Non-salariés	Mutualité	Prévoyance	Employeurs	
Santé	2	445	15 262	8 297	4 929	28 935
Maladie	0	0	15 063	6 723	3 701	25 487
Invalidité	0	445	156	1 478	72	2 151
Accidents du travail	2	0	42	96	1 157	1 297
Vieillesse-survie	76 235	5 953	1 865	1 917	1 835	87 804
Vieillesse	65 221	4 972	1 440	800	1 835	74 268
Survie	11 014	980	425	1 116	0	13 536
Maternité-famille	0	0	9	1	3 618	3 627
Maternité	0	0	2	1	0	3
Famille	0	0	7	0	3 618	3 624
Emploi (chômage uniquement)	0	0	6	32	3 401	3 439
Logement	0	0	0	0	5	5
Pauvreté-exclusion	0	0	0	0	46	46
Ensemble des prestations	76 236	6 398	17 141	10 247	13 834	123 856

Sources : DREES-CPS, base 2010.

C3.2 Les prestations de protection sociale complémentaire et supplémentaire entre 2009 et 2013

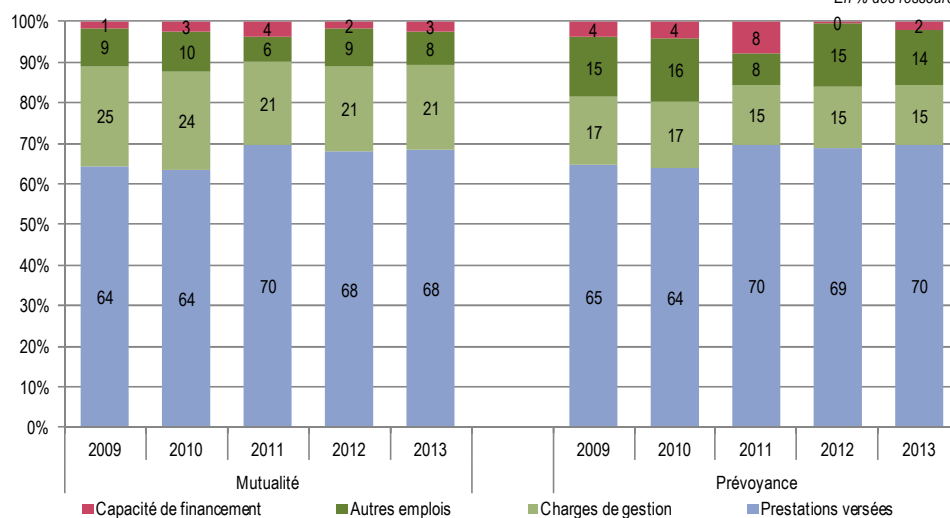
Montants en millions d'euros, évolutions en moyenne annuelle en %

	2009	2010	2011	2012	2013	13/12	13/09
Régimes complémentaires obligatoires	71 215	74 362	77 165	79 996	82 634	3,3	3,8
Salariés	66 116	68 945	71 416	73 934	76 236	3,1	3,6
Non-salariés	5 099	5 417	5 748	6 062	6 398	5,5	5,8
Régimes complémentaires facultatifs	37 041	38 387	38 985	40 243	41 222	2,4	2,7
Mutualité	15 710	16 322	16 487	16 909	17 141	1,4	2,2
Prévoyance	8 417	8 728	9 240	9 590	10 247	6,9	5,0
Employeurs (prestations ex tra-légales)	12 915	13 337	13 258	13 744	13 834	0,7	1,7
Ensemble des régimes complémentaires	108 257	112 749	116 149	120 239	123 856	3,0	3,4

Sources : DREES-CPS, base 2010.

C3.3 Part des différents emplois dans les ressources des régimes de la mutualité et de la prévoyance

En % des ressources



Note : en 2011, la « contribution CMU-C » a été remplacée par la « taxe CMU-C », toutes deux collectées au profit du fonds de financement de la CMU. Avant 2011, les cotisations incluait cette contribution tandis que, depuis 2011, elles excluent la taxe, ce qui explique la rupture de série intervenue cette année-là.

Lecture : en 2013, 68 % des ressources des mutuelles sont reversées sous forme de prestations.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics versent 9,4 % des prestations de protection sociale¹. Les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) assurent, *via* les transferts qu'elles reçoivent, 3,3 % des prestations de protection sociale. Au total, les prestations versées par ces régimes et institutions représentent 85,5 milliards d'euros en 2013.

Les prestations versées par les **régimes d'intervention sociale de l'administration centrale** (principalement l'État, mais également les organismes divers d'administration centrale [ODAC]) représentent 33,1 milliards d'euros en 2013, soit 1,6 % du PIB (*graphique C4.1.a*).

Les prestations versées par les **régimes d'intervention sociale des administrations publiques locales** sont quasiment du même ordre : 30,0 milliards d'euros, soit 1,4 point de PIB (*graphique C4.1.b*). 73 % de ces prestations sont assurées par les départements, 22 % par les communes et 4 % par les régions.

Enfin, **les ISBLSM** servent le quart des prestations des régimes d'intervention sociale. Ces prestations s'élèvent à 22,4 milliards d'euros, soit 1,1 point de PIB (*graphique C4.1.c*). Elles sont financées à hauteur de 53 % par des transferts des départements et de 44 % par des transferts des régimes d'assurance sociale.

Montée en charge des administrations publiques locales

Depuis le début des années 2000, les dépenses des administrations publiques locales se sont accrues au détriment de celles de l'État. Cela fait suite notamment au transfert aux départements des dépenses au titre du revenu minimum d'insertion (RMI), remplacé ensuite par le revenu de solidarité active² (RSA), et à la montée en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dont les départements assurent les deux tiers du financement (le reste étant financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). En revanche, les départements se sont vu retirer leurs prérogatives en matière d'aide médicale en 2000, lors de la création de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Primauté des prestations d'assistance

Les prestations des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics et des ISBLSM sont principalement des prestations d'assistance. Ces régimes interviennent en effet envers des personnes mal couvertes par les régimes d'assurance sociale. Ainsi, la majorité de leurs prestations sont versées sous conditions de ressources, à l'exception notable de celles liées au handicap et à la

dépendance. Elles concernent tous les risques sauf la maternité.

La maladie est prise en charge par le fonds CMU au titre de la CMU-C et par l'État au titre de l'aide médicale d'État (AME).

Au titre des risques invalidité et accidents du travail-maladie professionnelle, l'État et les organismes divers d'administration centrale (ODAC) versent notamment l'allocation aux adultes handicapés (AAH), les pensions militaires d'invalidité et la garantie de ressources aux travailleurs handicapés (GRTH). Les départements servent principalement la prestation de compensation du handicap (PCH) qui remplace progressivement l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Les ISBLSM gèrent l'hébergement, l'accueil et l'accompagnement des enfants et des adultes handicapés, ainsi que les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Au sein du risque vieillesse, la couverture de la perte d'autonomie des personnes âgées relève presque exclusivement des départements, qui servent l'APA, (gérée par les départements mais dont un tiers est financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) mais aussi l'hébergement en établissement des personnes âgées dépendantes les plus démunies *via* notamment l'aide sociale à l'hébergement (ASH). L'État intervient dans le risque vieillesse-survie au titre des retraites du combattant et des réversions de pensions militaires d'invalidité.

La famille est prise en charge par les communes pour l'accueil des jeunes enfants et par les départements et les ISBLSM au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE). L'État et les régions versent des bourses d'études.

Le risque emploi est couvert par le Fonds de solidarité (pour les prestations chômage versées au titre de la solidarité nationale) et par les régions pour les stages de formation professionnelle.

Au titre du risque logement, l'aide personnalisée au logement (APL) et l'allocation de logement à caractère social (ALS) sont des prestations sous conditions de ressources gérées par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et financées par l'État (précisément par le Fonds national d'aide au logement).

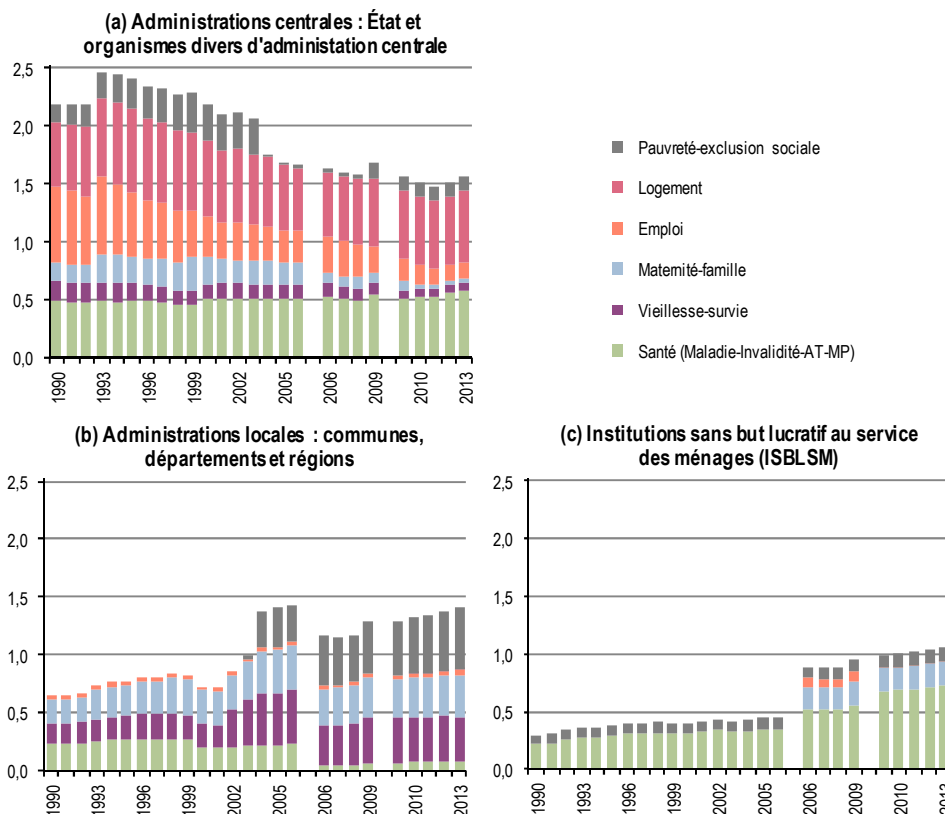
L'intervention pour le risque pauvreté-exclusion sociale est composée essentiellement du RSA, des prestations des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS) et de l'accueil et de l'hébergement, par les ISBLSM, des personnes en difficulté sociale.

1 Outre ces prestations sociales, les administrations publiques centrales et locales effectuent aussi des transferts sociaux *via* des crédits ou réductions d'impôts. Ces transferts ne rentrent pas dans le champ strict de la protection sociale et ne sont donc pas comptabilisés ici. Par ailleurs, les administrations publiques centrales et locales versent également des prestations sociales en tant qu'employeur (pensions civiles et militaire, etc.), ces prestations ne sont pas comptabilisées ici mais au sein des régimes d'assurance sociale.

2 Hors RSA activité et prime de Noël, qui restent imputés sur le budget de l'État.

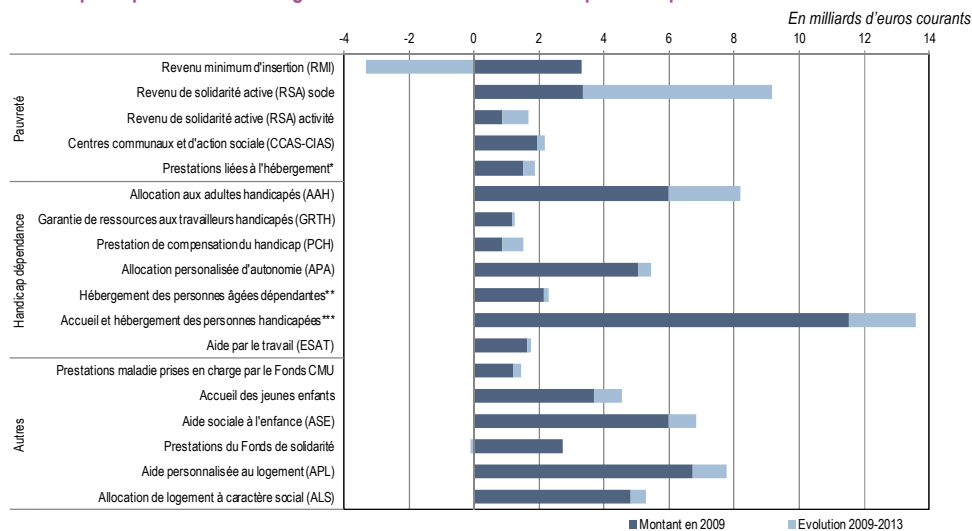
C4.1 Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics et des ISBLSM

En % du PIB



Sources : DREES-CPS, base 2000 (1990-2006), base 2005 (2006-2009) et base 2010 (2009-2013), INSEE-CNA, base 2010.

C4.2 Principales prestations des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics et des ISBLSM



* Notamment les centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

** Dont l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

*** Y compris les prestations médico-sociales financées par des transferts de l'Assurance maladie.

Note : ne sont présentées ici que les principales prestations versées par les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics et des ISBLSM.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

Du secteur public hospitalier au régime d'intervention sociale des hôpitaux publics

Le régime d'intervention sociale des hôpitaux publics¹ retrace exclusivement les postes qui correspondent aux prestations du secteur public hospitalier et à leur financement. Il exclut donc certains éléments du compte du secteur public hospitalier (*schéma C5.1*) :

- les activités d'enseignement, retracées dans les budgets annexes des instituts de formation de soins infirmiers (FSI), qui ne correspondent pas à un risque social mais à la branche éducation ;
- les activités médico-sociales des maisons de retraite, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Celles-ci sont retracées dans les prestations de leur régime financeur (CNAMTS, CNSA, etc.).

Le besoin de financement du régime d'intervention sociale des pouvoirs publics se réduit en 2013

Sur l'ensemble de la période 2009-2013 étudiée :

- les prestations de soins du secteur public hospitalier représentent plus de 95 % des emplois des hôpitaux ;
- les transferts versés aux hôpitaux par les régimes d'assurance sociale et les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics représentent, quant à eux, près de 98 % des ressources.

Hormis ces deux postes de dépenses, l'évolution du solde du régime dépend principalement de celle du solde de son compte de capital (*tableau C5.2*).

En 2010 et 2011, les prestations de protection sociale et les transferts reçus par les hôpitaux évoluent tous deux au même rythme (+1,8 % en 2010 et +2,3 % en 2011). L'année 2010 est cependant marquée par une baisse significative du solde du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics (-1,4 milliard d'euros, après -0,6 milliard en 2009). Cette augmentation du déficit est à rapprocher de la dégradation du solde du compte de capital, en lien avec une forte hausse des investissements hospitaliers.

En 2011, en l'absence de forte variation du compte de capital, le solde du régime se stabilise autour de -1,5 milliard d'euros.

En 2012, le rythme de progression des prestations devient plus élevé que celui des transferts reçus par les hôpitaux (+2,6 % contre +2,2 %). L'accélération de la croissance des prestations est proche de celle de l'activité hospitalière. En effet, le volume des séjours, des actes et des consultations externes croît de +3,3 % en 2012² après +3,0 % en 2011. Le différentiel de croissance des prestations et des transferts reçus se traduit par une nouvelle dégradation du déficit, qui atteint 1,7 milliard d'euros en 2012.

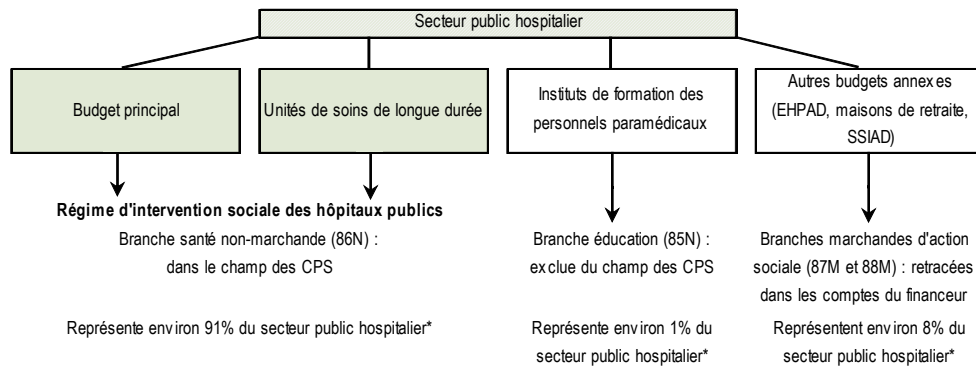
En 2013, l'écart entre le rythme de progression des prestations (62,4 milliards d'euros, soit +2,9 %) et des transferts (62,1 milliards, +1,6 %) continue de se creuser. L'augmentation du rythme de croissance des prestations est en partie due à la hausse significative des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux à l'hôpital (+8,9 %³, après +3,4 % en 2012). Cet écart entre les rythmes de croissance des prestations et des transferts joue à la baisse sur le solde du régime, mais il est plus que compensé par l'amélioration du solde du compte de capital (-0,5 milliard d'euros en 2013, après -1,4 milliard en 2012) liée à une diminution des investissements hospitaliers. Au total, le déficit du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics se réduit en 2013 de près de 30 % pour atteindre 1,2 milliard d'euros.

Proches de 1 milliard d'euros, les prestations des unités de soins de longue durée (USLD) du secteur public hospitalier augmentent, quant à elles, d'environ +1,9 % en 2013 après +3,0 % en 2011 et 2012. En 2010, ces prestations avaient diminué de 18,7 % en raison du mouvement de transformation d'un grand nombre d'USLD en EHPAD, initié en 2006 et qui s'était accentué en 2009 et 2010 du fait de l'application de la circulaire de novembre 2008⁴.

En comptabilité nationale, les prestations de soins délivrés à l'hôpital public (hors hôpitaux militaires) sont considérées comme versées aux ménages par les établissements et financées par un transfert en provenance des régimes de Sécurité sociale et de l'État. Ces prestations sont égales à la production non marchande diminuée des paiements partiels laissée à la charge des ménages et des organismes complémentaires, la production non marchande étant évaluée au coût de leurs facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, etc.).
C'est également ce concept qui est retenu dans les Comptes nationaux de la santé (CNS).

1 Ce secteur regroupe les hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires) ainsi que les établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale (ESPIC ex-DG). Sont exclues les « cliniques privées ».
2 Cette évolution et celle des années suivantes sont reprises des rapports annuels de l'ATIH sur l'analyse de l'activité hospitalière.
3 De nombreuses inscriptions ont été réalisées à la liste en sus des médicaments et quatre molécules importantes en termes de masses financières ont fait l'objet d'une extension d'indication en 2013.
4 Circulaire n° 2008/340 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité sociale qui redéfinit les USLD et demande aux établissements de partitionner les capacités d'accueil et les crédits.

C5.1 Périmètre du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics dans les Comptes de la protection sociale



* En % du secteur public hospitalier en termes de masses financières (aussi bien en emplois qu'en ressources).

Note : le compte du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics ne retrace qu'une partie de l'activité des hôpitaux, celle relative exclusivement à la production de soins effectuée par les budgets principaux et par les unités de soins de longue durée des hôpitaux. Il ne retrace pas les activités relatives à l'enseignement, ni celles relatives au médico-social (retracées par ailleurs dans les comptes des régimes financeurs). Pour plus de détails, cf. annexe 3 du rapport « La protection sociale en France et en Europe en 2012 », *Études et statistiques*, DREES, juillet 2014. EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

C5.2 Le compte du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics de 2009 à 2013

Montants en millions d'euros et évolutions en %

	2009	2010	2011	2012	2013	Évolution				
						10/09	11/10	12/11	13/12	TCAM 13/09
Total des emplois	59 028	60 679	62 214	64 067	64 924	2,8	2,5	3,0	1,3	2,4
Prestations de protection sociale	56 807	57 826	59 128	60 638	62 401	1,8	2,3	2,6	2,9	2,4
Soins du secteur public hospitalier	55 683	56 913	58 186	59 669	61 413	2,2	2,2	2,5	2,9	2,5
Soins en USLD du secteur public hospitalier	1 124	914	942	970	988	-18,7	3,1	3,0	1,9	-3,2
Compte de capital*	942	1 528	1 755	1 845	1 036	62,2	14,8	5,1	-43,8	2,4
Autres emplois**	1 279	1 324	1 331	1 584	1 488	3,5	0,5	19,0	-6,1	3,9
Total des ressources	58 437	59 277	60 758	62 326	63 675	1,4	2,5	2,6	2,2	2,2
Transferts reçus des régimes d'assurance sociale et des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	57 420	58 450	59 811	61 118	62 126	1,8	2,3	2,2	1,6	2,0
Compte de capital*	504	344	413	454	578	-31,6	19,9	10,0	27,3	3,5
Autres ressources**	513	483	534	754	971	-5,9	10,6	41,2	28,7	17,3
Solde du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	-591	-1 402	-1 456	-1 741	-1 250	+++	3,9	19,6	-28,2	20,6
<i>Solde du secteur public hospitalier</i>	<i>-776</i>	<i>-1 062</i>	<i>-1 958</i>	<i>-2 375</i>	<i>-1 494</i>	<i>36,9</i>	<i>84,4</i>	<i>21,3</i>	<i>-37,1</i>	<i>17,8</i>

* En emplois, le compte de capital retrace les investissements hospitaliers nets des amortissements, qui comprennent notamment la formation brute de capital fixe (FBCF). En ressources, le compte de capital retrace notamment les aides à l'investissement.

** Le poste « autres emplois » retrace notamment les primes d'assurance, les transferts des hôpitaux aux administrations publiques, les frais financiers et les subventions. Le poste « autres ressources » recouvre notamment les produits financiers et les indemnités d'assurance.

Lecture : le régime d'intervention sociale des hôpitaux publics a versé 62,4 milliards d'euros de prestations en 2013. Son besoin de financement est de 1,25 milliard d'euros, soit 84 % du besoin de financement de l'ensemble du secteur public hospitalier (1,5 milliard d'euros).

Notes : le compte du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics, intégré aux Comptes de la protection sociale en base 2010, se limite, suivant la méthodologie de ces comptes, à la description des prestations et de leur financement, ce qui exclut les ventes et paiements partiels, à la fois en emplois et en ressources.

L'ajout du compte de capital aux Comptes de la protection sociale (annexe 3) permet désormais de présenter le compte complet du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics.

USLD : unités de soins longue durée.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

D. Couverture des risques par la protection sociale en France

En 2013, le montant des prestations de protection sociale versées s'élève à 672,0 milliards d'euros, soit 31,7 % du PIB (après 652,5 milliards en 2012, soit 31,3 % du PIB).

Ce montant recouvre les prestations sociales versées en espèces et en nature. En revanche, les exemptions, exonérations, crédits d'impôts et autres prestations fiscales sont exclus du champ des Comptes de la protection sociale (*fiche A6*).

Les prestations sont réparties en six grands risques sociaux dans les Comptes de la protection sociale. Les risques santé (232,8 milliards d'euros, *fiches D2, D3 et D4*) et vieillesse-survie (307,5 milliards d'euros, *fiche D5*) représentent respectivement 34,6 % et 45,8 % des prestations totales, soit à eux deux environ 25 % du PIB. Les risques maternité-famille (*fiche D6*) et emploi (*fiche D7*) représentent respectivement 8,4 % et 6,1 % des prestations de protection sociale. Enfin, les risques logement et pauvreté-exclusion sociale (*fiches D8 et D9*) représentent à eux deux 5,1 % des prestations. Ces risques sont eux-mêmes subdivisés en plusieurs composantes (*graphique D1.1*).

En 2013, l'ensemble des prestations progressent à un rythme moins dynamique

Les prestations de protection sociale progressent de +3,0 % en 2013, après +3,3 % en 2012.

Après une forte croissance au début des années 2000, les prestations de **santé** progressent à un rythme plus modéré depuis 2005 en raison notamment de la mise en œuvre des mesures de maîtrise médicalisée. En 2013, les prestations du risque **maladie**, principale composante du risque santé, augmentent de 2,7 %, en légère hausse par rapport à 2012 (+2,6 %) compte tenu notamment d'un contexte épidémique moins favorable en 2013. Les prestations du risque **invalidité** et **accidents du travail et maladies professionnelles** évoluent respectivement de 3,5 % et -1,4 % en 2013.

Les prestations du risque **vieillesse-survie** progressent à un rythme moins élevé qu'en 2012 (+3,1 % en 2013 après +3,5 %). Cette décélération tient notamment à la moindre revalorisation des pensions qui n'est que partiellement compensée par le dynamisme des départs à la retraite.

Les dépenses liées à la **maternité** progressent de 1,5 % en 2013 ; celles afférentes à la **famille** augmentent de 2,2 % : aucune mesure législative n'a un fort impact sur le risque famille en 2013, contrairement à 2012 (+3,4 %).

Les prestations relevant du risque **emploi** augmentent de 3,8 %. Parmi elles, les dépenses versées au titre du chômage progressent de +4,5 % en lien avec l'accroissement du taux de chômage (+0,5 point au sens du Bureau international du travail (BIT) en moyenne annuelle entre 2012 et 2013). À l'inverse, les prestations au titre de l'insertion et de la réinsertion professionnelle diminuent de 3,3 % par rapport à 2012.

Les prestations du risque **logement** progressent de 3,6 %, soit un rythme plus élevé que sur les dernières années (+2,1 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2012) compte tenu notamment d'une revalorisation des barèmes d'aide au logement plus élevée en 2013 (+2,15 %) que sur la période 2009-2012 (notamment, +1,1 % en 2011 et +1,0 % en 2012).

Enfin, les dépenses du risque **pauvreté-exclusion sociale** progressent de 6,6 % (après +3,7 % en 2012). Cette accélération tient notamment aux effets du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013 qui instaure une revalorisation de 10 % du RSA socle sur 5 ans, mais aussi à l'augmentation du nombre de bénéficiaires du RSA.

Une part croissante dans le PIB sur le long terme

En plus de 50 ans, les prestations ont progressé de 17 points de PIB (*graphique D1.2*). L'essentiel de cette croissance est imputable aux prestations des risques santé et vieillesse-survie.

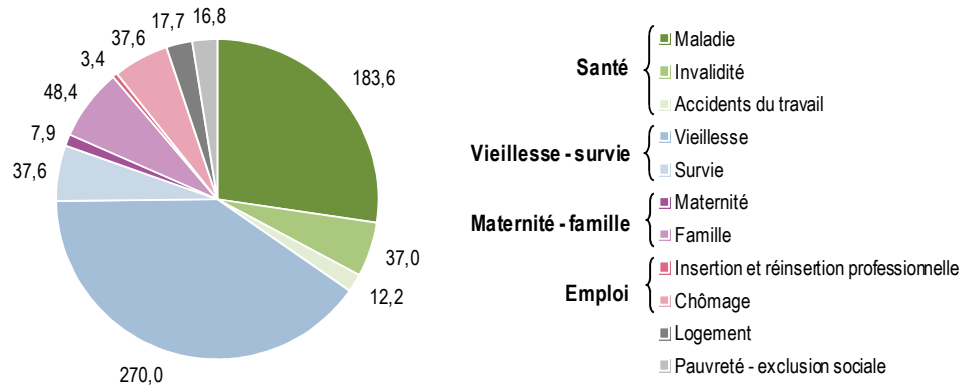
En effet, la part des dépenses du risque santé passe de moins de 5 % du PIB en 1959 à 11,0 % en 2013. Cette évolution est notamment à rapprocher des effets combinés de l'élargissement progressif de la population couverte par la Sécurité sociale, de l'amélioration de la qualité et de la diversification des soins délivrés.

De même, la part des dépenses du risque vieillesse-survie passe de 5 % du PIB en 1959 à 14,5 % du PIB en 2013. Cette progression est le résultat d'une volonté d'élargir progressivement la population couverte et les droits accordés. À partir des années 1990, le vieillissement de la population et le contexte économique moins favorable conduisent à la mise en œuvre de réformes importantes dans le but de contenir les dépenses afin de pérenniser le système. Ainsi, la progression en moyenne annuelle de la dépense de ce risque passe d'environ 13 % sur la période 1959-1992 à légèrement plus de 4 % par an entre 1992 et 2013.

Les prestations des risques emploi et pauvreté ont connu la plus forte croissance en cinquante ans, traduisant l'augmentation des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

D1.1 Répartition des dépenses de protection sociale par risque en 2013

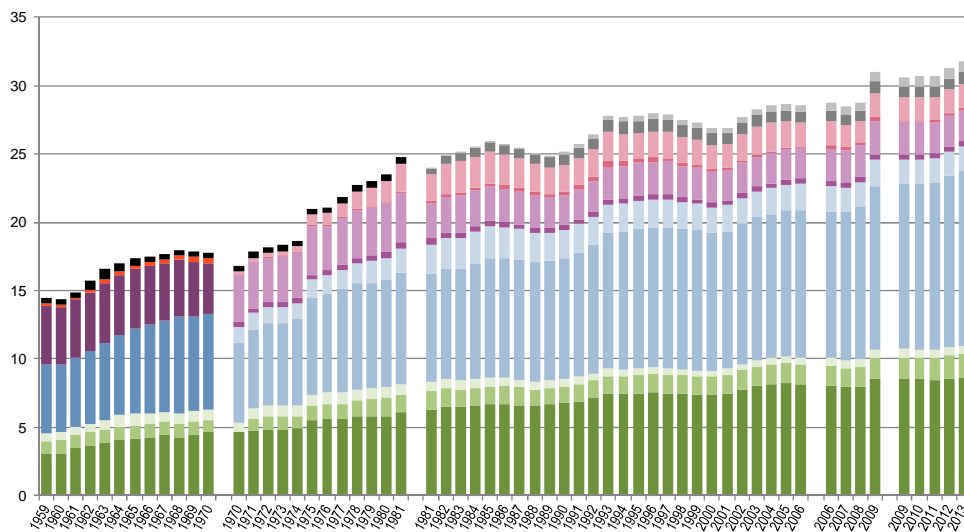
En milliards d'euros



Sources : DREES-CPS, base 2010.

D1.2 Évolution de la structure par risque de la protection sociale

En % du PIB



Note : les ruptures de séries ont été mises en évidence, car elles affectent les délimitations entre les risques. Les risques vieillesse et survie, maternité et famille, insertion-réinsertion professionnelle et chômage sont confondus jusqu'en 1970. Les risques logement et pauvreté-exclusion sociale sont confondus jusqu'en 1981.

La légende est identique celle du graphique D1.1 ci-dessus.

Sources : DREES-CPS, base 1970 (1959-1970 et 1970-1981), base 2000 (1981-2006), base 2005 (2006-2009) et base 2010 (2009-2013), INSEE-CNA, base 2010.

Les dépenses du risque maladie s'élèvent à 183,6 milliards d'euros en 2013, soit 8,7 % du PIB (*tableau D2.1*). Ces dépenses sont constituées :

- des soins pris en charge par l'Assurance maladie et par l'État, délivrés en ville et en établissements de santé, qui s'élèvent à 139,3 milliards d'euros ;
- des soins pris en charge par d'autres acteurs (fonds CMU, mutuelles, institutions de prévoyance et CAMIEG), qui représentent 21,5 milliards d'euros ;
- des prestations médico-sociales en direction notamment des personnes âgées¹ et des personnes toxicomanes ou alcooliques pour 9,5 milliards d'euros ;
- des dépenses au titre du remplacement temporaire de revenu (indemnités journalières, etc. – 9,0 milliards d'euros) ;
- des autres prestations (prestations extra-légales d'employeur, prestations de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux [ONIAM], actions de prévention, action sociale des caisses, etc.), qui s'élèvent à 4,3 milliards d'euros.

85 % de la dépense est gérée par les régimes d'assurance sociale et le secteur public hospitalier

Les régimes d'assurance sociale et du secteur public hospitalier sont les principaux verseurs des prestations relevant du risque maladie, avec 85 % du total (*tableau D2.2*).

Les mutuelles et institutions de prévoyance² occupent une place croissante dans le financement des dépenses du risque maladie. Leur part s'est accrue de plus de 3 points entre 1990 et 2013, pour s'établir à 12 %.

Enfin, la part prise en charge par les régimes d'employeurs, par l'État et le fonds CMU (3,0 % en 2013) est stable depuis 2009.

Une hausse des dépenses du risque maladie inférieure à 3 % depuis quatre ans

Depuis le début des années 1990, la part des dépenses de soins – au sens des Comptes de la protection sociale – dans le PIB a augmenté de 1,8 point, passant de 6,2 à 8,0 % entre 1990 et 2013. Après une stabilité entre 2009 et 2012, la part de ces dépenses dans le PIB s'accroît de nouveau de 0,1 point en 2013. En effet, les dépenses

relatives au risque maladie augmentent de 2,7 % en 2013, soit un rythme de croissance certes comparable à celui de 2012 (+2,6 %) mais sensiblement plus rapide que celui du PIB en prix courant (+1,4 %). Si l'exercice 2013 continue de bénéficier de bons résultats en matière de maîtrise médicalisée, le contexte épidémique apparaît moins favorable qu'en 2012. En effet, après une année 2012 marquée par une épidémie de grippe de faible intensité, l'épidémie de 2013 a été particulièrement forte.

Les soins pris en charge par l'Assurance maladie et par l'État, qui représentent plus de 75 % de la dépense de ce risque et contribuent à une part équivalente de sa croissance globale (*graphique D2.4*), ont progressé de +2,7 % en 2013, après +2,5 % en 2012. Parmi ceux-ci, les prestations de soins effectuées à l'hôpital et en ville ont augmenté de respectivement 3,0 % et 2,3 % en 2013 (soit un peu plus vite que les taux de +2,5 % et +2,1 % constatés en 2012).

Les soins de santé complémentaires progressent également un peu plus vite en 2013 (+3,1 %, contre +2,6 % en 2012), en raison notamment de la forte hausse des prestations maladie prises en charge par le fonds CMU (+17,5 % en 2013, contre +2,3 % en 2012). Cela s'explique par l'augmentation du nombre de bénéficiaires de cette aide, induite à la fois par la revalorisation exceptionnelle du plafond d'attribution de la CMU-C³ et par le contexte de crise économique. Ce poste explique 13,3 % de l'évolution globale du risque maladie en 2013.

Les prestations médico-sociales, qui contribuent à hauteur de 7,8 % à l'augmentation globale, sont en hausse de 4,2 % (après +4,1 % en 2012). En leur sein, les dépenses liées aux établissements pour personnes âgées, dépendantes ou non (EHPA et EHPAD), qui représentent près de 78 % de ce poste, continuent de progresser au même rythme qu'en 2012 (+4,0 %).

Les dépenses liées aux indemnités journalières de maladie augmentent de +0,4 % en 2013, après une baisse de 0,3 % en 2012. Cette dynamique, sensiblement inférieure à celle observée les années précédentes, est le résultat de deux effets antagonistes.

- La dégradation du marché du travail ces dernières années tend à diminuer les dépenses liées aux indemnités journalières (IJ).
- À l'inverse, le contexte épidémiologique, défavorable en 2013, joue à la hausse.

1 Les prestations médico-sociales en faveur des personnes handicapées sont classées en santé au sein du risque invalidité (*fiche D3*).

2 Hors sociétés d'assurance, non prises en compte dans les Comptes de protection sociale, par cohérence avec les conventions de comptabilité nationale (*fiche C3*). Au total, les organismes complémentaires participent pour 13,8 % au financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dont 3,9 % pour les sociétés d'assurance, 7,3 % pour les mutuelles et 2,6 % pour les institutions de prévoyance (DREES, *Comptes de la santé 2013*).

3 Au 1^{er} juillet 2013, le plafond d'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a été revalorisé de 8,3 % : 1,3 % au titre de l'inflation et 7,0 % au titre d'une revalorisation exceptionnelle.

D2.1 Montant et évolution des dépenses du risque maladie par grand poste

	Montants en millions d'euros, évolutions en %					
	2009	2010	2011	2012	2013	13/12
Soins de santé pris en charge par l'Assurance maladie et par l'Etat*	126 474	129 079	132 303	135 567	139 288	2,7
Soins de santé complémentaires**	19 015	19 722	20 292	20 829	21 483	3,1
Prestations médico-sociales (hors personnes handicapées)	7 671	8 385	8 768	9 123	9 505	4,2
<i>dont EHPA et EHPAD</i>	5 939	6 556	6 845	7 109	7 393	4,0
<i>dont Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)</i>	1 268	1 290	1 352	1 435	1 493	4,0
Remplacement temporaire de revenu***	8 084	8 447	8 662	8 854	9 037	2,1
<i>dont indemnités journalières (IJ)</i>	6 354	6 672	6 806	6 786	6 813	0,4
Autres prestations santé****	4 274	4 345	4 213	4 345	4 318	-0,6
Total	165 518	169 979	174 238	178 719	183 631	2,7

* Les soins de santé recouvrent ici à la fois les soins effectués en ville et ceux effectués en établissement de santé.

** Soins de santé pris en charge par les mutuelles, les institutions de prévoyance, la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et le fonds CMU.

*** En sus des IJ maladie, ce poste est composé des congés maladie de longue durée des agents de l'État et des maintiens de salaire et compléments d'indemnités journalières des mutuelles et institutions de prévoyance.

**** Comprend les prestations extra-légales d'employeurs, les actions de prévention et l'action sociale des caisses, les indemnités de l'ONIAM...

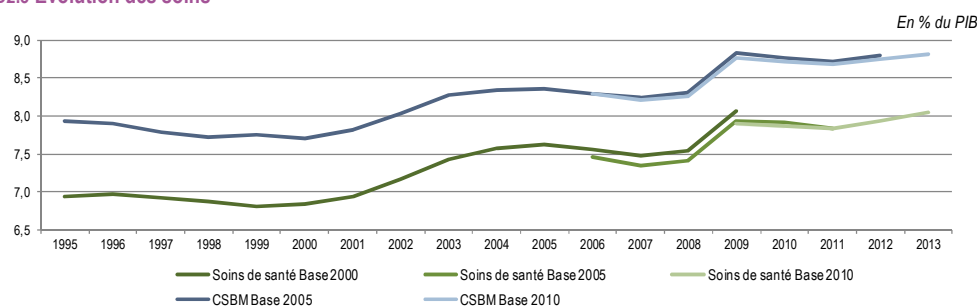
Sources : DREES-CPS, base 2010.

D2.2 Part des différents régimes dans le risque maladie

	En %				
	2009	2010	2011	2012	2013
Régimes d'assurance sociale et régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	85,4	85,2	85,3	85,2	85,1
Régimes d'assurance sociale (hors hôpitaux public)	52,8	52,9	52,9	52,9	52,7
<i>Régime général</i>	43,8	44,1	44,1	44,2	44,1
<i>Autres régimes et fonds spéciaux</i>	8,7	8,6	8,5	8,4	8,3
<i>Régimes directs d'employeurs</i>	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	32,6	32,3	32,4	32,3	32,4
Régimes des prestations extra-légales d'employeurs	2,1	2,1	2,0	2,1	2,0
Régimes de la mutualité et de la prévoyance	11,5	11,7	11,8	11,9	11,9
Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : DREES-CPS, base 2010.

D2.3 Évolution des soins

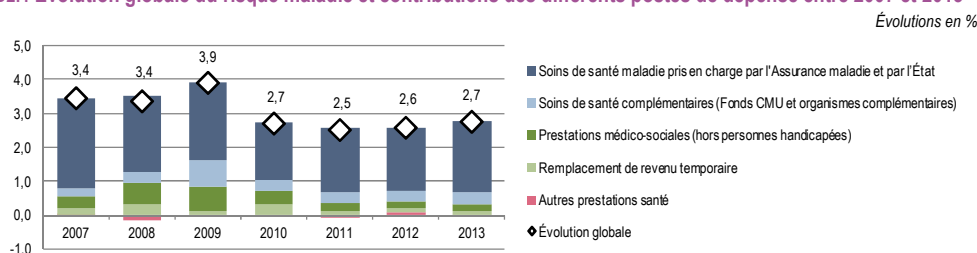


Note : les soins se composent de l'ensemble des dépenses du risque maladie des Comptes de la protection sociale hormis les postes « remplacement de revenu temporaire » et « autres prestations santé ». Cet agrégat est retenu afin de se rapprocher du champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) des Comptes de la santé qui ne retrace notamment pas les indemnités journalières (*annexe 1 et Comptes nationaux de la santé 2013 - édition 2014*).

Le ressaut de la part des soins dans le PIB observé en 2009 est pour l'essentiel dû à la contraction exceptionnelle du PIB observée cette année-là.

Sources : DREES-CPS, base 2000 (1995-2009), base 2005 (2006-2011) et base 2010 (2009-2013) et INSEE-CNA, base 2010.

D2.4 Évolution globale du risque maladie et contributions des différents postes de dépense entre 2007 et 2013



Sources : DREES-CPS, base 2005 (2006-2009) et base 2010 (2009-2013).

Les prestations liées au risque invalidité s'élèvent, en 2013, à 37,0 milliards d'euros, soit 1,7 % du PIB.

Une grande diversité d'aides et de financeurs

Les pensions et rentes d'invalidité, de nature contributive et essentiellement versées par les régimes d'assurance sociale, s'élèvent à 9,0 milliards d'euros en 2013 (*tableau D3.1*).

Les prestations de ressources et de compensation du handicap représentent 12,1 milliards d'euros en 2013. Elles sont diverses : allocation adulte handicapé (AAH, y compris ses compléments, 8,2 milliards d'euros), garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH, 1,2 milliard d'euros) et allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), toutes trois versées par l'État et les organismes divers d'administration centrale (ODAC) ; allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et allocation journalière de présence parentale (AJPP), relevant des régimes de Sécurité sociale et enfin pour près de 1,5 milliard d'euros à elles deux, allocation compensatrice pour tierce personne¹ (ACTP) et prestation de compensation du handicap (PCH), servies par les départements.

Les prestations au titre de l'accueil et de l'hébergement des personnes handicapées² (13,6 milliards d'euros) et les dépenses relatives aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT, 1,7 milliard d'euros) sont retracées dans le compte des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM).

Celles-ci assurent au total 41,4 % des prestations du risque invalidité en 2013 (*tableau D3.2*). Les autres acteurs principaux du risque invalidité sont l'État et les ODAC, avec 26,6 % des prestations du risque, et les régimes d'assurance sociale (23,0 %).

Viennent enfin, pour des parts assez comparables, les dépenses prises en charge par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les employeurs à travers les prestations extra-légales (4,6 % de l'ensemble des prestations du risque invalidité) et les actions des collectivités locales (4,3 %).

Le rythme de croissance des dépenses d'invalidité ralentit en 2013

Les prestations liées à l'invalidité augmentent en 2013 de 3,5 % (après +5,7 % en 2012). Cette augmentation est plus faible que la tendance observée ces dernières années (4,6 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2012).

Parmi elles, les montants versés au titre de l'**AAH** augmentent de 5,1 % (après +10,8 % en 2012). Ce ralentissement de la dynamique s'explique à la fois par une progression moins marquée du nombre de bénéficiaires (+2,5 % en 2013, contre 4,2 % en 2012³ – *tableau D3.4*) et par une moindre revalorisation du montant de l'aide en 2012 (+1,75% au 1^{er} septembre 2013 après +2,2 % au 1^{er} avril ainsi qu'au 1^{er} septembre 2012⁴). L'AAH et ses compléments contribuent pour plus de 30 % à la croissance globale du risque invalidité en 2013.

De même, le rythme de progression des **pensions et rentes d'invalidité** décélère en 2013 (+3,1 %, après +7,7 % en 2012). Ce ralentissement tient notamment à la combinaison de deux facteurs :

- le moindre effet du recul de l'âge de la retraite en 2013 qu'en 2012 ; recul qui se traduit depuis la réforme de 2010 à la fois par l'allongement de la durée en invalidité et par l'augmentation du nombre d'invalides (du fait de la prédominance de ce risque chez les travailleurs âgés). Ainsi, le rythme de progression des effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité ralentit en 2013 (+2,8 % en 2013, après +3,1 % en 2012 et 1,2 % en 2011) ;
- la revalorisation des pensions d'invalidité, significativement moins élevée en 2013 (+1,3 % au 1^{er} avril après +2,1 % en 2012), en lien avec une moindre inflation, contribue à la moindre augmentation des montants moyens versés.

Au total, les pensions et rentes d'invalidité contribuent pour près de 20 % à la hausse des dépenses du risque constatée en 2013.

Les dépenses liées à l'**accueil et à l'hébergement en établissements des personnes handicapées** augmentent au même rythme qu'en 2012 (+3,1 %) et contribuent pour plus de 32 % à la croissance globale.

Les prestations versées au titre de la **PCH et de l'ACTP** progressent à un rythme moins élevé qu'en 2012 (+3,4 %, après +4,9 % en 2012). Cette décélération tient notamment à la moindre augmentation du nombre de bénéficiaires (+3,4 % après +4,8 % en 2012) même si la baisse de 10,0 % du nombre de bénéficiaires de l'ACTP est plus que compensée par la hausse des effectifs de la PCH (+7,8 % – *tableau D3.4*).

Enfin, les dépenses relatives à l'**aide par le travail** progressent de 1,6 % en 2013 (après +1,2 % en 2012).

1 À compter de 2006, l'ACTP a été remplacée par la PCH. Elle ne concerne plus que les personnes attributaires avant cette date et ayant choisi de la conserver.

2 Y compris les prestations médico-sociales financées par l'Assurance maladie.

3 En 2012, la croissance du nombre d'allocataires de l'AAH est principalement due aux effets du plan de revalorisation de son montant de 25 % entre 2007 et 2012. En effet, toute augmentation de son montant induit une augmentation des plafonds de ressources y ouvrant droit, et donc une hausse du nombre de personnes éligibles à cette allocation.

4 En 2012, ces deux revalorisations sont intervenues dans le cadre de l'augmentation progressive de 25 % du montant de l'AAH, conformément à l'engagement pris lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008.

D3.1 Montant et évolution de la dépense du risque invalidité par grand poste

Montants en millions d'euros, évolutions en %

	2009	2010	2011	2012	2013	13/12
Pensions et rentes (y compris mutuelles et institutions de prévoyance)	7 692	7 790	8 125	8 749	9 018	3,1
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	5 965	6 446	7 020	7 779	8 178	5,1
Garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH)	1 174	1 158	1 162	1 204	1 249	3,8
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	256	226	237	234	236	0,8
PCH et ACTP des moins de 60 ans	1 139	1 323	1 427	1 497	1 548	3,4
AJPP, APP, AES, AEEH	720	733	773	837	848	1,2
Accueil et hébergement des personnes handicapées*	11 549	12 120	12 830	13 228	13 638	3,1
Aide par le travail (ESAT)	1 648	1 677	1 696	1 717	1 744	1,6
Autres	434	430	493	450	501	11,3
Total	30 577	31 903	33 764	35 696	36 960	3,5

* Y compris prestations médico-sociales financées par l'Assurance maladie.

Note : PCH : prestation de compensation du handicap ; ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; AJPP : allocation journalière de présence parentale ; APP : allocation de présence parentale ; AES : allocation d'éducation spéciale ; AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

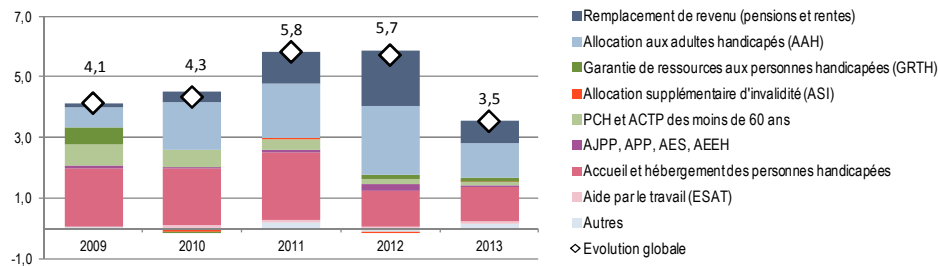
D3.2 Part des différents acteurs dans la gestion du risque invalidité

	En %				
	2009	2010	2011	2012	2013
Régimes d'assurance sociale	24,3	22,9	22,7	23,1	23,0
Régime général	16,7	15,6	15,5	16,2	16,2
Autres régimes obligatoires et fonds spéciaux	6,3	6,1	6,1	5,9	5,9
Régimes directs d'employeurs	1,3	1,2	1,1	1,0	0,9
Régimes des prestations extra-légales d'employeurs	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Régimes de la mutualité et de la prévoyance	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4
Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics : État et ODAC	24,1	25,2	25,6	26,4	26,6
Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics : départements	3,9	4,4	4,5	4,4	4,3
Régime d'intervention sociale des ISBLSM	43,1	42,9	42,7	41,6	41,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : DREES-CPS, base 2010.

D3.3 Évolution globale du risque invalidité et contributions des différents postes de prestations

Évolutions en %



Sources : DREES-CPS, base 2005 (2008-2009) et base 2010 (2009-2013).

D3.4 Effectifs de bénéficiaires des principales prestations liées au risque invalidité

Effectifs en milliers, évolutions en %

	2009	2010	2011	2012	2013 (p)	13/12
Pensions d'invalidité***	866	869	879	907	933	2,8
Allocation pour adultes handicapés (AAH)	883	915	957	997	1 022	2,5
Complément d'AAH*	194	198	204	210	214	1,7
PCH moins de 60 ans**	101	128	151	167	180	7,8
ACTP moins de 60 ans**	78	70	65	60	54	-10,0
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	167	176	199	211	222	5,2
Allocation journalière de présence parentale (AJPP)	5	5	5	5	6	5,3

* Bénéficiaires de la majoration pour la vie autonome (MVA) ou du complément de ressources (ces deux compléments n'étant pas cumulables).

Champ : tous régimes, France entière, sauf hors Mayotte (**) et hors régime de la SNCF (***).

Sources : CNAF sauf DREES, enquête aide sociale départementale (**) et programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » (***).

Les dépenses liées aux accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) diminuent de nouveau en 2013, de 1,4 %, après -0,4 % en 2012.

Sur moyenne période, la dynamique de ces dépenses se distingue de celle des autres prestations de santé par une évolution plus faible, en lien notamment avec la baisse continue du nombre d'accidents du travail¹. Ce recul tient notamment à la baisse de la part relative des secteurs industriels, au sein desquels les risques d'accidents sont les plus élevés.

Les dépenses afférentes au risque AT-MP représentent 12,2 milliards d'euros en 2013

Les dépenses relatives au risque AT-MP sont constituées :

- des prestations de remplacement définitif de revenu (7,0 milliards d'euros – *tableau D4.1*). Les rentes et pensions AT-MP s'élèvent à 6,0 milliards d'euros, les indemnités versées par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) à 0,5 milliard d'euros et l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) à 0,5 milliard d'euros ;
- des dépenses au titre de remplacement temporaire de revenu (indemnités journalières, maintiens de salaire et compléments d'indemnités journalières – 2,9 milliards d'euros) ;
- de remboursements de soins consécutifs à un accident ou à une maladie d'origine professionnelle (1,1 milliard d'euros) ;
- d'autres prestations AT-MP, majoritairement versées par les employeurs, qui représentent 1,2 milliard d'euros.

Des dépenses aux dynamiques étroitement liées à la fréquence et à la gravité des AT-MP

Au global, la catégorie « rentes et pensions AT-MP » diminue de 0,4 % en 2013 (après une hausse de 2,0 % en 2012). Cela traduit une moindre revalorisation des montants versés (+1,3 % en moyenne annuelle après +2,1 % en 2012) et dans certains cas un recul des effectifs concernés.

Cette baisse est principalement imputable à celle des dépenses versées au titre des pensions militaires (-6,3 %), baisse qui s'inscrit dans la durée. Cette baisse n'est que partiellement atténuée par la faible

augmentation des rentes AT-MP (0,4 % en 2013, après 3,3 % en 2012).

Les dépenses liées au remplacement temporaire de revenu diminuent de 2,2 % en 2013 (après -1,2 % en 2012) compte tenu notamment de la baisse du nombre de sinistres avec arrêt de travail (-2,8 % en 2013 au régime général, qui assure le versement de près de 90 % de ce poste de dépense – *tableau D4.3*).

Au-delà des fluctuations de la sinistralité et des niveaux de revalorisation, sur moyenne période, la dynamique des revenus de remplacement est également très dépendante de l'évolution du degré de gravité des sinistres. Or, celle-ci diverge entre accidents du travail (évolution orientée à la hausse²) et maladies professionnelles (évolution orientée à la baisse).

Les dépenses versées au titre de l'ACAATA³ enregistrent une baisse de 7,9 % en 2013 en lien avec la fin de la montée en charge du dispositif (le nombre d'entrées étant inférieur au nombre de sorties).

Le FIVA, quant à lui, fait exception puisque ses versements augmentent à un rythme très soutenu (+21,2% après +9,6 % en 2012) compte tenu notamment d'une augmentation significative du nombre de demandes d'indemnités traitées en 2012 et en 2013 et du raccourcissement des délais de traitement.

Les régimes d'assurance sociale, principaux gestionnaires du risque AT-MP

En 2013, les régimes d'assurance sociale et d'intervention sociale des hôpitaux publics assurent environ 84 % des prestations du risque AT-MP (*tableau D4.4*). En particulier, compte tenu de l'accroissement de la part de la population couverte par le régime général, la part des dépenses qu'il prend en charge enregistre une forte augmentation entre 2009 et 2013 (+3,6 % en moyenne annuelle) et atteint 65,9 % en 2013.

À l'inverse, l'État a vu son rôle se réduire progressivement (à 5,3 % de la dépense totale en 2013), compte tenu notamment de la baisse des effectifs de pensionnés militaires invalides.

Enfin, la part des dépenses prises en charge par les mutuelles et les employeurs, à travers les prestations extra-légales, est stable entre 2009 et 2013 (+0,2 % en moyenne annuelle). En 2013, cette part représente 10,6 % de la dépense totale du risque AT-MP.

1 La baisse constatée s'inscrit dans le prolongement de l'engagement de l'Union européenne adopté en février 2007 relatif à la vie au travail qui visait à réduire de 25 % le nombre d'accidents de travail donnant lieu à un arrêt de plus de trois jours pendant la période 2007-2012.

2 Voir indicateur n°1-3-2 du PQE AT-MP du PLFSS pour 2015.

3 L'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a été créée par l'article 41 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999.

D4.1 Montant et évolution de la dépense du risque AT-MP par poste

	En millions d'euros, évolutions en %					
	2009	2010	2011	2012	2013	13/12
Remplacement définitif de revenu	7 150	7 124	7 092	6 968	6 978	0,2
Rentes et pensions AT-MP	5 888	5 859	5 892	6 011	5 985	-0,4
Rentes AT-MP	4 953	4 991	5 063	5 230	5 249	0,4
Pensions militaires d'invalidité	811	767	728	685	641	-6,3
Pensions d'invalidité diverses	124	101	101	96	94	-2,1
Prestations du FCAATA*	903	879	847	-	-	-
ACAATA	-	-	-	569	525	-7,9
Indemnités du FIVA	359	386	353	387	469	21,2
Remplacement temporaire de revenu**	2 744	2 859	3 001	2 964	2 899	-2,2
Soins de santé AT-MP	1 190	1 224	1 166	1 234	1 113	-9,8
Autres prestations AT-MP	1 165	1 192	1 171	1 210	1 217	0,5
Total	12 250	12 400	12 429	12 376	12 207	-1,4

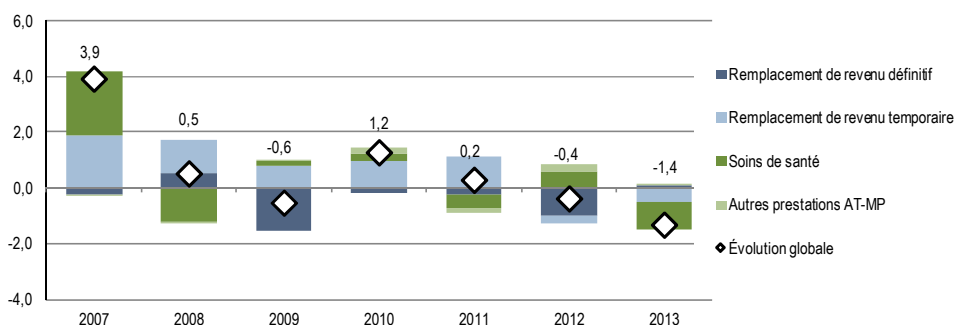
* L'année 2012 est marquée par la consolidation du compte du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) avec celui de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) de la Caisse nationale d'assurance maladie. Ainsi ne sont plus retracées dans les Comptes de protection sociale l'ensemble des charges de prestations du FCAATA mais uniquement les dépenses réelles versées par la branche AT-MP du régime général au titre de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA).

** Indemnités journalières (I), maintien de salaire et complément d'IJ.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

D4.2 Évolution globale et contributions des différents postes de dépenses du risque AT-MP

Évolutions en %



Sources : DREES-CPS, base 2005 (2006-2009) et base 2010 (2009-2013).

D4.3 Nombre d'accidents du travail, du trajet et de maladies professionnelles

	Effectifs en milliers, évolutions en %							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	13/12
Accidents du travail	1 165	1 132	1 021	997	1 001	943	904	-4,1
Accidents de trajet	121	125	130	138	133	123	130	5,4
Maladies professionnelles	55	62	71	71	80	72	68	-4,9
Total AT-MP	1 341	1 320	1 222	1 206	1 215	1 138	1 102	-3,1
dont AT-MP avec arrêt	849	837	795	808	825	785	763	-2,8

Champ : Régime général.

Sources : CNAM, programme de qualité et d'efficience « Accidents du travail/maladies professionnelles ».

D4.4 Part des différents acteurs dans la gestion du risque AT-MP

	Dépenses annuelles, en % du total				
	2009	2010	2011	2012	2013
Régimes d'assurance sociale et régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	82,7	83,1	83,4	83,8	84,1
Régimes d'assurance sociale (hors hôpitaux public)	79,2	79,4	80,3	80,0	81,2
Régime général	57,3	57,8	59,3	65,5	65,9
Autres régimes obligatoires et fonds spéciaux	20,1	19,8	19,2	12,8	13,6
Régimes directs d'employeurs	1,8	1,7	1,8	1,7	1,8
Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	3,5	3,7	3,1	3,8	2,9
Régimes des prestations extra-légales d'employeurs	8,8	9,0	8,9	9,3	9,5
Régimes de la mutualité et de la prévoyance	1,7	1,7	1,8	1,3	1,1
Régime d'intervention sociale de l'Etat	6,8	6,2	5,9	5,6	5,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : DREES-CPS, base 2010.

Les prestations assurant la couverture du risque vieillesse-survie s'élèvent, en 2013, à 307,5 milliards d'euros. Elles représentent 46 % de l'ensemble des prestations de protection sociale, soit 14,5 % du PIB. Le total des prestations vieillesse-survie augmente de 3,1 % en 2013, soit un rythme de progression moins élevé qu'en 2012 (+3,5 %) et 2011 (+4,0 %).

Les pensions de droit direct et de droit dérivé constituent l'essentiel du risque vieillesse-survie

Le **risque vieillesse** (270,0 milliards d'euros – *tableau D5.1*) correspond aux prestations versées au titre des droits propres des bénéficiaires. Les **pensions de droit direct** représentent 95 % de ce montant. Ces pensions se composent principalement de pensions de base, de pensions complémentaires obligatoires, des pensions d'invalidité des plus de 60 ans, de pensions d'inaptitude et des majorations pour enfants des pensions de base. Le risque vieillesse comprend également :

- les **prestations liées à la dépendance** des personnes âgées (8,2 milliards d'euros, notamment au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement) ;
- des allocations versées au titre du **minimum vieillesse** (3,0 milliards d'euros) ;
- d'autres prestations (3,6 milliards d'euros), qui incluent notamment les indemnités de départ à la retraite versées par les régimes de prestations extra-légales d'employeur et par les institutions de prévoyance et les aides versées dans le cadre de l'action sociale des différents régimes.

Le **risque survie des conjoints** (37,6 milliards d'euros) englobe principalement les **pensions versées au titre de droits dérivés** (35,5 milliards), c'est-à-dire les pensions de réversion, pensions complémentaires obligatoires, pensions de conjoint survivant, d'orphelins ou d'ascendant, ayants droit de pensions d'invalidité ou d'accidents du travail, etc. Ce risque comprend également des compensations de charges (notamment frais funéraires), les capitaux décès et les dépenses au titre du minimum vieillesse versé au conjoint survivant.

Une spécialisation des acteurs par type de prestation

Si les régimes d'assurance sociale versent 95 % des prestations du risque vieillesse-survie (*tableau D5.2*), d'autres régimes interviennent de manière ciblée sur certains types de prestations. Ainsi, les départements financent l'essentiel des prestations liées à la dépendance, tandis que les institutions de prévoyance et les régimes de prestations extra-légales d'employeurs

assurent le versement des indemnités de départ à la retraite et l'essentiel des capitaux décès¹.

Une forte progression du nombre de départs à la retraite alimentée par les réformes récentes

La masse des pensions de droit direct et de droit dérivé, principale composante du risque vieillesse-survie, croît au global de 3,2 % en 2013, après +3,5 % en 2012. En particulier, les pensions de droit direct (hormis celles servies par les régimes de la mutualité et de la prévoyance) progressent de +3,4 % en 2013 (après +3,7 % en 2012). Cette évolution peut être décomposée en deux effets : la croissance de la pension moyenne et celle du nombre de retraités.

En 2013, l'avantage principal de droit direct (hormis celui servi par les régimes de la mutualité et de la prévoyance) s'établit en moyenne à 1 306 euros par mois, soit +1,9 % par rapport à 2012. Cette évolution est plus faible que celle enregistrée en 2012 (+2,1 %), à la suite d'une revalorisation des pensions moins élevée (+1,5 % en moyenne annuelle après +2,1 % en 2012). Or, la croissance de la pension moyenne est très sensible au niveau de **revalorisation des pensions**².

L'effet de la moindre revalorisation des pensions en 2013 (-0,6 point par rapport à 2012) est atténué par la plus grande dynamique des effectifs de retraités (*graphique D5.3*). En effet, le nombre de nouveaux pensionnés de droit direct progresse de 25,5 % en 2013 (760 000 départs enregistrés en 2013, contre 600 000 en 2012). Cette croissance est à rapprocher de deux facteurs. D'une part, le **relèvement de l'âge légal de départ** à la retraite, mis en œuvre dans le cadre de la réforme de 2010, a occasionné des reports de départs à la retraite de 2012 à 2013 et donc des flux de départs plus importants cette année-là³. D'autre part, les assouplissements successifs des conditions d'accès au dispositif de **retraite anticipée** pour carrières longues (introduits par la loi de 2010 et poursuivis par le décret de juillet 2012) ont eu pour effet d'accroître fortement le nombre de départs anticipés en 2013 (150 000 départs pour le régime général, après 90 000 en 2012 et 40 000 en 2011).

Sur le long terme, le nombre de retraités de droit direct s'accroît de manière tendancielle pour des raisons démographiques. En premier lieu, un effet de **taille des générations**, celles du baby-boom, qui arrivent à la retraite depuis une dizaine d'années, sont issues de générations plus nombreuses que les personnes qui décèdent. À cela s'ajoute **l'allongement tendanciel de l'espérance de vie** aux âges élevés.

1 Les sociétés d'assurance (et donc les capitaux décès qu'elles versent) sont exclues du champ de la protection sociale (*fiche C3*).

2 L'indice de revalorisation des pensions est calé sur l'inflation et tient compte à la fois de l'inflation prévue pour l'année en cours et de l'écart entre la prévision qui avait été faite pour l'année précédente et le niveau effectivement constaté. L'écart entre le niveau de revalorisation des pensions et la hausse de la pension moyenne s'explique par l'écart de pensions entre nouveaux retraités et décédés.

3 Le relèvement de l'âge légal de départ en retraite a occasionné un nombre de report de 2013 vers 2014 moins élevé que le flux de décalage de départs enregistré de 2012 vers 2013.

D5.1 Évolution des prestations par poste

Montants en millions d'euros courants, évolutions en %

	2009	2010	2011	2012	2013	11/10	12/11	13/12
Vieillesse	233 348	241 974	252 290	261 472	269 973	4,3	3,6	3,3
Pensions de droit direct	219 568	227 851	237 987	246 711	255 231	4,4	3,7	3,5
Minimum vieillesse	2 704	2 812	2 900	2 963	2 971	3,1	2,2	0,3
Prestations liées à la dépendance	7 487	7 761	7 888	8 133	8 210	1,6	3,1	0,9
Autres prestations vieillesse*	3 589	3 550	3 516	3 666	3 560	-1,0	4,3	-2,9
Survie	34 160	35 167	36 054	36 901	37 568	2,5	2,3	1,8
Pensions de droit dérivé	32 173	33 134	34 003	34 928	35 526	2,6	2,7	1,7
Minimum vieillesse	280	273	268	258	244	-1,9	-3,5	-5,4
Autres prestations survie**	1 707	1 760	1 783	1 714	1 798	1,3	-3,9	4,9
Total vieillesse-survie	267 508	277 141	288 344	298 373	307 541	4,0	3,5	3,1

* Inclut les indemnités de départ à la retraite versées par les régimes de prestations extra-légales d'employeurs et par les institutions de prévoyance, qui augmentent significativement en 2012.

** Capitaux et prestations décès, frais funéraires...

Sources : DREES-CPS, base 2010.

D5.2 Répartition des prestations vieillesse-survie par régime en 2013

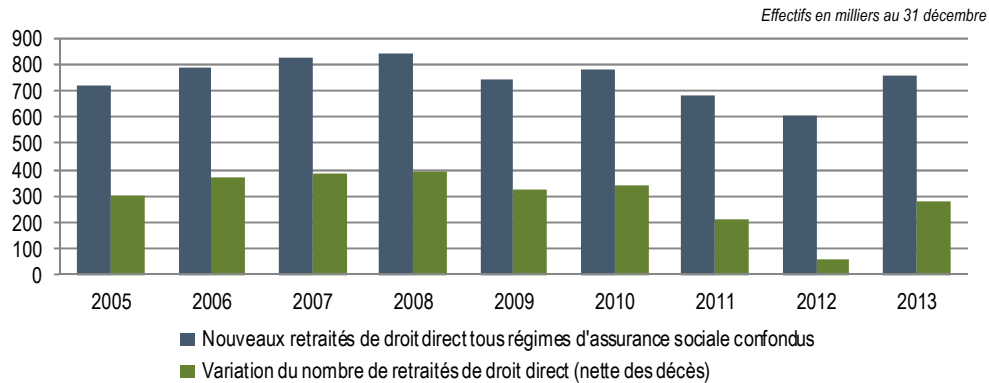
En % des prestations afférentes au risque vieillesse-survie

	Pensions de droit direct	Pensions de droit dérivé	Minimum vieillesse	Prestations liées à la dépendance	Autres prestations	Total vieillesse-survie
Assurance sociale, régimes de base	71,6	64,1	100,0	-	25,3	68,4
Assurance sociale, régimes complémentaires	27,4	33,5	-	-	6,6	26,8
Prestations extra-légales d'employeurs	-	-	-	-	38,3	0,6
Régimes de la mutualité et de la prévoyance	0,6	0,7	-	0,5	27,0	1,0
Intervention sociale des administrations centrales*	0,3	1,7	-	0,0	0,5	0,5
Intervention sociale des administrations locales	-	-	-	99,5	2,3	2,7
Total tous régimes	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* État et organismes divers d'administration centrale (ODAC).

Sources : DREES-CPS, base 2010.

D5.3 Nouveaux retraités et variation du nombre de retraités de droit direct



Note : les données relatives à l'année 2012 ont été révisées par rapport à la précédente publication. Pour plus de détail, se reporter à l'ouvrage *Les retraités et les retraites – édition 2015*.

Champ : retraités de droit direct résidant en France ou à l'étranger.

Sources : DREES, 2015, *Les retraités et les retraites – édition 2015*, coll. Études et statistiques, mai.

Les prestations maternité-famille, qui représentent 56,3 milliards d'euros en 2013¹ (tableau D6.1), augmentent de 2,1 % en 2013 (après +3,1 % en 2012). Le régime général verse 66 % de ces prestations, contre 27 % pour les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, des ISBLSM et des hôpitaux publics (crèches, aide sociale à l'enfance, soins, etc.). Les régimes extra-légaux d'employeurs versent 6 % des prestations du risque et les régimes spéciaux moins de 1 %.

Les prestations maternité représentent 7,9 milliards d'euros en 2013

Les **prestations afférentes à la maternité** représentent 14 % des dépenses de prestations du risque maternité-famille en 2013. Elles se composent pour 4,0 milliards d'euros de soins de santé dispensés lors de la grossesse et à l'issue de l'accouchement (dont 2,5 milliards délivrés par les hôpitaux publics), pour 3,3 milliards d'euros d'indemnités journalières et assimilées (congrés maternité et paternité) et pour 0,7 milliard d'euros de la prime de naissance de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)².

La dépense totale de prestations maternité tend à accélérer légèrement (+1,5 % en 2013, après +1,2 % en 2012 et -2,1 % en 2011) alors que le **nombre de naissances** diminue depuis trois ans (-1,2 % en 2013, après -0,3 % en 2012 et -1,1 % en 2011).

Ce dynamisme tient exclusivement aux **soins de santé**, qui représentent 50 % des prestations maternité, et augmentent plus vite en 2013 : +2,8 %, après +1,5 % en 2012. *A contrario*, les **indemnités journalières** et les autres indemnités temporaires de remplacement du revenu, qui représentent 41 % des prestations maternité, ne progressent plus (après +1,1 % en 2012).

Un ralentissement du rythme de progression des prestations famille

Les **prestations afférentes à la famille** s'élèvent en 2013 à 48,4 milliards d'euros, soit 2,3 % du PIB (graphique D6.2) et 86 % de la dépense totale du risque. Elles se composent de prestations générales d'entretien (principalement les allocations familiales), de prestations liées à la garde d'enfant, de l'aide sociale à l'enfance, de prestations liées à la scolarité, de compléments de rémunération et d'autres prestations familles.

Le rythme d'évolution des prestations famille enregistré en 2013 ralentit par rapport à l'exercice précédent

(+2,2 % après +3,4 % en 2012). La croissance forte de 2012 s'expliquait par la revalorisation exceptionnelle de 25 % de l'**allocation de rentrée scolaire** (ARS) à l'automne 2012. L'ARS augmente en 2013 de 2,2 % (après +26,2 % en 2012 et -0,2 % en 2011) et ne contribue que pour 4 % à la croissance globale des prestations famille. De ce fait, la croissance du risque famille est moindre et plus proche de l'inflation, sur laquelle est indexée la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF), dont l'évolution sert de référence à de nombreuses prestations.

Le montant versé au titre de l'**aide sociale à l'enfance** (ASE) s'élève en 2013 à 6,8 milliards d'euros³, soit 14 % des prestations du risque famille. Il connaît également une moindre croissance en 2013 (+2,5 % après +4,1 % en 2012 et +2,6 % en 2011). L'ASE contribue pour 16 % à la croissance du risque famille en 2013.

De même, la composante « assistante maternelle » de la **prestation d'accueil du jeune enfant** (PAJE), qui contribue pour 17 % à la croissance globale des prestations familles en 2013, progresse à un rythme moins élevé (+3,1 % en 2013, après +4,6 % en 2012 et +6,3 % en 2011). Cette décélération est notamment à rapprocher du recul progressif du nombre de ses bénéficiaires (-0,8 % en 2013 après +1,3 % en 2012 et +3,3 % en 2011 – tableau D6.3).

En revanche, les dépenses d'**accueil du jeune enfant** (notamment les crèches municipales), qui s'élèvent à 5,4 milliards d'euros en 2013, restent dynamiques. Elles augmentent de 5,8 % (après +6,4 % en 2012), contribuant ainsi pour 29 % à la croissance globale des prestations famille.

Le volet de la PAJE relatif à la **garde parentale** des jeunes enfants (COLCA et CLCA), qui constitue 4 % des prestations famille, recule de nouveau, de 2,1 % en 2013 (après -2,1 % en 2012 et -2,9 % en 2011). Cette évolution résulte d'une diminution régulière du nombre de ses bénéficiaires (-2,6 % en 2013, comme en 2012).

Enfin, les **allocations familiales**, qui représentent 13,0 milliards d'euros en 2013, contribuent pour 27 % à la croissance des prestations du risque famille. Le rythme de progression de ces allocations est stable par rapport à celui enregistré en 2012 (+2,2 % pour les deux années). Le nombre de bénéficiaires de ces aides augmente de 0,7 % au cours de l'année 2013, tandis que leur montant moyen est porté pour l'essentiel par la revalorisation de 1,2 % de la BMAF en avril 2013.

1 Les Comptes de la protection sociale ne retracent que les prestations, pas les crédits d'impôt et autres dépenses fiscales (fiche B5). Pour une vision plus large des dépenses de politique familiale, cf. éclairage « Au titre de la politique familiale, la Nation a consacré 4 % du PIB aux enfants en 2013 » dans cet ouvrage.

2 La PAJE, instaurée en 2004, a pour objet de faire face aux dépenses liées à la naissance ou à l'adoption d'un enfant, à son entretien et à son mode de garde. La PAJE regroupe plusieurs prestations en plus de la prime de naissance : allocation de base, prime d'adoption, complément de mode de garde (CMG), complément de libre choix d'activité (CLCA) et complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA). Seule la prime de naissance relève du risque maternité, les autres prestations sont comptabilisées au sein du risque famille.

3 Ce poste inclut les prestations d'accueil et d'hébergement des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM).

D6.1 Principales prestations du risque maternité-famille par régime en 2013

Montants en millions d'euros, évolutions en %

	TOTAL	dont régime général de la Sécurité sociale	dont intervention sociale des pouvoirs publics, des ISBLSM et des hôpitaux publics	évolution totale 2013/2012
Maternité, dont :	7 888	5 006	2 480	1,5
IJ et assimilées*	3 257	2 961	-	0,0
Soins de santé	3 974	1 388	2 480	2,8
PAJE prime de naissance	653	653	-	1,0
Famille, dont :	48 381	32 134	12 581	2,2
Allocations familiales	12 988	12 960	-	2,2
Complément familial	1 682	1 677	-	1,3
Allocation de soutien familial	1 302	1 301	-	1,0
Allocation de rentrée scolaire	1 918	1 915	-	2,2
PAJE de base	4 314	4 314	-	0,2
PAJE assistante maternelle	5 659	5 659	-	3,1
PAJE complément d'activité**	2 026	2 026	-	-2,1
Accueil des jeunes enfants	5 441	907	4 534	5,8
Aide sociale à l'enfance	6 818	-	6 818	2,5
Compléments de rémunération***	2 655	-	-	1,6
Total risque maternité-famille	56 269	37 140	15 061	2,1

* Indemnités journalières (IJ), congés de naissance, maintien de salaires et compléments d'indemnités journalières.

** Complément de libre choix d'activité (CLCA) et complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA).

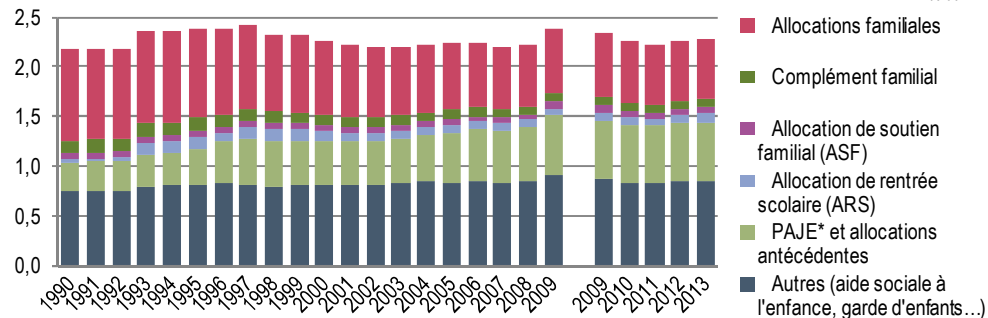
*** Y compris supplément familial de traitement et majorations familiales. Ces compléments de rémunérations sont versés par les régimes extra-légaux d'employeurs.

Note : la ventilation des dépenses par financeur n'est pas détaillée ici pour les régimes endossant une moindre part des dépenses.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

D6.2 Évolution du risque famille

En % du PIB



* Prestation d'accueil du jeune enfant, hors prime de naissance.

Sources : DREES-CPS, bases 2000 (1990-2009) et 2010 (2009-2013) / INSEE-CNA, base 2010.

D6.3 Bénéficiaires des principales prestations maternité-famille

Effectifs de familles bénéficiaires en milliers au 31 décembre, évolutions en %

	2009	2010	2011	2012	2013	13/12
Allocations familiales	4 898	4 918	4 952	4 973	5 007	0,7
Allocation de rentrée scolaire	3 030	3 022	2 997	3 016	3 049	1,1
PAJE de base	1 932	1 944	1 931	1 914	1 899	-0,8
PAJE assistante maternelle	722	744	769	779	773	-0,8
PAJE complément d'activité	576	558	542	528	514	-2,6

Champ : tous régimes, France entière.

Sources : CNAF.

Les prestations liées au risque emploi¹ représentent 40,9 milliards d'euros en 2013, soit 1,9 % du PIB. Très liées à la conjoncture économique (*fiche A1*), ces dépenses sont en hausse de 3,8 % en 2013, après une augmentation de 5,6 % en 2012. En son sein, les dépenses afférentes au risque chômage progressent de 4,5 %, celles relatives à l'insertion et à la réinsertion professionnelle reculent de 3,3 %.

L'assurance chômage assure plus des trois quarts des prestations du risque emploi

Près de 80 % des prestations afférentes au risque emploi sont versées par l'**assurance chômage** (*tableau D7.1*) :

- l'aide au retour à l'emploi (ARE) pour 27,8 milliards d'euros, hors volet formation, auxquels s'ajoutent 1,1 milliard au titre de ce volet ;
- l'allocation de sécurisation professionnelle (ASP) pour 2,0 milliards d'euros ;
- l'aide à la reprise et à la création d'entreprise (ARCE) pour 0,7 milliard ;
- d'autres dépenses de réinsertion professionnelle et diverses pour 0,9 milliard.

Les régimes particuliers de salariés interviennent sur le risque emploi pour 0,7 milliard, au titre de l'aide au retour à l'emploi, des préretraites et des prestations liées au chômage partiel.

Le Fonds de solidarité verse 2,7 milliards d'euros de prestations (*encadré*) tandis que les autres régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics agissent principalement en faveur de la formation professionnelle.

Enfin, les régimes extra-légaux d'employeurs versent 3,4 milliards de prestations et les régimes de la mutualité et de la prévoyance moins de 40 millions d'euros.

Une hausse portée par l'aide au retour à l'emploi

Le montant de l'**aide au retour à l'emploi (ARE)** progresse fortement en 2013 (+4,1 %), mais à un rythme moindre qu'en 2012 (+5,7 %). La dynamique de cette allocation s'explique principalement par l'augmentation de 3,8 % du nombre de chômeurs indemnisés par l'assurance chômage (après +4,8 % en 2012 – *tableau D7.3*). La croissance de l'ARE explique à elle seule encore, en 2013, près des trois quarts de la hausse totale des prestations du risque emploi (*graphique D7.2*).

Le remplacement progressif de l'allocation spécifique de reclassement (ASR) par l'**allocation de sécurisation professionnelle** (ASP, 2,0 milliards d'euros en 2013) s'achève en 2013. L'impact cumulé de ces deux

prestations contribue à hauteur de 25 % à la croissance globale des prestations du risque emploi.

Les prestations versées par le **fonds de solidarité** augmentent de 9,5 % (après +4,7 % en 2012), ce qui représente 16 % de la croissance globale des prestations du risque emploi. Cette croissance est à rapprocher de l'augmentation de 9,0 % en 2013 du nombre de chômeurs en fin de droits relevant de la solidarité nationale.

À l'inverse, les **autres dépenses de chômage** diminuent de 2,2 %. Cette diminution est principalement imputable au recul des dépenses de placement de Pôle emploi, des préretraites financées par l'État et des prestations de chômage partiel. Ces dépenses contribuent à la baisse, à hauteur de 7 %, à l'évolution globale des prestations du risque emploi.

Un recul des prestations d'insertion et de réinsertion professionnelle

Les dépenses d'**aide à la reprise et à la création d'entreprise (ARCE)** reculent de nouveau fortement en 2013 (-12,8 %, après -13,8 % en 2012). Cette baisse est atténuée notamment par la hausse de 5,4 % des dépenses de stages de formation professionnelle gérées par les régions qui progressaient déjà de 14,4 % en 2012. Au total, les dépenses versées au titre de l'insertion et de la réinsertion professionnelle diminuent de 3,3 % (après +1,9 % en 2012).

LE SYSTÈME D'INDEMNISATION DU CHÔMAGE

En cas de perte d'emploi, c'est d'abord l'assurance chômage (Unédic et Pôle emploi) qui verse des prestations, pendant une durée limitée. Par la suite, les demandeurs d'emploi qui ne sont pas ou plus couverts par le régime d'assurance chômage basculent dans le régime de solidarité, qui relève de l'État. Ce régime n'intervient toutefois que sous certaines conditions (notamment de ressources et de résidence) et à titre subsidiaire : il s'efface au moment de l'accès aux avantages vieillesse. Le Fonds de solidarité finance la majeure partie des prestations afférentes à ce régime : en particulier l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et l'allocation transitoire de solidarité (ATS), destinée aux demandeurs d'emploi n'ayant pas atteint l'âge de la retraite mais justifiant des trimestres requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein, qui remplace l'allocation équivalent retraite (AER) depuis le 1^{er} juillet 2011.

¹ Les Comptes de la protection sociale ne retracent que les prestations et non pas l'ensemble des aides en faveur de l'emploi. À titre d'illustration, les exonérations de cotisations sur les bas salaires ne constituent pas des prestations de protection sociale. Par ailleurs, le revenu de solidarité active (RSA) n'est pas une prestation du risque emploi mais du risque pauvreté-exclusion sociale (*fiche D9*).

D7.1 Prestations du risque emploi par régime en 2013

Montants en millions d'euros, évolutions en %

	Assurance chômage	Régimes particuliers de salariés*	Prestations extra-légales d'employeurs	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Intervention sociale des pouvoirs publics et des ISBLSM	Ensemble des régimes	Évolution 2013/2012
Insertion et réinsertion professionnelle	2 220	3	-	-	1 128	3 352	-3,3
Aide au retour à l'emploi (ARE) - volet formation	1 056	-	-	-	-	1 056	-0,4
Stages de formation professionnelle des régions	-	-	-	-	960	960	5,4
Aide à la reprise et à la création d'entreprise (ARCE)	736	-	-	-	-	736	-12,8
Autres dépenses d'insertion et de réinsertion professionnelle	429	3	-	-	169	600	-7,7
Chômage	30 296	732	3 401	39	3 094	37 561	4,5
Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE)	27 812	344	-	-	-	28 156	4,1
Allocation de sécurisation professionnelle (ASP) et allocation spécifique de reclassement (ASR)	1 987	-	-	-	-	1 987	23,5
Prestations du fonds de solidarité**	-	-	-	-	2 687	2 687	9,5
Autres dépenses de chômage***	497	388	3 401	39	406	4 731	-2,2
Total du risque emploi	32 516	736	3 401	39	4 222	40 913	3,8

* Régime direct employeur des agents de l'État ; Fonds routiers ; Union des caisses de France Congés intertempéries BTP (CI BTP) ; régimes divers gérés par la Caisse des dépôts et consignations (CDC) ; Caisse nationale de garantie des ouvriers dockers (CAINAGOD), cf. annexe Nomenclature des régimes.

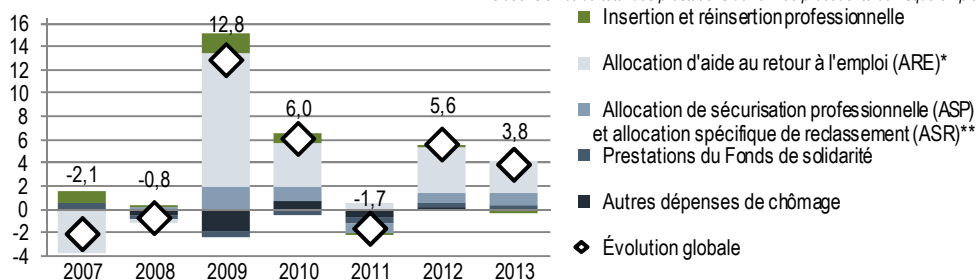
** Y compris prime de Noël des bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique et de l'allocation transitoire de solidarité.

*** Prestations extra-légales d'employeurs, préretraites, dépenses de placement de Pôle emploi, aides de Pôle emploi et de l'Unédic, prestations de chômage partiel, etc.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

D7.2 Évolution globale et contributions des différents postes de dépenses du risque emploi

Évolutions en % du total des prestations de l'année précédente du risque emploi



* Hors ARE-Formation.

** L'ASR remplace progressivement l'ASP de 2011 à 2013.

Sources : DREES-CPS, bases 2005 (2007-2009) et 2010 (2010-2012).

D7.3 Nombre de chômeurs indemnisés

Effectifs bruts en fin de mois, en milliers et en moyenne annuelle, évolutions en %

	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	13/12
Assurance chômage*	1 757	1 668	2 130	2 043	2 044	2 142	2 223	3,8
Solidarité nationale	491	477	444	420	421	437	476	9,0
Total des chômeurs indemnisés	2 247	2 145	2 574	2 463	2 465	2 579	2 699	4,7
Demandeurs d'emploi des catégories A, B, C**	n.d.	3 615	3 842	3 951	4 125	4 434	4 804	8,4

n.d. : non disponible

* Hors formation.

** Catégories A, B, C : demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi et n'ayant pas exercé d'activité ou ayant exercé une activité réduite au cours du mois. Ce total n'inclut pas les demandeurs d'emploi en maladie, en formation ou en contrats aidés par exemple.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Pôle Emploi, DARES.

Les prestations logement¹ s'élèvent en 2013 à 17,7 milliards d'euros (*tableau D8.1*), soit 0,8 % du PIB. Ces aides progressent plus rapidement en 2013 (+3,6 %) que sur les dernières années (de +2,2 % à +2,5 % chaque année de 2009 à 2012 – *graphique D8.2*).

Les trois aides au logement constituent quasiment l'intégralité des prestations du risque logement

Le risque logement est principalement constitué de trois prestations, attribuées sous conditions de ressources aux locataires (plus de 90 % des prestations du risque) et aux accédants à la propriété dont le logement répond à des normes minimales de salubrité et de peuplement.

L'aide personnalisée au logement (APL) représente 44 % des prestations versées. Attribuée aux ménages avec ou sans enfants, elle couvre le parc des logements conventionnés. De même que l'ALS, elle est financée par le Fonds national d'aide au logement (FNAL).

L'allocation de logement à caractère familial (ALF), prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), représente 25 % du risque logement. Cette allocation est destinée aux jeunes ménages (versée au maximum pendant cinq ans à compter de la date du mariage et jusqu'à l'âge de 40 ans), aux familles avec personnes à charge (ascendant, descendant ou collatéral), aux bénéficiaires de prestations familiales et aux femmes enceintes, seules ou vivant en couple sans personne à charge.

L'allocation de logement à caractère social (ALS) représente 30 % du risque logement. Elle est versée aux ménages disposant de revenus faibles sans personne à charge, dont le logement n'est pas conventionné.

Ces trois prestations ne sont pas cumulables, la priorité étant donnée à l'APL, puis à l'ALF et enfin à l'ALS. Les autres prestations (notamment l'action sociale) ne représentent que 1 % des dépenses du risque logement.

Des revalorisations similaires mais des dynamiques d'effectifs différentes par type d'aide au logement

En 2013, la progression des dépenses des trois allocations logement s'accélère (+3,7 %, après +2,7 % en 2012). Cette dynamique fait suite à une revalorisation des barèmes d'aide au logement plus élevée (+2,15 %) qu'en 2012 (+1,0 %²). En revanche, le nombre de bénéficiaires progresse globalement à un rythme légèrement moindre qu'en 2012 (+1,2 % en 2013, contre +1,4 % l'année précédente – *tableau D8.3*).

L'évolution des effectifs concernés est contrastée selon les prestations : le nombre de bénéficiaires de l'APL et de l'ALS progresse respectivement de +2,0 % et +1,1 %, tandis que celui de l'ALF diminue de 0,2 %. Cette baisse des effectifs de l'ALF, constatée depuis 2009, est le reflet de la diminution du nombre de familles nombreuses et de la hausse de la part des bénéficiaires isolés parmi les allocataires⁴.

Des évolutions contrastées sur longue période

Entre 1990 et 2013, le **montant moyen par bénéficiaire** des trois allocations logement a progressé en moyenne annuelle de 2,2 % (contre +2,5 % par an pour l'indice des prix des loyers) tandis que le **nombre moyen de bénéficiaires** a progressé de 1,4 % par an. Cette évolution résulte de dynamiques différentes selon les périodes.

Entre 1990 et 1998, la couverture des trois allocations logement est étendue⁵ : le nombre de bénéficiaires progresse en moyenne annuelle de 4,1 %.

De 1999 à 2007, à l'inverse, le nombre de bénéficiaires se réduit (-0,6 % en moyenne annuelle), mais ils sont davantage aidés. Ainsi le montant par bénéficiaire progresse en moyenne annuelle de 2,5 %, soit 0,1 point de plus que l'indice des prix des loyers, alors que cet écart était de -1,5 point sur la période précédente. Cela résulte notamment de l'unification des barèmes des aides au logement (alignement des loyers plafond de l'ALF et de l'ALS sur ceux de l'APL), de revalorisations des barèmes et d'un abaissement du seuil de non-versement des allocations. Ainsi, tandis que les dépenses de l'APL reculent en volume, celles de l'ALF et de l'ALS progressent⁶.

L'année 2008 est marquée par une forte croissance du nombre de bénéficiaires (+3,4 %) compte tenu du report de six mois de la prise en compte des revenus (les droits ne sont plus calculés au 1^{er} juillet de l'année N mais au 1^{er} janvier de l'année N+1). À l'inverse, les bénéficiaires diminuent en 2009 (-1,5 %) à la suite de l'actualisation des ressources des bénéficiaires pour le calcul des montants versés. Sur ces deux années, l'évolution du montant moyen par bénéficiaire est de +4,0 % par an.

Depuis 2010, le nombre de bénéficiaires des trois allocations progresse de +1,0 % en moyenne annuelle et le montant par bénéficiaire augmente plus rapidement que l'indice de prix des loyers (respectivement +1,8 % et +1,6 % par an).

1 Les avantages liés aux HLM et logements sociaux ne sont pas considérés comme des prestations sociales et ne sont pas retracés ici.
 2 La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2012 avait instauré une sous-indexation exceptionnelle des barèmes en 2012 (+1,0 %, soit 0,9 point de moins que l'indice de référence des loyers [IRL] défini par l'INSEE). En 2013, la revalorisation est de nouveau indexée sur la variation annuelle de l'IRL, constatée au troisième trimestre 2012.
 3 Commissariat général au Développement durable, 2015, *Compte du logement 2013 – premiers résultats 2014*, coll. *Références*, février.
 4 Rapport à la commission des Comptes de la Sécurité sociale, septembre 2014, p.128-131.
 5 L'ALS et l'APL ont été créées dans les années 1970 pour remédier à l'insuffisante couverture des ménages par l'ALF, notamment dans le cas des personnes vulnérables sans enfant.
 6 CNAF, 2014, *Prestations familiales et sociales 2013 – statistiques nationales*, août.

D8.1 Montant et évolution du risque logement par poste

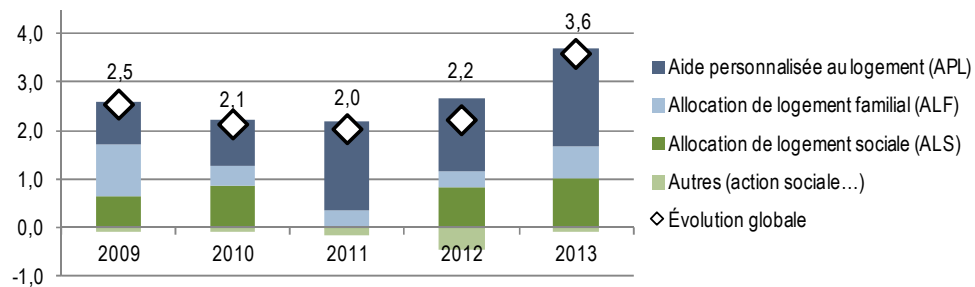
	Montants en millions d'euros, évolutions en %					
	2009	2010	2011	2012	2013	13/12
Aide personnalisée au logement (APL)	6 720	6 873	7 173	7 426	7 767	4,6
<i>dont location</i>	6 397	6 577	6 875	7 131	7 477	4,9
Allocation de logement familial (ALF)	4 084	4 149	4 205	4 255	4 367	2,6
<i>dont location</i>	3 505	3 591	3 652	3 713	3 844	3,5
Allocation de logement sociale (ALS)	4 821	4 957	4 961	5 102	5 276	3,4
<i>dont location</i>	4 727	4 863	4 869	5 008	5 179	3,4
Autres (action sociale...)	380	365	338	263	246	-6,4
Ensemble du risque logement	16 004	16 344	16 676	17 045	17 656	3,6

Note : dans les Comptes de la protection sociale, l'ALS et l'APL sont comptabilisées comme des versements du Fonds national d'aide au logement (FNAL), qui est un régime d'intervention sociale des pouvoirs publics. Dans les faits, le versement de ces prestations est délégué à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et à la Mutualité sociale agricole (MSA) qui bénéficient, pour ce faire, de versements du FNAL. Ces prestations ne sont pas exclusivement financées par les pouvoirs publics. En effet, le FNAL est alimenté par des impôts et taxes affectés (principalement la participation des employeurs à l'effort de construction [PEEC]) et par des versements en provenance des régimes d'assurance sociale. Plus précisément, la contribution de la CNAF et de la MSA est égale au montant que ces caisses auraient versé au titre de l'ALF et de la prime de déménagement en l'absence d'APL. Ces montants, qui permettent de décrire le financement des prestations logement, sont retracés en transferts dans les Comptes de la protection sociale.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

D8.2 Contribution des différentes prestations à l'évolution du risque logement

Évolutions en %



Sources : DREES-CPS, base 2005 (2008-2009) et base 2010 (2009-2013).

D8.3 Évolution du nombre de bénéficiaires des allocations logement

Effectifs en milliers en moyenne annuelle, évolutions en %

	2009	2010	2011	2012	2013	13/12
Aide personnalisée au logement (APL)	2 555	2 562	2 573	2 661	2 714	2,0
Allocation de logement familiale (ALF)	1 310	1 307	1 306	1 296	1 293	-0,2
Allocation de logement sociale (ALS)	2 232	2 233	2 257	2 262	2 286	1,1
Ensemble des bénéficiaires	6 096	6 102	6 136	6 219	6 293	1,2

Champ : France entière, tous régimes.

Sources : Service de l'observation et des statistiques du commissariat général au Développement durable, Compte du logement 2013.

Les prestations du risque pauvreté-exclusion sociale s'élèvent en 2013 à 16,8 milliards d'euros (*tableau D9.1*). Elles se composent :

- du revenu de solidarité active (RSA), qui représente 67 % des prestations du risque : 9,2 milliards au titre du RSA socle (versé par les départements), 1,7 milliard au titre du RSA activité et 0,4 milliard au titre de la prime de Noël (financés par l'État). Le **RSA socle** s'adresse aux personnes n'exerçant aucune activité ou travaillant un nombre d'heures très réduit et n'ayant pas ou plus de droit au chômage. Le **RSA activité**¹ concerne les personnes exerçant une activité, même partielle, mais percevant des revenus modestes. Il est possible de cumuler RSA socle et RSA activité si les revenus d'activité perçus sont très faibles et maintiennent les ressources en dessous d'un montant plafond ;
- d'autres prestations pour 5,6 milliards d'euros, parmi lesquelles des aides versées par les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM – il s'agit notamment d'aides liées à l'hébergement des personnes en situation précaire) et par les **centres communaux et intercommunaux d'action sociale** (CCAS-CIAS).

Au final, la couverture du risque pauvreté-exclusion sociale est essentiellement assurée par les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics (*fiche D3*) : les départements versent 55 % des prestations du risque en 2013, l'État 15 % et les communes 13 %.

Les prestations versées par les ISBLSM représentent quant à elles 16 % des prestations de pauvreté-exclusion sociale.

Une croissance portée par les dépenses de RSA

En 2013, les prestations versées au titre du risque pauvreté-exclusion sociale augmentent de 6,6 % (après +3,7 % en 2012 et +4,6 % en 2011). Ces prestations repartent à la hausse après un ralentissement de l'évolution depuis 2011, lié à la fin de la montée en charge du RSA (*graphique D9.2*).

Les dépenses de RSA, qui contribuent pour plus de 80 % à la croissance du risque en 2013, augmentent de 8,3 % (après +4,8 % en 2012). Cette dynamique fait notamment suite à la revalorisation exceptionnelle de +2,0 % intervenue au 1^{er} septembre 2013 en plus de la

revalorisation annuelle indexée sur l'inflation (+1,75 % en 2013 après +1,7 % en 2012). En effet, dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013, une revalorisation sur cinq ans du RSA socle à hauteur de 10 % (en plus de l'indexation annuelle sur l'inflation) est prévue. Le RSA activité dépend du RSA socle, il est donc également impacté par ce relèvement.

Le relèvement du montant forfaitaire du RSA socle – auquel s'ajoute l'amélioration de la conjoncture économique – a conduit à une hausse du nombre total de bénéficiaires en 2013 (+7,1 %, après +5,2 % en 2012 – *tableau D9.3*), à la suite du relèvement des plafonds. Pour cette même raison, de nombreux bénéficiaires du RSA activité seul ont basculé dans la catégorie RSA socle + activité. Cette dernière catégorie est ainsi particulièrement dynamique en 2013 (+9,4 %).

Par ailleurs, la montée en charge du RSA à Mayotte et la fin du revenu supplémentaire temporaire d'activité² (RSTA) dans les DOM – dont une partie des allocataires bénéficie désormais du RSA activité – participent également à l'augmentation du nombre de bénéficiaires en 2013.

Le nombre d'allocataires du RSA socle progresse cependant à un rythme moins élevé depuis le milieu de l'année 2013, en lien avec la relative stabilisation du contexte économique depuis le milieu de l'année 2013. Cette légère amélioration de la conjoncture explique aussi la hausse du nombre de bénéficiaires du RSA activité seul (+5,9 %, après +2,2 % en 2012).

Hors RSA, les dépenses augmentent de 3,2 %

De manière symétrique, plusieurs prestations partiellement ou progressivement remplacées par le RSA contribuent négativement à l'évolution de la masse globale des prestations servies : il s'agit du RSTA, qui diminue de 46,5 % en 2013, et d'une fraction de la prime pour l'emploi (PPE – *note du tableau D9.1*), qui baisse de 16,7 %.

Prises globalement, les prestations autres que le RSA, le RSTA et la PPE augmentent de 4,5 %. En particulier, les prestations liées à l'hébergement augmentent de 7,3 %. Les prestations des centres communaux et intercommunaux d'action sociale sont en hausse de 5,2 %.

1 Le montant du RSA activité dépend conjointement du montant forfaitaire du RSA socle et des ressources du foyer bénéficiaire.

2 L'élargissement, en 2011, du RSA aux départements d'outre-mer ne remet pas en cause le RSTA, même si les deux prestations ne sont pas cumulables. Il n'est plus possible d'ouvrir de nouveaux droits aux RSTA depuis le 31 mai 2013, les droits ouverts avant cette date continuant cependant à être versés. Ainsi, une partie des anciens bénéficiaires du RSTA bénéficie depuis cette date du RSA activité.

Pour en savoir plus

« Les foyers bénéficiaires du RSA fin décembre 2013 », *RSA conjoncture*, CAF, n°5, mars 2014.

DREES, 2015, « Le RSA en 2014 : une augmentation qui fléchit mais reste soutenue », *Études et résultats*, DREES, n°908, mars 2015.

D9.1 Les prestations du risque pauvreté-exclusion sociale

	Montants en millions d'euros, évolutions en %						
	2009	2010	2011	2012	2013	12/11	13/12
Revenu de solidarité active (RSA)*	8 391	9 288	9 902	10 378	11 239	4,8	8,3
RMI et RSA socle	6 659	7 566	7 989	8 416	9 154	5,3	8,8
RSA activité	849	1 343	1 550	1 578	1 684	1,8	6,8
Prime de Noël et prime de solidarité active**	883	379	363	384	400	5,7	4,3
Autres prestations	5 139	5 258	5 319	5 410	5 585	1,7	3,2
dont prestations des CCAS et CIAS	1 944	1 966	2 025	2 077	2 185	2,6	5,2
dont prestations liées à l'hébergement	1 535	1 638	1 674	1 738	1 865	3,8	7,3
dont action sociale des ISBLSM	496	524	538	551	563	2,4	2,2
dont revenu supplémentaire temporaire d'activité (RSTA)	195	112	94	97	52	3,5	-46,5
dont prime pour l'emploi*** (PPE)	141	116	99	90	75	-9,1	-16,7
Total pauvreté-exclusion sociale	13 530	14 546	15 221	15 788	16 824	3,7	6,6

* Y compris revenu minimum d'insertion (RMI) jusqu'en 2010.

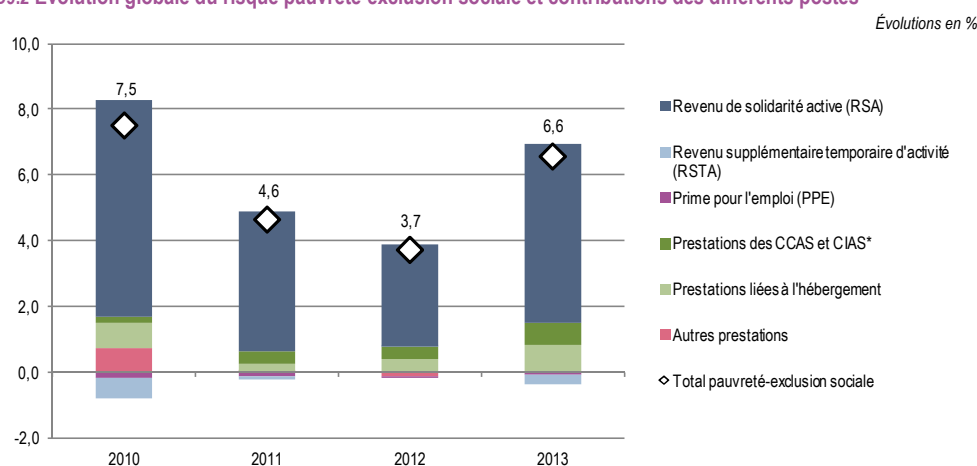
** La prime de solidarité active, d'un montant de 200 euros, a été versée de façon exceptionnelle au mois d'avril 2009. Les primes accordées à Noël depuis l'année 2010 sont versées par Pôle emploi et par les Caisses d'allocations familiales, mais financées par l'État.

*** Seule une fraction de la prime pour l'emploi est comptabilisée dans les Comptes de la protection sociale. La prime pour l'emploi versée à un ménage n'est en effet comptabilisée qu'au-delà de ce qu'il doit au titre de l'impôt sur le revenu et de la contribution sociale généralisée (CSG).

Note : CCAS, centres communaux d'action sociale ; CIAS, centres intercommunaux d'action sociale ; ISBLSM, institutions sans but lucratif au service des ménages.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

D9.2 Évolution globale du risque pauvreté-exclusion sociale et contributions des différents postes



* CCAS, centres communaux d'action sociale ; CIAS, centres intercommunaux d'action sociale.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

D9.3 Nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)

	En milliers au 31 décembre, évolutions en %							
	2009	2010	2011	2012	2013	11/10*	12/11	13/12
RSA socle seul	1 131	1 168	1 359	1 449	1 552	16,4	6,6	7,1
RSA activité seul	416	460	478	489	518	3,9	2,2	5,9
RSA socle+activité	183	206	230	238	260	11,8	3,5	9,4
Total RSA	1 730	1 834	2 067	2 175	2 330	12,7	5,2	7,1

* Le RSA est généralisé aux départements d'outre-mer en 2011, entraînant une augmentation de 12,7 % du nombre de bénéficiaires cette année-là.

Champ : France entière, tous régimes.

Sources : CNAF.

FICHES THÉMATIQUES

EUROPE

LA PROTECTION SOCIALE EN EUROPE

La section du rapport consacrée à la protection sociale en Europe se décline en trois ensembles de fiches thématiques.

La première partie (*fiches E*) donne des éléments sur le contexte économique et social européen, sur l'importance respective des déficits publics, les niveaux et l'évolution du coût du travail dans plusieurs pays de l'Union. Elle rappelle aussi quels sont les principaux enjeux, actuels et à venir, de la protection sociale en Europe et de quelle manière elle y est financée.

La deuxième partie (*fiches F*) présente les grandes inflexions récentes de la protection sociale dans les pays de l'Union européenne. Elle décrit ensuite, pour chacun des risques (maladie-soins de santé, invalidité, vieillesse-survie, famille-enfants, chômage, logement, exclusion sociale) au sens du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS), en quoi ces pays se différencient en termes de structure et d'évolution de la dépense.

La troisième partie (*fiches G*) dresse tour à tour un panorama des systèmes de protection sociale de quatre pays européens : l'Allemagne, le Royaume-Uni, la Suède et, pour la première fois cette année, l'Italie. Ces pays ont été choisis en raison de la diversité de leurs modèles sociaux et de leur financement, souvent mis en regard du système français de protection sociale. Sont examinés dans ces fiches les caractéristiques de l'organisation de ces systèmes, les principales réformes menées ou engagées et les niveaux de dépenses consacrées aux différents risques de protection sociale.

E. La protection sociale en Europe : contexte général

L'impact de la crise sur le chômage et l'ensemble des indicateurs socio-économiques dessine une zone euro polarisée, au détriment des pays du Sud et périphériques.

L'année 2013 marque un léger mieux dans l'Union à 28, hormis pour la zone euro

La crise de 2008 a affecté les États membres de façon différenciée. En 2010, l'UE 28 a enregistré une embellie avec une croissance moyenne du PIB de 2,0 % en volume. Avec une croissance de +1,7 % sur cette période, la France, l'Italie et le Royaume-Uni ont moins bénéficié de cette reprise que la Suède (+6,6 %) et l'Allemagne (+4,0 %). L'Espagne (-0,2 %) a quant à elle connu une poursuite de la dégradation de son économie.

L'année 2011 a marqué une embellie provisoire, avec, là aussi, des différences de croissance notables entre pays : +3,3 % en Allemagne, +2,9 % en Suède et +2,0 % en France, soit des niveaux supérieurs à la moyenne de la zone euro (+1,6 % sur 18 pays). À l'inverse, le Royaume-Uni (+1,1 %) et, plus encore, l'Italie (+0,5 %) et l'Espagne (+0,1 %) ont connu des taux de croissance nettement en deçà de la moyenne en 2011.

L'année 2013 est globalement marquée par une relative stabilisation par rapport à 2012. Alors qu'en 2012, la situation moyenne s'est de nouveau dégradée en Europe (-0,4 % pour l'UE 28 et -0,7 % pour la zone euro), en 2013, le PIB stagne (+0,1 %) dans l'UE 28 mais diminue encore de 0,4 % au sein de la zone euro (18 pays).

Toutefois, les écarts de dynamiques entre pays demeurent importants. Le PIB continue en particulier de reculer dans la quasi-totalité des pays d'Europe du Sud (Grèce -3,9%, Italie -1,7%, Portugal -1,6%, Espagne -1,2 % en 2013) ainsi que dans les pays de l'Europe de l'Est et aux Pays-Bas. La croissance est plus forte en 2013 qu'en 2012 en France (respectivement +0,7 et +0,2 %) et en Allemagne (+0,4 % contre +0,1 %). Elle est sensiblement plus forte au Royaume-Uni (respectivement +1,7 % et +0,7 %) et en Suède (respectivement +1,3 % et -0,3 %).

Un impact accru sur le chômage dans les pays du Sud et périphériques de la zone euro

Dans ce contexte, la situation de l'emploi au niveau européen s'est légèrement améliorée en 2014. Le taux de chômage de l'UE 28 atteint 10,2 % en 2014 (graphique E1.2) contre 10,8 % en 2013, quand certains États membres comme l'Espagne (24,5 %) sont plus gravement touchés que d'autres comme l'Allemagne (5,0 %) ou le Royaume-Uni (6,1 %). De manière générale, les différences de situation économique entre les pays du Nord, d'une part, et les pays du Sud et périphériques de la zone euro d'autre part sont importantes et tendent à s'accroître.

Le taux d'emploi se replie, celui des femmes résiste et celui des seniors progresse

À la suite de la crise, le taux d'emploi des personnes de 20 à 64 ans a baissé entre 2008 et 2014 (-1,1 point dans l'UE 28), ce qui constitue une rupture par rapport à la période précédente (+3,6 points de 2002 à 2008 dans l'UE 28). En 2014, les taux d'emploi en Suède (80 %), en Allemagne (78 %), au Royaume-Uni (76 %) et en France (70 %) sont supérieurs à la moyenne de l'UE 28 (69 %). Les taux d'emploi en Italie (60 %) et en Espagne (60 %) apparaissent *a contrario* significativement inférieurs.

L'emploi des femmes n'a pas été aussi sévèrement touché par la crise que celui des hommes, car elles sont surreprésentées dans des secteurs ayant mieux résisté (services, secteurs non marchands). Si le taux d'emploi des femmes âgées de 20 à 64 ans a augmenté en Europe depuis 2000, il est en légère progression sur la période récente (+0,7 point entre 2008 et 2014 dans l'UE 28), mais diminue sensiblement en Espagne (-4,1 points), tandis qu'il continue de croître en Allemagne (+5,3 points). En 2014, le taux d'emploi des femmes âgées de 20 à 64 ans atteint 64 % au sein de l'UE 28. Il s'échelonne de 50 % en Italie à 78 % en Suède, avec un taux de 55 % en Espagne, de 66 % en France, de 71 % au Royaume-Uni et de 73 % en Allemagne.

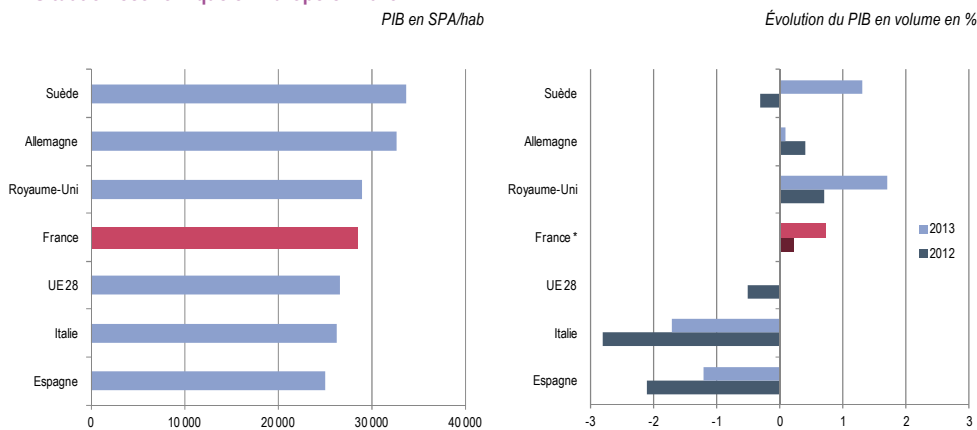
Le taux d'emploi des seniors a quant à lui fortement augmenté ces dernières années (+6,3 points entre 2008 et 2014), particulièrement en Allemagne et en Italie¹. En 2014, la Suède, l'Allemagne et le Royaume-Uni présentent des taux d'emploi des seniors âgés de 55 à 64 ans supérieurs à l'objectif de Lisbonne de 50 %. La moyenne européenne UE 28 s'établit au-dessus de ce niveau (52 %). *A contrario*, ces taux sont inférieurs en France (47 %), en Espagne (44 %) et en Italie (46 %).

Malgré ce contexte morose, depuis 2008, l'espérance de vie a progressé de neuf mois dans l'UE 28 (72,6 ans) et de plus de huit mois en France (81,4 ans). En 2013, le taux de personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a été réduit en France de 1 point par rapport à 2012, mais de seulement 0,4 point par rapport à 2008. Plus généralement, les variations des taux de pauvreté sont à analyser au regard du seuil de pauvreté qui peut conduire à des évolutions plus contrastées (fiche F9).

Pour les définitions de **parité de pouvoir d'achat (PPA)**, **standards de pouvoir d'achat (SPA)**, **taux d'emploi** et **taux de chômage**, cf. *glossaire* en fin d'ouvrage. Pour plus de précisions sur l'évolution de l'emploi, voir *éclairages* « L'emploi et les politiques sociales en Europe à l'épreuve de la crise », dans cet ouvrage.

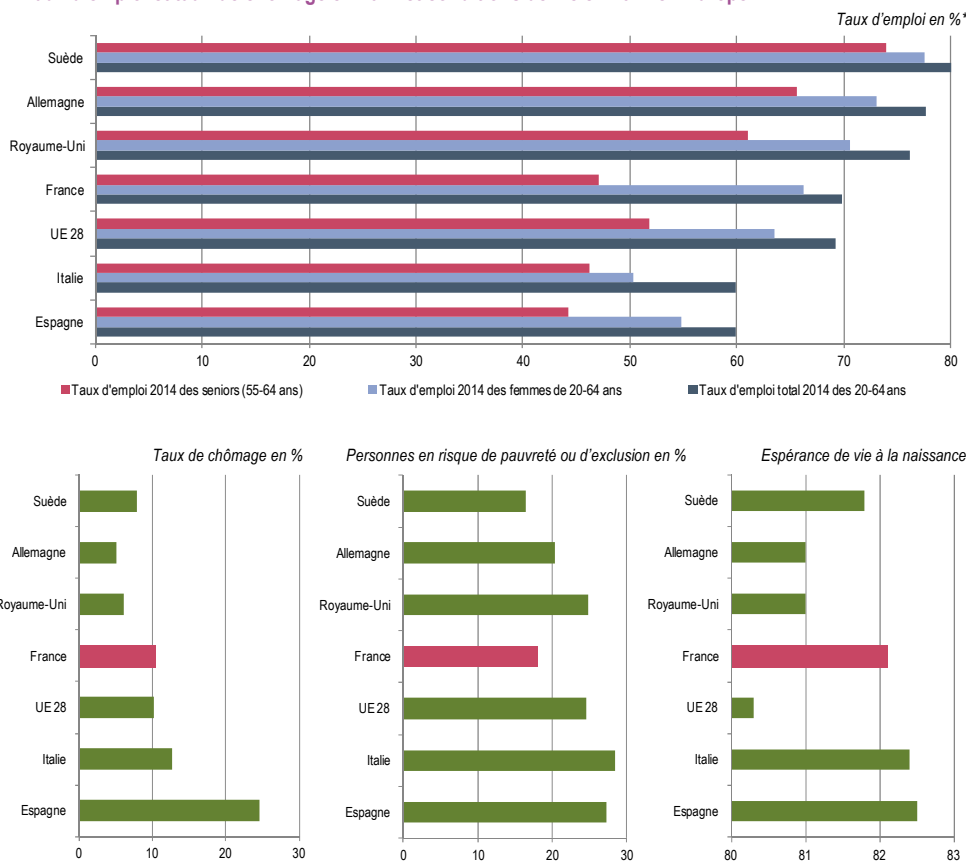
1 Une rupture de série en France ne permet pas de faire des comparaisons entre les deux dates.

E1.1 Situation économique en Europe en 2013



Sources : Eurostat ; * seule donnée source INSEE-Comptes nationaux base 2010.

E1.2 Taux d'emploi et taux de chômage en 2014 et conditions de vie en 2012 en Europe



* Au 1^{er} trimestre 2013, le questionnaire de l'enquête Emploi a été rénové. Certaines reformulations ont eu un impact sur la mesure des principaux indicateurs, dont le taux d'emploi et le taux de chômage. Toutes les séries n'ayant pas été réropolées, les données 2013 des indicateurs présentés ici ne sont pas comparables à celles des années antérieures.

Sources : Eurostat, DARES : Les seniors et le marché du travail, graphique de bord trimestriel, mars 2014.

Les Comptes nationaux permettent d'analyser les déficits publics en Europe en distinguant la contribution des différentes administrations publiques : État, organismes divers d'administration centrale (ODAC), administrations publiques locales et administrations de Sécurité sociale.

Des situations budgétaires et des sentiers de réduction des déficits hétérogènes en Europe

La crise économique a détérioré, dès 2008, la situation budgétaire de l'ensemble des pays observés, avec une aggravation, à partir de 2009, des déficits publics au sens des critères de convergence du traité de Maastricht, qui prévoit un déficit maximal de 3 % du PIB en période ordinaire (*graphiques de droite*). Depuis, la situation s'est peu à peu améliorée dans la plupart des pays de l'Union, à l'exception de l'année 2012 en raison d'une nouvelle dégradation de la conjoncture.

Entre 2008 et 2009, **la France** a vu le besoin de financement de ses administrations publiques s'accroître de 3,2 % à 7,2 % du PIB. Depuis, ce déficit se réduit progressivement. En 2013, il atteint 4,1 % du PIB.

L'Espagne et **le Royaume Uni** ont également connu une très forte aggravation du déficit entre 2008 et 2009 passant de 4,4 à 11,0 % du PIB pour l'Espagne et de 5,1 % à 10,8 % du PIB pour le Royaume-Uni. Après des améliorations relatives en 2010 et 2011, les déficits se sont de nouveau dégradés en 2012, dans un contexte économique morose, marqué par une croissance du PIB négative (de -1,6 % en Espagne) ou faible (+0,3 % au Royaume-Uni). Le besoin de financement se replie de nouveau en 2013 pour atteindre respectivement 6,8 % et 5,8 % du PIB.

En **Italie**, après une forte dégradation de son besoin de financement des administrations entre 2008 et 2009 (passant de 2,7 % à 5,3 % du PIB), celui-ci s'améliore continûment, pour atteindre 2,8 % du PIB en 2013.

À l'inverse de la France, de l'Espagne et du Royaume-Uni, si **l'Allemagne** enregistre une dégradation du besoin de financement de 4,1 points de PIB entre 2008 et 2010, elle respecte de nouveau le critère de Maastricht dès 2011 et dégage des capacités de financement dès 2012 (+0,1 point de PIB pour 2012 et 2013).

Enfin, après avoir connu un besoin de financement de 0,7 % du PIB en 2009, **la Suède** retrouve une position équilibrée dès 2010. Son profil d'évolution budgétaire fait toutefois exception, puisque l'année 2012 est marquée par une nouvelle dégradation du besoin de financement (déficit de 0,9 % du PIB) qui se poursuit en 2013 (solde de -1,3 %). Cette situation est liée à la

faiblesse de la croissance économique en 2012 et 2013, à l'inverse de 2010 et 2011.

Des déficits des administrations publiques en partie liés à la protection sociale, directement ou indirectement

En première analyse, la contribution de la protection sociale semble mineure dans l'aggravation du besoin de financement des administrations publiques en Europe, puisque les administrations de Sécurité sociale (ASSO) enregistrent des déficits bien moindres que ceux des administrations centrales.

Les comparaisons européennes sont toutefois délicates car les structures institutionnelles de la protection sociale diffèrent souvent significativement entre les pays.

En Suède, par exemple, à l'exception des prestations de santé, ce sont principalement les administrations centrales qui fournissent des prestations de protection sociale (*fiche pays G3 Suède*). C'est également le cas au Royaume-Uni avec son système général administré par l'État, où il n'existe pas de secteur des administrations de Sécurité sociale (caisse d'assurance sociale – *fiche pays G2 Royaume-Uni*). Dans ces pays, une partie du déficit des administrations centrales peut de ce fait être directement liée aux dépenses de protection sociale sans que celle-ci soit pour autant clairement identifiable.

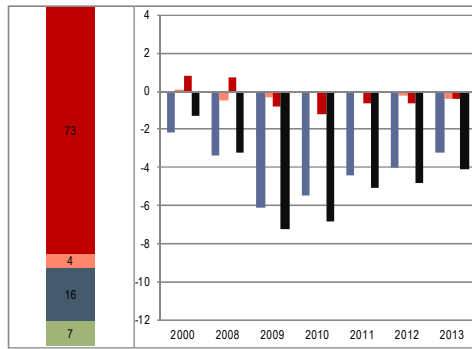
Pourtant, dans des pays comme la France, l'Allemagne, ou l'Espagne, où les dépenses de protection sociale sont principalement du ressort des administrations de Sécurité sociale, une situation comparable peut se produire. En effet, les flux financiers des administrations centrales vers les administrations de Sécurité sociale peuvent s'accroître en période de crise pour faire face aux difficultés des acteurs de la protection sociale, ce qui peut alors expliquer, indirectement cette fois, une part de l'aggravation du besoin de financement des administrations centrales.

Le cas se présente notamment en Allemagne : si le système repose sur une logique d'assurance bismarckienne décentralisée, on observe, depuis 2007, un rôle accru de l'État. Le maintien du solde budgétaire des administrations de Sécurité sociale en Allemagne a largement été permis par une participation croissante du budget fédéral, davantage financé par l'impôt. Toutefois, les caisses d'assurance maladie allemandes ont pour obligation d'augmenter leurs cotisations en cas de déséquilibre depuis 2007, ce qui, avec la maîtrise de la dépense, a également constitué un facteur notable de soutenabilité financière du système (*fiche pays G1 Allemagne*).

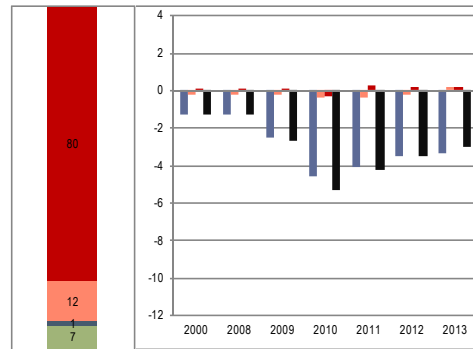
Gauche : part des secteurs institutionnels dans la protection sociale en 2013 (en %) ;

Droite : capacité ou besoin de financement des administrations publiques (en % du PIB)

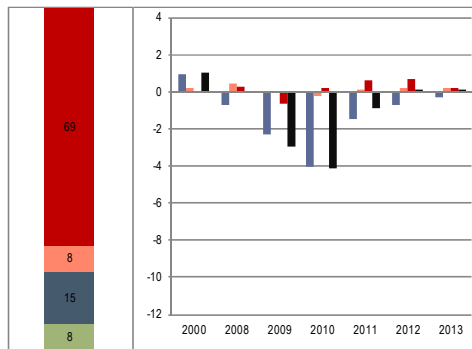
France



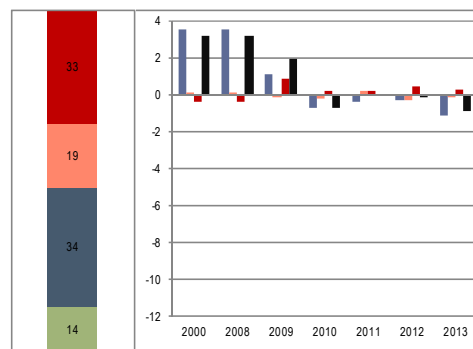
Italie



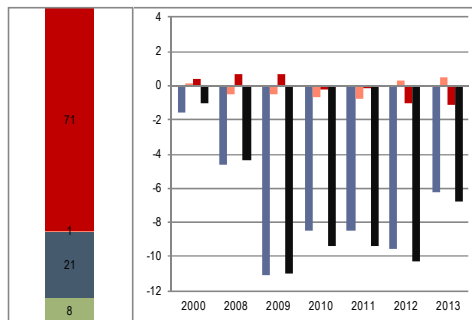
Allemagne



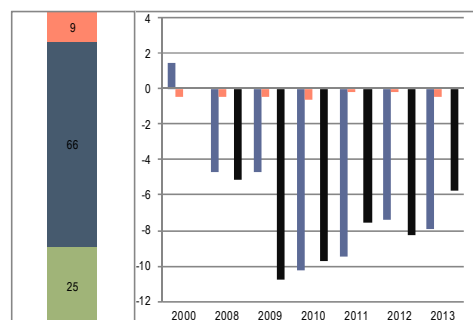
Suède



Espagne



Royaume-Uni



- Administrations de Sécurité sociale (ASSO)
- Administrations publiques locales (APUL)
- Administrations publiques centrales (APUC) et d'États fédérés
- Autres (Sociétés financières et non financières, ISBLSM)

} Ensemble des administrations publiques

Note : la part des secteurs institutionnels dans la protection sociale est approximée à l'aide des Comptes nationaux. L'indicateur retenu pour les prestations sociales en espèces et en nature est la somme des opérations D62 et D632.
 Source : Eurostat, INSEE-CNA, base 2010 pour les données de capacités et de besoins de financement françaises.

Des systèmes de protection sociale très divers selon les pays

Les pays européens ont des systèmes de protection sociale inégalement développés et fondés sur des principes très différents, selon leur histoire, leur démographie, leur niveau de vie et le fonctionnement institutionnel de leurs sociétés.

On classe habituellement les pays en deux groupes. D'une part ceux de tradition « bismarckienne » où le système repose essentiellement sur des mécanismes d'assurance, souvent sur base d'affiliation professionnelle et sur un financement par des cotisations (France, Belgique, Pays-Bas, Allemagne et Autriche). D'autre part ceux de tradition « beveridgienne » où le système a pris originellement la forme d'une aide universelle avec un financement davantage assis sur l'impôt (pays scandinaves, Irlande et Royaume-Uni).

Toutefois, la frontière entre ces deux groupes de pays n'est pas toujours nette. En effet, les systèmes de protection sociale en Europe fonctionnent souvent selon une logique hybride qui varie selon les risques considérés. Par exemple, en France, le système de protection sociale est classiquement identifié comme bismarckien puisque principalement financé par des cotisations, mais la part des contributions publiques tend à s'accroître (*fiche E4*) ; l'objectif de l'universalisme de la protection (famille, santé) y est poursuivi.

Il convient en outre de distinguer au sein de l'Union européenne (UE) les membres « historiques » et les « nouveaux entrants », tant leurs systèmes sont différents. À partir des quinze anciens membres (UE 15), l'Union européenne s'est élargie entre 2004 et 2013 avec treize nouveaux États : Bulgarie, Chypre, Croatie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovaquie et Slovaquie. Elle comprend désormais 28 membres (UE 28).

La France dans le peloton de tête des pays européens pour la part de ses dépenses de protection sociale dans la richesse nationale

En 2012, dernière année disponible pour des comparaisons internationales des systèmes de protection sociale, les dépenses de protection sociale représentent en moyenne 29,2 % du PIB des pays de l'UE 15 et 28,3 % du PIB des pays de l'UE 28 (*graphique E3.1*). Ces dépenses sont les plus

importantes rapportées au PIB pour le Danemark (33,1 %), la France (32,1 %), les Pays-Bas (31,4 %) et l'Irlande (31,0 %).

La Suède (29,9 %), l'Italie (29,0 %), le Royaume-Uni (28,4 %) et l'Allemagne (28,3 %) observent des niveaux légèrement supérieurs ou égaux à la moyenne européenne. Enfin, l'Espagne (25,4 %) consacre une plus faible part de son PIB à la protection sociale.

Les nouveaux entrants consacrent tous moins de 25 % de leur PIB aux prestations de protection sociale.

L'examen des dépenses nationales de protection sociale en SPA et par habitant, nuance toutefois ce classement. La France se situe toujours à un niveau plus élevé que la moyenne européenne (UE 28), mais passe de la 2^e à la 8^e position, derrière le Luxembourg initialement en bas de classement, puis les Pays-Bas, le Danemark, l'Autriche, la Suède, l'Allemagne et l'Irlande.

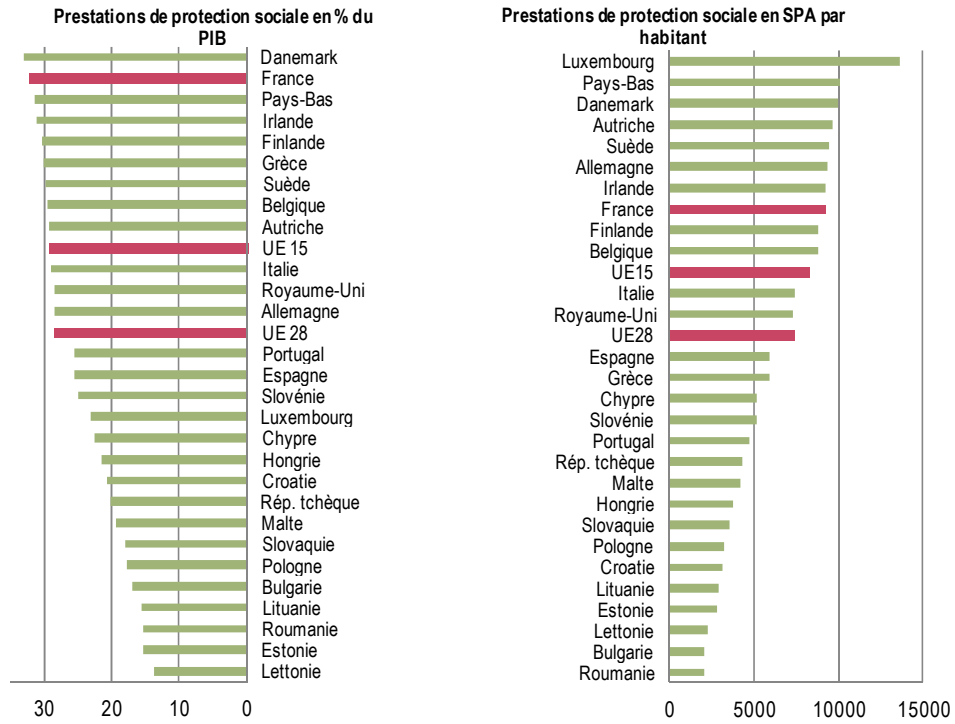
Les dépenses de protection sociale sont généralement plus élevées en proportion dans les pays riches

Ces différences entre pays sont liées, pour une part significative, à leur niveau de développement, les pays les plus riches consacrant une part plus importante de leur richesse nationale à la protection sociale. Il existe, en effet, un lien entre le niveau de richesse et celui des dépenses de protection sociale. Plus un pays est riche, plus il dépense pour sa protection sociale. En 2012, la corrélation entre les prestations de protection sociale par tête et la richesse par habitant est proche de l'unité (+0,89 – *graphique E3.2*). Cette relation ne se limite pas à l'Union européenne mais peut également être observée dans l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE – Simon et Tallet 2011)¹.

Les Comptes de la protection sociale, qui répondent à un cahier des charges élaboré dans le cadre de l'Union européenne, permettent des comparaisons chiffrées entre les systèmes de protection sociale (*annexe 3*).

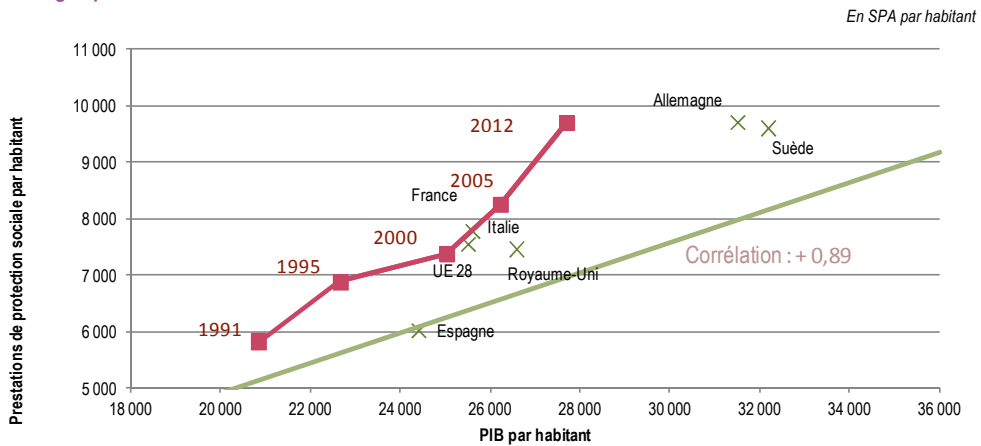
¹ Simon C. et Tallet F., 2011, « Dynamique des dépenses de protection sociale dans les pays de l'OCDE en période de crise économique », *Comptes de la protection sociale 2009*, DREES, p. 53-71.

E3.1 Ensemble des prestations de protection sociale en Europe en 2012



Note : sont considérées ici l'ensemble des prestations de protection sociale.
Sources : Eurostat-SESPROS.

E3.2 Prestations de protection sociale par tête en fonction du PIB par tête, en 2012 dans l'Union européenne et sur longue période en France



Note : les données des différents pays sont en valeur de parité de pouvoir d'achat pour 2012, permettant ainsi de corriger des différences de niveaux de prix entre pays. Pour pouvoir comparer la série des données passées relatives à la France, les données des années 1995, 2000 et 2005 ont été converties en euros constants 2012, puis en SPA 2012.
Lecture : le coefficient de corrélation linéaire entre la dépense de protection sociale par habitant et le PIB par habitant est fortement positif et s'établit à 0,89 pour l'ensemble des pays de l'UE 28 en 2012.
Sources : Eurostat-SESPROS.

Les structures de financement de la protection sociale sont hétérogènes en Europe, avec des répartitions très variables entre les cotisations à la charge des employeurs et des personnes protégées d'une part, et les contributions publiques, impôts et taxes affectés d'autre part.

Dans les années 1990, la part des contributions publiques affectées au financement de la protection sociale dans le PIB s'est accrue dans la plupart des pays de l'Union européenne. Cette hausse de la part des contributions publiques s'est accompagnée d'une légère atténuation des différences de structures de financement au sein de l'Union européenne.

Des structures de financement très liées à l'histoire des systèmes de la protection sociale

En 2012, les cotisations sociales représentent, en moyenne, 55,1 % du financement de la protection sociale dans l'UE à 28 pays (*graphique E4.1*). Cette part varie fortement d'un pays à l'autre, selon notamment les distinctions historiques classiques entre système « bismarckien » (typiquement France, Allemagne ou Pays-Bas), dans lequel les cotisations prédominent, ou « beveridgien » (tels que le Royaume-Uni ou le Danemark), dans lequel les contributions publiques sont prépondérantes¹.

Un renforcement du rôle des contributions publiques dans la plupart des États membres

Entre 1996 et 2012, la part dans le total des ressources des contributions publiques affectées² au financement de la protection sociale dans l'UE 15 (*graphique E4.2*) a fortement augmenté (+8,8 points), alors que celle des cotisations à la charge des employeurs et des assurés a baissé (respectivement de -3,8 points et de -5,0 points). Cela a modifié la structure du financement.

Un lent rapprochement des structures de financement des anciens États membres, malgré quelques exceptions

Cette évolution a été toutefois hétérogène selon les pays. En effet, le plus souvent, les pays pour lesquels le financement de la protection sociale reposait davantage sur les cotisations que sur les contributions publiques sont ceux qui ont enregistré les plus fortes hausses relatives des contributions publiques par rapport à celles des cotisations (*graphique E4.2*). C'est particulièrement vrai pour l'Italie et, dans une moindre mesure, pour la France, l'Espagne et la Grèce. Dans ces pays, la hausse

globale des prélèvements a été essentiellement tirée par celle de leurs contributions publiques.

Certains pays de tradition beveridgienne comme le Royaume-Uni, où la part des contributions publiques dépassait déjà 50% en 1996, font exception à ce mouvement de rapprochement des structures de financement. En effet, le Royaume Uni compte parmi les pays européens qui ont le plus accru les financements par contributions publiques (*fiche pays G2 Royaume-Uni*).

De même, dans une moindre mesure, l'Irlande et le Danemark continuent d'accroître la part des contributions publiques dans le financement alors qu'elles en représentaient déjà plus des deux tiers en 1996. Cette évolution n'a toutefois pas été linéaire. Au Danemark, par exemple, l'introduction en 1994 de nouvelles cotisations pour financer une activation des politiques du marché du travail a dans un premier temps contribué à réduire la part largement prépondérante des contributions publiques et des impôts et taxes affectés. Alors que cette part dépassait 88 % en 1993, elle a été réduite à 74,4 % dès 1996. Elle a ensuite diminué chaque année jusqu'à 68,7 % en 2002, avant de progressivement remonter à 79,8 % en 2012. Le Danemark reste donc dans une situation relativement singulière, avec un financement de sa protection sociale reposant très majoritairement sur l'impôt.

Inversement, la part du financement des contributions publiques a diminué au Pays-Bas alors qu'elle était dans la moyenne européenne. Elle est restée quasiment stable au Luxembourg, en Suède ou en Finlande, pays pour lesquels la part des contributions publiques était déjà importante en 1996 (plus de 50 %).

Hormis ces exceptions, on observe au global plutôt un lent rapprochement sur moyenne période des structures de financement entre les anciens États membres de l'Union européenne. Celui-ci peut être mesuré par l'évolution de la dispersion de la part des contributions publiques dans les structures de financement³. Le coefficient de variation de la part des contributions publiques dans le total des ressources est, en effet, passé de 32 % à 26 % pour les anciens États membres (UE 15) entre 1996 et 2012.

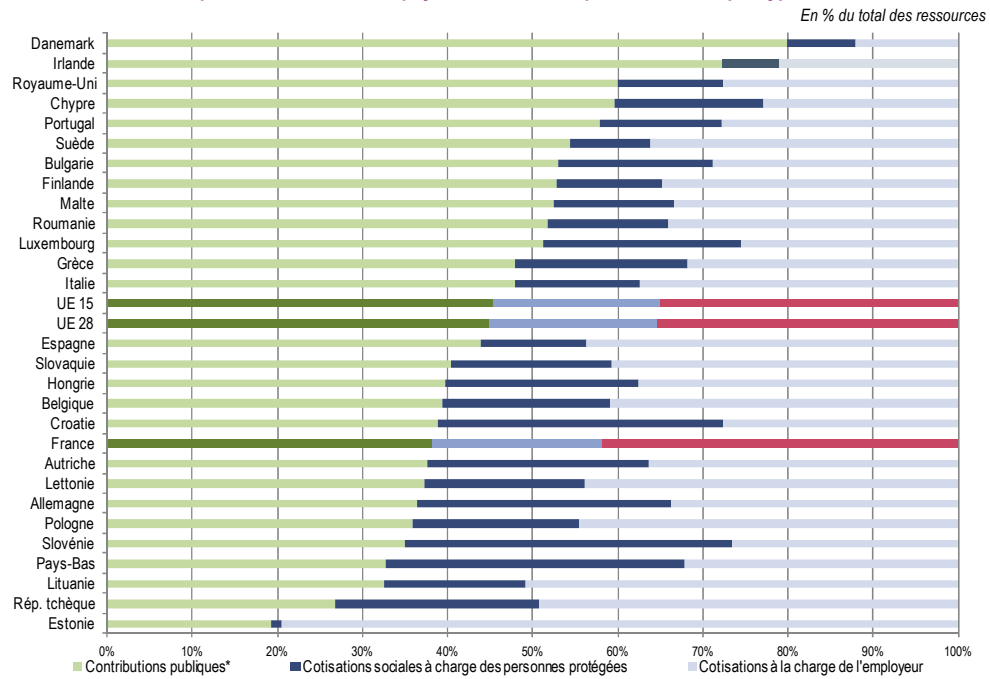
Le groupe des nouveaux États membres reste en revanche très hétérogène avec, depuis 2000, des trajectoires de structures de financement variables.

1 Pour faciliter l'analyse, les contributions publiques et les autres recettes ont été regroupées dans les graphiques. Les autres recettes s'apparentent plus à des impôts ou à des taxes affectés, assis sur une assiette plus large ou autre que le facteur travail, qu'à des cotisations sociales. Ce choix d'agrégation des autres recettes aux contributions publiques tient au fait qu'elles relèvent surtout du secteur public.

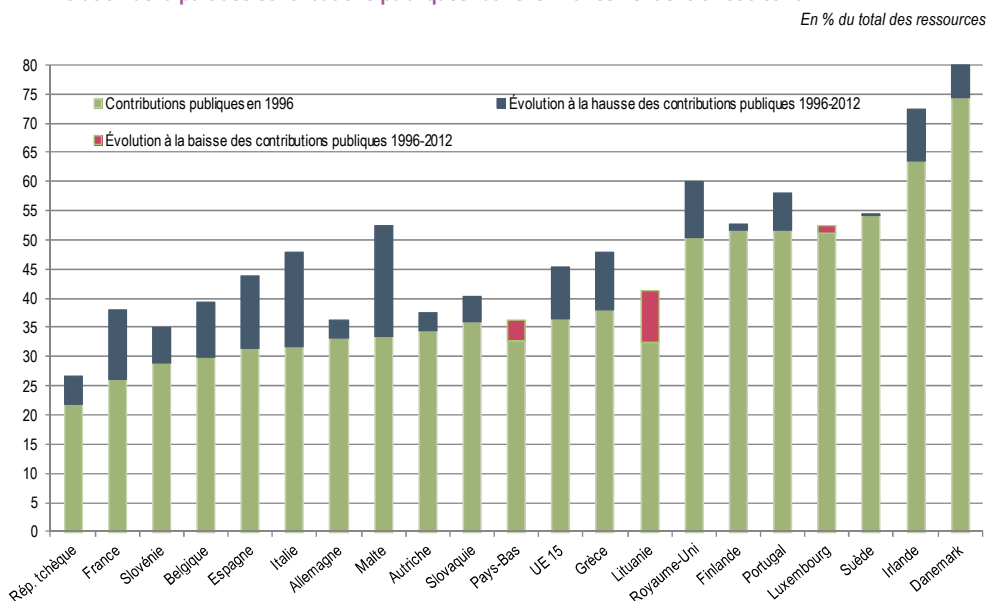
2 Incluant les impôts et taxes affectés et les autres recettes. Ces évolutions globales correspondent à la fois à des modifications des modes de financement des différents risques, mais aussi à des évolutions de la part relative des différents risques.

3 La dispersion est mesurée par le coefficient de variation (rapport de l'écart type à la moyenne).

E4.1 Ressources de la protection sociale des pays de l'Union européenne en 2012 par type de financement



E4.2 Évolution de la part des contributions publiques* dans le financement entre 1996 et 2012



* Contributions publiques au sens large, incluant ici les ITAF (impôts et taxes affectés) et les autres recettes.
Lecture : les pays sont classés par ordre croissant des parts des contributions publiques dans le financement de la protection sociale en 1996. Une évolution à la hausse est ajoutée au bâton, une évolution à la baisse lui est retranchée. Ainsi dans l'UE 15, les contributions publiques représentaient 36,5 % des ressources totales de la protection sociale en 1996, contre 45,2 % en 2012, soit une hausse de 8,8 points. En revanche, pour les Pays-Bas, elles représentaient 36,4 % en 1996 contre 32,7 % en 2012, soit une baisse de 3,7 points.
Champ : 20 pays de l'UE (UE 15 et cinq « nouveaux entrants »), dont les données sont disponibles depuis 1996.
Sources : Eurostat-SESPPROS.

Le financement de la protection sociale est en partie assuré par le prélèvement de cotisations sur les revenus du travail. Mais le coût du travail (salaires, traitements, cotisations sociales et autres frais à la charge de l'employeur) constituant un élément clef de la compétitivité d'un pays, la répartition entre contributions publiques et cotisations, à la charge des personnes protégées d'une part et à la charge des employeurs d'autre part, représente donc un enjeu majeur pour les pays. La tendance dans les États membres de l'Union européenne est ainsi à la hausse des contributions publiques au détriment des cotisations dans le financement de la protection sociale (*fiche E4*), afin de limiter la hausse du coût du travail.

Un coût moyen de la main-d'œuvre à 24,60 euros de l'heure dans l'UE 28 en 2014

Le coût horaire moyen de la main-d'œuvre s'élève à 24,60 euros dans l'UE 28 en 2014. Les salaires et traitements représentent 76 % du coût total du travail (18,60 euros) et les cotisations sociales à la charge de l'employeur¹, 24 % (6 euros). Parmi les pays présentés (*graphique E5.1*) seule l'Espagne se situe en dessous de la moyenne européenne avec un coût horaire moyen de la main-d'œuvre de 21,30 euros. La répartition entre salaires et traitements d'une part et cotisations sociales à la charge de l'employeur d'autre part y est proche de la moyenne européenne (respectivement 74 % et 26 %). La France a un coût supérieur à la moyenne européenne avec 34,60 euros mais inférieur à la Suède (37,40 euros). Dans ces deux pays, la part des salaires et traitements dans le coût total est inférieure à la moyenne européenne (67 % en France et 68 % en Suède).

Un recul de la part des cotisations sociales à la charge des employeurs dans le financement de la protection sociale

Dans la plupart des pays considérés, la part des cotisations sociales diminue dans le financement de la protection sociale depuis 2004. L'Allemagne fait ici figure d'exception, la part des cotisations sociales y est néanmoins en recul si l'on se réfère à 1996.

Cette diminution provient de l'évolution conjointe des parts des cotisations sociales à la charge des employeurs et de celles à la charge des personnes protégées. La première se réduit dans tous les pays considérés entre 2004 et 2012 (Espagne -6,4 points, Suède -4,5 points, Italie -3,7 points, France -2,9 points, Royaume-Uni -3,5 points et Allemagne -1,7 point). En revanche, la part des cotisations sociales à la charge des personnes protégées augmente en Allemagne (+2,3 points) et en Suède (+1,0 point), mais baisse pour les autres pays (France -0,5 point).

Un recours moindre aux cotisations sociales pour financer la protection sociale avec des effets sur le coût du travail différents selon les pays

L'indice de coût du travail (ICT) est harmonisé au niveau européen et disponible pour tous les pays observés depuis 2008. Ses déterminants sont multiples car il couvre l'ensemble des dépenses réalisées par les employeurs pour l'emploi d'un salarié (*encadré*). Le moindre recours aux cotisations sociales dans le financement de la protection sociale participe à la modération de l'ICT. En Espagne, la forte réduction de la part des cotisations sociales dans le financement de la protection sociale s'accompagne d'une progression relativement faible de l'ICT (+8,0 points d'indice sur la période 2008-2014), de même au Royaume-Uni (+7,6 points). Parmi les pays présentés, ceux qui ont le moins réduit cette part connaissent les plus grandes augmentations de l'ICT (Suède +17,3 points, Allemagne +14,1 points). En France, l'ICT augmente de 10,9 points de 2008 à 2014.

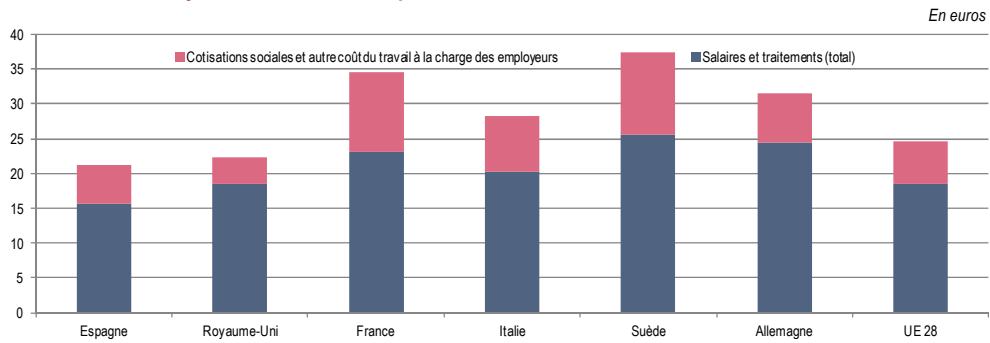
DÉFINITION

L'indice de coût du travail suit l'évolution de l'ensemble des rémunérations, des cotisations sociales et des taxes nettes de subventions. Il est calculé en rapportant au volume horaire de travail, la somme de la masse salariale, des charges sociales et des autres coûts après prise en compte des exonérations de charges. En France, les cotisations sociales comprennent les charges patronales de Sécurité sociale, la contribution solidarité-autonomie, les contributions aux régimes de retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO), l'assurance chômage. L'indice intègre aussi d'autres coûts, tels que les contributions patronales à l'effort de construction, la taxe d'apprentissage, les contributions patronales au financement de la formation professionnelle, le versement transport et les cotisations pour accident du travail. Il prend aussi en compte les contributions aux comités d'entreprise. Les subventions prises en compte sont celles liées à la masse salariale ou à l'emploi de certaines catégories déterminées de personnes. Le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) est pris en compte dans le calcul au titre de subvention au bénéfice de l'employeur. Il est intégré au calcul de l'indice à compter du 1^{er} janvier 2013².

1 Autres coûts du travail à la charge de l'employeur inclus.

2 Source : note méthodologique INSEE 15/12/2014.

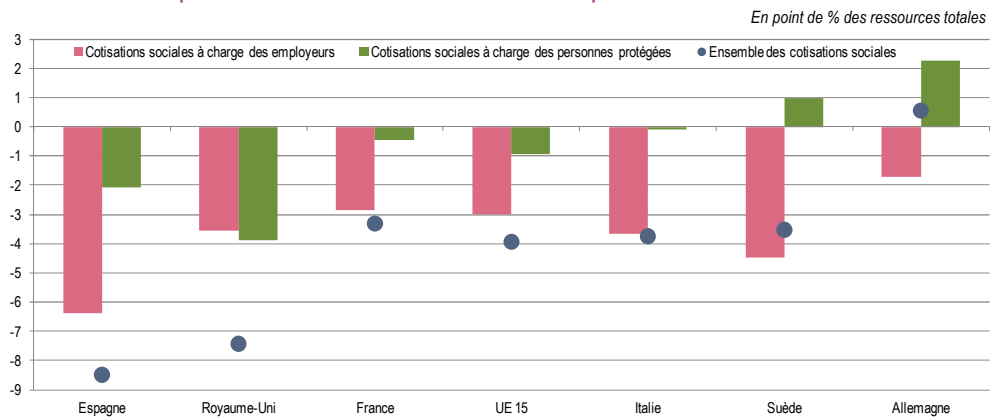
E5.1 Coût horaire moyen de la main-d'œuvre par heure travaillée en 2014



Note : les coûts horaires moyens sont définis comme les coûts de main-d'œuvre totaux divisés par le nombre correspondant d'heures travaillées par le nombre moyen annuel des employés, exprimés en unités de temps plein. Les coûts du travail couvrent les salaires et les coûts non salariaux (cotisations sociales patronales plus impôts moins subventions – encadré page de gauche).

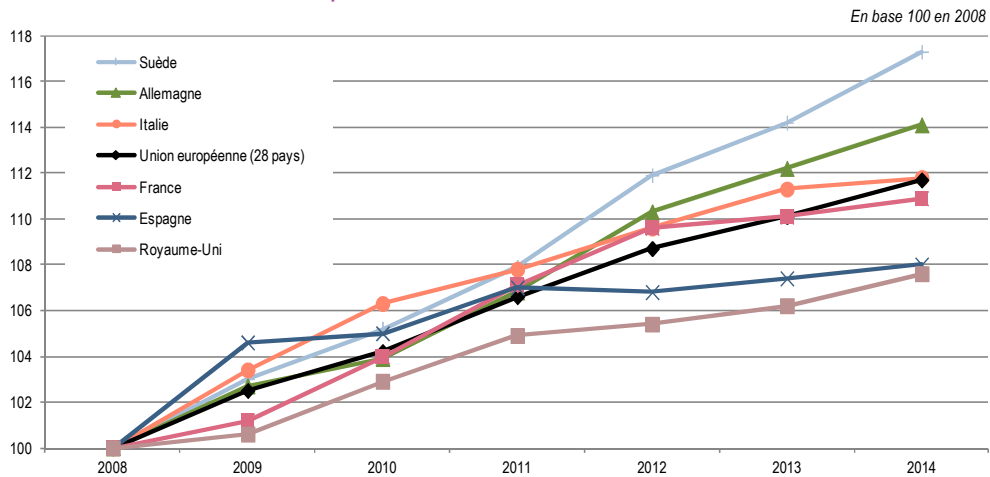
Sources : Eurostat-données 2014 provisoires.

E5.2 Évolution de la part des cotisations dans les ressources de la protection sociale entre 2004 et 2012



Sources : Eurostat-SESPROS.

E5.3 Indice du coût du travail en Europe



Champ : industrie, construction et services (sauf les activités des ménages en tant qu'employeurs et les activités extra-territoriales).

Note : l'indice du coût de la main-d'œuvre montre l'évolution conjoncturelle des coûts horaires totaux supportés par les employeurs et résultant de l'embauche de la force de travail. Les coûts de la main-d'œuvre incluent les salaires et traitements bruts, les cotisations sociales à la charge des employeurs et les impôts, moins les subventions liées à l'emploi.

Sources : Eurostat.

Parmi les facteurs de croissance de long terme qui influent sur l'équilibre des comptes sociaux, deux apparaissent comme déterminants : d'une part, la croissance potentielle de l'économie qui détermine en grande partie l'évolution des ressources sur le plan structurel ; d'autre part, le vieillissement de la population qui constitue l'un des facteurs principaux de croissance des dépenses sur longue période (prestations de vieillesse, maladie et dépendance).

Une inflexion de la croissance des dépenses de protection sociale depuis la crise

À la suite de la crise de 2008, la plupart des pays européens ont réduit leurs dépenses de protection sociale. Entre 2009 et 2012, la dépense de protection sociale en termes réels a légèrement diminué en moyenne en Europe et dans la plupart des États membres¹.

Plus spécifiquement, les travaux de la Commission européenne indiquent que l'année 2011 a été une année de recul généralisé, en termes réels, des prestations sociales en espèces et en nature au sens de la comptabilité nationale, à l'exception de la Belgique, de Chypre, de la Finlande, de la France, de Malte, de la Suède et de la Slovénie qui ont connu des progressions, toutefois assez faibles (inférieures à 2,5 %). En 2012, ces prestations sont en recul dans l'UE 27 et dans la zone euro à 17, mais restent légèrement croissantes en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Finlande, en France, au Luxembourg, à Malte, en Pologne, en Roumanie, en Suède, en Slovaquie et au Royaume-Uni.

Cependant, la part des dépenses de protection sociale dans la richesse nationale reste plus élevée qu'avant la crise du fait de la contraction du PIB observée dans la plupart des pays d'Europe. L'évolution future de la part de cette dépense dépendra du niveau de croissance tendancielle du PIB après la crise et des réponses apportées en termes d'équilibre des comptes publics.

Un phénomène de vieillissement d'ampleur très variable à l'horizon 2060

Parmi les défis qu'ont à relever les systèmes de protection sociale des différents pays européens, celui du vieillissement apparaît comme majeur puisqu'il pose la question de la prise en charge de la dépendance et du financement des systèmes d'assurance vieillesse et d'Assurance maladie.

Les travaux les plus récents de la Commission européenne¹ rappellent que, selon les projections, la population au travail dans l'UE devrait significativement vieillir dans les dizaines d'années à venir, ce qui nécessitera un ajustement du modèle social européen.

L'évolution de la structure par âge de la population a en outre des conséquences sur les perspectives économiques et les marchés du travail (pénuries de main-d'œuvre et de qualification, baisse de productivité et d'innovation, etc.).

En Europe, le ratio de dépendance qui permet de mesurer l'ampleur du vieillissement tend à se dégrader, notamment sous l'effet de l'allongement de l'espérance de vie et de taux de natalité relativement faibles dans la plupart des pays.

En 2060, selon les prévisions communautaires (*encadré*), le taux de dépendance « vieillesse » sera en moyenne de 50 % au sein de l'UE 28, soit une hausse de 23 points par rapport à l'année 2013, année de base des dernières projections disponibles (*graphique E6.1*).

Le défi du vieillissement sera toutefois d'ampleur très différente selon les pays. La France enregistre un taux de dépendance équivalent à la moyenne européenne en 2013 mais inférieur de façon marquée en projection à l'horizon 2060 (43 %), en raison d'une natalité soutenue.

Tout comme la France, le Royaume-Uni (43 %) et la Suède (41 %) enregistreraient des ratios de dépendance faibles en 2060. En revanche, l'Allemagne ferait partie des pays dont la population est la plus âgée en Europe avec un taux de dépendance de 59 %. L'Espagne est dans une situation particulière puisqu'elle devrait connaître en 2050 un pic de son ratio de dépendance (63 %) du fait de déséquilibres dans sa pyramide des âges.

Les nouveaux entrants enregistrent en 2013 des taux de dépendance inférieurs à la moyenne européenne (Slovaquie 18,4 %, Pologne 20,1 %), mais se caractériseraient par les taux projetés les plus élevés en 2060 (Pologne 61 %, Slovaquie 66 %).

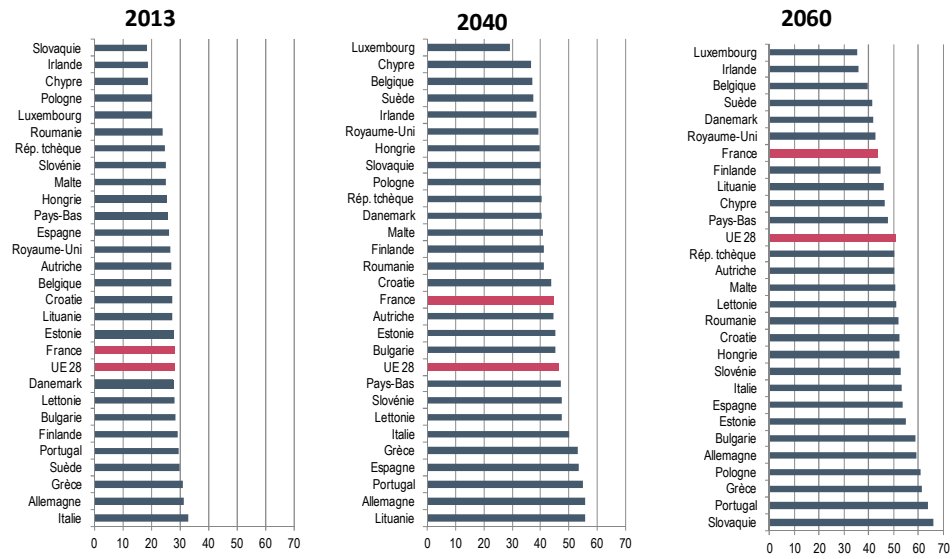
DÉFINITION

Le **ratio de dépendance** rapporte le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus à celui des personnes de 15 à 64 ans et constitue ainsi un indicateur synthétique du rapport entre population âgée inactive et population en âge de travailler. Son suivi permet de mesurer l'ampleur de la déformation de la structure de la population liée au vieillissement. L'évolution de moyen terme de ce ratio dépend de l'espérance de vie, du taux de natalité et des flux migratoires.

¹ Cf. Commission européenne, 2014, *Employment and Social Developments in Europe*, p. 29-30.

E6.1 Ratios de dépendance réel et projeté au sein de l'Union européenne

En %



Note : cet indicateur est le ratio entre le nombre total de personnes âgées ayant atteint un âge auquel elles sont généralement économiquement inactives (65 ans et plus) et le nombre de personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans). Le ratio de dépendance en 2012 est le ratio observé ; pour 2040 et 2060, il s'agit du ratio projeté à partir de l'année de base 2013 selon le dernier exercice de projection de l'Ageing Working Group du comité de la politique économique.

Champ : UE 28.

Sources : Eurostat.

F. Couverture des risques par la protection sociale en Europe

En 2012, les prestations de protection sociale (*graphique F1.1*) représentent 28,3 % du PIB en moyenne au sein de l'UE 28 (soit 1,2 point de moins que les dépenses de protection sociale¹). Cette part varie du simple à plus du double entre les États membres, les plus riches consacrant généralement une plus grande place à la protection sociale (*fiche E3*).

Lorsque l'on raisonne non plus en pourcentage du PIB mais en standard de pouvoir d'achat par habitant, le classement des pays est modifié (*fiche E3*). Au Luxembourg toutefois, le résultat est biaisé par l'importance du travail frontalier, avec un nombre de bénéficiaires supérieur au nombre d'habitants.

Vieillesse et santé sont les postes les plus importants des prestations de protection sociale

Les prestations au titre de la fonction **vieillesse-survie** constituent la part la plus importante (46 % – *graphique F1.2*) du total des prestations dans l'UE 28. Cette part varie entre 22 % et 62 % selon la générosité du système de retraite et la proportion de personnes de 65 ans et plus. Elle est la plus importante en Pologne (60 %) et en Italie (62 %), du fait notamment d'une forte proportion des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population totale. Seul un pays a une part inférieure à 35 % pour ce risque : l'Irlande (22 %), dont la population est très jeune. La France, avec 46 %, se situe au niveau de la moyenne européenne.

Le risque **maladie-soins de santé** est le deuxième plus gros risque en termes de montants et représente 30 % des prestations de l'UE 28 (29 % en France). Ce risque varie entre 21 % au Danemark et 49 % en Irlande.

Les parts des fonctions **invalidité, famille-enfants, chômage, logement et pauvreté-exclusion sociale** sont nettement plus faibles et variables d'un pays à l'autre. Les prestations liées au risque chômage ne dépendent pas seulement du taux de chômage, mais également des différences de couverture, de durée d'indemnisation et de montant des prestations servies. Avec des taux de chômage en 2012 relativement proches (respectivement 7,6 % et 7,9 %), la Belgique et le Royaume-Uni consacrent respectivement 13 % et 3 % de leurs prestations sociales au risque chômage.

Une concentration croissante de la dépense sur les deux plus gros risques

Entre 1996 et 2012, la part des prestations de protection sociale dans le PIB a augmenté (+2,5 points de PIB) au sein de l'UE 15. L'augmentation sensible des parts des prestations de maladie-soins de santé et de vieillesse-survie (+1,5 point de PIB pour chacun de ces deux risques) explique à elle seule cette hausse alors que la part des prestations chômage dans le PIB tend à *contraire* à diminuer (-0,5 point).

Ces évolutions moyennes masquent toutefois de fortes disparités. Certains pays ont connu une baisse de la part des prestations de protection sociale dans le PIB (-2,6 points en Suède, -0,8 point en Slovaquie et -0,1 point en Allemagne et en Finlande), tandis que d'autres pays ont vu la part de leurs prestations augmenter significativement, notamment l'Irlande (+14,2 points de PIB) et les pays du Sud (Grèce : +7,9 points, Portugal : +7,8 points, Italie : +5,5 points, Espagne : +4,5 points). Cependant, même ces évolutions à la hausse peuvent être trompeuses. En effet, elles traduisent parfois davantage le contrecoup de récessions qu'une progression du montant des prestations servies. Ainsi, les prestations de protection sociale n'ont crû que de 1,1 point en Grèce entre 2011 et 2012, tandis que le PIB reculait de 1,6 % ; de même, l'évolution des prestations a été à peine positive au Portugal en 2012 (+0,4 point) avec un PIB en recul de 3,2 %.

En France, les évolutions des prestations, au sens de SESPROS (*annexe 5*), ont été de +3,2 points de PIB sur la période 1996-2012, qui se décompose en une hausse de 1,0 point de PIB des prestations maladie-soins de santé, de 2,1 points de PIB des prestations vieillesse-survie, de 0,3 point de PIB des prestations invalidité, de 0,2 point pour les prestations de logement et d'exclusion sociale et une baisse des prestations chômage de -0,1 point de PIB et de -0,2 point des prestations famille-enfants. Sur la même période, le PIB a crû en moyenne de +1,6 % annuellement en France, contre +0,6 % en Italie, +1,2 % au Portugal, +1,3 % en Grèce, +1,4 % en Allemagne, et +2,3 % en Espagne.

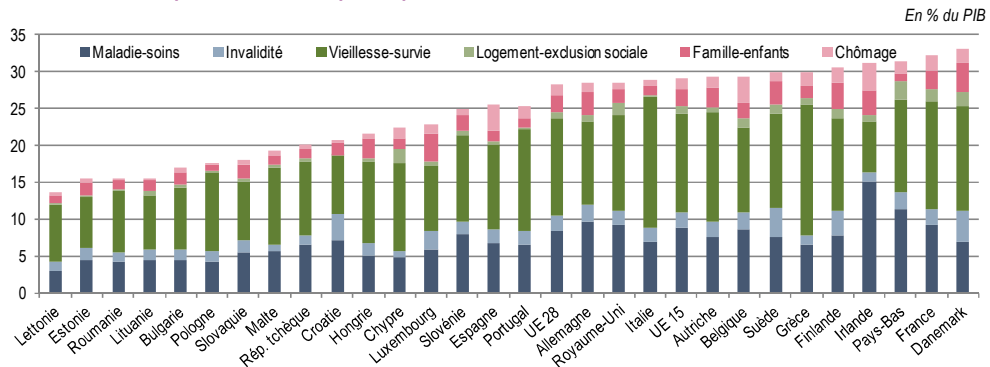
Pour les pays d'Europe du Nord et l'Allemagne, la baisse de la part des dépenses de protection sociale dans le PIB résulte d'une réduction significative de la part des dépenses de chômage (Suède -2,1 points, Finlande -2,2 points, Allemagne -1,2 point) et d'une baisse ou d'une progression limitée des autres dépenses.

Dans le Système européen de statistiques intégrées de protection sociale (SESPROS), le classement de certaines prestations liées à la santé diffère de celui retenu dans les Comptes de la protection sociale français (*annexe 5*). Les risques invalidité et famille-enfants excluent de leur périmètre les soins de santé et les indemnités journalières des accidentés du travail.

Par ailleurs, les ruptures de série ne sont pas neutralisées : dans SESPROS, la base 2010 est accolée à la base 2005 pour les données françaises, ce qui a été corrigé dans les graphiques présentés ici.

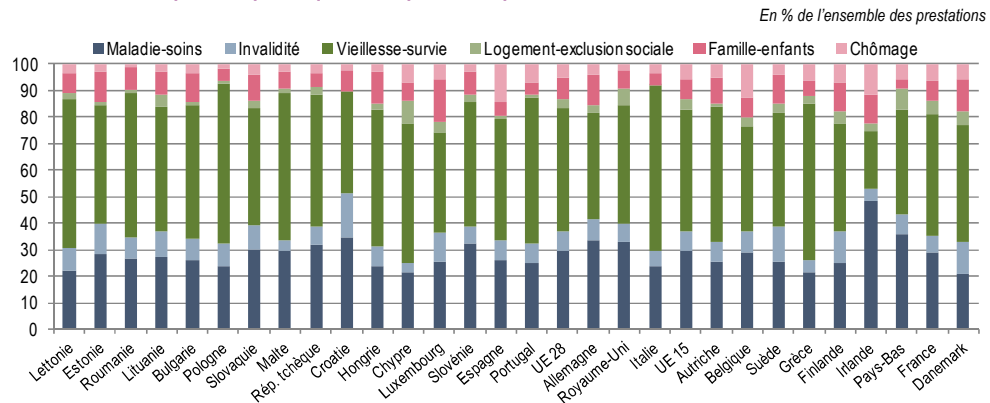
¹ Les dépenses de protection sociale comprennent également des frais divers liés à la gestion, les frais financiers, etc.

F1.1 Prestations de protection sociale par risque en 2012



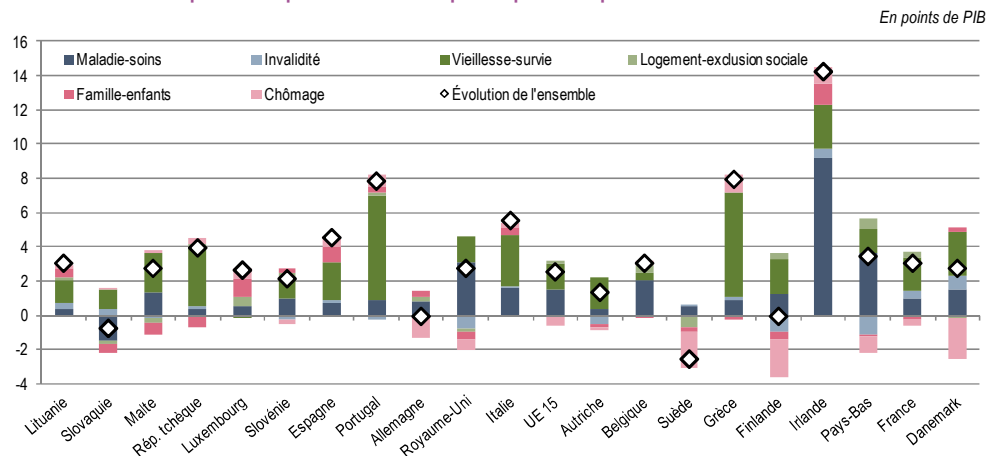
Note : pour la Slovaquie, les dépenses de logement et d'exclusion sociale comprennent uniquement l'exclusion sociale.
 Champ : UE 28.
 Sources : Eurostat-SESPROS.

F1.2 Structure de répartition par risque des dépenses de protection sociale en 2012



Note : pour la Slovaquie, les dépenses de logement et d'exclusion sociale comprennent uniquement l'exclusion sociale.
 Champ : UE 28.
 Sources : Eurostat-SESPROS.

F1.3 Évolution des dépenses de protection sociale par risque sur la période 1996-2012



Note : pour la Slovaquie, les dépenses de logement et d'exclusion sociale comprennent uniquement l'exclusion sociale.
 Champ : UE 15 et cinq « nouveaux entrants » observables depuis 1996. Les autres pays de l'UE 28 n'ont transmis que plus récemment des données à SESPROS.
 Sources : Eurostat-SESPROS.

Les prestations de protection sociale ont joué leur rôle de stabilisation automatique au point bas de la crise, soit l'année 2009. Tous risques confondus, dans l'UE 15, les dépenses de prestations de protection sociale ont en effet augmenté en volume¹ de 2,7 % en 2008, puis de 6,6 % en 2009. Toutefois, ce rôle semble s'essouffler (*éclairage « L'emploi et les politiques sociales en Europe à l'épreuve de la crise »* et *fiches G*) : depuis 2010, la croissance annuelle des dépenses de protection sociale en volume est toujours inférieure à 1,0 % par an. Elle s'établit à seulement 0,4 % en 2012 alors même que la croissance du PIB est de nouveau en repli, après deux années de relatif rebond.

L'année 2009 a été marquée par une contribution plus forte des dépenses de chômage aux dépenses de protection sociale

Les dépenses de prestations chômage ont pleinement rempli leur fonction d'amortisseur en 2009, année de fort recul du PIB au sein d'un grand nombre de pays de l'UE et de forte augmentation du taux de chômage (près de 2 points entre 2008 et 2009).

Alors que le risque chômage ne contribuait que peu à la croissance totale des prestations de protection sociale avant la crise, ce risque a vu sa contribution² fortement augmenter. En 2009, celle-ci représente 1,5 % sur les 6,6 % de croissance de l'ensemble des prestations pour l'UE 15. En Espagne, pays particulièrement touché par la récession, la contribution relative du risque chômage a plus que doublé, passant du quart de la croissance totale en 2008 (soit 1,4 % sur 5,7 %) à près du double en 2009 (5,6 % sur 11,6 %). En France, cette contribution est passée de -0,2 % en 2008 (sur 0,8 %) à 0,8 % en 2009 (sur 5,5 %).

Au sein de l'UE 15, en 2009, le risque vieillesse-survie contribue à près d'un tiers de la croissance des dépenses de protection sociale contre 44 % en 2009 (soit 1,2 % sur 2,7 % en 2008, pour 2,1 % sur 6,6 % en 2009). Cela reflète principalement le moindre dynamisme des dépenses du risque vieillesse dont l'évolution est plutôt structurelle.

Les autres risques ont également vu leur contribution croître en 2009, dans des proportions variables. Notamment, un certain nombre de dispositifs, sous conditions de ressources, ont vu leur nombre de bénéficiaires croître en période de crise.

Depuis 2010, le rythme de croissance des dépenses de protection sociale a nettement ralenti, notamment du fait des réformes engagées

Dès 2010, le rôle de soutien au revenu joué par le système de protection sociale se réduit avec le rebond économique. Ainsi, les dépenses du risque chômage diminuent en volume de -2,2 % en 2010 et de -5,8 % en 2011 au sein de l'UE 15 (après avoir progressé de 28,4 % en 2009). Leur contribution à la croissance globale des prestations de protection sociale est passée de 1,8 % en 2009 à -0,1 % en 2010 et est restée négative depuis (-0,3 % en 2011 et -0,1 % en 2012).

La réduction du rôle de soutien au revenu joué par la protection sociale s'explique également par l'impact des mesures de consolidation budgétaire qui ont été mises en œuvre dans certains pays (*éclairage « L'emploi et les politiques sociales en Europe à l'épreuve de la crise »*). L'effet de ces mesures est particulièrement visible sur les dépenses des risques vieillesse-survie et maladie-soins de santé.

En effet, les dépenses du risque vieillesse-survie connaissent elles aussi un ralentissement du rythme de croissance. Ainsi, au sein de l'UE 15, elles croissent de +1 % en moyenne annuelle sur 2010-2012, après +4,6 % en 2009 et +2,4 % en moyenne annuelle entre 1996 et 2008. Cette réduction reflète notamment les effets des réformes, poursuivies depuis plusieurs années au sein des États membres, relatives à l'âge de liquidation des droits à pension et à la durée de cotisation, mais également les effets de mesures ponctuelles sur le niveau des pensions servies.

La croissance des dépenses du risque maladie-soins de santé, qui a été de +3,0 % en moyenne annuelle de 1996 à 2008 dans l'UE 15 (et de +6,9 % en 2009, année non significative à la suite de la contraction exceptionnelle du PIB) s'établit depuis à un rythme bien moindre, proche de 0,3 % en moyenne annuelle depuis 2010. Cela reflète à la fois le caractère cyclique des prestations de santé et l'effet de mesures d'ajustement budgétaires parfois assez drastiques, notamment dans les pays du sud de l'Europe (*fiche G4 Italie*).

Les autres risques ont aussi quasiment tous participé à la moindre augmentation des dépenses de prestations de protection sociale dans l'UE 15 depuis 2010, mais cet effet est plus marginal en raison de leur importance financière plus faible.

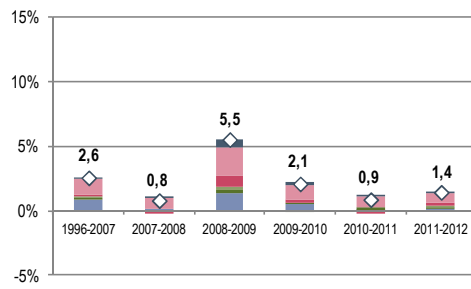
1 Les dépenses en volume sont calculées en déflatant les dépenses en valeur par l'indice de prix du PIB.

2 La contribution de chaque risque (en points de pourcentage) à la croissance de l'ensemble des dépenses de protection sociale est déterminée en pondérant la croissance des dépenses du risque par son poids relatif dans l'ensemble des dépenses.

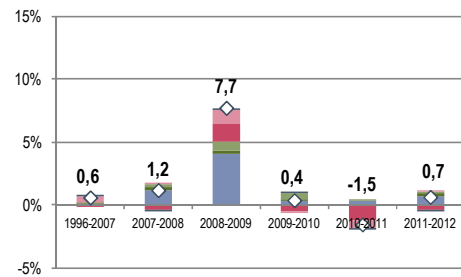
F2.1 Évolution des prestations sociales et contribution des différents risques à la croissance globale

En moyenne annuelle, en euros corrigés de l'indice des prix base 2005

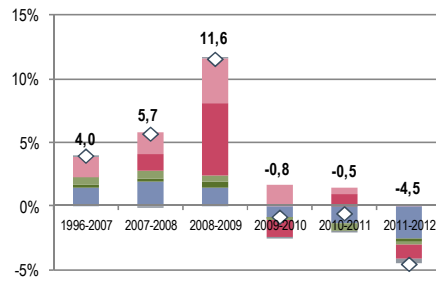
France



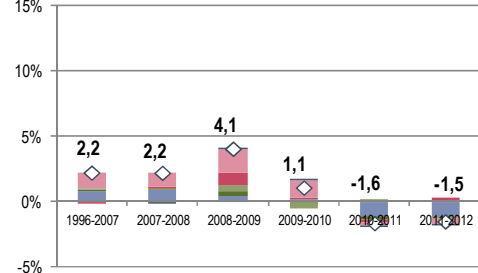
Allemagne



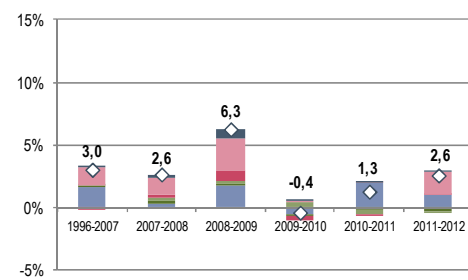
Espagne



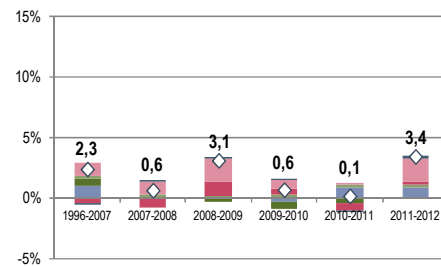
Italie



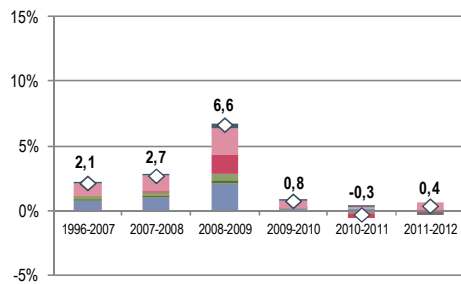
Royaume-Uni



Suède



UE 15



Lecture : les barres des histogrammes présentent la contribution de chaque risque à la croissance des dépenses de protection sociale.
Sources : Eurostat-SESPROS.

- Maladie Soins
- Famille et Enfants
- Vieillesse et survie
- ◇ Prestations de protection sociale
- Invalidité
- Chômage
- Logement et Exclusion sociale

Le risque maladie-soins de santé, deuxième poste de dépenses de protection sociale au sein de l'Union européenne en 2012

Les dépenses de maladie et soins de santé¹ s'élèvent en moyenne à 8,4 % du PIB pour les États membres de l'UE 28 en 2012 (*graphique F3.1*). Ce sont l'Irlande, les Pays-Bas, l'Allemagne, le Royaume-Uni et la France qui consacrent la part la plus importante de leur PIB à ce risque (respectivement 15,1 %, 11,3 %, 9,6 %, 9,3 % et 9,2 %), tandis que les dépenses les plus basses sont observées en Lettonie et en Roumanie. En Suède, en Italie et en Espagne, les dépenses sont aussi inférieures à la moyenne européenne (entre 6 % et 8 % du PIB).

La hiérarchie est légèrement modifiée lorsque l'on s'intéresse aux dépenses par habitant mesurées en standard de pouvoir d'achat (SPA²). Avec une dépense par habitant de 2 622 euros en 2012, la France se situe encore au-dessus de la moyenne de l'UE 28 (2 154 euros). La position particulière du Luxembourg (3 461 euros de dépenses par habitant) tient à un niveau de richesse par habitant lui permettant d'allouer des budgets importants à son système de protection sociale³.

Une progression de la dépense en net ralentissement depuis la crise

Entre 1996 et 2007, les dépenses de santé-maladie ont augmenté de presque 3 % en moyenne annuelle en euros constants au sein de l'UE 15 (*graphique F3.2*). En France, la croissance des prestations de maladie et soins de santé a été équivalente (2,9 % en moyenne annuelle sur cette période). *A contrario*, l'Allemagne a enregistré sur cette période une croissance moyenne annuelle très faible qui contraste avec celle des autres pays observés.

Sur la période 2007-2009, la croissance moyenne annuelle en euros constants des prestations maladie-soins de santé au sein de l'UE 15 s'est accélérée pour s'élever à 5,2 %⁴. À noter qu'à partir de 2008, une augmentation des prestations a fragilisé l'équilibre financier des caisses d'assurance maladie allemandes. L'État a donc augmenté ses subventions et déplafonné le taux de cotisation supplémentaire contribuant au retour d'une situation excédentaire du budget des caisses d'assurance maladie à partir de 2011.

Suite à la crise de 2008 et aux mesures d'ajustement adoptées, la croissance des prestations maladie-soins de santé a nettement ralenti sur la période 2009-2012 au

sein de l'UE 15 (0,3 %). Elle est restée positive au Royaume-Uni, en Allemagne, en Suède et en France (où la croissance moyenne de la dépense est désormais inférieure à celle de l'UE 15), mais elle est devenue négative en Espagne et en Italie. En Italie, la maîtrise de la dépense est passée par une réduction du budget du Service national de santé, qui gère les prestations de soins de santé.

Des restes à charge des ménages très contrastés en Europe

Le reste à charge des ménages, tel que calculé par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), comprend la participation aux coûts, l'automédication et les autres dépenses prises en charge directement par les ménages.

La France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni se caractérisent par un reste à charge des ménages particulièrement faible : respectivement 7,8 %, 6,0 % et 9,0 % de leurs dépenses de santé en 2012 (*graphique F3.3*). Malgré la crise, le reste à charge est resté relativement stable⁵ dans ces pays. Toutefois, le reste à charge néerlandais est à interpréter avec précaution : il serait sous-estimé d'après l'OCDE car il ne prendrait pas en compte la franchise annuelle payée par les patients.

Les restes à charge sont généralement bien plus élevés dans les pays d'Europe du Sud et d'Europe de l'Est. Ils atteignent des valeurs extrêmes en Bulgarie et à Chypre (plus de 40 % des dépenses courantes de santé). Le Portugal, la Grèce et l'Espagne ont des restes à charge supérieurs à la moyenne européenne. Si le reste à charge est resté stable en Grèce depuis 2007, il s'est accru de plus de 4 points au Portugal pour atteindre 32 % des dépenses courantes de santé, soit 10 points de plus qu'en Espagne. Les ménages italiens et suédois se situent dans une situation intermédiaire, avec un reste à charge de 19 % et 17 % des dépenses de santé.

Dépense courante de santé : La dépense courante de santé (DCS) est un des principaux agrégats utilisés pour les comparaisons internationales. Elle s'évalue à partir de la dépense totale de santé (DTS) à laquelle on retranche les dépenses d'investissement (la formation brute de capital fixe [FBCF]) du secteur santé. Il s'agit donc des dépenses de consommation finale en soins et services de santé financées par les ménages, le gouvernement et les institutions à but non lucratif.

1 Cf. annexe 5 pour le périmètre de ces dépenses.

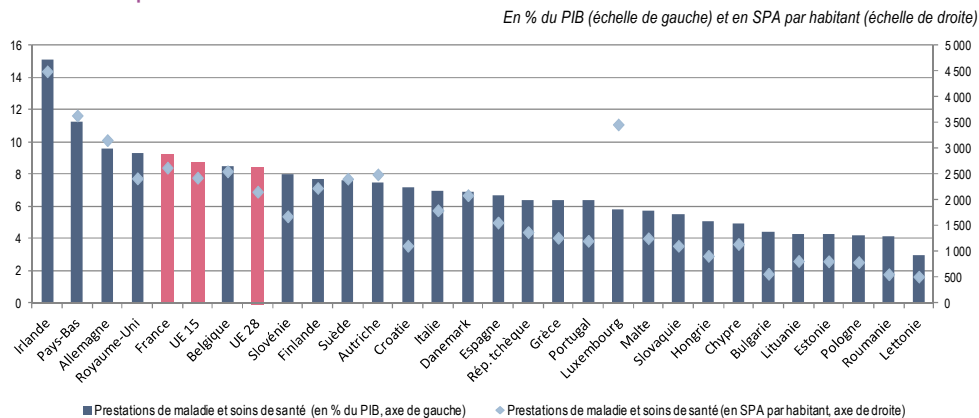
2 Cf. glossaire pour la définition du SPA.

3 Simon C. et Tallet F., 2011, « Dynamique des dépenses de protection sociale dans les pays de l'OCDE en période de crise économique », *Les Comptes de la protection sociale en 2009*, coll. Études et statistiques, DREES.

4 Cette augmentation s'explique en partie par le changement de champ des dépenses de santé allemandes.

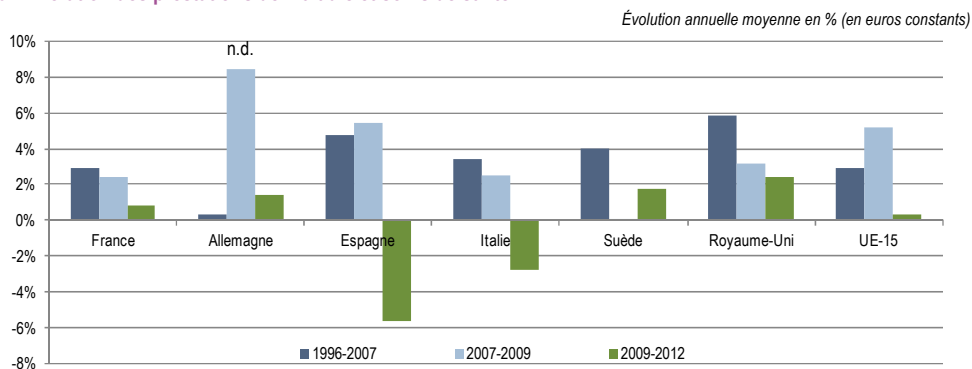
5 L'évolution du reste à charge peut être sujette à des ruptures de séries.

F3.1 Niveau des prestations de maladie-soins de santé en 2012



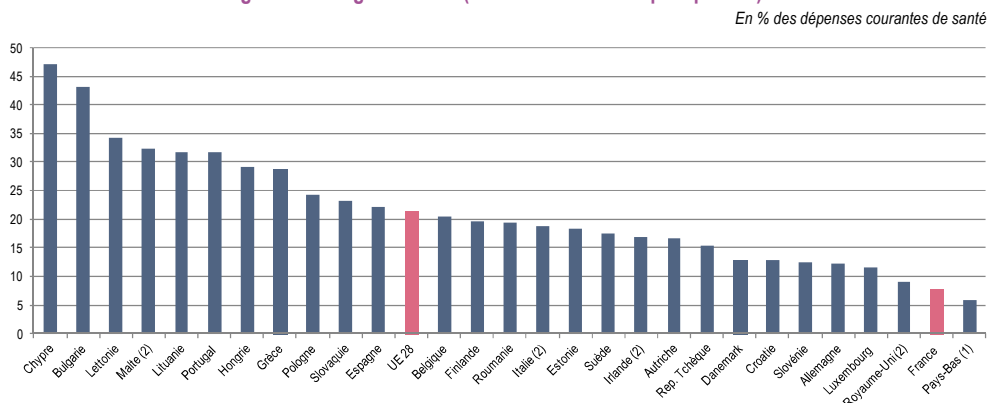
Champ : UE 28.
Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

F3.2 Évolution des prestations de maladie et soins de santé



N.d. : l'évolution des prestations maladie et soins de santé en Allemagne entre 2007 et 2009 est sujette à une rupture de série à la suite de la prise en compte des assurances privées de santé et de soins de longue durée à partir de 2009 (réforme de santé de 2007). Cette rupture de série se répercute sur l'évolution indiquée ici pour l'UE 15.
Sources : Eurostat-SESPROS.

F3.3 Niveau du reste à charge des ménages en 2012 (ou durant l'année la plus proche)



(1) Le reste à charge pour les Pays-Bas présenté ici est sous-estimé car il ne prend pas en compte la franchise payée par les patients (350 euros par an).
(2) Le reste à charge est exprimé en part des dépenses totales de santé.
Champ : UE 28.
Sources : Statistiques de l'OCDE sur la Santé-SHA.

Les pays nordiques consacrent une plus forte part de leur richesse nationale à l'invalidité

Le risque invalidité au sens européen recouvre un ensemble hétérogène de prestations dont, à titre principal, les pensions d'invalidité, les prestations de ressources en faveur des personnes handicapées les plus démunies mais aussi les actions d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, les préretraites pour cause de réduction de la capacité de travail et une part importante des prestations d'accidents du travail¹. Ces prestations s'élèvent en moyenne à 2,1 % du PIB pour les États membres de l'UE 15 en 2012 (*graphique F4.1*), de même pour l'UE 28. La France se situe au niveau de cette moyenne. Ce sont les pays nordiques qui consacrent la part la plus importante de leur PIB à ce risque (Danemark 4,1 %, Suède 3,9 %, Finlande 3,5 %). Les pays baltes, ceux situés à l'est de l'Europe et l'Irlande consacrent en général une part sensiblement moindre de leur PIB au risque invalidité, souvent proche de 1 %.

Si l'on excepte le Luxembourg, la hiérarchie des pays n'est quasiment pas modifiée lorsque l'on s'intéresse aux prestations par habitant mesurées en standard de pouvoir d'achat (SPA). Avec une dépense par habitant de 595 euros en 2012, la France se situe aussi en SPA au niveau de la moyenne de l'UE 15 (598 euros). À nouveau, les pays nordiques ont les niveaux de prestations par habitant les plus élevés, tandis que les pays du Sud de l'Europe et d'Europe centrale et orientale ont les niveaux les plus faibles. La position particulière du Luxembourg n'est pas propre à la seule invalidité : sa dépense par habitant (1 513 euros), presque trois fois supérieure à la moyenne de l'UE 15 pour ce risque, tient avant tout à un niveau de richesse par habitant lui permettant d'allouer des budgets importants à son système de protection sociale².

Des dépenses d'invalidité en progression rapide avant la crise

Entre 1996 et 2007, les prestations d'invalidité en volume ont augmenté à un rythme soutenu dans la plupart des pays considérés (*graphique F4.2*). La croissance annuelle moyenne s'élève à 1,4 % dans l'UE 15 sur cette

période, elle est toutefois plus faible en Allemagne (0,4 %) et au Royaume-Uni (0,6 %). Parmi les pays étudiés, la Suède (4,9 %) connaît le rythme de croissance le plus intense sur la période, devant l'Espagne (3,9 %), la France (3,1 %) et l'Italie (1,2 %).

Au cœur de la crise, sur la période 2007-2009, les prestations ont progressé presque deux fois plus vite que sur la période 1996-2007 dans l'UE 15 (2,7 %). Une croissance supérieure à la période précédente s'observe dans la plupart des États membres considérés, à l'exception notable de la Suède. C'est le cas en Espagne (4,6 %), en Italie (3,9 %), en Allemagne (2,6 %) et au Royaume-Uni (2,0 %). En France, la croissance est moindre par rapport à la période précédente (1,7 %).

Le recul sensible des prestations en Suède (-1,2 % entre 2007 et 2009 en moyenne annuelle) reflète d'une part l'impact de la diminution du nombre de bénéficiaires des prestations d'invalidité à partir de 2007 à la suite de la réforme de la « pension d'invalidité/préretraite » de 2003 (*fiche pays G3 Suède*) et d'autre part les évolutions du taux de change de la couronne à l'euro.

Un recul dans de nombreux pays de l'UE 15 à la suite de la crise, mais pas en France

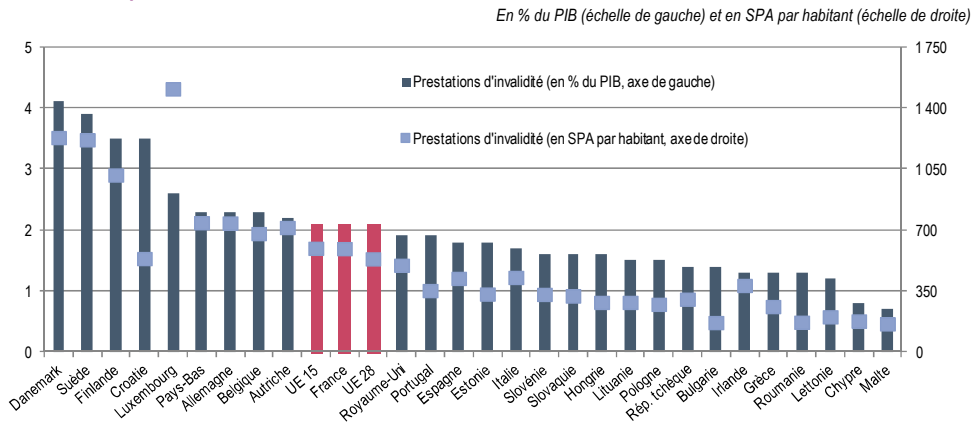
Sur la période 2009-2012, les prestations d'invalidité connaissent un recul dans l'UE 15 (-0,4 %) et ce dans la quasi-totalité des pays considérés. Les prestations d'invalidité reculent même en euros constants dans plusieurs pays où elles progressaient jusqu'ici rapidement, comme l'Espagne (-0,7 %), l'Italie (-2,3 %), la Suède (-2,5 %) et le Royaume-Uni (-3,0 %), ce qui témoigne des ajustements opérés.

L'Allemagne fait figure d'exception (+1,0 %), ainsi que la France où les prestations croissent plus vite que sur la période précédente (+2,4 %). Cette singularité française est à rapprocher en particulier de la montée en charge de la loi du 11 février 2005, qui a notamment instauré la prestation de compensation du handicap, et au relèvement progressif du montant de l'allocation adultes handicapés décidé lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008 (*fiche D4*).

1 Cf. *annexe 5* pour plus de détail sur le périmètre de ces prestations. Le concept européen d'invalidité retenu dans SESPROS est plus étroit que celui habituellement considéré en France dans les Comptes de la protection sociale au titre des deux risques « invalidité » et accidents du travail-maladies professionnelles, puisqu'il exclut les soins et les indemnités journalières liées aux accidents du travail.

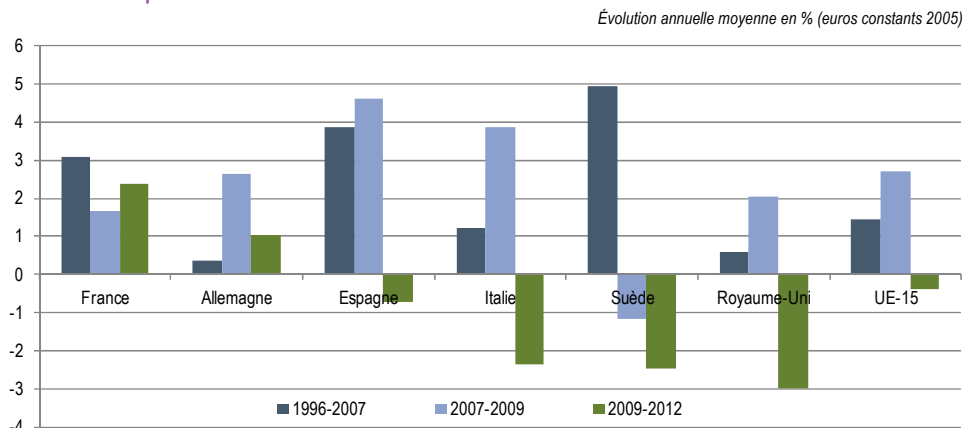
2 Simon C. et Tallet F., 2011, « Dynamique des prestations de protection sociale dans les pays de l'OCDE en période de crise économique », *Les Comptes de la protection sociale en 2009*, coll. Études et statistiques, DREES.

F4.1 Niveau des prestations d'invalidité en 2012



Champ : UE 28.
Sources : Eurostat-SESPROS.

F4.2 Évolution des prestations d'invalidité



Sources : Eurostat-SESPROS.

Des niveaux de prestations vieillesse-survie caractéristiques de l'architecture des régimes existants en Europe

Les prestations de vieillesse-survie représentent 13,4 % du PIB dans l'UE 15 en 2012 (*graphique F5.1*), et 13,1 % dans l'UE 28. L'Italie affiche les prestations les plus élevées (17,9 % du PIB) devant la Grèce (17,8 %). La France (14,7 %), avec l'Autriche, le Danemark et le Portugal, présente une dépense supérieure à la moyenne. Outre l'Irlande (dont la population est jeune), on retrouve parmi les pays qui dépensent moins de 10 % du PIB pour les prestations vieillesse-survie de nouveaux États membres, dont le système de retraite semble encore en phase de maturation, et le Luxembourg.

Le niveau de ces prestations dépend de la part de la population en âge d'être retraitée et de l'architecture des régimes de retraite¹. Quatre grands traits peuvent être distingués dans un système de retraite² : le nombre de bénéficiaires des régimes qui assurent une première couverture de base de la fonction vieillesse (prestations sous condition de résidence et plus ou moins modulées en fonction des autres revenus), l'organisation des régimes de pensions liés à la carrière professionnelle (qui peuvent être obligatoires ou facultatifs), l'existence de régimes de ce type gérés en capitalisation (tels que les plans individuels d'épargne-retraite) et enfin la diversité des instruments des pouvoirs publics dans la mise en œuvre de leur politique de retraite (fonds de réserve, mécanismes d'ajustement plus ou moins automatiques des formules de calcul des pensions, etc.).

Une hausse des prestations vieillesse-survie sous l'effet de la démographie

Entre 1996 et 2012, les prestations de vieillesse-survie ont augmenté de 1,5 point de PIB dans l'UE 15 (*graphique F5.2*). En France, ces prestations ont crû de 2,1 points de PIB sur la même période. Parmi les pays d'Europe les plus peuplés, c'est en Italie (+3,0 points), très touchée par le vieillissement de la population, que la hausse est la plus importante. Ces prestations ont en revanche légèrement baissé en Allemagne (-0,1 point), l'effet démographique ayant été contrebalancé par celui des réformes entreprises.

Entre 1996 et 2012, la part de la population âgée de 60 ans et plus a augmenté dans les six États membres considérés ici. Cet effet démographique fait croître les prestations car il tend à accroître le nombre de bénéficiaires. Mais l'évolution de la part des prestations de vieillesse-survie dans le PIB n'est qu'en partie imputable au vieillissement de la population. D'autres facteurs sont à prendre en compte, comme les réformes des retraites mises en œuvre et qui font progressivement sentir leurs effets.

En Suède et en Allemagne, l'évolution des prestations par bénéficiaire (dont le nombre est approché par celui de la population âgée de 60 ans et plus) a fortement diminué, ce qui a un effet modérateur sur l'évolution de la dépense rapportée au PIB. Pour la Suède, des réformes d'envergure ont été menées en 1998 puis en 2003, de même pour l'Allemagne tout au long des années 2000 (pour un exposé des réformes entreprises, *fiches pays G*).

En Espagne, les prestations retraite par personne de 60 ans et plus ont augmenté en part de PIB sur la période 1996-2012. En France et en Italie, l'évolution des prestations du risque vieillesse est portée par le seul effet démographique, l'effort relatif envers les 60 ans et plus étant stable sur cette période. Au Royaume-Uni, l'effet démographique est le double de la contribution de l'effort relatif envers les 60 ans et plus, mais tous deux sont faibles.

La dépense pour la fonction vieillesse-survie doit s'apprécier à l'aune du niveau de vie relatif des retraités

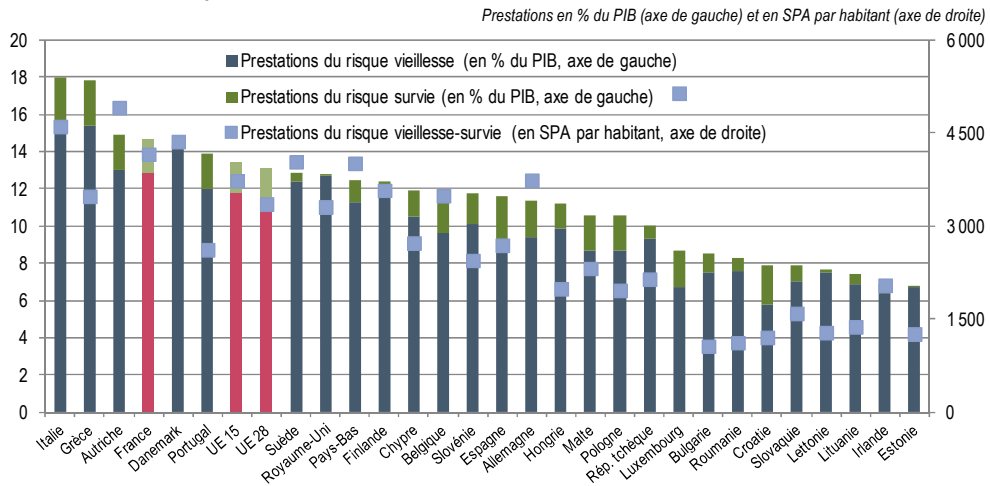
En France le niveau de vie relatif des 60 ans et plus (revenu médian) est l'un des plus favorables en 2012 (1,05). Ce niveau est comparable en Espagne (1,04) et en Italie (1,01). Ces trois pays sont au-dessus de la moyenne de l'UE 15 (0,96), tandis que les trois autres pays considérés sont nettement en dessous avec 0,92 pour le Royaume-Uni, 0,90 pour la Suède, et 0,88 pour l'Allemagne, en lien notamment dans ces deux derniers pays avec la diminution de l'effort relatif envers les 60 ans et plus.

1 Les différences d'architecture rendent difficiles la comparaison des prestations de vieillesse et survie, notamment les régimes de pensions complémentaires professionnelles obligatoires dont la prise en compte dans le système européen est imparfaite.

2 Voir Caussat L. et Lelièvre M., 2004, « Les systèmes de retraite en Europe à l'épreuve des changements démographiques », *France, portrait social*, coll. Insee Références, p. 139-154.

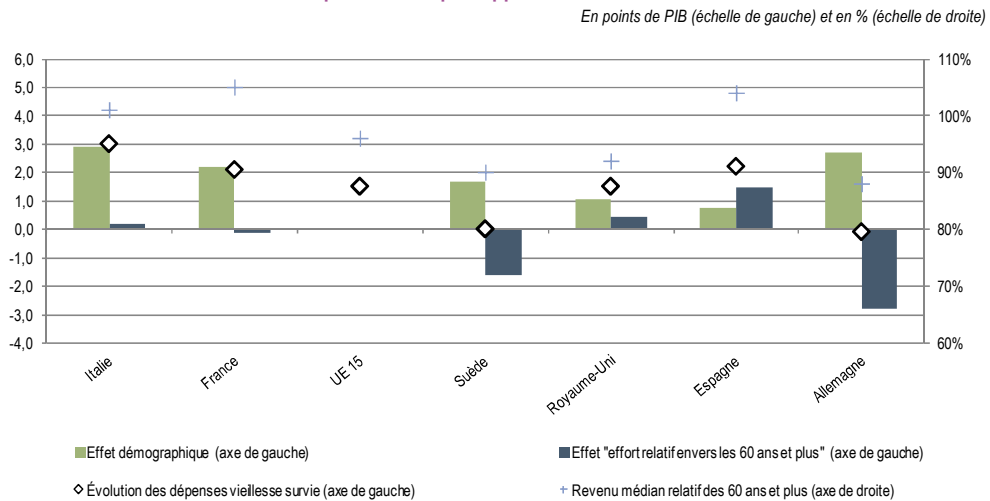
3 Le champ observé couvre les personnes de 60 ans et plus car, dans le cadre de SESPROS, le risque vieillesse intègre les pensions anticipées de vieillesse et couvre ainsi les départs avant l'âge légal de départ à la retraite.

F5.1 Prestations du risque vieillesse-survie en 2012



Champ : UE 28.
Sources : Eurostat-SESPROS.

F5.2 Décomposition de l'évolution des prestations du risque vieillesse-survie en Europe (1996-2012) et niveau de vie relatif des 60 ans et plus en 2012 par rapport à celui des moins de 60 ans



Lecture : entre 1996 et 2012, l'évolution des prestations de vieillesse et survie dans le PIB du Royaume-Uni (+1,5 point de PIB) se décompose de la façon suivante : +0,4 point du fait d'un effet « effort relatif envers les 60 ans et plus » (hausse du ratio de la dépense de vieillesse et survie par personne de 60 ans et plus sur le PIB par habitant) et +1,1 point du fait des évolutions démographiques (augmentation de la part des 60 ans et plus dans la population totale). La formule de décomposition des prestations est décrite en annexe 5.
Note : la décomposition n'est pas effectuée pour l'UE 15.
Des indicateurs de revenu relatif des 60 ans et plus ont été adoptés au plan européen, dans le cadre de la méthode ouverte de coordination pour la protection sociale et l'inclusion sociale. Le niveau de vie relatif des 60 ans et plus est alors mesuré par le rapport entre le revenu médian des plus de 60 ans et le revenu médian des 0-59 ans (il s'agit dans les deux cas de revenus disponibles par unité de consommation).
Sources : Eurostat-SESPROS.

Des dépenses qui reflètent les priorités des politiques familiales en Europe

Les prestations du risque famille-enfants représentent 2,3 % du PIB en moyenne dans l'UE 15 en 2012 (graphique F6.1) et 2,2 % dans l'UE 28. Certains pays consacrent à ce risque un effort sensiblement supérieur à la moyenne : il s'agit des pays du nord de l'Europe et de pays parmi les plus riches (4,0 % du PIB au Danemark, 3,7 % au Luxembourg, 3,4 % en Finlande et en Irlande, 3,2 % en Suède et en Allemagne). La dépense française, à 2,6 % du PIB, se situe légèrement au-dessus de la moyenne européenne. Les prestations famille-enfants représentent en revanche une plus faible part du PIB pour la majorité des nouveaux entrants, les pays d'Europe du Sud (Italie, Espagne et Grèce) et les Pays-Bas.

Les États membres de l'Union européenne se distinguent aussi par leur type d'intervention. La part des dépenses en nature varie fortement, allant de 6 % en Estonie à 64 % en Espagne. Les pays scandinaves, dont les niveaux de dépenses sont parmi les plus importants, sont aussi ceux qui versent relativement le plus de prestations en nature, notamment en Suède (53 %). En France cette part s'élève à 35 % ; elle est légèrement inférieure à la moyenne de l'UE 28 (36 %).

La démographie tire à la baisse les dépenses en faveur des familles des pays considérés

Si les dépenses sont restées stables en part de PIB au niveau de l'UE 15 entre 1996 et 2012, elles ont cependant connu des évolutions contrastées par pays.

Ces évolutions peuvent être décomposées sur deux périodes (1996-2007 et 2009-2012) et selon deux dimensions : un facteur démographique (évolution de la part des moins de 19 ans par rapport à la population générale) et un facteur que l'on peut qualifier d'« effort relatif ». Ce concept mesure l'intensité de la dépense par personne du public visé ; il rapporte les dépenses de la fonction famille-enfants par personne de moins de 19 ans (proxy du public visé) au PIB par habitant.

Avant comme après la crise, l'effet démographique a, dans les six pays considérés, un impact négatif plus ou moins marqué sur les dépenses en faveur de la famille, en raison de la baisse de la part des moins de 19 ans dans la population. C'est notamment le cas de l'Allemagne, où cet effet est le plus fort.

Cependant, les principales différences d'évolution des dépenses en direction des familles d'un pays à l'autre sont dues à l'évolution relative de la politique d'aide aux familles.

En Allemagne, avant comme après la crise, l'effort relatif en faveur des moins de 19 ans augmente, en lien avec les politiques d'amélioration de la conciliation vie familiale/vie professionnelle (fiche pays G1 Allemagne).

L'Espagne et l'Italie, dont la part de PIB consacrée au risque famille-enfants est faible, ont aussi connu une augmentation de l'effort relatif consacré aux moins de 19 ans entre 1996 et 2007. Sur la période récente (2009-2012 – graphique F6.3), en revanche, cet effort s'est réduit.

Au Royaume-Uni, l'effort relatif pour les moins de 19 ans est stable depuis 2009, alors qu'il s'était auparavant réduit. Il devrait cependant diminuer de nouveau à l'avenir en raison de la mesure de plafonnement des aides sociales sous conditions de ressources (*Benefit Cap*) de 2012 et de la réforme de 2013 qui remet en cause l'universalité des allocations familiales et les supprime pour les personnes à revenus élevés (fiche pays G2 Royaume-Uni).

En France, l'effort relatif pour les moins de 19 ans tend à se réduire depuis 2009 au sens de SESPROS alors qu'il stagne au sens des CPS, la nomenclature européenne n'intégrant pas au sein de ce risque les soins de santé pour cause de maternité (voir écarts de champ en annexe 5), assez dynamiques sur cette période.

LE PÉRIMÈTRE DES DÉPENSES DU RISQUE FAMILLE DANS SESPROS

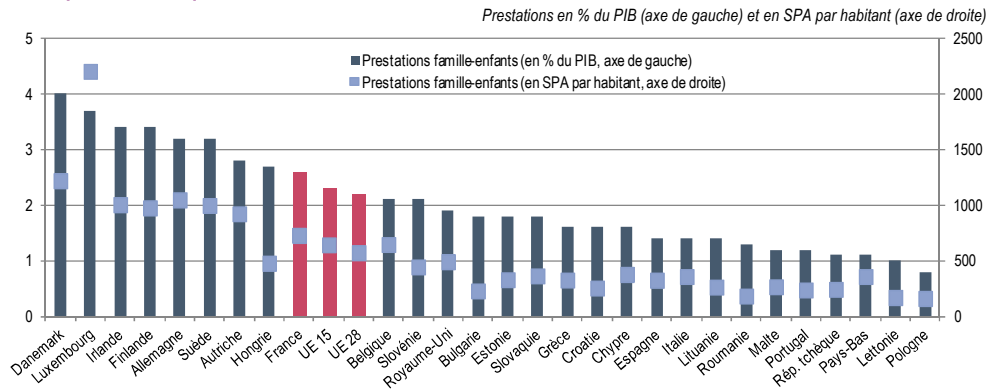
Le classement des dépenses de famille peut soulever certaines difficultés dans la comparaison des données issues de SESPROS. La règle de classement indique que si aucune des fonctions n'est clairement dominante, les prestations doivent être classées dans la fonction la plus spécifique. Or la fonction « famille-enfants » étant considérée comme générale, certaines prestations tendent à être classées dans d'autres fonctions de la protection sociale, ce qui contribue à sous-estimer l'importance de ce risque¹. Par exemple, les dépenses de soins de santé aux enfants sont classées dans la fonction « maladie-soins de santé ». De même, les aides au logement, même quand elles sont strictement réservées aux seules familles de par leurs règles d'attribution, sont classées dans la fonction « logement ».

En outre, les concepts de SESPROS prévoient que les données n'intègrent que les prestations à proprement parler, ce qui exclut les dispositifs fiscaux à destination des familles avec enfants, comme le quotient familial en France.

Dans le même ordre d'idée, contrairement aux pays nordiques qui considèrent les prestations d'éducation maternelle comme étant de la protection sociale, le système SESPROS ne les prend pas en compte. Cela induit des difficultés de comparaison entre les pays où il existe un système d'éducation maternelle largement répandu, comme la France, et ceux où un tel système n'existe pas.

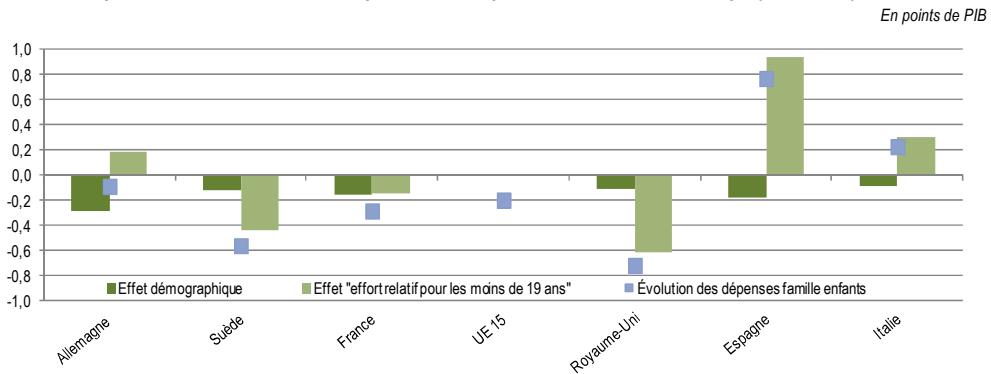
1 Fagnani et al., « Comparaison européenne des aides aux familles », *Dossiers d'études*, IRES, n°112, 2009.

F6.1 Dépenses du risque famille-enfants en 2012



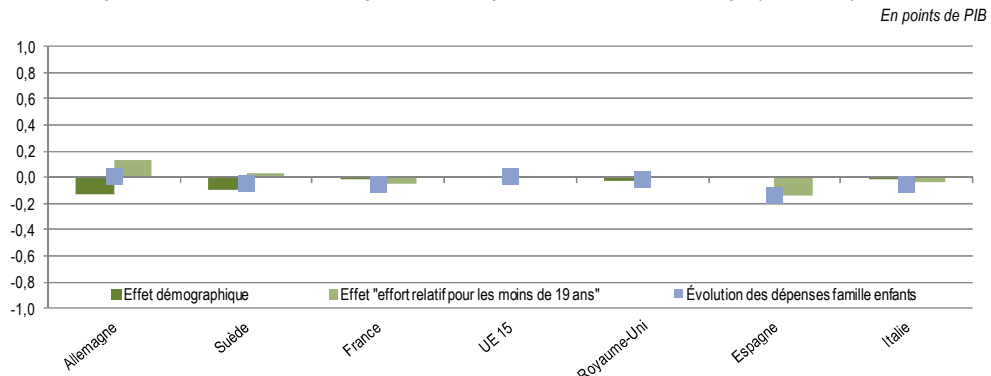
Champ : UE 28.
Sources : Eurostat-SESPROS.

F6.2 Décomposition de l'évolution des dépenses du risque famille-enfants en Europe (1996-2007)



Note : la décomposition n'est pas effectuée pour l'UE 15.
Sources : Eurostat-SESPROS.

F6.3 Décomposition de l'évolution des dépenses du risque famille-enfants en Europe (2009-2012)



Lecture : entre 2009 et 2012, la stabilité globale des dépenses de famille en Allemagne en parts de PIB se décompose de la façon suivante : +0,1 point de PIB du fait d'un « effort social relatif pour les moins de 19 ans » accru de 2009 à 2012 et -0,1 point du fait des évolutions démographiques (diminution de la part des moins de 19 ans dans la population totale). La formule de décomposition des dépenses est décrite en *annexe 5*.

Note : la décomposition n'est pas effectuée pour l'UE 15.
Sources : Eurostat-SESPROS.

Une stabilisation des dépenses de chômage en part du PIB

En 2012, les dépenses de chômage représentent en moyenne 1,5 % du PIB dans l'UE 28. Ces dépenses intègrent des prestations en espèces (revenus de remplacement, dépenses de formation, frais liés à la recherche d'emploi) et en nature (les services et les biens appropriés qui procurent aide et assistance, tels que ceux liés au service public de l'emploi par exemple).

Trois États ont une dépense particulièrement élevée : la Belgique (3,7 %), l'Espagne et l'Irlande (3,6 %). Hormis Chypre (1,5 %), l'ensemble des nouveaux entrants enregistrent des parts de dépenses de chômage dans le PIB inférieures à 1 % du PIB, c'est aussi le cas du Royaume-Uni (0,7 %) et de l'Italie (0,9 %).

Cette forte dispersion des dépenses rapportées au PIB ne reflète que peu les différences de niveau de chômage entre les pays. Si l'Espagne, qui enregistre le taux de chômage le plus élevé (24,8 % en 2012), a une des dépenses parmi les plus fortes (3,6 % du PIB), une dépense proche est atteinte par la Belgique avec un taux de chômage plus de trois fois moindre (7,6 %). Plusieurs pays, en particulier d'Europe de l'Est, ont de forts taux de chômage mais des dépenses inférieures à la moyenne européenne. En revanche, l'Autriche et les Pays-Bas ont les plus faibles taux de chômage (respectivement 4,3 % et 5,3 %) de l'Union mais une dépense proche de la moyenne (respectivement 1,5 % et 1,8 % du PIB).

Les dépenses de la fonction chômage dépendent non seulement du nombre de chômeurs (fonction des entrées et des sorties sur le marché du travail et de la taille de la population active), mais également de la couverture de ce risque, ainsi que du niveau et de la durée des prestations servies. Il existe ainsi des différences marquées entre les systèmes d'indemnisation en Europe.

Par exemple, les pays nordiques ont des taux de remplacement et des durées d'indemnisation relativement élevés. Au Danemark, la durée d'indemnisation est de 24 mois avec un taux de remplacement pouvant atteindre jusqu'à 90 % d'un salaire plafonné. En Suède, l'assurance chômage comprend trois volets (obligatoire, facultatif et conventionnel) et les prestations peuvent être versées pendant 300 jours¹.

À l'inverse, dans les pays du Sud et de l'Est de l'Europe, les taux de remplacement sont plus faibles et les durées

d'indemnisation plus courtes. En Italie, une période de transition prévoit, à l'horizon 2016, une indemnisation de 12 mois dans le cas général, avec un taux de remplacement de 75 % qui décroît progressivement après les six premiers mois.

La France, l'Allemagne et les Pays-Bas occupent une place plus intermédiaire, avec des taux de remplacement situés entre 50 % et 75 % et des durées d'indemnisation allant jusqu'à 24 mois, à l'exception des Pays-Bas où la durée s'étend jusqu'à 38 mois.

Un effet taux de chômage et un effort social en faveur des chômeurs en baisse à la suite de la crise

L'évolution des prestations chômage peut être analysée avant et après la crise et en fonction de deux facteurs : l'effet de l'évolution du taux de chômage et l'« effort social » en direction des chômeurs mesuré par les dépenses relatives par tête.

Sur la période 1996-2007 (*i.e.* avant la crise), la diminution du taux de chômage fait baisser la part des prestations chômage dans le PIB. Les dépenses globales allouées à la lutte contre le chômage diminuent en Suède et en Allemagne. Outre-Rhin, les réformes Hartz ont restreint les prestations chômage et encouragé les emplois précaires. En revanche, les dépenses de prestation chômage par tête ont augmenté en Espagne.

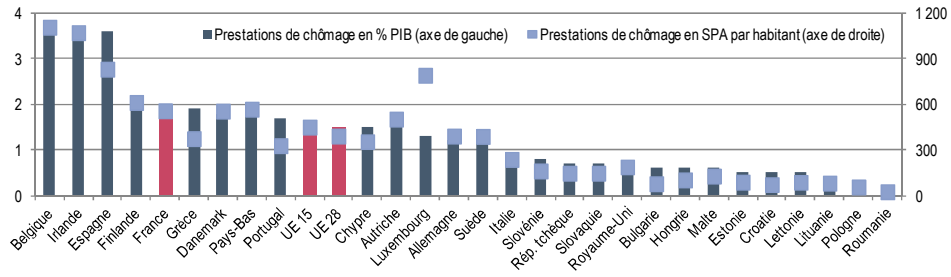
De 2009 à 2012, la montée du chômage a certes constitué un facteur de hausse de la dépense, mais elle a été contrebalancée par un moindre effort par tête en faveur des chômeurs. La diminution de cet effort relatif en faveur des chômeurs s'explique en partie par la durabilité de la crise : les chômeurs ayant épuisé leurs droits sortent des systèmes d'indemnisation et basculent alors dans les dispositifs de solidarité qui relèvent du risque exclusion sociale au sens de SESPROS. Au sein de l'UE 15, la baisse significative de l'effort relatif en faveur des chômeurs (-0,4 point) a plus que compensé l'effet de la hausse du taux de chômage (+0,2 point) ; de ce fait, la part des dépenses de chômage y a baissé en moyenne entre 2009 et 2012 (-0,2 point de PIB).

L'Allemagne et, dans une moindre mesure, la Suède font exception : leur taux de chômage diminue entre 2009 et 2012 grâce à la reprise économique. De plus, la Suède a mené une réforme d'envergure à partir de 2007 sur l'assurance chômage afin d'améliorer le fonctionnement de ces services (*fiche G3 Suède*).

¹ Pour une présentation du système d'indemnisation de l'Allemagne, de l'Italie, de la Suède et du Royaume-Uni, cf. *fiches pays G*.

F7.1 Prestations de chômage 2012

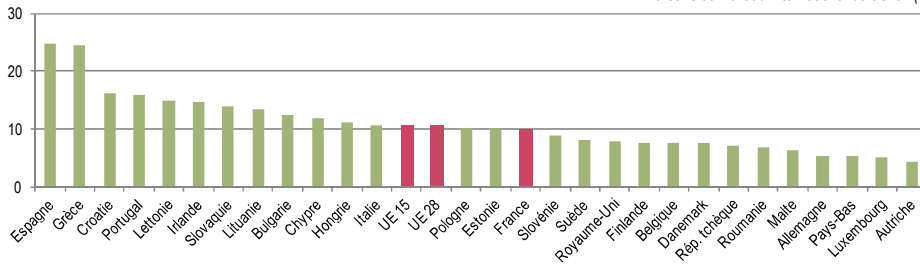
Prestations en % du PIB (axe de gauche) et en SPA par habitant (axe de droite)



Champ : UE 28.
Sources : Eurostat-SESPROS.

F7.2 Taux de chômage en 2012

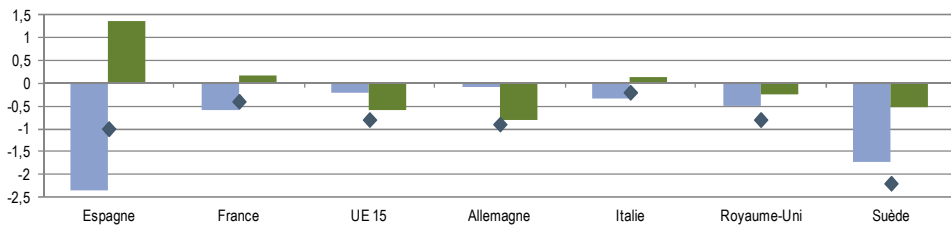
Au sens du Bureau international du travail (BIT) en %



Champ : UE 28.
Sources : Eurostat.

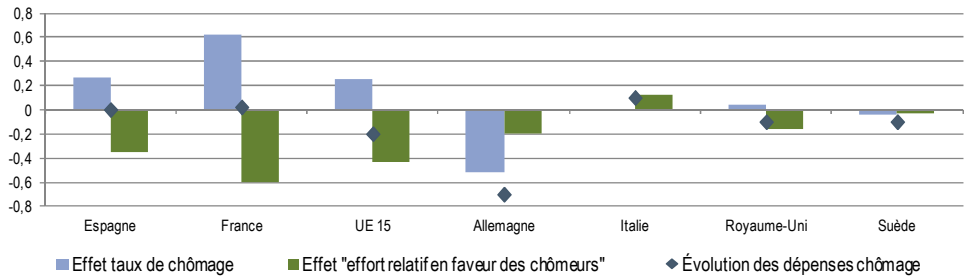
F7.3 Décomposition de l'évolution des prestations de chômage en Europe : Entre 1996 et 2007

En points de PIB



Entre 2009 et 2012

En points de PIB



Lecture : entre 1996 et 2007, l'évolution des dépenses de chômage dans le PIB en France (-0,2 point de PIB) se décompose de la façon suivante : +0,2 point du fait d'un effet « effort relatif à l'égard des chômeurs » et -0,6 point du fait des évolutions du chômage (diminution du taux de chômage). La formule de décomposition des dépenses est décrite en *annexe 5*.
Sources : Eurostat-SESPROS.

Des dépenses de logement relativement stables depuis 2009

En 2012, les dépenses de logement représentent 0,6 % du PIB au sein de l'UE 15 et de l'UE 28. Ces dépenses sont tirées vers le haut par trois États membres, seuls pays pour lesquels les dépenses sont supérieures à la moyenne de l'UE 15 : le Royaume-Uni (1,6 % du PIB), la France (0,8 % du PIB) et le Danemark (0,7 % du PIB). L'Allemagne se situe dans la moyenne de l'UE 15 (0,6 % du PIB). À l'inverse, certains nouveaux entrants, ainsi que l'Italie et le Portugal, ont des dépenses de logement extrêmement faibles (inférieures à 0,1 % du PIB). Les dépenses de logement sont restées globalement stables dans l'UE 15 entre 2009 et 2012 après une croissance soutenue au cœur de la crise entre 2007 et 2009. Cela recouvre toutefois des disparités notables entre grands pays européens.

Parmi les six pays représentés au graphique F8.2, la plupart ont connu une progression de la dépense du risque logement en euros constants sur les périodes 1996-2007 et 2007-2009, la Suède faisant exception (respectivement -3,3 % puis -2,5 % en moyenne annuelle). L'Allemagne et l'Italie ont connu une croissance nettement plus forte que la moyenne sur la période ayant précédé la crise (respectivement +8,8 % et +5,4 %). Sur la période récente (2009-2012) qui a suivi la crise, les évolutions en euros constants et en moyenne annuelle ont été négatives en Allemagne (-2,6 %), ainsi qu'en Italie (-6,7 %) et en Espagne (-12,2 %), à la suite des restrictions budgétaires. Les prestations logement représentent une part négligeable du PIB en Italie, des changements très légers dans les montants versés peuvent suffire à expliquer ces variations. En France, les dépenses réelles de la fonction logement évoluent sur cette période à un rythme qui demeure positif mais moindre (+0,4 %, contre +3,7 % en 2007-2009). En Suède en revanche, ces dépenses accélèrent (+3,1 %). Toutefois, les prestations logement en euros constants par habitant diminuent sur la période 1996-2012 (fiche pays G3 Suède).

Des modes d'intervention différents qui altèrent la comparaison sur le champ « protection sociale »

La comparaison des niveaux des dépenses de logement et de leurs évolutions est délicate du fait de différences significatives dans les modes d'intervention publique alors que les comptes SESPROS couvrent uniquement le volet « protection sociale » de la politique du logement, c'est-à-dire les aides directes aux personnes. En conséquence, les autres volets (promotion de la construction, accession à la propriété, incitations à l'épargne ou encore mise à disposition de logements à prix et/ou loyers réduits¹) ne sont pas couverts par le système de comptes européens.

Cette couverture partielle des comptes influence le classement dont la tête est occupée par des pays où les allocations logement sont largement versées de façon directe (comme au Royaume-Uni ou en France). En revanche, les dépenses apparaissent faibles au sein de la nomenclature SESPROS dans les pays qui ont fait de la mise à disposition de logements à prix réduit un axe important de leurs politiques.

En Europe, le marché du logement se caractérise par un taux de propriétaires important (66,5 % dans l'UE 15 en 2012 selon Eurostat), en raison de politiques encourageant l'accès à la propriété. Les taux élevés de propriétaires observés en Europe de l'Est (Lituanie 92 %, Slovaquie 90 %) sont la conséquence d'une privatisation massive récente du parc immobilier. À l'inverse, c'est en Allemagne (53 %), en Autriche (58 %) et, dans une moindre mesure, en France (64 %) que les taux de propriétaire sont les plus bas.

Des niveaux très hétérogènes d'exclusion liée au logement en Europe

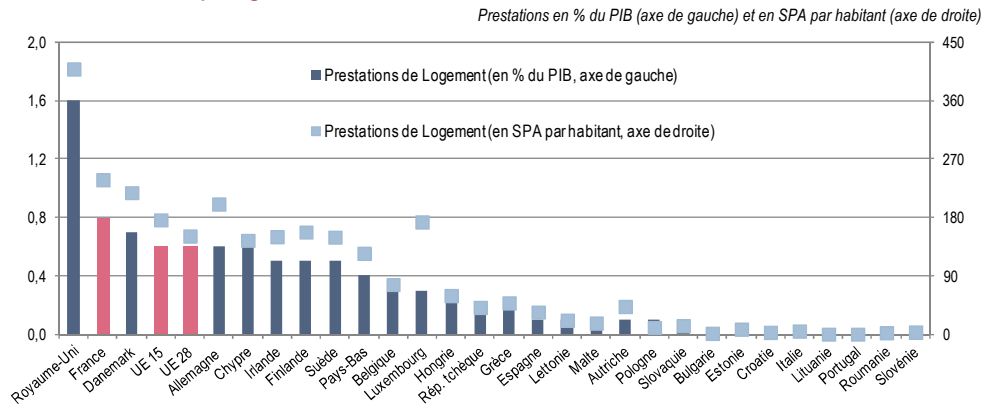
La stratégie Europe 2020 vise à réduire significativement la pauvreté et l'exclusion sociale à l'horizon 2020. À cet égard, l'indicateur de taux de privation sévère liée au logement participe à l'évaluation des évolutions de la pauvreté et de l'exclusion sociale en Europe. Cet indicateur identifie la proportion d'individus vivant dans un logement caractérisé par quatre critères d'insalubrité : toit qui fuit ou humidité/moisissures ; ni baignoire, ni douche dans le logement ou absence de toilettes à l'intérieur du logement ; logement trop sombre, manque de lumière ; surpeuplement (observé au regard du nombre d'habitant par rapport au nombre de pièces).

En 2012, 5,1 % de la population européenne (UE 28) souffrait de privation sévère liée au logement contre 5,5 % en 2011 ; ce taux est toutefois moins élevé dans l'UE 15 (3,1 % – graphique f8.3). En France, ce taux est encore moindre mais quasiment stable, avec 2,6 % en 2012, contre 2,5 % en 2011 ; il a toutefois diminué de 0,8 point depuis le début de la crise (3,4 % en 2008). C'est en Belgique et Irlande (0,6 %) que les taux de privation sévère liée au logement sont les plus bas. Les trois pays qui consacrent, en proportion de leur PIB, les dépenses les plus importantes pour la fonction logement se caractérisent également par des taux de privation sévère liée au logement inférieurs à la moyenne : il s'agit du Royaume-Uni (2,0 %), de la France (2,6 %) et du Danemark (2,2 %).

À l'inverse, les pays où la part des prestations de logement dans le PIB est nulle ou quasi nulle sont en général ceux pour lesquels le taux de privation sévère lié au logement est le plus fort, comme en Italie (8,4 %) ou, plus encore, en Roumanie (22,8 %).

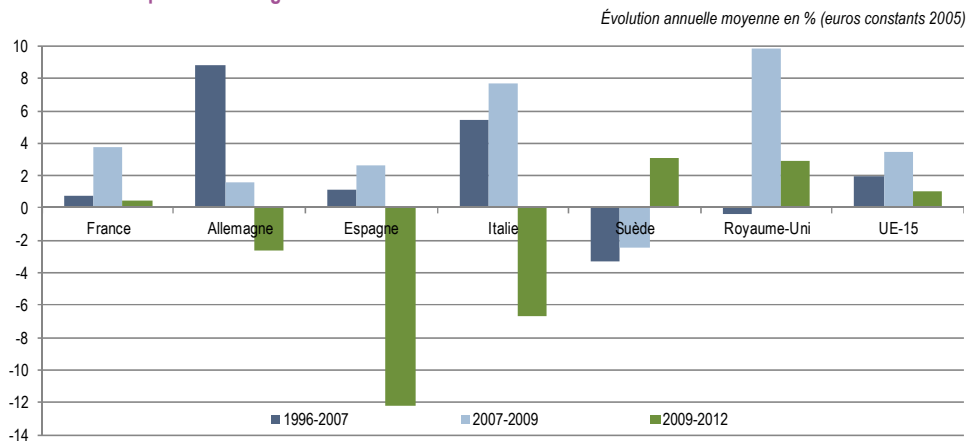
1 Ghekiere, L., 2008, « Le développement du logement social dans l'Union européenne », *Recherches et Prévisions*, n° 94, décembre, p. 21-34.

F8.1 Prestations du risque logement en 2012



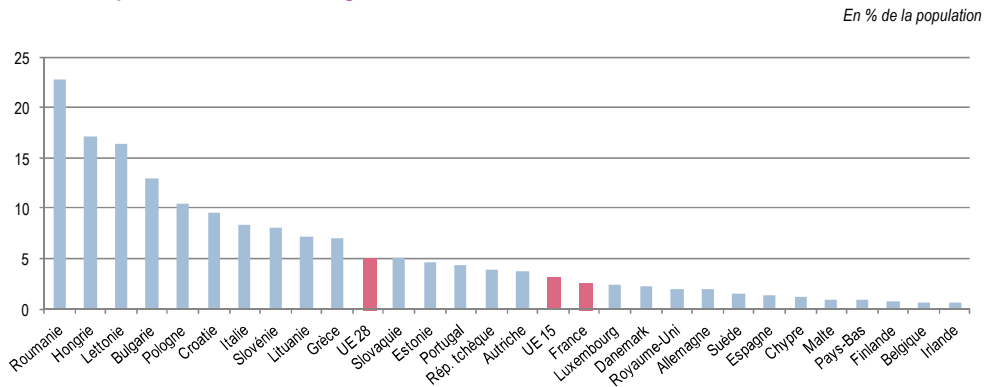
Champ : UE 28.
Sources : Eurostat-SESPROS.

F8.2 Évolution des prestations logement



Sources : Eurostat-SESPROS.

F8.3 Taux de privation sévère liée au logement en 2012



Champ : UE 28.
Sources : Eurostat-SESPROS.

La croissance des prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale a globalement ralenti depuis le début de la crise

En 2012, la part des prestations consacrées à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale est de 0,4 % du PIB dans l'UE 15 (*graphique F9.1*), de même pour l'UE 28. En France, la part de ces prestations s'élève à 0,8 %. Les Pays-Bas y consacrent quant à eux une part très supérieure à la moyenne européenne (2,1 %). À l'inverse, l'Italie (où il n'existe pas de revenu minimum national) ainsi que les nouveaux entrants ont les niveaux les plus bas de prestations de lutte contre l'exclusion sociale. La Croatie, entrée dans l'Union en 2014, a ainsi une part du PIB consacrée à ces prestations négligeable (0 %) avec un montant de 7 euros SPA (standard de pouvoir d'achat) par habitant, contre 668 au Pays-Bas et 219 en France.

Avant la crise, entre 1996 et 2007, les prestations consacrées à la lutte contre l'exclusion sociale ont augmenté en France, en Espagne, en Italie mais aussi au Royaume-Uni (*graphique F9.2*), contrairement à l'Allemagne et à la Suède. En moyenne annuelle, ces prestations ont crû de +3,3 % dans l'UE 15 et de +7 % en France.

Depuis 2009, la croissance de ces prestations a fortement ralenti : sur l'UE 15, leur croissance annuelle moyenne a été de +0,3 %. Leur évolution a toutefois été contrastée. L'Espagne et le Royaume-Uni ont par exemple connu une baisse importante de ces prestations sur la période 2009-2012 avec, respectivement, une diminution de 7,2 % et de 8,6 % par an en euros constants.

Des modes d'intervention différents dans le champ de la pauvreté

Les prestations de lutte contre l'exclusion reflètent à la fois le niveau des prestations versées et les conditions d'éligibilité pour pouvoir en bénéficier. Souvent utilisées comme des prestations de dernier recours, les prestations de minima sociaux dépendent en partie des critères d'attribution et de la durée de l'assurance chômage et des autres allocations (invalidité, etc.), et de l'existence de dispositifs sur des populations ciblées (comme le minimum vieillesse) si bien que leurs niveaux ne sont pas immédiatement comparables entre les pays.

Tandis que les autres risques se réfèrent à des populations aisément identifiables (personnes âgées, invalides, chômeurs, etc.), la fonction « pauvreté et exclusion sociale » est davantage transversale. Elle concerne à la fois les personnes démunies, les immigrés disposant de droits sociaux restreints, les réfugiés, mais aussi les toxicomanes ou les victimes d'actes de violence. Ce risque se réfère ainsi aux régimes de complément de ressources (revenu minimum

d'assistance), aux secours divers, mais également aux services d'hébergement et de réadaptation des alcooliques et toxicomanes.

Des niveaux de vie hétérogènes en Europe

Le taux de pauvreté, c'est-à-dire la proportion des individus vivant avec un revenu inférieur à 60 % du revenu médian, a légèrement augmenté depuis 2005 dans l'UE 15 (de 16,0 % à 16,6 %, soit +0,6 point – *graphique F9.3*).

Le taux de pauvreté monétaire doit toutefois être contextualisé. Tout d'abord, ce dernier est sensible au seuil retenu. Ce seuil est un pourcentage du revenu médian national, revenu qui sépare la population en deux (une moitié recevant moins que ce revenu, l'autre plus). Sont ici définies comme pauvres les personnes disposant de moins de 60 % du revenu médian.

Par ailleurs, le taux de pauvreté ainsi défini ne reflète pas une pauvreté absolue mais relative, puisqu'il est déterminé par rapport au niveau de vie médian de la population. Ainsi, un faible taux de pauvreté peut s'accompagner d'un seuil de pauvreté relativement bas, reflétant un faible niveau de vie de la population. Par exemple, la Slovaquie et la Finlande ont le même taux de pauvreté (13,2 %), mais le seuil de pauvreté est près de deux fois plus élevé en Finlande (11 470 contre 5 741 SPA par unité de consommation).

Des évolutions parfois divergentes des taux et des seuils de pauvreté

Pour pouvoir correctement interpréter l'évolution des taux de pauvreté, celle des seuils de pauvreté doit aussi être examinée. La dynamique des seuils de pauvreté suit par construction celle du salaire médian. En effet, une élévation du taux de pauvreté dans un pays donné est d'autant plus alarmante que le seuil de pauvreté stagne ou diminue.

L'Allemagne enregistre une très forte progression de son taux de pauvreté (+3,6 points, passant de 12,5 % à 16,1 %), avec toutefois un seuil de pauvreté parmi les plus élevés et en augmentation de +25 %. Le seuil augmente dans les mêmes proportions en France, mais la hausse de la pauvreté est modérée (+0,8 point). De même que la France, la Suède conjugue un seuil de pauvreté parmi les plus élevés avec un faible taux de pauvreté, ce qui représente le cas de figure le plus favorable.

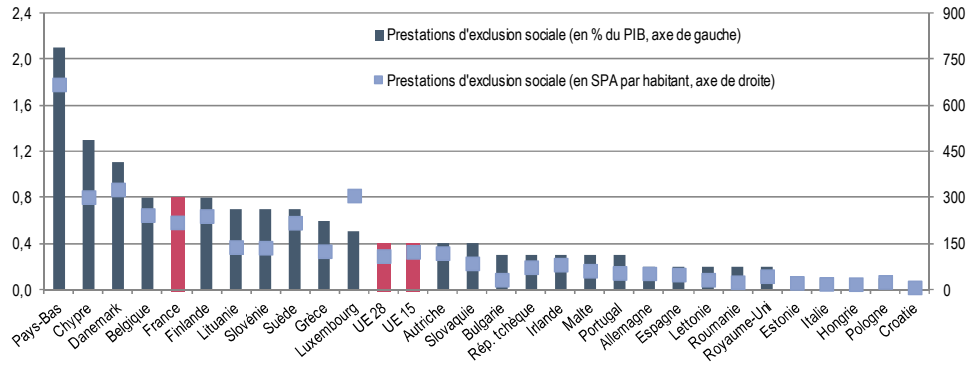
La situation est plus défavorable en Espagne où le taux de pauvreté, déjà fort, a crû (+0,5 point), mais avec un seuil de pauvreté bas et en stagnation. Enfin, le Royaume-Uni voit son taux de pauvreté baisser (de 19,0 % à 16,2 %) mais avec une stagnation du seuil de pauvreté, lequel se situe à un niveau bien moindre qu'en France ou en Allemagne.

Pour en savoir plus

Cf. éclairage « Les propriétés redistributives des transferts de protection sociale en comparaison européenne ».

F9.1 Prestations du risque exclusion sociale en 2012

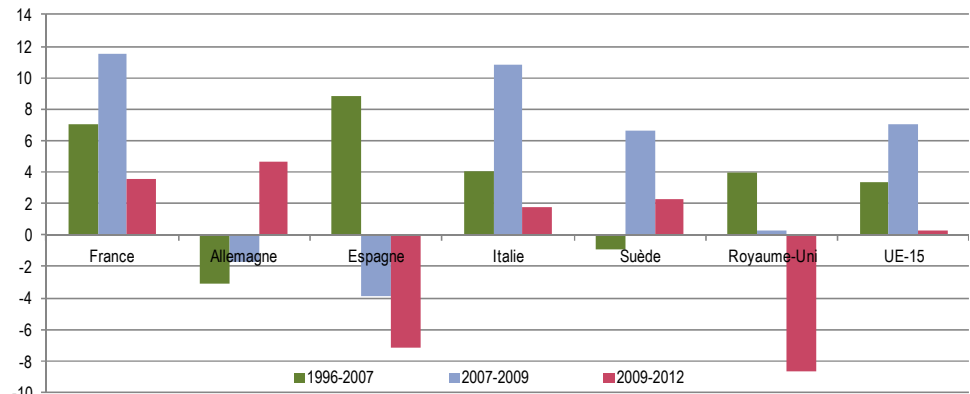
Prestations en % du PIB (axe de gauche) et en SPA par habitant (axe de droite)



Champ : UE 28.
Sources : Eurostat-SESPROS.

F9.2 Évolution des prestations d'exclusion sociale

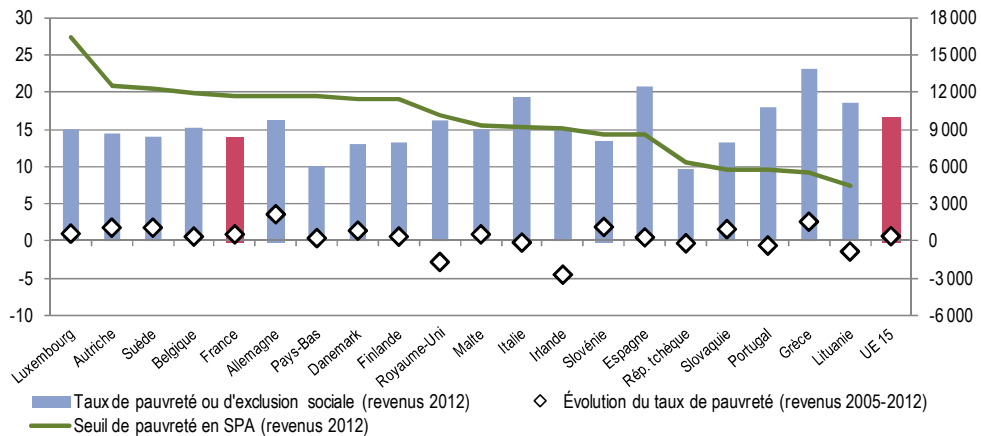
Évolution annuelle moyenne en % (euros constants 2005)



Sources : Eurostat-SESPROS.

F9.3 Seuils et taux de pauvreté (après transferts sociaux) en Europe en 2012

En % de la population (échelle de gauche) et en SPA par habitant (axe de droite)



Champ : UE 15 et cinq « nouveaux entrants ».
Sources : Eurostat-SESPROS – EU-SILC (Survey on Income and Living Condition – enquête sur le revenu et les conditions de vie); l'enquête SILC permet de comparer ces 20 pays depuis 2005.

G. Fiches pays

Les prestations sociales en Allemagne représentent 28,3 % du PIB en 2012 et sont inférieures à la moyenne de l'Union européenne (29,2 % du PIB pour l'UE 15). Alors que leur part était de 24,9 % du PIB en 1991, les prestations sociales ont crû et atteignent, en 2003, 29,7 % du PIB. Si elles ont diminué entre 2003 et 2007, elles ont sensiblement augmenté lors de la crise, s'élevant à 30,2 % du PIB en 2009. Depuis 2010, elles sont en recul en proportion du PIB (*graphique G1.1*).

Entre 1999 et 2003, la part des prestations sociales dans le PIB était plus élevée en Allemagne qu'en France, cette tendance s'est inversée depuis : la part des prestations sociales atteint 32,1 % du PIB en France en 2012¹.

Une situation macro-économique qui s'est améliorée mais une démographie en berne

Malgré une situation économique assez favorable avec un taux de chômage faible, un taux d'emploi élevé et un retour de la croissance rapide après la crise de 2008, l'Allemagne souffre d'un taux de pauvreté grandissant, d'inégalités territoriales marquées et d'un vieillissement de sa population inquiétant.

La décennie 1995-2005 a été caractérisée par une faible croissance de l'économie allemande (+1,3 % en moyenne en volume), suivie d'un fort rebond en 2006 et 2007 (*graphique G1.1*). L'Allemagne a connu à la fois une récession plus marquée qu'au sein de l'Union européenne en 2009 et une reprise plus forte en comparaison des taux de croissance européen et français (+4,1 % en 2010, contre +2,0 % au sein de l'UE 28 et +1,7 % en France). En 2013, la croissance du PIB allemand atteint 0,1 % contre 0,0 % dans l'UE 28 et 0,3 % en France.

Depuis 2005, le taux de chômage est en baisse. Il s'élève à 5,2 % de la population active en 2013 et est nettement inférieur au taux moyen européen et au taux français (10,8 % pour l'UE 28 et 10,3 % pour la France – *tableau G1.2*).

Par ailleurs, depuis 2000, le taux d'emploi des 15-64 ans a progressé fortement, pour atteindre un niveau supérieur à la moyenne européenne (73,5 % pour l'Allemagne en 2013 contre 64,1 % dans l'UE 28). Mais, de fortes inégalités territoriales historiques persistent entre les Länder de l'Est et les Länder de l'Ouest et ce alors que la région de la Ruhr est touchée par la désindustrialisation et la montée du chômage. En 2011, les anciens Länder de l'Est, en comptant Berlin, affichent un PIB par habitant de 23 500 euros et se situent ainsi bien en dessous de la moyenne nationale de 31 900 euros par habitant.

De plus, le vieillissement structurel de la population

allemande tend à s'accélérer sous l'effet conjugué de l'augmentation de l'espérance de vie à 65 ans et d'un taux de fécondité faible que ne parviennent pas à compenser les flux migratoires.

Entre 1991 et 2013, le ratio de dépendance démographique a augmenté de plus de 9 points, passant de 21,7 % à 31,3 %. Sur la période, cette évolution traduit une progression de 5,8 points de la part des personnes de 65 ans et plus, et une diminution de 2,7 points de la part des personnes de 15 à 64 ans. Par ailleurs, selon les projections d'Eurostat², ce ratio de dépendance devrait atteindre 59,2 % en 2060, soit 9 points de plus que la moyenne européenne (UE 28).

Enfin, l'Allemagne affiche un taux de pauvreté croissant : de 11 % en 2000, il est désormais de 16,1 % en 2012, soit plus de 2 points de plus qu'en France.

Les difficultés rencontrées par l'économie allemande entre 1995 et 2005 ont conduit à une réforme de son système de protection sociale

Fondée sur un système d'assurance sociale instauré à la fin du XIX^e siècle, la protection sociale allemande repose sur le principe d'assurance liée au travail. Chaque branche du régime légal de Sécurité sociale (pension, maladie, dépendance, accidents du travail, chômage) est autonome administrativement et est gérée paritairement par les représentants des employeurs et des assurés. L'État intervient dans la gestion de l'assurance chômage³.

Le contexte démographique, les coûts engendrés par la réunification et l'augmentation du chômage ont donné lieu à des évolutions significatives du fonctionnement de la protection sociale. À l'origine restreint aux risques famille et à l'assistance sociale, le financement par l'impôt a été étendu à toutes les branches de la protection sociale au cours des vingt dernières années.

Justifiées par la volonté de restaurer la compétitivité du pays, les réformes allemandes se sont accompagnées d'une dilution de certains principes du modèle bismarckien. La réforme Riester en 2002 a par exemple élargi le champ de la prévoyance retraite aux assurances privées en encourageant leur développement au travers de mesures fiscales. Les réformes Hartz IV, en 2005, ont fusionné l'allocation chômage de longue durée et l'aide sociale.

La part des contributions publiques dans les recettes de la protection sociale a ainsi augmenté de plus de 8 points entre 1991 et 2012, passant de 26,3 % à 34,6 %, en raison des transferts en provenance du budget fédéral et de l'augmentation de la fiscalité (*graphique G1.3*).

1 Pour des compléments, voir les actes du colloque du 25 juin 2012 « La protection sociale en France et en Allemagne » sur le site de la DREES et l'ouvrage DREES/CIRAC, *Les réformes de la protection sociale en Allemagne : états des lieux et dialogue avec des experts français*, paru en juin 2012 aux éditions du CIRAC.

2 Ces projections sont issues de la base de données Eurostat. Les chiffres cités se réfèrent aux projections suivant le scénario principal.

3 Guide Centre de liaison européenne et internationale de Sécurité sociale (CLEISS).

G1.1 Indicateurs socio-économiques en France et en Allemagne

	Allemagne			France		
	2013	Évolution		2013	Évolution	
		Depuis 1991	Depuis 2000		Depuis 1991	Depuis 2000
PIB en prix courants (en milliards d'euros), évolution en volume* (a)	2 809	25,1%	13,8%	2 114	33,7%	15,9%
PIB par habitant (PPA en euros) (a)	32 600	68,9%	41,1%	28 400	64,2%	25,7 %
Démographie						
Population (millions d'habitants au 1 ^{er} janvier)	80,5	1,0%	-2,0%	65,6	12,5%	8,3%
Ratio de dépendance (population des 65 ans et plus par rapport à la population âgée de 15 à 64 ans)	31,3	+9,6 pts	+7,4 pts	27,5	+6,3 pts	+3,2 pts
Pourcentage des 19 ans et moins dans la population totale	18,1	-3,6 pts	-3,2 pts	24,6	-3,1 pts	-1,2 pt
Emploi/ chômage						
Taux d'emploi des 15-64 ans (%) (b)	73,5	n. d.	+8,0 pts	64,1	n. d.	+0,3 pt
Taux de chômage (en % population active) (b)	5,2	-0,3 pt	-6,0 pts	10,3	n. d.	+1,4 pt

	Allemagne			France		
	2012	Évolution		2012	Évolution	
		Depuis 1991	Depuis 2000		Depuis 1991	Depuis 2000
Prestations sociales						
Prestations sociales (% du PIB)	28,3	+3,4 pts	-0,4 pt	32,1	+5,6 pts	+4,4 pts
Retraites						
Niveau de vie relatif des 65 ans et plus (par rapport aux moins de 65 ans, %) (2) (c)	89	n. d.	-5,0 pts	102	n. d.	+12,0 pts
Taux de remplacement agrégé (%) (c)	47	n. d.	+1,0 pt	64	n. d.	+7,0 pts
Santé						
Espérance de vie à la naissance (années)	81,0	+5,3 ans	+2,7 ans	82,1	+4,9 ans	+2,9 ans
Espérance de vie à 65 ans (années)	19,8	+3,3 ans	+1,8 an	21,4	+3,0 ans	+2,0 ans
Pauvreté et dispersion des revenus						
Taux de pauvreté (% de la population)	16,1	n. d.	+5,1 pts	13,7	n. d.	+0,7 pt
Seuil du taux de pauvreté en SPA pour une personne seule	11 749	n. d.	17,2%	12 572	n. d.	50,7 %
Dispersion des revenus : ratio S80/S20	4,6	n. d.	+1,0 pt	4,5	n. d.	+0,6 pt
Pauvreté au travail (% de la population active) (c)	8,6	n. d.	+3,8 pts	6,6	n. d.	+1,9 pt

N.d. : non disponible à la suite de l'absence de données pour cette année ou à de nombreuses ruptures de séries ;

(a) comparaison avec l'année 1995 (au lieu de 1991) ;

(b) comparaison avec l'année 2005 (au lieu de 2000) ;

(c) comparaison avec l'année 2004 (au lieu de 2000) ;

(1) France métropolitaine ;

(2) Revenus médians ;

(3) Rapport des revenus de pensions des personnes âgées de 65 à 74 ans et des revenus provenant du travail de personnes âgées de 50 à 59 ans ;

* Aux prix de l'année précédente chaînés, base 2010.

Notes : les évolutions calculées à partir des données Eurostat peuvent être sujettes à des ruptures de séries signalées dans la base.

Les variables illustrant la pauvreté et la dispersion des revenus sont calculées à partir d'EU-SILC par Eurostat. La période de référence du revenu est l'année N-1 pour l'ensemble des pays, sauf pour le Royaume-Uni qui utilise les revenus de l'année courante et pour l'Irlande qui prend les revenus sur les 12 derniers mois.

Sources : Eurostat février 2015 : démographie ; enquêtes Force de travail (LFS) ; Enquêtes sur le revenu et le niveau de vie des ménages (EU-SILC 2013) ; Panel communautaire des ménages.

En 1998, puis en 2007, les taux de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ont été relevés respectivement d'un point et de trois points. Le produit de ces augmentations a été transféré dans son intégralité vers le système de protection sociale en 1998 et pour un tiers de son montant en 2007. Ce transfert en 2007 a permis de financer la moitié de la baisse de 1,6 point des taux de cotisations sociales⁴, l'autre moitié résultant des effets financiers des réformes mises en œuvre à partir de 2003 dans le domaine de la santé, des retraites et du marché du travail (avec la création des « mini-jobs » et « midi-jobs »⁵ soumis à un barème progressif de cotisations sociales).

Ainsi, la part des cotisations sociales dans les recettes de la protection sociale a baissé, passant de 70,3 % en 1991 à 63,6 % en 2012. Cette diminution est due à une baisse de la part des cotisations sociales employeur, la part des cotisations sociales à la charge des personnes protégées ayant quant à elle légèrement crû (graphique G1.3).

Dans le système allemand de protection sociale, le salarié et l'employeur cotisent pour les risques maladie-maternité, vieillesse-invalidité et survie, pour le chômage et le risque dépendance. Contrairement au cas français, en Allemagne, le risque invalidité n'est pas rattaché à la branche maladie mais à la branche vieillesse et la dépendance constitue un risque autonome. Par ailleurs, comme en France, l'employeur cotise aussi pour les accidents du travail, le taux de cotisation variant en fonction du risque encouru.

Ces cinq risques sont gérés selon une organisation qui leur est propre. Le risque maladie est géré par 134 caisses (*Ortskrankenkassen*) en concurrence, certaines intervenant au niveau régional et d'autres au niveau national. Chaque caisse maladie dispose d'une caisse d'assurance dépendance qui constitue un risque propre dont relèvent également les prestations de soins de longue durée. Le risque retraite est géré par l'Institution fédérale de l'assurance retraite allemande (*Deutsche Rentenversicherung Bund*). L'assurance chômage est organisée par l'Agence fédérale pour l'emploi (*Gesetzliche Arbeitslosenversicherung*). Le risque accident du travail, quant à lui, est géré par les

institutions d'assurance accidents des secteurs concernés⁶.

Les réformes ont concerné les différents risques⁷

Le risque santé (maladie/invalidité/accidents du travail)

Les dépenses relatives à la maladie et aux soins de santé ont augmenté de plus d'un point depuis 1991. Elles représentent 9,6 % du PIB en 2012, ce qui place l'Allemagne dans la fourchette haute de l'UE (8,4 % pour l'UE 28 – graphiques G1.4 et G1.5). En 2012, 70 % des dépenses courantes de santé sont financées par la sécurité sociale, 7 % par l'administration publique, tandis que les ménages et l'assurance privée concourent à hauteur de 12 % et 10 % de ces dépenses⁸.

En Allemagne, l'affiliation à une assurance santé repose sur la coexistence de deux schémas distincts. Les salariés dont le revenu est inférieur à 53 550 euros annuels en 2014⁹ doivent souscrire à une caisse de santé publique de leur choix (*Gesetzliche Krankenversicherung, GKV*). Les salariés aux revenus plus élevés¹⁰, les non-salariés, les indépendants et les professions libérales ont quant à eux le choix entre le système public et le système privé (*Private Krankenversicherung PKV*). Les taux de cotisation dépendent du risque individuel de maladie et de l'âge pour le PKV. Ils sont uniformes pour la GKV, conformément au principe de solidarité. Des complémentaires privées peuvent compléter les dispositifs publics de la GKV.

Les caisses maladie de la GKV sont des organismes autonomes de droit public disposant de l'autonomie administrative pour recouvrer les cotisations sociales.

La concurrence entre les différentes caisses d'assurance maladie a été introduite en 1992 et renforcée par la loi de 2007 dans le but de modérer la dynamique de la dépense. Cette mise en concurrence s'est accompagnée d'un dispositif de péréquation mis en place dès 1994, dont la gestion relève depuis 2009 du fonds national de santé (*Gesundheitsfond*), afin de tenir compte des différences d'exposition au risque des assurés de chaque caisse (*Risikostrukturausgleich, RSA*)¹¹.

4 Baisse de 2 points des cotisations chômage et hausse de 0,4 point des cotisations retraite.

5 Les mini-jobs et midi-jobs sont des emplois précaires à salaire modéré qui correspondent à un faible nombre d'heures travaillées. Les mini-jobs ont un plafond mensuel moyen d'environ 450 euros, tandis que les midi-jobs ont un plafond plus élevé d'environ 850 euros (janvier 2013). Source : « Réformes Hartz : quels effets sur le marché du travail allemand », *TRESOR-ECO 110*, mars 2013.

6 Guide *Mutual Information System on Social Protection* (MISSOC).

7 Par souci de cohérence entre les différentes fiches, les risques sont présentés selon la typologie du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) et non selon l'organisation du système de protection sociale allemand. Nous nous référons pour la description des différentes prestations aux guides MISSOC et à ceux du Centre de liaison européenne et internationale de Sécurité sociale (CLEISS).

8 OCDE-OMS-Eurostat, *System of Health Accounts*.

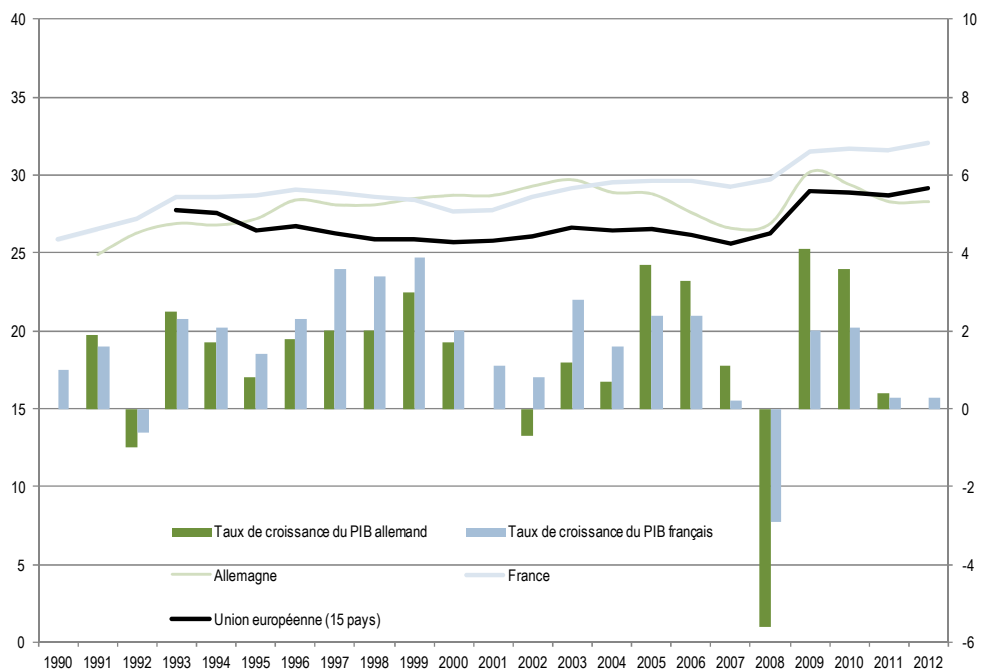
9 Chiffres du guide MISSOC (2014).

10 Depuis le 1^{er} janvier 2009, l'affiliation à une caisse est obligatoire.

11 Il repose sur le niveau de revenu des cotisants, la structure des risques pris en charge (en fonction de l'âge, du sexe et, depuis 2009, de la morbidité) et l'efficacité des caisses.

G1.2 Prestations de protection sociale et croissance du PIB

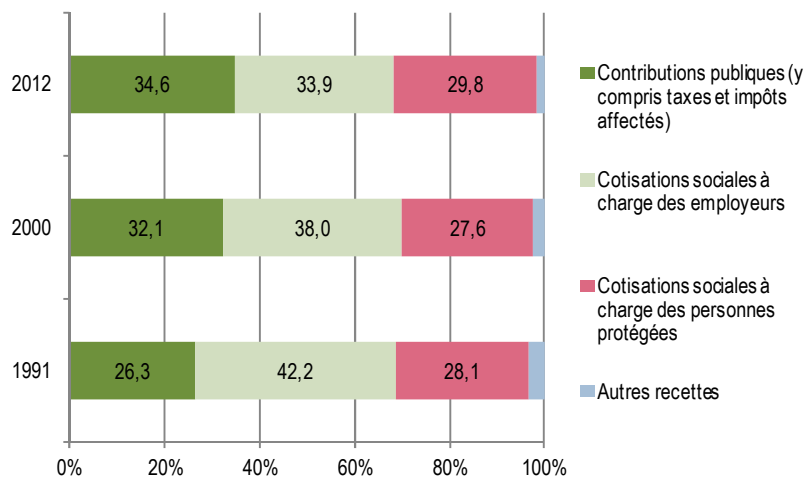
Prestations en % du PIB (échelle de gauche) ; taux de croissance du PIB en % (échelle de droite)



Lecture : en 2012, le taux de croissance du PIB allemand est de 0,4 %.
Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

G1.3 Évolution de la structure de financement de la protection sociale en Allemagne

Montant en % du financement



Lecture : en 2012, les contributions publiques contribuent à hauteur de 34,6 % des recettes de la protection sociale en Allemagne.
Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

Ce fonds national de santé bénéficie également de ressources financières supplémentaires versées par le gouvernement fédéral. À la suite de la crise de 2008, le plafonnement des augmentations de cotisations a empêché le retour du système à l'équilibre financier, ce qui a nécessité une augmentation des subventions de l'État de 7,1 à 15,6 milliards d'euros entre 2009 et 2010¹².

La réforme de 2011 a donc déplafonné¹³ le montant des cotisations supplémentaires à la charge des assurés. Elle a par ailleurs relevé le taux de cotisation maladie obligatoire de 14,9 % à 15,5 % et a gelé le taux de cotisation de l'employeur au GKV à 7,3 %. L'employé cotise à hauteur de 8,2 % du salaire brut. Un système de compensation prend effet dès lors que les cotisations supplémentaires excèdent 2 % des revenus de l'assuré.

Depuis 2011, du fait de ces réformes et d'apports de recettes fiscales supplémentaires de l'État au fonds national de santé, la branche maladie (c'est-à-dire l'ensemble des caisses) dégage des excédents¹⁴. En 2015, le taux de cotisation salariale a été abaissé à 7,3 %. La différence de 0,9 point de pourcentage ainsi que les cotisations supplémentaires demandées par les caisses d'assurance maladie sont désormais remplacées par une cotisation dépendant du niveau de revenu et fixée par chaque caisse individuellement.

Concernant l'accès pratique aux soins et leur organisation, l'assurance publique permet le libre choix du médecin généraliste ou du spécialiste parmi les médecins conventionnés et les établissements hospitaliers agréés. Les frais afférents aux soins dentaires conservateurs et chirurgicaux jugés indispensables du point de vue médical sont pris entièrement en charge par l'assurance publique, comme les soins orthodontiques des assurés de moins de 18 ans. L'indemnisation des prestations pour l'optique se limite aux personnes de moins de 18 ans et à certaines situations particulières.

En plus des réformes concernant les recettes de la branche maladie, de multiples réformes ont aussi affecté les prestations santé et l'organisation du système de soins.

En 2004, afin de maîtriser les dépenses publiques, de nouveaux mécanismes de franchise ont été introduits tout en plafonnant le reste à charge (bouclier sanitaire de

2 % du revenu brut ou 1 % en cas de maladies chroniques, remboursés sous forme de crédits d'impôt). L'assuré participe à hauteur de 10 euros par jour d'hospitalisation pendant 28 jours maximum. Il paie 10 % du prix de vente pour les produits pharmaceutiques, avec un minimum de 5 euros et un maximum de 10 euros par médicament.

En 2012, le reste à charge des ménages s'élève ainsi à 12 % des dépenses totales de santé (fiche F3). Ce taux est supérieur au reste à charge des ménages en France (7,5 %) et au Royaume-Uni (9 %). Il est néanmoins inférieur aux taux suédois (16,5 %) et italien (18,8 %)¹⁵. Mais, à la suite des excédents de la branche maladie¹⁶, la franchise de 10 euros pour la première consultation du trimestre chez un médecin ou un dentiste a été abolie en 2013, ce qui aura un impact à la baisse sur le reste à charge des ménages allemands.

Par ailleurs, afin de réguler l'offre de soins, des réformes ont été menées à partir de 1993. Celles-ci ont durci les conditions d'installation des médecins généralistes, limité la prescription des médicaments et favorisé l'utilisation de génériques.

En ce qui concerne les médicaments, depuis 2003, le système allemand de régulation des dépenses pharmaceutiques permet aux caisses d'assurance maladie de négocier des contrats avec les fabricants. Depuis 2007, les pharmacies sont obligées de délivrer le médicament ayant fait l'objet d'une négociation, sauf en cas de prescription contraire du médecin. Le nombre de contrats négociés entre les caisses d'assurance maladie et l'industrie pharmaceutique a par la suite augmenté. De plus, depuis 2011, la loi relative à la restructuration du marché pharmaceutique contraint l'industrie pharmaceutique à négocier les prix des médicaments innovants sur la base d'une analyse coût-efficacité. En outre, depuis 2010, des rabais supplémentaires ont été imposés aux fabricants et un gel des prix a été instauré jusqu'en 2017 pour les médicaments non soumis aux « prix de référence » (*Festbeträge*)¹⁷.

Enfin, en 2012, une réforme des structures de santé a été introduite afin, entre autres, d'améliorer l'offre de soins en zones rurales, d'apporter une plus grande flexibilité dans la rémunération des médecins et spécialistes, mais aussi de réduire le financement de grands centres de visite médicaux employant des médecins et des spécialistes.

12 Nous nous référons dans cette fiche aux notes DAEI du conseiller des Affaires sociales en Allemagne pour les années 2013 et 2014, qui sont à usage interne.

13 Auparavant 8 euros maximum par mois.

14 Busse R. et Blümel M., 2014, « Health System Review Germany, Health System in Transition », *European Observatory on Health Systems and Policies* vol. 16, 2.

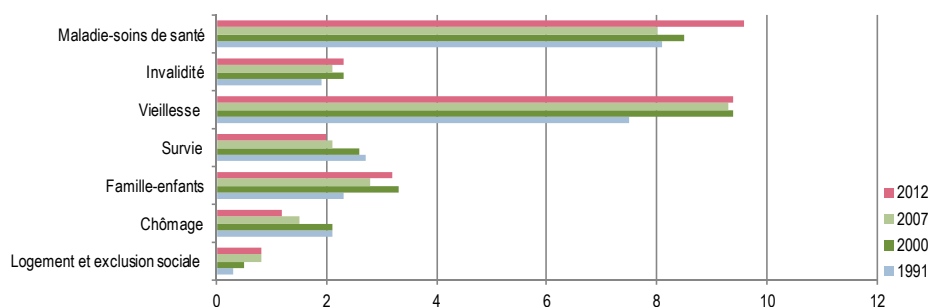
15 OCDE-OMS-Eurostat, *System of Health Accounts*.

16 Guide MISSOC et guide CLEISS.

17 Busse R. et Blümel M., 2014, « Health System Review Germany, Health System in Transition », *European Observatory on Health Systems and Policies* vol. 16, 2.

G1.4 Évolution des dépenses par risque en Allemagne

En % du PIB



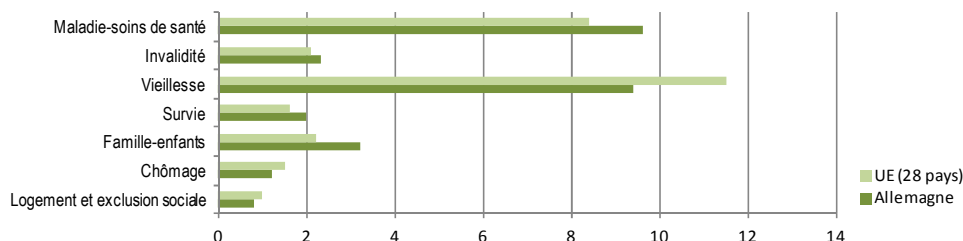
Note : les risques sont présentés selon la typologie du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) et non selon l'organisation du système de protection sociale allemand.

Lecture : en Allemagne, les dépenses pour le risque invalidité représentent 2,3 % du PIB en 2012.

Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

G1.5 Structure des dépenses en Allemagne en 2012 comparée à celle de l'Union européenne

En % du PIB



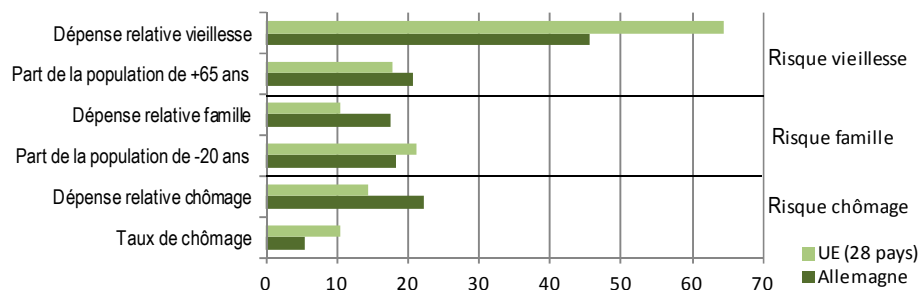
Note : les risques sont présentés selon la typologie du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) et non selon l'organisation du système de protection sociale allemand.

Lecture : en 2012, les dépenses relatives au risque survie s'élèvent à 2 % du PIB en Allemagne et à 1,6 % du PIB en moyenne pour l'Union européenne (UE 28).

Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

G1.6 Contributions à la dépense des structures démographiques et du taux de chômage en 2012 en Allemagne et dans l'Union européenne

En %



Note : afin d'isoler l'effet de composition qui affecte les comparaisons des dépenses exprimées en pourcentage du PIB, on rapporte le ratio « dépenses vieillesse sur PIB » à la part des personnes de 65 ans et plus dans la population totale. On obtient ainsi le montant consacré par personne de plus de 65 ans en part du PIB par habitant. Ainsi en 2012, en Allemagne, les dépenses vieillesse par personne âgée de 65 ans ou plus représentent 45,6 % du PIB par habitant, soit plus de 10 points de plus que la moyenne européenne (UE 28). De même, pour le risque famille, on rapporte la dépense du risque famille exprimée en pourcentage du PIB à la part d'enfants de moins de 20 ans dans la population totale. Le montant des dépenses familiales allouées par enfant de moins de 20 ans représente ainsi 17,6 % du PIB par habitant.

Lecture : en 2012, les taux de chômage en Allemagne et au sein de l'UE 28 représentent respectivement 5,4 % et 10,5 % de la population active. L'effort social consacré aux chômeurs, mesuré par le ratio des dépenses de chômage, exprimées en pourcentage du PIB sur la part des chômeurs dans la population, s'établit à 22,2 % du PIB par habitant en Allemagne et à 14,4 % pour la moyenne de l'UE 28.

Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

Dans le domaine des **arrêts de travail**, la couverture maladie permet le maintien du salaire jusqu'à six semaines, puis le versement d'indemnités de maladie (couvrant entre 70 et 90 % du salaire) pendant une période maximale de 72 semaines sur trois ans pour une même maladie¹⁸.

Les dépenses du **risque invalidité** représentent 2,3 % du PIB en 2012 et sont comparables au niveau européen (2,1 % pour l'UE 28 – *graphique G1.5*). Les prestations invalidité sont versées si, pour des raisons de santé, l'assuré ne peut travailler plus de six heures par jour dans les conditions générales du marché de l'emploi. Dans ce cas, il perçoit une *allocation d'incapacité partielle (Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung)*. Si la quotité horaire travaillée ne peut dépasser trois heures par jour, l'assuré reçoit une *pension d'incapacité totale (Rente wegen voller Erwerbsminderung)*. Le versement des prestations est soumis à cinq années de cotisations dont trois ans au moins pendant les cinq dernières années. Leur montant dépend du nombre de points cumulés pendant la période de cotisations et de la fixation de la valeur du point de pension. Il existe des possibilités de cumul en cas d'activité complémentaire mais celles-ci sont soumises à un plafond de revenu.

Les dépenses du **risque accidents du travail** sont intégralement financées par l'employeur et le régime accidents du travail est géré par des caisses professionnelles (*Berufsgenossenschaften*), lesquelles fixent un taux de cotisation en fonction des risques des différents secteurs de l'économie et des dépenses de l'année précédente.

Le risque vieillesse-survie-dépendance

Malgré un accroissement de 7,5 % à 9,4 % du PIB entre 1991 et 2012, **les dépenses vieillesse**¹⁹ restent en dessous de la moyenne de l'UE 28 (11,5 % du PIB – *graphiques G1.4 et G1.5*). Pourtant, la population allemande est plus âgée en moyenne que celle de l'Union européenne : la part de la population âgée de 65 ans et plus représente 20,6 % de la population totale en Allemagne contre 17,9 % dans l'UE 28 en 2012. Le ratio des dépenses de retraite par personne âgée de plus de 65 ans ramené au PIB par habitant est beaucoup plus faible que la moyenne européenne (45,6 % contre 64,4 % pour la moyenne européenne – *graphique G1.6*).

Le taux de remplacement agrégé est lui aussi plus faible qu'en France et que la moyenne européenne : il s'élève à 47 % en 2012, contre 64 % pour la France et 55 % pour l'UE 28. En outre, le niveau de vie médian des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à celui des moins de 65 ans diminue : il passe de 93 % en 2005 à 89 % en 2012. Il est nettement inférieur au taux français qui s'établit à 102 % en 2012 (*tableau G1.1*).

Trois principaux types de régimes de retraite coexistent en Allemagne : la pension de retraite des salariés, plafonnée et servie selon leur statut par l'assurance vieillesse légale ou le régime de retraite des fonctionnaires ; la retraite complémentaire professionnelle et, depuis 2002, la prévoyance privée, dont la souscription est encouragée par des mesures fiscales (*Riester-Rente*).

Pour le premier pilier, ou régime public, le taux de cotisation représente 18,9 % du salaire brut plafonné en 2014. Il est partagé à parts égales entre l'employeur et l'employé. En 1992, la réforme Blüm a porté, par étapes, à 65 ans l'âge de la retraite à taux plein, transformé le régime public par annuités en régime à points et introduit une indexation des pensions sur le salaire moyen net. Ainsi l'assuré cumule un nombre de points dans la limite des 45 meilleures années. Le nombre de points obtenus chaque année dépend du ratio entre la rémunération de l'assuré, qui est plafonnée, et la rémunération moyenne de l'ensemble des assurés. À la liquidation de la retraite, la somme des points cumulés est multipliée par la valeur actuelle du point. Celle-ci est fixée en fonction de l'évolution des salaires bruts.

L'indexation des pensions a ensuite été modifiée. Depuis 2001, celle-ci repose sur l'évolution du salaire brut et sur le facteur « Riester » ; elle dépend en plus depuis 2004 de l'évolution du ratio de « viabilité » (*Nachhaltigkeitsfaktor*). Le facteur Riester prend en compte l'évolution du taux de contribution au régime privé : une augmentation de ce taux limite la revalorisation des pensions. Quant au ratio de viabilité, il prend en compte le rapport entre retraités et cotisants. L'augmentation de ce taux de dépendance réduit la hausse de la valeur du point²⁰. Il existe toutefois une clause de protection (*Schutzklausel*), empêchant que l'effet cumulé du ratio de viabilité et du facteur Riester ne diminue l'indexation des pensions en-deçà d'un certain seuil.

Parallèlement à la modération des pensions, l'Allemagne a mis en œuvre des réformes qui ont peu à peu durci les conditions d'accès aux pensions de retraite. En 2007, l'âge du départ à la retraite à taux plein est passé de 65 à 67 ans selon un calendrier progressif d'un, puis de deux mois par année entre 2011 et 2029. L'âge d'ouverture des droits reste fixé à 63 ans après 35 années de cotisation. L'application d'une décote de 3,6 % par année manquante réduit les prestations versées aux personnes liquidant leurs droits avant l'âge de départ à taux plein. Les mesures de départ anticipé à la retraite pour les femmes et les chômeurs, qui prévoyaient un départ respectivement à 60 ans et à 63 ans sous condition d'une durée d'affiliation de 15 ans, sont supprimées pour les personnes nées après 1952.

¹⁸ Le versement des indemnités maladie couvre une période maximale de 78 semaines sur trois ans.

¹⁹ Selon la nomenclature SESPROS (Eurostat), les dépenses de vieillesse comprennent les dépenses de retraite et la fourniture de biens et de services aux personnes âgées, hors soins de santé.

²⁰ *Panorama des pensions 2013 – les indicateurs de l'OCDE et du G20*, OCDE.

Un dispositif permettant le départ à la retraite à 65 ans sans décote est mis en place dans le cas des carrières longues (45 ans de cotisations)²¹.

En 2014, une nouvelle réforme assouplissant les conditions pour les carrières longues a été adoptée : les salariés ayant déjà cotisé 45 ans peuvent partir à la retraite à taux plein à 63 ans depuis juillet 2014 et à 65 ans à l'horizon 2029. Cette réforme prévoit aussi une revalorisation des petites retraites mais aussi des retraites des mères ayant eu des enfants avant 1992.

La retraite complémentaire professionnelle est le deuxième pilier du système de retraite allemand. Elle était traditionnellement financée par les employeurs qui étaient libres de proposer une retraite complémentaire à leurs salariés. Les employeurs sont couverts par une assurance obligatoire, le fonds de protection des pensions (*Pensionssicherungsverein*), qui finance les pensions des employés en cas de faillite des entreprises et ce dans une certaine limite. De nouvelles assurances à cotisations définies, directement financées par les employés, ont été peu à peu mises en place²². Ainsi, depuis 2011, chaque employé peut verser un montant plafonné de son revenu sur un compte de retraite sans avoir à payer d'impôts ou de contributions sociales sur ce montant.

Le troisième pilier est constitué d'assurances privées facultatives. Certaines, les pensions Riester, bénéficient de subventions publiques et de déductions fiscales sous conditions. Une de ces conditions requiert la garantie de la valeur nominale des contributions.

Afin d'assurer la viabilité de son système de retraite, le gouvernement a aussi mis en place l'« Initiative 50+ » en 2007. Ce programme consiste en une série de mesures ciblant le maintien en activité des personnes âgées de 50 ans et plus, sous forme d'aides octroyées à l'employeur (subventions des salaires), d'une clause dérogatoire à l'embauche en CDD, d'aides aux salariés pour compenser une baisse de salaire et d'un programme de formation continue. Le taux d'emploi des 55-64 ans est ainsi passé de 51,3 % en 2007 à 63,6 % en 2013 et dépasse de 13 points la moyenne de l'UE 28 (50,3 %).

Les dépenses du **risque survie** représentent 2 % du PIB en 2012 et sont en diminution depuis 1991 (2,7 % du PIB). Elles restent supérieures à la moyenne de l'UE 28 (1,6 % en 2012 – *graphiques G1.4 et G1.5*).

L'assurance vieillesse légale et le régime de retraite des fonctionnaires accordent aux conjoints survivants une *pension de réversion*, de même que la plupart des dispositifs de retraite complémentaire. La pension est

attribuée au conjoint survivant âgé d'au moins 45 ans, ou souffrant d'une invalidité professionnelle ou générale, ou ayant au moins un enfant de moins de 18 ans. La prestation de réversion a toutefois été réduite en 2001, parallèlement à la mise en place d'un mécanisme de bonification par enfant, son taux passant de 60 % à 55 %. Le montant de la pension peut être réduit si les revenus du conjoint dépassent un plafond. Depuis 2012, l'âge d'ouverture des droits pour le conjoint a été relevé et atteindra 47 ans en 2029.

Depuis 2002, les conjoints mariés de moins de 40 ans peuvent choisir entre la réversion et un partage égal des droits à pension acquis par les deux conjoints au cours de leur vie commune.

Par ailleurs, une pension de réversion est accordée temporairement et sous condition de ressources aux ayants droit de moins de 45 ans sans enfant à charge.

Les conjoints divorcés en charge d'au moins un enfant et n'étant pas en mesure de subvenir aux besoins du ménage peuvent recevoir une pension d'éducation sous certaines conditions. Par ailleurs, les orphelins de moins de 18 ans²³ perçoivent une pension.

Les coûts afférents au vieillissement de la population posent la question des modalités du financement à long terme des dépenses liées à la **dépendance** et du rôle croissant des familles dans leur prise en charge. La question de la dépendance se pose de manière aiguë en Allemagne. En effet, si l'espérance de vie à l'âge de 65 ans est de 19,8 ans en 2012, l'espérance de vie en bonne santé au même âge des femmes et des hommes est inférieure à celles qui prévalent en France²⁴, en Italie, en Suède et au Royaume-Uni.

Créée dès 1995 en Allemagne, l'**assurance dépendance** repose sur une logique de financement par répartition à laquelle participent les employeurs, les salariés, mais aussi les chômeurs et les retraités (cotisation à hauteur de 2,05 % du salaire répartie également entre salariés et employeurs, avec une majoration de 0,25 % pour les personnes sans enfant). L'assurance dépendance est gérée par les caisses maladie. Elle garantit des prestations en nature (soins effectués par un opérateur lié à la caisse d'assurance maladie) ou des prestations en espèce plafonnées (en cas de prise en charge informelle par exemple). Celles-ci varient en fonction du degré de dépendance, fractionné en quatre catégories²⁵. Une personne du niveau de dépendance le plus élevé reçoit 1 550 euros par mois et 700 euros si les soins sont assurés par un membre de la famille ou une personne non active²⁶.

21 Les personnes gravement handicapées nées à partir de 1952 et ayant 35 ans d'assurance peuvent partir à la retraite dès l'âge de 62 ans avec l'application d'une décote.

22 Schmal W., Augurzyk B. et Mennicken R., 2013, *Pensions, Health and Long-Term Care*, ASISP, European Commission.

23 L'octroi de cette pension peut se prolonger à 27 ans en cas de poursuite d'études, de formation professionnelle ou de handicap.

24 Respectivement 6,9 et 6,7 ans en Allemagne pour les femmes et les hommes, contre 10,4 et 9,4 ans en France en 2012 (Eurostat).

25 Depuis janvier 2013, une nouvelle catégorie de dépendance s'est ajoutée aux trois catégories préexistantes.

26 Guide CLEISS, 2014.

Depuis 2012, le *congé de soutien familial (Familienpflegezeit)* permet de lisser les revenus des salariés qui réduisent leur temps de travail pendant une période maximale de deux ans en cas de prise en charge d'un parent malade et dépendant. Depuis 2013, les personnes prises en charge par un de leurs parents peuvent percevoir une allocation et recevoir des soins à domicile ou en institution lorsque ce dernier tombe malade ou prend des vacances. Cette allocation peut couvrir une période de quatre semaines et s'élève au maximum à 1 550 euros par année. Les personnes dépendantes continuent de recevoir pendant cette période la moitié de la prestation en espèces versée en cas de prise en charge informelle²⁷.

En novembre 2014, le conseil fédéral allemand a adopté une loi qui améliore la prise en charge de la dépendance. Cette loi acte une augmentation des prestations financée par une augmentation des cotisations et la création d'un fonds de soins de 1,2 milliard par an. Depuis janvier 2015, les salariés peuvent prendre un congé de courte durée suite à l'apparition de la dépendance d'un proche et recevoir une indemnité pour compenser la perte de salaire. Les aidants proches, dont la définition a été élargie, prenant un congé de soutien familial de moyen ou long terme, peuvent bénéficier d'un prêt à taux zéro. Cette loi permet aussi aux aidants d'enfants souffrant de handicap lourd de bénéficier d'un congé de moyenne et de longue durée. Enfin, une dernière mesure met en place un congé de solidarité familiale pour accompagner un proche en fin de vie.

Si la demande croissante de prise en charge pose à long terme la question du financement, des effets négatifs à court terme ne sont pas attendus à la suite du surplus des caisses dédiées à la dépendance (5,5 milliards d'euros de réserves pour les caisses publiques en 2011).

Le risque famille-enfants

Les prestations sociales versées au titre de la **politique familiale** se sont accrues en Allemagne de 2,3 % du PIB en 1991 à 3,2 % en 2012. Elles dépassent désormais la moyenne de l'UE (2,2 % du PIB – *graphiques G1.4 et G1.5*). L'effort social consacré aux enfants²⁸ est très élevé en Allemagne en termes relatifs (17,6 % en Allemagne contre 10,4 % en moyenne dans l'UE) alors même que la part de la population âgée de 0 à 19 ans demeure inférieure à la moyenne de l'UE 28 (18,2 % contre 21,1 % – *graphique G1.6*).

Prestations familiales

Les *allocations familiales* sont versées sans condition de ressources dès le premier enfant. Il existe un *quotient conjugal (Ehegattensplitting)*, qui avantage les familles disposant d'un seul pourvoyeur de ressources.

Les conjoints ont le choix entre une déclaration fiscale individuelle de leurs revenus et l'établissement global de l'imposition. Les abattements de revenus imposables pour enfants à charge (*Kinderfreibetrag*) peuvent se substituer aux allocations familiales (*Kindergeld* et *Kinderzuschlag*), dès lors qu'ils sont plus avantageux. Depuis janvier 2010, les allocations familiales ont été majorées : elles s'élèvent à 184 euros par mois pour les deux premiers enfants, à 190 euros pour le troisième enfant et à 215 euros pour chaque enfant au-delà du troisième.

Maternité-naissance

Diverses mesures ont été instaurées en vue d'améliorer la conciliation entre vie familiale et activité professionnelle. Depuis 2007, une *allocation parentale (Elterngeld)* est versée aux parents ne travaillant pas ou travaillant à temps partiel²⁹ et qui s'occupent eux-mêmes à leur domicile de leur enfant pendant ses 14 premiers mois. Cette allocation parentale se caractérise par des versements plus élevés et une durée d'allocation réduite. Dans le cas d'une cessation totale de travail, le parent reçoit 67 % de son salaire net pour une durée variant de deux à douze mois³⁰. Le montant de l'allocation est compris entre un minimum de 300 euros et un maximum de 1 800 euros. La durée du versement des prestations est augmentée de deux mois si les deux parents recourent au dispositif et si leurs revenus ont diminué pendant une période minimale de deux mois. Cette mesure encourage donc la prise en charge de l'enfant par les deux parents. En 2014, le Bundestag a par ailleurs voté une loi assouplissant le dispositif. Elle permet de limiter la perte de revenu liée au retour au travail à temps partiel des parents. Ceux-ci bénéficieront de la moitié de l'allocation sur une période plus longue (24 mois).

Un *congé parental d'éducation (Elternzeit)* s'inspirant du modèle suédois en la matière, donne droit à un congé non rémunéré afin de s'occuper d'un enfant pendant une période maximale de trois ans. Ce congé peut être fractionné jusqu'aux huit ans de l'enfant et est compatible avec une activité professionnelle à temps partiel.

Aides à la garde d'enfant

Afin d'encourager le retour des femmes à la vie active, le gouvernement a renforcé les *structures d'accueil pour la petite enfance*. En 2010, 23 % des enfants de moins de trois ans étaient pris en charge dans des structures d'accueil contre plus de 90 % pour les enfants de trois à cinq ans. De nouvelles places dans des structures d'accueil pour la petite enfance ont donc été créées. Le gouvernement fédéral a par ailleurs annoncé, en 2014, une augmentation du budget consacré à ces structures d'accueil à hauteur d'un milliard d'euros d'ici 2017.

27 Ministère fédéral du Travail et des Affaires Sociales, *La protection sociale vue d'ensemble 2014*.

28 Mesuré par le ratio des dépenses relatives à la politique familiale par enfant de 0 à 20 ans rapporté au PIB par habitant.

29 Jusqu'à 30 heures par semaine.

30 Ce taux de remplacement s'ajuste en fonction du montant du salaire net perçu avant la naissance.

Depuis le 1^{er} août 2013, une loi garantit que tout enfant de moins de trois ans a une place en crèche ou chez une assistante maternelle. De plus, une *allocation de garde d'enfants* a été créée pour encourager la garde de jeunes enfants à domicile plutôt que dans des structures d'accueil.

Le risque chômage

Les prestations chômage sont passées de 2,1 % du PIB en 1991 à 1,2 % du PIB en 2012. Elles se situent à un niveau inférieur à la moyenne européenne (1,5 % en 2012 pour l'UE 28 – *graphiques G1.4 et G1.5*).

En moyenne, la population allemande est relativement moins confrontée au chômage que celle de l'Union européenne. En 2012, le taux de chômage s'élève à 5,4 % de la population active en Allemagne contre 10,5 % dans l'UE 28 et 9,8 % en France. Ceci se traduit par un effort social³¹ consacré aux chômeurs relativement élevé (22,2 % en Allemagne, contre 14,3 % pour la moyenne européenne [UE 28] en 2012 – *graphique G1.6*). Si le taux d'emploi est plus élevé en Allemagne qu'au sein de l'UE 28, le travail à temps partiel compte toutefois pour 27,7 % de l'emploi total en 2013, soit 9 points de plus que le taux français (18,4 %).

Afin de réduire le chômage qui était de 8,6 % en 2002, la commission Hartz a mis en place, entre 2002 et 2005, une série de mesures d'intervention active sur le marché du travail et une réforme du système de prestations sociales. Les trois premières lois Hartz ont consisté en la création d'agences de services, la mise en place d'une aide pour la création d'entreprises pour les chômeurs (*Ich-AG*) ainsi que la restructuration du Bureau fédéral pour l'emploi. Ces réformes ont aussi favorisé le recours au travail temporaire, notamment en réformant les emplois précaires tels que les mini-jobs et les midi-jobs. La réforme Hartz IV a fusionné l'allocation chômage de longue durée (*Arbeitslosenhilfe*) et l'aide sociale³².

L'Allemagne a mis en place un salaire minimum. Ce dernier est entré en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015 et son montant horaire s'élève à 8,50 euros brut. Le salaire minimum ne concerne pas encore toutes les branches professionnelles mais s'appliquera à l'ensemble des travailleurs dès 2017.

L'*assurance chômage* (*Arbeitslosenversicherung*) est gérée par l'Agence fédérale du travail (*Bundesagentur für Arbeit*) qui verse les prestations. En 2006, le gouvernement a mis en application des règles plus strictes sur la durée d'indemnisation et de cotisation. Le chômeur doit justifier d'une durée préalable d'emploi minimale de douze mois au cours des deux dernières

années. La durée d'indemnisation varie entre six et 24 mois et dépend de la durée de cotisation et de l'âge de l'individu. Le montant de l'allocation est de 60 % du salaire net pour les individus sans enfant à charge et de 67 % pour les individus ayant des enfants. Les prestations peuvent être suspendues en cas de refus d'un travail proposé ou de non-présentation à un emploi.

Avant 2006, le taux de cotisation à l'assurance chômage s'élevait à 6,5 %. Ce taux a été progressivement réduit³³, il est de 3 % en 2013. Le taux de cotisation est partagé à parts égales entre l'employeur et l'employé.

Avant 2005, les chômeurs en fin de droit pouvaient percevoir l'*allocation chômage de longue durée*. Cette allocation était proportionnelle au revenu avec un taux de remplacement variant de 50 à 57 % du salaire net. Pour les chômeurs n'ayant le droit à aucune allocation chômage, une aide sociale forfaitaire était versée. Suite à la réforme Hartz IV, les chômeurs ayant épuisé leurs droits peuvent obtenir des prestations minimales, *Arbeitslosengeld II*. Elles sont versées sous conditions de ressources³⁴ aux individus de 15 à 65 ans capables de travailler plus de trois heures par jour. Il s'agit d'un montant forfaitaire alloué par l'agence locale pour l'emploi. Il est calculé en fonction des « besoins normaux » (*Regelbedarfe*) qui sont évalués à l'échelle nationale. Celui-ci peut être complété par des prestations pour le logement, le chauffage ou d'autres dépenses financées par la municipalité.

Le risque logement

La part des **prestations logement** dans le PIB a augmenté entre 1991 (0,2 % du PIB) et 2012, pour atteindre la moyenne de l'UE 28 (0,6 % du PIB – *graphiques G1.4 et G1.5*).

L'État fédéral est en charge de la réglementation des loyers et de l'*attribution des allocations logements*. Les autorités locales sont responsables de l'attribution des logements sociaux, qui cible les ménages à bas revenus. En effet, afin d'obtenir un logement social, un certificat d'éligibilité (*Wohnungsberechtigungsschein*), obtenu sous conditions de ressources, est requis. Le logement social est fourni par différents acteurs : des sociétés et des coopératives municipales de logements (secteur à but non lucratif), des propriétaires privés, des promoteurs commerciaux et des investisseurs.

À la fin 2012, l'*allocation logement* concerne en Allemagne environ 783 000 ménages, soit 1,9 % des ménages. Le nombre de bénéficiaires a diminué entre 2011 et 2012 où l'allocation logement couvrirait 2,2 % des ménages³⁵.

31 Mesuré par le ratio des dépenses de chômage par chômeur ramené au PIB par habitant.

32 « Réformes Hartz : quels effets sur le marché du travail allemand » *TRESOR-ECO* 110, mars 2013.

Kramartz F., Spitz-Oener A., Senfleben C. et Zwiene H., 2012, « Les mutations du marché du travail allemand », rapport du CAE n° 102.

33 La réforme de 2007 réduit les cotisations sociales à la suite d'une hausse du taux maximal de la TVA.

34 Le propriétaire du logement conventionné choisit ses locataires parmi les personnes détentrices de ce certificat.

35 Statistiques du *Statistisches Bundesamt* (Destatis).

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation logement est plus élevé dans les nouveaux Länder (3,2 % de la population d'ex-Allemagne de l'Est en excluant Berlin contre 1,7 % en ex-Allemagne de l'Ouest).

L'allocation logement (*Wohngeld*) est attribuée en fonction du nombre de personnes dans le foyer, le montant du loyer et le revenu du ménage. Cette prestation n'est pas versée aux personnes bénéficiant des mécanismes d'assistance (*Sozialhilfe*). Depuis mars 2011, le coût moyen d'un logement et des frais de chauffage est fixé au niveau des circonscriptions afin de déterminer le montant de l'allocation logement.

Un projet de loi a été adopté en 2014 afin de limiter la hausse des loyers et des prix de l'immobilier dans des zones désignées par les Länder en fonction des critères énoncés.

Le risque pauvreté-exclusion sociale

Les prestations contre l'**exclusion sociale** représentaient 0,1 % du PIB en 1991. Elles augmentent à 0,2 % en 2012 et restent en deçà de la moyenne de l'UE 28 (0,4 % du PIB – *graphiques G1.4 et G1.5*).

La part de la population en risque de pauvreté ou d'exclusion³⁶ a progressivement augmenté entre 2004 et 2006, passant de 18,4 à 20,6 %. Elle s'établit à 20,3 % de la population en 2012.

Le taux de pauvreté monétaire a augmenté depuis 2000 et s'élève à 16,1 % de la population allemande en 2012. Le taux de pauvreté allemand se rapproche ainsi de la moyenne de l'UE (16,5 % en 2012) et est supérieur au

taux français. En particulier, le taux de pauvreté des chômeurs s'est accru très significativement ces dernières années³⁷.

Parallèlement, le taux de pauvreté au travail a également augmenté. Il atteint 8,6 % en 2012 et est supérieur au taux français (8 %). La réforme du marché du travail dite Hartz IV a entraîné un transfert vers les prestations d'assistance de personnes qui relevaient auparavant de mécanismes assurantiels.

Ces prestations d'assistance se décomposent en deux catégories : d'une part, les *prestations minimales en faveur des demandeurs d'emploi* (*Grundsicherung für Arbeitsuchende*) et, d'autre part, l'*aide sociale* (*Sozialhilfe*). Cette dernière est ouverte aux personnes dont la situation financière est insuffisante pour vivre dans des conditions décentes et qui sont dispensées de recherche d'emploi du fait de leur handicap ou de leur âge. Le montant de l'aide sociale varie en fonction de l'âge du bénéficiaire et de sa place dans le foyer.

Ces prestations sont octroyées sous forme de prestations de services, de prestations en espèces ou en nature (en particulier les mesures d'activation et de conseils). Elles assurent un niveau minimum de subsistance évalué en fonction de « besoins normaux » (*Regelbedarfe*) qui sont fixés à l'échelle nationale par le gouvernement fédéral. Les montants dépendent de l'âge du bénéficiaire et de sa position dans le ménage. En 2014, les besoins normaux pour une personne vivant seule sont évalués à 391 euros par mois. Ces prestations peuvent être complétées dans des situations précises ou pour des groupes spécifiques (par exemple, les femmes enceintes ou dans le cadre de la couverture de frais de programme d'éducation).

36 Les personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale sont celles qui sont touchées par au moins une des trois formes de pauvreté évaluées par Eurostat : la pauvreté monétaire, la privation matérielle ou l'appartenance à un ménage à faible intensité de travail.

37 Le taux de pauvreté des chômeurs de 18 à 64 ans est passé de 40,9 % en 2004 à 69,2 % en 2012.

Au Royaume-Uni, les dépenses de prestations sociales représentaient 23,8 % du PIB en 1991. Après avoir fluctué autour de 25 % du PIB, elles ont fortement augmenté entre 2008 et 2009, passant de 24,6 % à 27,5 % (*graphique G1.2*). En 2012, elles s'élèvent à 28,4 % du PIB, ce qui les situe à un niveau inférieur à la moyenne européenne et aux dépenses de prestations sociales françaises (29,2 % pour l'UE 15 et 32,1 % du PIB pour la France en 2012).

Une économie malmenée par la crise

Cette croissance des dépenses de protection sociale en 2008-2009 s'est faite dans un contexte macro-économique très dégradé. Après une décennie de croissance soutenue (3,0 % en moyenne entre 1997 et 2007), l'économie britannique s'est en effet fortement contractée en 2008 et 2009¹ (*graphique G2.2*). La reprise en 2010 et 2011 est restée modérée (+1,9 % et +1,6 %). En 2013, le taux de croissance du Royaume-Uni est de 1,7 % et il est nettement supérieur à la moyenne européenne (0,0 % pour l'UE 28).

Quant au taux de chômage, il a diminué de moitié entre 1993 et 2004 (de 10,2 % à 4,7 %) pour augmenter ensuite et atteindre avec la crise 8,1 % en 2011. Il a légèrement diminué depuis et s'est établi à 7,6 % en 2013. Ce taux de chômage reste parmi les plus faibles en Europe. Le taux d'emploi des 15-64 ans est, quant à lui, parmi les plus élevés : en 2013, il s'élevait à 70,5 %, contre 64,1 % en France et au sein de l'UE 28 (*tableau G2.1*).

Le Royaume-Uni doit faire face à plusieurs défis. La crise de 2008 a ébranlé son modèle économique, fondé sur les services et la finance. Bien que le taux de pauvreté monétaire ait diminué depuis 2000 et qu'il soit en 2012 inférieur à la moyenne européenne (15,9 % contre 16,6 % pour l'UE 28), cette diminution masque une moindre progression du seuil de taux de pauvreté qui correspond à 60 % du revenu médian. Au Royaume-Uni, le seuil de pauvreté mesuré en standards de pouvoir d'achat pour une personne seule a en effet progressé de 6,1 % depuis 2000 alors qu'en France, il s'est accru de 50,7 %. Le développement du temps partiel, notamment subi, a contribué à cette modération du revenu médian. Au Royaume-Uni, le travail à temps partiel représente 27,0 % de l'emploi total en 2013, soit un niveau supérieur à la moyenne de l'UE 28 (20,4 % en 2013). La part de temps partiel subi au sein des emplois à temps partiel a considérablement augmenté entre 2005 et 2013, passant de 7,0 % à 16,9 %².

Le Royaume-Uni est également confronté au vieillissement de sa population mais de façon beaucoup

plus modérée que pour la plupart des pays européens. Son ratio de dépendance démographique est passé de 24,2 % en 1991 à 26,4 % en 2013, se rapprochant de la moyenne européenne (27,5 % pour l'UE 28). La part des jeunes (0-19 ans) a baissé entre 1991 et 2013 tandis que la part des 20-64 ans s'est accrue sur la même période. Celle des personnes âgées de 65 ans et plus a également augmenté, passant de 15,8 % en 1991 à 17,2 % en 2013. Selon les dernières projections d'Eurostat³, le ratio de dépendance démographique du Royaume-Uni serait toutefois plus favorable à long terme que dans la plupart des autres pays européens : il devrait atteindre 39,1 % en 2040 et 42,7 % en 2060, soit près de huit points de moins que la moyenne européenne (50,2 % pour l'UE 28 en 2060).

Un système de protection sociale réformé en profondeur

La protection sociale au Royaume-Uni est née des quatre grands principes du rapport Beveridge de 1942, à savoir l'universalité, la généralité, l'unicité et l'uniformité des prestations en espèces. Elle s'est développée selon un modèle de protection généralisée reposant sur la solidarité, indépendamment de toute affiliation à une activité professionnelle. Les lois fondatrices de ce système sont, dans un premier temps, la loi instaurant le système national d'allocations familiales (*Family Allowance Scheme*) entrée en vigueur en 1945, suivie dans un second temps en 1946 de la loi sur le Service national de santé (*National Health Service Act*) et de la loi sur l'assurance nationale (*National Insurance Act*).

Depuis sa création, le système britannique de Sécurité sociale a fait l'objet de nombreuses réformes afin d'inciter, par des déductions fiscales notamment, les populations à recourir à une couverture complémentaire et supplémentaire privée, principalement pour les risques vieillesse et santé. Le principe d'uniformité des prestations a été remis en cause par plusieurs réformes menées entre 1948 et 1979, parallèlement à la création de nouvelles prestations sous conditions de ressources, de prestations intégrant un principe de proportionnalité pour les salariés (indemnités journalières et allocations de chômage) et à l'instauration d'un régime de retraite complémentaire obligatoire.

Financement

Les risques santé et famille, ainsi que l'assistance chômage, sont financés par l'impôt, à la différence des autres risques dont le financement repose sur les cotisations sociales (*National Insurance Contributions*).

1 La contraction du PIB a été de 0,3 % en 2008 et de 4,3 % en 2009. L'économie britannique a ainsi été plus touchée que le reste de l'Europe : la croissance de l'UE 15 s'est établie à +0,3 % en 2008 et à -4,5 % en 2009 tandis que la croissance française a été de +0,2 % et -2,9 % en 2008 et 2009.

2 Statistiques de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).

3 Ces projections sont issues de la base de données Eurostat. Les chiffres cités se réfèrent aux projections suivant le scénario principal.

G2.1 Indicateurs socio-économiques en France et au Royaume-Uni

	Royaume-Uni			France		
	2013	Évolution		2013	Évolution	
		Depuis 1991	Depuis 2000		Depuis 1991	Depuis 2000
PIB en prix courants (en milliards d'euros), évolution en volume* (a)	2 017	44,0%	23,5%	2 114	33,7%	15,9%
PIB par habitant (PPA en euros) (a)	28 900	64,2%	21,9%	28 400	64,2%	25,7%
Démographie						
Population (millions d'habitants au 1 ^{er} janvier)	63,9	11,5%	8,7%	65,6	12,5%	8,3%
Ratio de dépendance (population des 65 ans et plus par rapport à la population âgée de 15 à 64 ans)	26,4	+2,2 pts	+2,1 pts	27,5	+6,3 pts	+3,2 pts
Pourcentage des 19 ans et moins dans la population totale	23,7	-2,0 pts	-1,6 pt	24,6	-3,1 pts	-1,2 pt
Emploi/ chômage						
Taux d'emploi des 15-64 ans (%) (b)	70,5	n. d.	-1,2 pt	64,1	n. d.	+0,3 pt
Taux de chômage (en % population active) (b)	7,6	-1,0 pt	+2,8 pts	10,3	n. d.	+1,4 pt

	Royaume-Uni			France		
	2012	Évolution		2012	Évolution	
		Depuis 1991	Depuis 2000		Depuis 1991	Depuis 2000
Prestations sociales						
Prestations sociales (% du PIB)	28,4	+4,6 pts	+3,2 pts	32,1	+5,6 pts	+4,4 pts
Retraites						
Niveau de vie relatif des 65 ans et plus (par rapport aux moins de 65 ans, %) (2) (c)	87	n. d.	+13,0 pts	102	n. d.	+12,0 pts
Taux de remplacement agrégé (%) (c)	53	n. d.	+11,0 pts	64	n. d.	+7,0 pts
Santé						
Espérance de vie à la naissance (années) (d)	81,0	+4,8 ans	+3,0 ans	82,1	+4,6 ans	+2,9 ans
Espérance de vie à 65 ans (années) (d)	19,7	+3,5 ans	+2,1 ans	21,4	+2,9 ans	+2,0 ans
Pauvreté et dispersion des revenus						
Taux de pauvreté (% de la population) (e)	15,9	n. d.	-2,1 pts	13,7	n. d.	+0,7 pt
Seuil du taux de pauvreté en SPA pour une personne seule (e)	11 217	n. d.	6,1%	12 572	n. d.	50,7 %
Dispersion des revenus : ratio S80/S20 (e)	4,6	n. d.	-0,8 pt	4,5	n. d.	+0,6 pt
Pauvreté au travail (% de la population active) (c) (e)	8,2	n. d.	+0,1 pt	6,6	n. d.	+0,0 pt

N.d. : non disponible à la suite de l'absence de données pour cette année ou à de nombreuses ruptures de séries ;

(a) comparaison avec l'année 1995 au lieu de 1991 ;

(b) comparaison avec l'année 2005 au lieu de 2000 ;

(c) comparaison avec l'année 2004 au lieu de 2000 ;

(d) comparaison avec l'année 1993 au lieu de 1991 ;

(e) comparaison avec 2013 pour le Royaume-Uni au lieu de 2012 (EU SILC 2013) ;

(1) France métropolitaine ;

(2) revenus médians ;

(3) rapport des revenus de pensions des personnes âgés entre 65 et 74 ans et des revenus provenant du travail de personnes âgés entre 50 et 59 ans ;

* Aux prix de l'année précédente chaînés, base 2010.

Notes : les évolutions calculées à partir des données Eurostat peuvent être sujettes à des ruptures de séries signalées dans la base.

Les variables illustrant la pauvreté et la dispersion des revenus sont calculées à partir d'EU-SILC par Eurostat. La période de référence du revenu est l'année N-1 pour l'ensemble des pays sauf pour le Royaume-Uni qui utilise les revenus de l'année courante et l'Irlande qui prend les revenus sur les 12 derniers mois.

Sources : Eurostat février 2015 : démographie ; enquêtes Force de travail (LFS) ; Enquêtes sur le revenu et le niveau de vie des ménages (EU-SILC 2013) ; Panel communautaire des ménages.

Le système de protection sociale au Royaume-Uni est financé à hauteur de 53,2 % par les contributions publiques, de 40,1 % par les cotisations sociales et à hauteur de 6,7 % par d'autres recettes (*graphique G2.3*).

En dynamique, la part des contributions publiques dans les recettes a augmenté entre 1991 et 2012 (+8,6 points). Dans le même temps, la part des cotisations sociales a fortement diminué (-13,6 points), ce qui s'explique surtout par une forte baisse des cotisations sociales à la charge des personnes protégées (-13,4 points). La part des cotisations sociales à la charge des employeurs a diminué de 0,2 point (*graphique G2.3*).

Les cotisations sociales sont obligatoirement versées pour les salariés et les non-salariés âgés de 16 ans ou plus lorsque le salaire ou les revenus issus de l'activité professionnelle dépassent un certain seuil. Les employeurs et employés cotisent au travers d'une cotisation globale fonction du salaire hebdomadaire pour les risques maladie et maternité (uniquement pour les prestations en espèces), invalidité, vieillesse, survie et chômage. Il n'y a pas de contributions spécifiques à un risque.

Les cotisations salariales ne sont pas dues pour les salariés ayant atteint l'âge légal de la retraite. En revanche, les cotisations patronales sont versées pour les salariés à partir de 16 ans et sans limite supérieure d'âge. Enfin, les cotisations sont gérées par le HMRC (*Her Majesty's Revenue and Customs*). Cette institution est aussi chargée de l'évaluation et du paiement des crédits d'impôts aux ménages ayant des enfants à charge et aux travailleurs disposant d'un revenu faible⁴.

Pour les salariés relevant du régime de retraite complémentaire public, les cotisations sont versées sur la totalité du salaire hebdomadaire supérieur au seuil de cotisation égal à 153 livres sterling⁵. Le taux de cotisation salariale est de 12,0 % de la partie du revenu entre 153,01 livres sterling et 805 livres sterling par semaine (soit environ 200 euros et 1 085 euros⁶) et de 2 % au-delà de ce seuil (sans plafond).

Le taux de cotisation employeur est de 13,8 % sur les salaires hebdomadaires supérieurs à 153 livres sterling. Pour les salariés cotisant à un régime complémentaire de retraite privé, les seuils de revenus ainsi que les taux de cotisation salariale et patronale sont différents⁷.

Organisation

L'organisation administrative de la Sécurité sociale au Royaume-Uni repose sur un système général administré par l'État, et financé par des cotisations obligatoires complétées par des cotisations facultatives. Parallèlement, les services d'aide sociale sont gérés par les collectivités locales bien que les autorités locales du Service national de santé (NHS) disposent également de fonds pour cibler directement certaines populations fragiles.

Le ministère du Travail et des Pensions (*Department for Work and Pensions*) est responsable des pensions et des prestations sociales en espèces à l'exception des indemnités maladie et parentales gérées par le ministère de l'Économie, de l'Innovation et des Compétences (*Department for Business, Innovation and Skills*).

La délivrance des soins de santé est quant à elle de la responsabilité du NHS. Les prestations en espèces (pensions de retraite, pensions de veuvage, prestations invalidité, allocations de maternité et allocations chômage) sont versées par la caisse d'assurance nationale et sont financées par les travailleurs et les employeurs. Les prestations non contributives sont versées sous condition de ressources.

L'État finance les risques maladie, accident du travail, famille, assistance chômage ainsi que les indemnités maternité et les prestations en espèces de longue maladie. Par ailleurs, la pension de retraite non contributive et le minimum non contributif sont intégralement financés par l'État.

À la suite de la crise, le gouvernement a suivi une politique d'austérité budgétaire en introduisant des mesures de réduction des dépenses sociales. Le *Welfare Act* de 2012 a adopté une mesure de plafonnement des aides sociales (*Benefit Cap*) afin de réduire la part des dépenses sociales dans le budget et de favoriser le retour à l'emploi. Cette réforme a mis en place une prestation unique en fusionnant l'ensemble des prestations d'aide sociale pour les personnes en âge de travailler (*Universal Credit*).

4 Guide *Mutual Information System on Social Protection* (MISSOC).

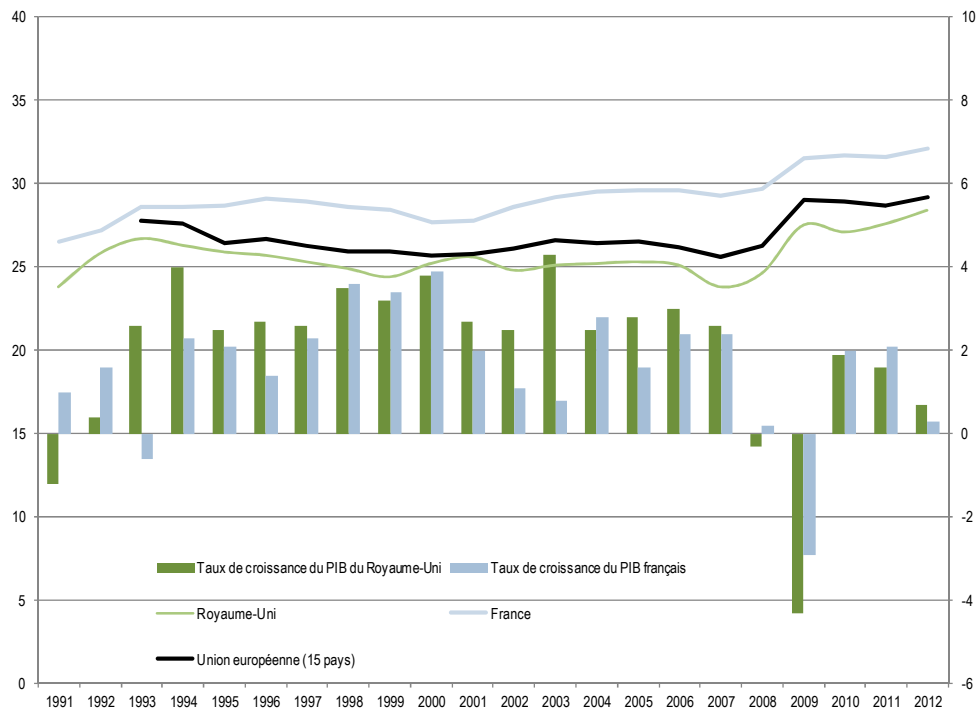
5 Pour l'année fiscale 2014-2015, guide du Centre de liaison européennes et internationales de Sécurité sociale (CLEISS).

6 1 livre sterling équivaut à environ 1,35 euros en mars 2015.

7 Guide CLEISS.

G2.2 Prestations de protection sociale et croissance du PIB

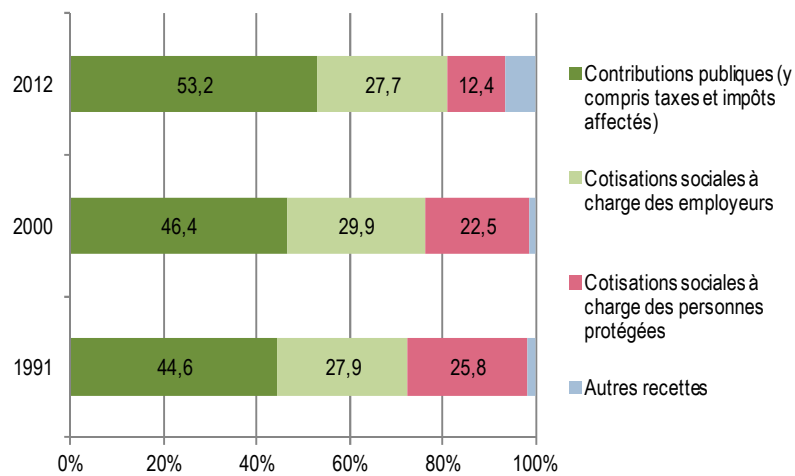
Prestations en % du PIB (échelle de gauche) ; taux de croissance du PIB en % (échelle de droite)



Lecture : le taux de croissance du PIB du Royaume-Uni en 2012 est de 0,7 %.
Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

G2.3 Évolution de la structure de financement de la protection sociale au Royaume-Uni

Montant en % du financement,



Lecture : en 2012, les contributions publiques contribuent à hauteur de 53,2 % des recettes de la protection sociale au Royaume-Uni.
Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

Lancé en octobre 2013 dans certaines localités, le Crédit universel doit réunir en une seule et unique prestation six prestations sociales versées sous condition de ressources : l'allocation chômage, l'allocation invalidité, le revenu minimum, l'allocation logement, le crédit d'impôt pour les personnes travaillant et le crédit d'impôt pour les familles avec enfant.

Cette prestation sera gérée par un seul ministère à des fins de simplification. Le montant de cette prestation sera fixe jusqu'à un certain niveau de revenu pour diminuer ensuite. Il dépendra de la situation financière des bénéficiaires, de leur situation sur le marché du travail et de leur structure familiale. Selon le calendrier initial, le dispositif devrait couvrir l'ensemble des bénéficiaires d'ici 2017. Néanmoins, la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire pourrait être retardée⁸.

Des réformes des différents risques ont été menées⁹

Le risque santé (maladie/invalidité/accidents du travail)

Les dépenses relatives à la **maladie et aux soins de santé** se sont accrues depuis 1991 (9,3 % du PIB en 2012 contre 6,0 % en 1991), plaçant le Royaume-Uni au-dessus de la moyenne européenne (8,4 % en moyenne au sein de l'UE 28 – *graphiques G2.4 et G2.5*). En 2012, les dépenses totales de santé y sont financées à hauteur de 84 % par l'administration publique, de 9 % par les versements nets des ménages et de 3 % par l'assurance privée¹⁰.

Le service public de la santé (*National Health Service*, NHS), financé par l'impôt, a pour objectif d'assurer des soins de santé gratuits et égaux à tous les résidents britanniques. Il existe une institution pour le service public de santé pour chacune des quatre nations du Royaume-Uni.

L'organisation et le financement du système de santé ont été réformés à de nombreuses reprises afin de limiter les coûts induits par l'effet conjugué du vieillissement de la population britannique et du développement de médicaments et traitements nouveaux.

En 1991, l'administration du service hospitalier a été décentralisée et les fournisseurs de services ont été mis en concurrence. Pour répondre à l'apparition de listes d'attente importantes à l'hôpital et de restrictions à l'accès à certains traitements, l'augmentation des budgets destinés à l'offre de soins (dans sa dimension qualité, régulation et également satisfaction des patients) est devenue un objectif politique prioritaire dès 1997. Différentes réformes ont ainsi été instaurées au cours des années 1990 en faveur du développement de l'offre de soins primaires tels que le médecin gestionnaire ou encore les groupes de soins primaires (*Primary Care Trusts*).

Les *Primary Care Trusts* sont des organismes responsables au niveau local du financement et de l'organisation des soins. Signée en 2004, la convention avec les médecins généralistes incite au regroupement entre praticiens et à la délégation des tâches. Elle conditionne en outre une part significative des rémunérations à l'atteinte d'objectifs par les praticiens. Les cabinets composés de plusieurs généralistes et les centres de santé regroupant plusieurs médecins généralistes, infirmiers et parfois d'autres personnels médicaux ou paramédicaux se sont ainsi fortement développés. La loi sur la santé et l'action sociale (*Health and Social Care Act*), entrée en vigueur au 1^{er} avril 2013, introduit une réforme profonde de l'organisation des soins primaires, avec notamment la suppression des *Primary Care Trusts* et leur remplacement par des *Clinical Commissioning Groups* (CCG), gérés au niveau local par des médecins généralistes, une infirmière et un spécialiste. Au niveau national, les CCG sont supervisés par le NHS qui s'assure de leur capacité à fournir les services mais aussi de leurs capacités financières.

Les *Primary Care Trusts* (PCT) étaient en charge de la plupart des services du NHS et contrôlaient 80 % de son budget. Les CCG ont repris de nombreuses fonctions des PCT ainsi que d'autres fonctions autrefois gérées par le département de la Santé. Les CCG travaillent en coopération avec les patients ainsi que les partenaires sociaux et de santé afin d'assurer des services de santé sur la localité.

Les CCG sont en charge de la plupart des services de santé tels que les soins hospitaliers prévus, les soins de réadaptation, les urgences, les services de santé communautaires, la santé mentale et les structures d'éducation pour handicapés. Les CCG sont toutefois tenus d'associer des fournisseurs de services qui répondent aux standards et aux coûts du NHS.

Les soins à l'hôpital et la consultation chez le médecin généraliste sont gratuits. Il existe néanmoins une participation pour les médicaments prescrits (sauf dans certains cas), ainsi que les soins dentaires ou ophtalmiques. Certains groupes, comme les enfants âgés de moins de 16 ans ou les ménages à faible revenu, bénéficient d'exonérations de frais lors d'examens ophtalmologiques ou de bons d'achat (*vouchers*) pour des lunettes. Par ailleurs, la couverture médicale privée complémentaire, à travers les assurances privées, permet l'accès à des traitements de pointe sans liste d'attente.

L'inscription auprès d'un médecin généraliste (*General practitioner*, GP), dont le choix est restreint selon des critères géographiques (*zoning*), conditionne l'accès à une consultation médicale gratuite. Néanmoins, le patient non inscrit auprès d'un GP peut être soigné moyennant le paiement d'honoraires.

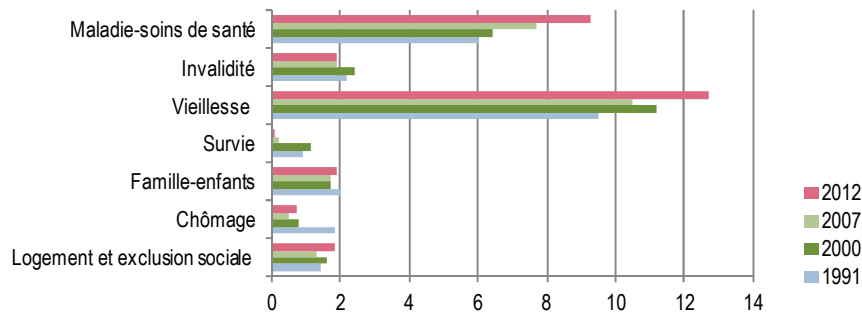
8 Nous nous référons dans cette fiche aux notes DAEI du conseiller des Affaires Sociales au Royaume-Uni pour les années 2013 et 2014, qui sont à usage interne.

9 Nous nous référons pour la description des différentes prestations aux guides *Mutual Information System on Social Protection (MISSOC)* et Centre de liaison européenne et internationale de Sécurité sociale (CLEISS).

10 OCDE-OMS-Eurostat, System of Health Accounts.

G2.4 Évolution des dépenses par risque au Royaume-Uni

En % du PIB

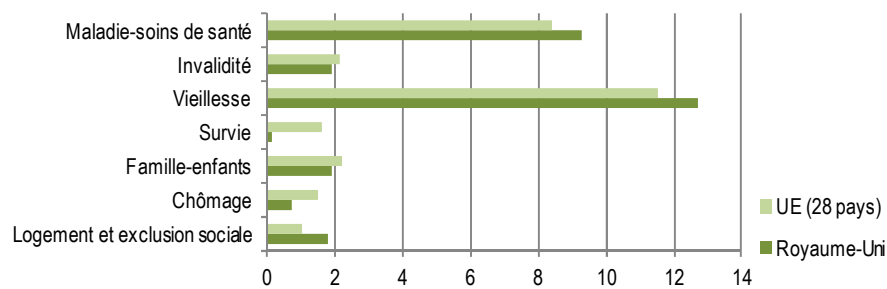


Lecture : au Royaume-Uni, les dépenses pour le risque invalidité représentent 1,9 % du PIB en 2012.

Sources : Eurostat-SESPPROS, février 2015.

G2.5 Structure des dépenses au Royaume-Uni en 2012 comparée à celle de l'Union européenne

En % du PIB

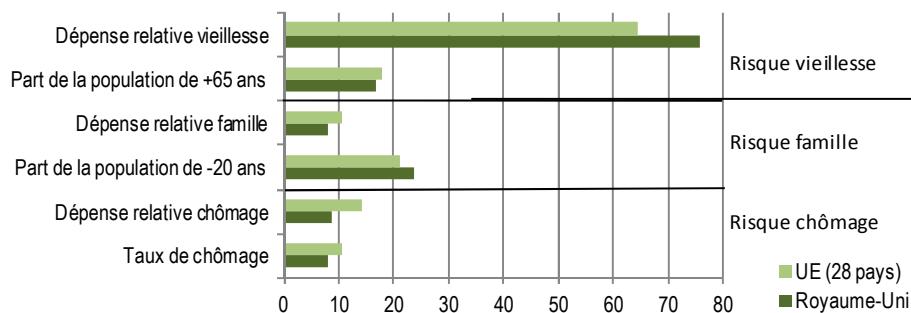


Lecture : en 2012, les dépenses relatives au risque survie s'élevaient à 0,1% du PIB au Royaume-Uni et à 1,6 % du PIB en moyenne pour l'Union européenne (UE 28).

Sources : Eurostat-SESPPROS, février 2015.

G2.6 Contributions à la dépense des structures démographiques et du taux de chômage en 2012

En %



Note : afin d'isoler l'effet de composition qui affecte les comparaisons des dépenses exprimées en pourcentage du PIB, on rapporte le ratio « dépenses vieillesse sur PIB » à la part des personnes de 65 ans et plus dans la population totale. On obtient ainsi le montant consacré par personne de plus de 65 ans en part du PIB par habitant : en 2012, au Royaume-Uni, les dépenses vieillesse par personne âgée de 65 ans ou plus représentent 76 % du PIB par habitant, soit plus de 10 points de plus que la moyenne européenne (UE 28). De même, pour le risque famille, on rapporte la dépense du risque famille exprimée en pourcentage du PIB à la part d'enfants de moins de 20 ans dans la population totale. Le montant des dépenses familiales allouées par enfant de moins de 20 ans représente ainsi 8 % du PIB par habitant.

Lecture : en 2012, les taux de chômage au Royaume-Uni et au sein de l'UE 28 sont respectivement de 7,9 % et 10,5 % de la population active. L'effort social consacré aux chômeurs, mesuré par le ratio des dépenses de chômage exprimées en % du PIB sur la part des chômeurs dans la population, s'établit à 8,9 % du PIB par habitant au Royaume-Uni et à 14,3 % pour la moyenne de l'UE 28.

Sources : Eurostat-SESPPROS, février 2015.

Par ailleurs, l'Organisation de soins primaires (*Primary Care Organisation*) peut inscrire un patient qui n'a pas trouvé de médecin sur la liste d'un cabinet médical. Hors cas d'urgence, les patients sont adressés à l'hôpital ou à un spécialiste sur recommandation du GP.

La réflexion sur l'organisation locale en matière de santé se poursuit avec notamment la publication en octobre 2014 du *NHS Five Year Forward Review* pour l'Angleterre qui étudie de nouveaux modèles de gestion locale.

L'une des solutions proposées est de combiner services hospitaliers et médecine générale au sein d'un même établissement. Un autre modèle envisagé est de créer des centres de soins accueillant plusieurs spécialités (infirmières, médecins généralistes, spécialistes hospitaliers) et pouvant assurer des soins de santé mentale. Le rapport souligne l'enjeu de viabilité budgétaire du NHS anglais dont le déficit atteindrait 30 millions de livres en 2021.

Les indemnités légales de maladie (*Statutory Sick Pay*) sont versées si le salarié est absent pendant au moins quatre jours consécutifs et si sa rémunération est supérieure ou égale à un certain seuil (*Lower Earnings Limit* [LEL]¹¹). L'employeur verse les indemnités journalières pendant une période maximum de 28 semaines, dont le montant forfaitaire hebdomadaire est de 87,55 livres sterling¹². Les travailleurs qui sont encore malades à l'issue de cette durée maximum reçoivent l'allocation de travail et de soutien (*Employment and Support Allowance* [ESA]). Elle est aussi attribuée aux chômeurs et aux personnes dans l'incapacité de travailler pour des raisons de santé. Cette allocation est versée après examen médical si les demandeurs remplissent les conditions de cotisation ou les conditions de revenus et de ressources. Les indemnités journalières ainsi que l'allocation de travail et de soutien versée sous conditions de cotisations sont soumises à l'impôt.

Les prestations invalidité représentent 1,9 % du PIB du Royaume-Uni. Elles se situent au niveau de la moyenne européenne (2,1 % pour l'UE 28) et ont légèrement diminué depuis 1991 (2,2 % du PIB). Depuis le 27 octobre 2008, l'ESA a remplacé les prestations invalidité (*Incapacity Benefit*). Ainsi, depuis cette date toute personne dont le handicap est reconnu perçoit l'ESA. Cette allocation est versée après une évaluation déterminant la capacité à travailler (*Work Capability Assessment*). Cette évaluation décide aussi du placement dans un groupe d'activité favorisant le retour à l'emploi ou dans un groupe de soutien qui n'est pas soumis à cette obligation de formation. Le montant de l'allocation varie selon l'âge et le degré d'incapacité de la personne, mais aussi selon la composante familiale. Le montant maximum hebdomadaire de l'ESA s'élève à 101,15 livres sterling si le bénéficiaire fait partie du

groupe d'activité ou à 108,15 livres sterling si ce dernier est placé dans le groupe de soutien.

Les risques vieillesse, survie et dépendance

Entre 1991 et 2012, les dépenses du **risque vieillesse** se sont accrues de 9,5 % du PIB à 12,7 % et se situent désormais au-dessus de la moyenne de l'UE 28 (11,5 % du PIB – *graphiques G2.4 et G2.5*).

En moyenne, la population britannique est un peu plus jeune que celle de l'Union européenne, avec une part de la population âgée de 65 ans et plus représentant, en 2012, 16,8 % de la population totale contre 17,9 % dans l'UE 28. Toujours en comparaison européenne, l'effort social pour ces dépenses apparaît relativement élevé¹³ avec un ratio s'élevant en 2012 à 75,7 % (contre 64,4 % pour la moyenne de l'UE 28 – *graphique G2.6*).

Toutefois, en termes de niveau de vie des retraités, le taux de remplacement agrégé s'élève en 2012 à 53 % au Royaume-Uni, soit 2 points de moins que la moyenne européenne (55 % pour l'UE 27), et plus de 10 points de moins que le niveau français. Le niveau de vie médian des personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à celui des personnes âgées de moins de 65 ans, historiquement faible, progresse ces dernières années – ce dernier est passé de 74 % en 2004 à 87 % en 2012 (contre 93 % pour l'UE 28 et 102 % en France).

Le taux d'emploi des 55-64 ans progresse également, il est passé de 50,7 % en 2000 à 59,8 % en 2013 et il reste nettement plus élevé que la moyenne de l'UE 28 en 2013 (50,2 %).

Au Royaume-Uni, la pension de retraite des salariés comprend deux piliers obligatoires et un pilier facultatif.

Le premier pilier correspond à la pension de retraite publique de base (*Basic State Pension* [BSP]) qui est proportionnelle à la durée de cotisation. La BSP s'élève à 113,10 livres sterling par semaine (soit environ 140 euros par semaine au maximum pour l'année fiscale 2014-2015). Elle peut être complétée par des prestations supplémentaires telles que *la Pension Credit*, versée sous condition de ressources, ou *l'Over 80 pension* pour les personnes âgées de plus de 80 ans¹⁴.

Les récentes réformes des retraites ont eu pour objectif de relever *l'âge légal de départ à la retraite*, à partir duquel ce premier pilier est versé, mais aussi de réduire l'écart des conditions de départ entre hommes et femmes.

Ainsi, depuis le 6 avril 2010, l'âge légal de départ à la retraite des femmes rattrape progressivement celui des hommes, passant de 60 ans en 2010 à 65 ans en 2018. L'âge légal de départ sera ensuite relevé pour tous à 67 ans en 2028.

11 111 livres sterling par semaine pour l'année fiscale 2014-2015, guide CLEISS.

12 Guide CLEISS.

13 Ratio de dépenses de retraite par personne âgée de plus de 65 ans ramené au PIB par habitant.

14 Satisfaisant des conditions de résidence et percevant une pension de base inférieure à un seuil fixé.

Par ailleurs, 30 années de cotisations sont désormais nécessaires à l'obtention d'une pension à taux plein pour les hommes comme pour les femmes. La validation d'une année est conditionnée par la perception d'un salaire supérieur au salaire annuel minimum (*Lower Earning Limit*) égal à 5 772 livres sterling pour l'année fiscale 2014-2015.

Il n'existe pas de *dispositif de préretraite* au Royaume-Uni. Les personnes ne justifiant pas de 30 années de cotisations voient leur pension diminuée d'une retenue croissante avec la durée manquante par rapport à la durée légale (décote). Les personnes souhaitant partir après l'âge légal de départ perçoivent une pension majorée selon un système de surcote.

Toujours dans le premier pilier, le *crédit d'impôt pour pensionnés* (*Pension Credit*), instauré en octobre 2003, a remplacé le revenu minimum pour les retraités (*Minimum Income Guarantee*). Ce crédit d'impôt comporte deux volets. D'une part une garantie financière (*Guarantee Credit*) complète les revenus des plus de 60 ans afin de leur assurer un revenu minimum¹⁵ (avec une majoration pour les personnes handicapées et les aidants informels). D'autre part, un crédit d'épargne (*Savings Credit*) incite les salariés à bas revenus à se constituer une retraite individuelle.

Le deuxième pilier du système de retraite verse une pension complémentaire, proportionnelle aux revenus et obligatoire depuis 1978. Depuis 2002, la *State Second Pension* (S2P) a remplacé la pension additionnelle déterminée en fonction des cotisations versées par les salariés (*State Earnings-Related Pension* [SERPS]). Le montant de la S2P est calculé en fonction des revenus de calcul des cotisations et des cotisations créditées. Les assurés peuvent choisir entre le système public (*State Second Pension*, S2P) ou souscrire à un plan d'entreprise ou à un plan individuel (*contracting out*). Depuis avril 2012, cette possibilité a été restreinte dans la mesure où les régimes externes à cotisations définies ont été abolis. Cependant, il est toujours possible de souscrire au plan de retraite complémentaire proposé par l'employeur. Une nouvelle loi, ayant pris effet en 2012, a mis en place l'inscription automatique à un régime de retraite d'entreprise pour les employés âgés de plus de 22 ans, travaillant au Royaume-Uni et ayant un salaire annuel supérieur à 10 000 livres sterling. Entre 2012 et 2013, le nombre de salariés éligibles inscrits à un régime de retraite d'entreprise a augmenté de 0,9 million¹⁶.

À partir d'avril 2016, dans un souci de simplification, un nouveau dispositif, le *Single-Tier*, remplacera les deux premiers piliers (*Pensions Act 2014*). Il s'agira d'une pension forfaitaire d'environ 148 livres sterling par semaine à taux plein pour 35 années d'assurance. Cinq années d'assurance supplémentaires seront donc nécessaires pour obtenir le taux plein¹⁷.

Enfin, le troisième pilier est composé de fonds de pension privés. Il s'agit des plans *stakeholders* et des fonds individuels (*personal accounts*). Le gouvernement a annoncé une réforme majeure qui faciliterait les sorties de capital des plans d'épargne retraite à partir d'avril 2015. Cette réforme assouplirait les conditions de retrait, tout en augmentant leur plafond (10 000 livres sterling par plan au lieu de 2 000 livres sterling) et en réduisant la taxation.

Différents mécanismes permettent en outre de prendre en charge les périodes non contributives. Les périodes de chômage indemnisé sont comptabilisées pour la pension de base. Avant avril 2010, les années consacrées à élever des enfants ou à soigner une personne malade ou handicapée (*Home Responsibilities Protection* [HRP]) sont déduites du nombre d'années requises pour une pension à taux plein, sous la condition de vingt années minimum de cotisations effectives pour bénéficier de la pension de base. Depuis avril 2010, un système de crédits hebdomadaires a été mis en place pour les parents et aidants.

Les dépenses relatives au **risque survie** représentent 0,1 % du PIB en 2012 et se situent bien en deçà de la moyenne européenne (1,6 % en 2012 pour l'UE 28 – *graphique G2.5*). La part des dépenses dans le PIB consacrées à ce risque est en recul depuis 2000 (1,1 % du PIB – *graphique G2.4*).

Toutefois, un *capital décès* d'un montant forfaitaire (*Bereavement Payment*) est versé si le conjoint survivant n'a pas atteint l'âge légal de la retraite. Si le conjoint survivant a plus de 45 ans sans avoir atteint l'âge de la retraite et qu'il n'a pas d'enfants à charge, il peut bénéficier d'une allocation décès (*Bereavement Allowance*). Ces prestations sont versées seulement si le défunt a cotisé pendant une certaine période. Par ailleurs, une *allocation forfaitaire* est perçue par les parents veufs (*Widowed Parent's Allowance*) et les conjoints survivants, y compris les partenaires unis civilement.

La prise en charge de la **dépendance** est confiée aux services sociaux des collectivités locales (*Local Councils*) qui appliquent les directives nationales et organisent l'offre de soins (*adult care*). Les critères d'éligibilité retenus (principalement les ressources) par les collectivités locales pour déterminer le niveau d'aide varient sensiblement et les soins peuvent être soit directement fournis par les collectivités, soit par des prestataires, principalement privés. Un rapport du *National Audit Office*, publié en mars 2014, a mis en garde contre l'impact négatif d'une diminution des dépenses des collectivités locales pour la prise en charge de la dépendance.

15 Ce revenu minimum s'élève ainsi à 148,35 livres sterling pour une personne célibataire ou à 226,50 livres sterling pour un couple.

16 Department for Work and Pension, 2014, *Official Statistics on Workplace Pension Participation and Saving Trends of Eligible Employees*, octobre.

17 Seeleib-Kaiser M., 2013, *Pensions, Health and Long-Term Care – United Kingdom*, ASISP, November.

Ces dépenses ont diminué en termes réels de 8 % entre 2010/2011 et 2012/2013, notamment à la suite d'une baisse de la rémunération des prestataires du médico-social, mettant ainsi en cause leur viabilité financière¹⁸.

Entre 2015 et 2019, une réforme progressive de la prise en charge du risque dépendance devrait être mise en œuvre au Royaume-Uni. Cette réforme s'appuie sur le rapport Dilnot, rédigé en 2011, qui repose sur trois propositions : des critères d'éligibilité fixés au niveau national, un plafonnement des dépenses à charge des bénéficiaires et un relèvement du seuil de l'aide publique. À la suite de ce rapport, la réforme prévoit, à partir de 2015, l'élaboration au niveau national d'un seuil minimal d'éligibilité applicable à toutes les collectivités. Celles-ci, si elles le souhaitent, peuvent assurer une couverture plus large. À partir de 2017, il est également prévu un relèvement significatif du plafond de la valeur du patrimoine à partir duquel les personnes dépendantes participent financièrement aux coûts des soins (de 23 250 livres sterling à 123 000 livres sterling). À partir de 2019, un plafond de prise en charge sera mis en place : il s'élèvera à 75 000 livres sterling sur la durée de vie et ce à partir du moment où les personnes sont considérées comme dépendantes.

En outre, un dispositif de paiement universel différé devrait être instauré afin d'éviter que les personnes âgées ne soient contraintes de vendre leur maison pour financer leur hébergement en maison de retraite, la somme étant ensuite recouvrée lors de la vente de la maison ou lors de la succession.

Il existe trois allocations pour les personnes ayant durablement besoin de soins : l'allocation de subsistance pour handicapés, une allocation d'assistance externe et une allocation pour garde.

Le risque famille-enfants

Les prestations relatives à la **politique familiale** représentent 1,9 % du PIB en 2012 contre 2,0 % en 1991 (*graphique G2.4*). La part de ces dépenses est désormais inférieure à celle constatée en moyenne dans l'UE 28 (2,2 % du PIB – *graphique G2.5*).

Par rapport à l'UE 28, l'effort social consacré à la politique familiale¹⁹ est relativement faible au Royaume-Uni (8,0 % contre 10,4 % dans l'UE 28) alors que la part de la population de 0 à 19 ans en 2012 y est supérieure à la moyenne européenne (23,8 % contre 21,1 % pour l'UE 28 – *graphique G2.6*).

Prestations familiales

Tous les parents d'enfants de moins de 16 ans (ou de

20 ans dans certaines situations) bénéficient d'*allocations familiales (Child Benefit)*, dont le montant est majoré pour le premier enfant. La réforme du *Child Benefit* remet en cause leur universalité. Depuis 2013, les allocations sont réduites pour les personnes dont les revenus ou ceux de leur conjoint se situent entre 50 000 livres sterling et 60 000 livres sterling (soit une fourchette d'environ 67 500 à 81 000 euros). Les allocations sont supprimées pour un revenu allant au-delà de 60 000 livres sterling²⁰.

Par ailleurs, il existe un *crédit d'impôt pour enfant (Child Tax Credit)*, qui est majoré en cas de handicap de l'enfant. À la suite de la crise, les conditions d'éligibilité et de ressources sont devenues plus contraignantes.

Maternité-naissance

La salariée enceinte a droit à un *congé maternité* de 52 semaines. Les indemnités de maternité (*Statutory Maternity Pay*) sont versées sur une période maximum de 39 semaines. Les six premières semaines sont rémunérées à hauteur de 90 % du salaire moyen hebdomadaire brut tandis que les 33 semaines restantes seront plafonnées à hauteur de 90 % du taux standard²¹.

Les salariées ne remplissant pas les conditions d'obtention du *Statutory Maternity Pay* peuvent demander l'*allocation de maternité (Maternity Allowance)*. Elle est versée pendant un maximum de 39 semaines et est rémunérée à 90 % du taux standard²².

À partir d'avril 2015, un *congé parental* partagé sera disponible pour les deux parents. Si la mère prend un congé sur les deux semaines suivant la naissance, le congé pourra ensuite être partagé par les deux parents.

L'*allocation de naissance (Sure Start Maternity Grant)* est un montant forfaitaire versé sous condition de ressources en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant. Cette allocation est attribuée depuis 2011 au premier enfant uniquement, sauf en cas de naissance multiple.

Aides à la garde d'enfant

Les personnes travaillant plus de 16 heures par semaine et éligibles au crédit d'impôt à l'emploi (*Working Tax Credit*) bénéficient d'une aide pour la garde d'enfant, dont le montant a été réduit et plafonné à 122,5 livres sterling par semaine pour un enfant et 210 livres sterling pour deux enfants ou plus. Le gouvernement prévoit de mettre en œuvre une aide financière supplémentaire pour la garde d'enfants de moins de 12 ans à l'automne 2015. Elle prendrait la forme de déductions fiscales et couvrirait une plus grande partie des travailleurs (travailleurs indépendants, salariés à temps partiel, etc.).

18 National Audit Office, 2014, *Adult Social Care in England: Overview*, mars.

19 L'effort social est mesuré par le ratio des dépenses relatives à la politique familiale par enfant de 0 à 20 ans rapporté au PIB par habitant.

20 Plus exactement, les bénéficiaires, dont les revenus ou ceux du conjoint se situent entre 50 000 livres sterling et 60 000 livres sterling, doivent payer une taxe, la *High Income Child Benefit Charge*, égale à 1 % du montant des allocations par tranche de 100 livres sterling. Au-delà de 60 000 livres sterling, la taxe est égale au montant des allocations.

21 Ce taux standard est égal à environ 138 livres sterling en 2014.

22 Guide CLEISS.

Enfin, les entreprises sont incitées à soutenir les dispositifs de garde d'enfants en faveur de leur salarié, au travers d'exonérations fiscales plafonnées sur les coupons de paiement pour la garde d'enfants (*childcare vouchers*) ou encore lors de contractualisations directes des employeurs avec un prestataire de garde d'enfants (*directly contracted childcare*). Les exonérations ne sont toutefois pas plafonnées pour les crèches d'entreprises²³.

Le risque chômage

Les prestations chômage sont passées de 1,8 % du PIB britannique en 1991 à 0,7 % du PIB en 2012, ce qui place le pays en dessous de la moyenne de l'UE 28 (1,5 % en 2012 – graphiques G2.4 et G2.5).

La population britannique est relativement moins confrontée au chômage que celle de l'Union européenne avec un taux de chômage de 7,9 %, contre 10,5 % au sein de l'UE 28 en 2012. L'effort social consacré aux chômeurs, mesuré par le ratio des dépenses de chômage par chômeur ramené au PIB par habitant, est très faible en comparaison européenne et s'établit à 8,9 % contre 14,3 % pour la moyenne de l'UE 28, toujours pour l'année 2012 (graphique G2.6).

Le système d'indemnisation du chômage au Royaume-Uni prévoit une affiliation obligatoire des salariés et sa gestion obéit à une logique tripartite réunissant État, partenaires sociaux et patronat. L'assurance chômage britannique est intégrée à la Sécurité sociale.

Elle concerne tous les salariés à l'exception des femmes mariées ayant choisi, avant avril 1977, de ne pas être assurées et des personnes ayant atteint l'âge légal de la retraite.

Les *job centers* sont les services britanniques de l'emploi et sont organisés selon une logique de guichet unique proposant à la fois aide sociale et aide à la recherche d'emploi. Toutefois, certaines activités d'aide à la recherche d'emploi ont été progressivement déléguées au secteur privé au cours des dernières années.

Le système d'indemnisation du chômage a été remanié en 1996. Une allocation unique comprenant deux volets a remplacé à cette date les deux prestations existantes, l'*Unemployment Benefit* et l'*Income Support for Unemployed People*, dans un souci de plus grande cohérence des critères et des montants. Les conditions d'indemnisation ont par ailleurs été durcies.

Le premier volet est l'allocation contributive de demandeur d'emploi (*Contribution-based Jobseekers' Allowance*). Elle est forfaitaire, calculée en fonction de l'âge du demandeur d'emploi et de sa situation familiale, et versée pour une durée de six mois maximum. Elle est versée aux chômeurs et aux travailleurs salariés qui exercent moins de 16 heures par semaine et qui sont à la recherche active d'un emploi.

Ceux-ci doivent avoir contribué à hauteur d'un certain montant de cotisations. Pour l'année fiscale 2014-2015, une personne célibataire de moins de 25 ans perçoit 57,35 livres sterling par semaine, alors qu'un parent isolé âgé de plus de 18 ans perçoit 72,40 livres sterling.

Le deuxième volet de l'indemnisation est l'allocation de recherche d'emploi basée sur les ressources (*Income-based Jobseekers' Allowance*). Elle est versée sous condition de ressources aux chômeurs qui ne satisfont pas les critères d'obtention de l'allocation contributive. Le versement de cette allocation financée par l'impôt est conditionné au niveau du patrimoine. De plus, les prestations ne sont perçues que si le partenaire au sein du ménage travaille moins de 24 heures par semaine.

Un programme d'aide au retour à l'emploi pour les chômeurs de longue durée (au-delà de deux ans sans emploi) a été mis en place en 2014. Les chômeurs de longue durée sont astreints à un certain nombre de démarches ou travaux (se rendre quotidiennement à l'agence publique de l'emploi, effectuer des travaux d'intérêt général) afin de pouvoir percevoir leurs indemnités.

Le risque logement

La part des prestations logement a augmenté depuis 1991 (1,2 % du PIB) pour atteindre 1,6 % du PIB en 2012, ce qui représente près du triple de la moyenne de l'UE 28 (0,6 % du PIB en 2012 – graphiques G1.4 et G1.5).

Depuis 1980, les locataires de logements sociaux peuvent acquérir leur logement à des tarifs préférentiels (*Right to buy*), ce qui a renforcé la prédominance du modèle de propriété occupante. Le logement social est attribué en fonction des besoins et cible certains groupes tels que les sans-abri ou les personnes vivant dans des conditions insalubres. Le logement social est administré par des organisations non commerciales : les autorités locales ou des associations (*Housing associations*). Ces dernières sont des organisations indépendantes à but non lucratif. Des sociétés commerciales peuvent aussi détenir et gérer des logements mais elles restent minoritaires en Angleterre. Les logements sociaux sont distribués en fonction du système d'allocation de chaque autorité locale. Celle-ci peut décider de l'éligibilité à la liste d'attente (*Localism Act 2011*). Le gouvernement reste responsable de la supervision du secteur et régule les fournisseurs enregistrés.

Les aides au logement (*Housing Benefit et Local housing Allowance*) sont versées sous condition de ressources par les autorités. Les bénéficiaires doivent de plus justifier d'une épargne inférieure à 16 000 livres sterling, critère qui ne s'applique pas aux retraités recevant le crédit d'impôt pour pensionnés.

23 Depuis septembre 2010, dans le cadre du *Child Poverty Act* et de la *Child Poverty Strategy*, a été instauré un droit pour tous les enfants de trois et quatre ans à 15 heures par semaine d'éducation gratuite. Ce droit a été étendu aux enfants de deux ans les plus désavantagés depuis septembre 2014.

L'allocation logement, *Housing Benefit*, est calculée en fonction du revenu, de l'épargne, de la structure du foyer et elle est majorée si le ménage compte un handicapé ou un aidant. Elle est versée aux personnes louant un logement auprès des associations logement ou des autorités locales. La seconde prestation logement, *Local Housing Allowance*, est versée aux personnes louant un logement auprès d'un propriétaire privé. Elle est déterminée en fonction du revenu, de l'épargne et du nombre d'adultes non dépendants vivant dans le foyer. Elle est plafonnée et dépend de la localisation géographique et du nombre de pièces jugé nécessaire par le conseil.

Depuis la réforme de 2013, le montant des prestations est minoré pour les locataires de logements dont certaines pièces demeurent vides (*Bedroom Tax*). Les prestations logement peuvent être réduites si l'ensemble des aides sociales²⁴ perçues par le ménage dépassent un plafond fixé.

Le risque pauvreté-exclusion sociale

Entre 1991 et 2012, la part dans le PIB des prestations contre la **pauvreté et l'exclusion sociale** est demeurée stable (0,2 % du PIB), à un niveau inférieur à la moyenne de l'UE 28 (0,4 % du PIB *graphiques G2.4 et G2.5*).

Le taux de pauvreté et d'exclusion²⁵ a progressivement diminué entre 2005 et 2012, passant de 24,8 % à 24,1 % de la population. Il s'élève à 24,8 % en 2013²⁶.

Le taux de pauvreté monétaire est inférieur à la moyenne européenne mais son seuil a très peu augmenté (*cf. § « une économie malmenée par la crise »*). La perception de *prestations d'assistance* présuppose l'épuisement des droits aux prestations de nature assurancielles, l'objectif étant de subvenir aux besoins minimaux.

Ces prestations d'assistance regroupent les allocations individuelles (*Personal Allowances*) et les suppléments pour familles (*Premiums*) auxquels s'ajoutent certaines dépenses de logement, à l'exception du loyer. Une allocation résidentielle est également accordée à certaines personnes vivant en établissement de soins. Les revenus et les ressources du ménage sont pris en compte pour évaluer les besoins.

Le crédit de pension, l'assistance chômage liée aux revenus (*Income-based Jobseekers' Allowance*), l'allocation de travail et de soutien (*Employment and Support Allowance [ESA]*) présentés dans cette fiche sont des prestations du dispositif de lutte contre l'exclusion. *L'aide au revenu (Income Support)*, versée sous conditions de ressources, est destinée aux personnes âgées d'au moins 16 ans et n'ayant pas l'âge qualifiant pour l'obtention du crédit de pension.

D'autres prestations complètent le dispositif, telles que les aides versées (sous forme de crédit d'impôt) par les autorités locales (*Council Tax Benefit*).

La loi sur la réforme de l'aide sociale (*Welfare Reform Act*), adoptée en mars 2012 et devant être mise en œuvre entre 2013 et 2017, a pour objectif de simplifier le système de prestations existant, de renforcer l'incitation à la reprise d'emploi, de réduire la pauvreté au travail et de prévenir la fraude. Depuis octobre 2013, l'allocation unique (*Universal Credit*) remplace six prestations sous conditions de ressources. Progressivement mise en œuvre depuis le printemps 2013 dans certaines zones du Nord-Ouest de l'Angleterre, la réforme a été étendue à l'ensemble du territoire britannique en octobre 2013. Enfin, le montant maximal des allocations perçues a été plafonné et l'accès à l'allocation pour handicapés durci.

24 Certaines aides sociales telles que les indemnités maladie ou la gratuité de la cantine scolaire sont exemptes de ce plafonnement.

25 Les personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale sont celles qui sont touchées par au moins une des trois formes de pauvreté évaluées par Eurostat : la pauvreté monétaire, la privation matérielle ou l'appartenance à un ménage à faible intensité de travail.

26 Eurostat signale une rupture de série pour cet indicateur entre 2012 et 2013.

Les dépenses de prestations sociales, qui représentaient 36,8 % du PIB en 1993 après une période de forte récession au début des années 1990, ont fortement diminué pour atteindre 29,9 % du PIB en 2012. La Suède reste néanmoins au-dessus de la moyenne européenne (29,2 % du PIB pour l'UE 15) mais en dessous du niveau français (32,1 % du PIB en 2012), et ce depuis 2007 (graphique G3.2).

Un contexte économique favorable en dépit de la crise de 2008, avec une démographie très positive

Cette baisse de la part des dépenses de protection sociale dans le PIB s'est faite dans un contexte économique favorable. La croissance de l'économie suédoise a été soutenue en moyenne annuelle sur la dernière décennie (2,1 % en volume contre 1,2 % en moyenne pour l'UE 15 entre 2000 et 2013).

Pourtant, comme dans la plupart des autres pays de l'UE, le PIB s'est fortement contracté en 2009 en Suède avec pour conséquence une hausse de la part des prestations de protection sociale dans la richesse nationale (31,4 % du PIB en 2009 contre 28,9 % du PIB en 2008) (graphique G3.2).

En 2010 et 2011, la reprise a été plus forte en Suède qu'au sein de l'Union européenne (6,0 % contre 2,1 % pour l'UE 15 et 28). Le taux de croissance de l'économie suédoise s'est ensuite contracté de 0,3 % en 2012 pour se rétablir à 1,3 % en 2013. Il demeure ainsi bien supérieur à celui observé en France et en moyenne dans l'Union européenne.

Ce dynamisme relatif de l'économie suédoise va de pair avec un taux d'emploi élevé des 15-64 ans : avec 74,4 % en 2013, il est de plus de 10 points supérieur au taux moyen européen et au taux français (64,1 % – tableau G3.1). Le taux de chômage, quoique nettement plus élevé qu'il y a une vingtaine d'années (8,0 % en 2013 contre 3,1 % en 1991), reste néanmoins inférieur de plus de 2 points au niveau français et à la moyenne européenne.

Cette situation favorable doit toutefois être nuancée. On observe en effet au cours de la dernière décennie une hausse relativement rapide du taux de pauvreté monétaire. Ce dernier est passé de 9 % de la population en 2000 à 14,8 % en 2012, tout en restant en deçà de la moyenne européenne (16,6 % en 2012 dans l'UE 28).

Un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)¹ souligne la montée des inégalités de revenu en Suède entre 1980 et 2008. Le coefficient de Gini² est en effet passé de 0,198 en 1983 à 0,273 en 2011.

Autre point de fragilité, les inégalités régionales sont notables avec un coefficient de dispersion du PIB régional³ égal à 16,7 % du PIB par habitant en 2011. Ce coefficient de dispersion est néanmoins inférieur à celui de la France et de l'Italie (24,3 % et 23,3 %) Ainsi, le PIB par habitant est nettement plus élevé dans la région de Stockholm avec 56 200 euros par habitant en 2011 que dans la région du *Sydsverige* ou du *Norra Mellansverige* (moins de 35 000 euros par habitant). Le taux de pauvreté monétaire de ces régions est de même nettement plus élevé que dans la région de Stockholm⁴.

En revanche, contrairement à la plupart des pays européens, la Suède bénéficie d'une démographie dynamique qui se traduit par une évolution moins dégradée du ratio de dépendance démographique. S'élevant à 29,9 % en 2013 (contre 27,5 % pour la France et l'UE 28), ce ratio devrait atteindre, selon les projections d'Eurostat⁵, 41,4 % en 2060, soit 9 points de moins qu'au sein de l'UE 28 (50,2 %).

En 2013, les 0-19 ans représentent en Suède 22,8 % de la population. Bien qu'en baisse depuis 1991, cette part est supérieure au niveau observé dans l'UE 28 (21,0 % en 2013). Si la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans a légèrement augmenté, passant de 17,8 % en 1991 à 19,1 % en 2013, la part des 20 à 65 ans reste stable.

Un système de protection sociale historiquement fondé sur le principe d'égalité

La Suède se caractérise par un profond attachement au principe d'égalité, avec un niveau élevé et uniforme de protection sociale mais aussi l'acceptation sociale d'un niveau élevé de prélèvements publics. Financé par les cotisations sociales des employeurs, des travailleurs non-salariés, des employés et dans une large mesure par l'impôt, le système suédois de protection sociale couvre tous les risques sous conditions de résidence ou d'activité professionnelle.

Le salarié ne verse qu'une cotisation au titre de l'assurance vieillesse (*allmän pensionsavgift*) au taux de 7 % du revenu brut annuel.

1 OCDE, 2011, « An Overview of Growing Income Inequalities in OECD Countries: Main Findings », *Divided We Stand*.

2 Le coefficient de Gini est une mesure d'inégalité de la distribution du revenu. Il varie de 0 à 1. Un coefficient égal à 0 correspond à une égalité parfaite des revenus, chaque personne recevant la même part des revenus. Un coefficient égal à 1 signifie une situation d'inégalité extrême dans laquelle la fraction de la population la plus riche perçoit l'ensemble des revenus. Le coefficient de Gini indiqué ici est le coefficient de Gini pour le revenu disponible après impôts et transferts (définition OCDE).

3 Le coefficient de dispersion du PIB régional est égal à la somme des valeurs absolues des différences entre le PIB par habitant régional et le PIB par habitant national, pondérées par la part de la population régionale. Ce coefficient est exprimé en pourcentage du PIB national par habitant.

4 En 2012, le taux de pauvreté est de 10,8 % à Stockholm, alors qu'il atteint 18,2 % et 18,5 % dans les régions de *Norra Mellansverige* et de *Sydsverige*.

5 Ces projections sont issues de la base de données Eurostat. Les chiffres cités se réfèrent aux projections suivant le scénario principal.

G3.1 Indicateurs socio-économiques en France et en Suède

	Suède			France		
	2013	Évolution		2013	Évolution	
		Depuis 1991	Depuis 2000		Depuis 1991	Depuis 2000
PIB en prix courants (en milliards d'euros), évolution en volume*	421	62,6%	30,7%	2 060	37,4%	14,3%
PIB par habitant (PPA en euros) (a)	33 700	76,4%	32,2%	28 400	64,2%	25,7%
Démographie						
Population (millions d'habitants au 1 ^{er} janvier)	9,6	11,2%	7,8%	65,6	12,5%	8,3%
Ratio de dépendance (population des 65 ans et plus par rapport à la population âgée de 15 à 64 ans)	29,9	+2,2 pts	+3,0 pts	27,5	+6,3 pts	+3,2 pts
Pourcentage des 19 ans et moins dans la population totale	22,8	-1,8 pt	-1,4 pt	24,6	-3,1 pts	-1,2 pt
Emploi/ chômage						
Taux d'emploi des 15-64 ans (%) (c)	74,4	n. d.**	+1,9 pt	64,1	n. d.**	+0,3 pt
Taux de chômage (en % population active) (c)	8,0	4,9 pts	+0,3 pt	10,3	n. d.**	+1,4 pt

	Suède			France		
	2012	Évolution		2012	Évolution	
		Depuis 1991	Depuis 2000		Depuis 1991	Depuis 2000
Prestations sociales						
Prestations sociales*** (% du PIB) (b)	29,9	-6,9 pts	+0,6 pt	32,1	+3,5 pts	+4,4 pts
Retraites						
Niveau de vie relatif des 65 ans et plus (par rapport aux moins de 65 ans, %) (2) (d)	81	n. d.**	+0,0 pt	102	n. d.**	+12,0 pts
Taux de remplacement agrégé (%) (d)	58	n. d.**	-2,0 pts	64	n. d.**	+7,0 pts
Santé						
Espérance de vie à la naissance (années)	81,8	+4,0 ans	+2,0 ans	82,1	+4,9 ans	+2,9 ans
Espérance de vie à 65 ans (années)	19,9	+2,4 ans	+1,3 an	21,4	+3,0 ans	+2,0 ans
Pauvreté et dispersion des revenus						
Taux de pauvreté (% de la population)	14,8	n. d.**	+5,8 pts	13,7	n. d.**	+0,7 pt
Seuil du taux de pauvreté en SPA pour une personne seule	15 849	n. d.**	127,1%	12 572	n. d.**	50,7 %
Dispersion des revenus : ratio S80/S20	3,7	n. d.**	+0,3 pt	4,5	n. d.**	+0,6 pt
Pauvreté au travail (% de la population active) (d)	7,1	n. d.**	+1,6 pt	6,6	n. d.**	+1,9 pt

N.d. : non disponible à la suite de l'absence de données pour cette année ou à de nombreuses ruptures de séries ;

(a) comparaison avec l'année 1995 (au lieu de 1991) ;

(b) comparaison avec l'année 1993 (au lieu de 1991) ;

(c) comparaison avec l'année 2005 (au lieu de 2000) ;

(d) comparaison avec l'année 2004 (au lieu de 2000) ;

(1) France métropolitaine ;

(2) Revenus médians ;

(3) Rapport des revenus de pensions des personnes âgés entre 65 et 74 ans et des revenus provenant du travail de personnes âgés entre 50 et 59 ans ;

* Aux prix de l'année précédente chaînés, base 2010.

Notes : les évolutions calculées à partir des données Eurostat peuvent être sujettes à des ruptures de séries signalées dans la base.

Les variables illustrant la pauvreté et la dispersion des revenus sont calculées à partir d'EU-SILC par Eurostat. La période de référence du revenu est l'année N-1 pour l'ensemble des pays, sauf pour le Royaume-Uni qui utilise les revenus de l'année courante et l'Irlande qui prend les revenus sur les 12 derniers mois.

Sources : Eurostat février 2015 : démographie ; enquêtes Force de travail (LFS) ; Enquêtes sur le revenu et le niveau de vie des ménages (EU-SILC 2013) ; Panel communautaire des ménages.

Les revenus ouvrant droit à la retraite ne doivent pas être inférieurs à un seuil plancher annuel de 42,5 % du montant de base, soit environ 44 400 couronnes en 2014⁶ (environ 4 880 euros⁷ ou 18 % du salaire annuel moyen équivalent⁸). Les revenus supérieurs à un plafond de 426 750 couronnes suédoises en 2014 (soit environ 46 940 euros ou 175 % du revenu annuel moyen équivalent) ne sont pas pris en compte pour le calcul de la retraite. Les cotisations de l'employeur s'élèvent, quant à elles, à 31,42 % du revenu brut annuel.

Dans le cadre d'un État fortement décentralisé, l'autonomie de gestion des collectivités locales s'est manifestée par de multiples transferts de compétences. Parallèlement la tutelle de l'État s'est atténuée et consiste désormais à fixer des objectifs à atteindre par les collectivités locales. Les 21 régions suédoises sont en charge de la santé et des soins médicaux, notamment de la mise en œuvre de l'accès universel à des soins de qualité et de l'égalité d'accès aux soins. Les 290 communes constituent les principaux acteurs des politiques sociales.

En 1982, les régions se sont ainsi vu transférer les prérogatives d'organisation des services de santé (soins spécialisés, hôpitaux), puis, en 1985, le financement et l'organisation des services ambulatoires. En 1998, les soins des toxicomanes leur ont été confiés. Les communes, quant à elles, financent et organisent les soins et les services sociaux aux personnes âgées ainsi que les soins psychiatriques depuis 1992. En 2012, les principaux postes de dépenses des communes sont le soutien aux personnes âgées (20 % des dépenses), les crèches (14 %) et le soutien aux personnes handicapées (11 %)⁹.

Si les soins de santé sont gérés par les conseils provinciaux et les régions, la caisse d'assurance sociale (*Försäkringskassan*) est responsable de la gestion des prestations familiales et des prestations en espèces de maladie et d'invalidité depuis 2005. Cette caisse a la charge de 21 caisses régionales et des agences locales. L'assurance chômage, quant à elle, est du ressort des caisses d'assurance chômage (*Arbetslöshetskassorna*) tandis que les pensions de vieillesse et de survie sont versées par l'agence suédoise des pensions (*Pensionsmyndigheten*).

Une dimension sociale en recul après les réformes

Dans un premier temps, la réforme des retraites a été menée après un long processus de réflexion ayant mobilisé trois commissions associant hommes politiques, experts et partenaires sociaux. Faisant consensus, les principes essentiels de cette réforme ont été fixés dès

1991 et adoptés par le Parlement en 1998. La transformation du système de retraite a été progressive¹⁰.

Dans un deuxième temps, le gouvernement suédois a réformé, en 2003, la « pension d'invalidité/préretraite » avec pour but de réduire le recours au dispositif par des incitations à la reprise d'activité. En outre, un plan d'action en faveur des personnes handicapées visant à améliorer leur intégration dans le lieu de travail est en cours sur la période 2011-2016.

L'autre réforme emblématique est celle entreprise sur l'assurance chômage à partir de 2007 afin de pallier les effets de la crise économique des années 1990 et le recours important aux indemnités journalières maladie par les chômeurs. Cette réforme s'est traduite par une refonte du service public de l'emploi d'État et un durcissement des conditions d'obtention des indemnités afférentes au croisement des risques chômage et maladie. Ceci a entraîné une diminution de la part relative de ces dépenses et un transfert d'une partie de leur financement de l'État vers les ménages.

Par ailleurs, afin de lutter contre la fraude liée aux allocations et subventions publiques, le gouvernement a introduit en 2008 une loi sur l'obligation d'informer les services en cas de versements d'indus.

Ces réformes se sont accompagnées d'une évolution de la structure de financement de la protection sociale en Suède. La part des cotisations sociales dans les recettes de la protection sociale a fortement augmenté entre 1993 et 2012 et s'élève aujourd'hui à 45,8 % (*graphique G3.3*). Cette augmentation de 5,7 points s'explique par une hausse de la part des cotisations à charge des personnes protégées de 7,6 points, et une baisse de la part des cotisations à la charge des employeurs de 1,9 point. La part des contributions publiques a légèrement augmenté et atteint 52,2 % des recettes en 2012. Parallèlement, la part des recettes autres que les cotisations sociales et les contributions publiques s'est fortement réduite et représente désormais 2,1 % du total des sources de financement de la protection sociale.

Des risques aux évolutions différenciées¹¹

Le risque santé (maladie/invalidité/accidents du travail)

En légère diminution depuis 1993, les dépenses relatives à **la maladie et aux soins de santé** représentent 7,6 % du PIB en 2012 et sont inférieures de près d'un point à la moyenne européenne (8,4 % en UE 28 – *graphiques G3.4 et G3.5*).

6 Les montants des prestations sociales de cette fiche sont issus des guides *Mutual Information System on Social Protection* (MISSOC).

7 Le taux de change utilisé ici est de 0,11 euros pour une couronne suédoise (mars 2015).

8 Le revenu annuel moyen équivalent s'élève à 237 436 couronnes suédoises en 2012 (environ 26 295 euros – SILC 2013).

9 Nous nous référons dans cette fiche aux notes DAEI du conseiller des Affaires Sociales des pays nordiques pour les années 2013 et 2014, qui sont à usage interne.

10 Elle s'applique partiellement aux personnes nées entre 1938 et 1953 et intégralement aux personnes nées à partir de 1954.

11 Nous nous référons pour la description des différentes prestations aux guides MISSOC et CLEISS.

En 2012, l'administration publique suédoise finance 81 % des dépenses courantes de santé tandis que les dépenses restant à charge des ménages s'élèvent à 17 %¹², soit un reste à charge plus élevé qu'en France, au Royaume-Uni et en Allemagne (*fiche F3*).

La couverture contre le risque maladie en emploi (indemnités journalières), qui protège également contre le risque invalidité depuis 2003, repose sur des cotisations employeurs (4,35 % du revenu brut annuel), alors que les dépenses de santé sont financées par l'impôt. En 2005, l'Agence nationale de Sécurité sociale a été dotée d'un pouvoir de contrôle élargi et chargée de la gestion des prestations familiales ainsi que des prestations maladie et invalidité, afin d'assurer une application uniforme de la législation sur tout le territoire. Ceci a eu pour effet d'accroître le pouvoir de gestion et d'organisation de l'État par rapport aux collectivités locales. Depuis le 1^{er} janvier 2015, le *Patient Act* est entré en vigueur. Cette loi renforce et définit la position des patients. Elle regroupe tous les statuts relatifs aux patients en une seule loi et clarifie certains points tels que le droit du patient à l'information, la possibilité de recourir librement aux soins primaires et spécialisés financés publiquement sur l'ensemble du pays.

L'**indemnité maladie** peut être perçue au plus 365 jours sur une période de 450 jours. Elle peut toutefois être renouvelée pour une période limitée. Cette indemnité plafonnée observe un délai de carence d'un jour et équivaut à environ 80 % du salaire annuel. Dans le cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, il n'existe pas de limite à la durée de versement.

Quant à l'accès aux soins pour le patient, le système public de santé suédois offre le libre choix du médecin, que ce soit pour les médecins affiliés aux conseils provinciaux (*landsting*) ou aux régions (*regioner*). En général, l'accès aux spécialistes est libre, même si une prescription du médecin généraliste est encouragée. En 2005, le gouvernement a mis en place de nouvelles garanties afin de limiter le temps d'attente pour accéder aux soins. Ainsi, le temps d'attente d'accès aux soins primaires ne doit en théorie pas dépasser sept jours, le temps d'attente pour un spécialiste et une intervention chirurgicale, 90 jours. Depuis 2009, des subventions sont accordées aux localités qui respectent ces seuils. Si les temps d'attente ont effectivement diminué entre 2009 et 2011, ce problème reste toujours d'actualité¹³ : en 2014, le gouvernement a proposé d'allouer 500 millions de couronnes suédoises par an entre 2015 et 2018, soit environ 55 millions d'euros, afin de réduire les temps

d'attente pour les soins relatifs au cancer et de réduire les disparités régionales¹⁴. Les temps d'attente trop longs pourraient favoriser la souscription à des assurances privées qui permettraient aux assurés d'accéder aux soins plus rapidement via une clinique spécialisée.

Hors cas d'urgence, les patients sont adressés à l'hôpital sur recommandation d'un médecin généraliste ou spécialiste. Les centres primaires de soins emploient des médecins salariés et constituent le premier lieu de consultation, avec un accueil par des infirmiers, les médecins n'intervenant qu'en cas de besoin. L'assuré paie entre 100 et 300 couronnes, soit entre 11 et 33 euros environ par visite du médecin et entre 200 et 350 couronnes pour un traitement par un spécialiste (entre 22 et 39 euros). Les dépenses sont plafonnées : au-delà d'un seuil de dépenses en consultations de 1 100 couronnes annuelles, les visites ultérieures sont gratuites. Lorsque les dépenses en achat de médicaments prescrits dépassent 1 100 couronnes (environ 120 euros), une franchise dégressive est appliquée. Par ailleurs, les médicaments sont gratuits sur le reste de la période de 12 mois si l'assuré a dépensé 2 200 couronnes de médicaments prescrits (environ 240 euros).

En ce qui concerne les dépenses consacrées à l'**invalidité**, leur part en Suède est supérieure à la moyenne de l'UE 28 (3,9 % du PIB contre 2,1 % dans l'UE 28 en 2012 – *graphique G3.5*). À la suite de la réforme de la « pension d'invalidité/préretraite » en 2003, il existe deux types de prestations pour l'invalidité : des prestations calculées en fonction du revenu antérieur et financées par les cotisations de la population active (« compensation d'activité » et « compensation maladie »), et des prestations financées par l'impôt garantissant un revenu minimum.

En 2003, la pension unique a été remplacée par une « compensation d'activité » (*aktivitetsersättning*), versée pendant une période limitée pour les personnes âgées de 19 à 29 ans, et par une « compensation maladie » (*sjukersättning*) pour les personnes âgées de 30 à 64 ans. Cette « compensation maladie » est versée sous condition de taux d'invalidité, réévalué au moins tous les trois ans. Elle est plafonnée et peut s'élever jusqu'à 64 % du revenu annuel futur présumé pour le taux d'invalidité le plus élevé. Le nombre de bénéficiaires de la « compensation maladie » a diminué entre 2003 et 2012, alors même que le nombre de personnes recevant la « compensation d'activité » a quadruplé¹⁵.

12 Statistiques de l'OCDE.

13 Winblad U. et Hanning M., 2013, « Sweden » in Siciliani L., Borowitz M. et Moran V., *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OCDE Publications.

14 Anderson K. et Backhans M. (2013), *Pensions, Health and Long-Term Care*, ASISP, European Commission. *Health System Transition Profile of Sweden*, European Observatory on Health Systems and Policies.

15 Le nombre de bénéficiaires de la pension invalidité est passé d'environ 507 200 bénéficiaires en 2003 à environ 377 800 bénéficiaires en 2012 et ce malgré une augmentation entre 2003 et 2006. Le nombre de bénéficiaires de la compensation maladie a diminué de 30 % entre 2003 et 2012, passant d'environ 502 000 en 2003 à environ 350 000 en 2012. Les bénéficiaires de la compensation d'activité sont moins nombreux, passant de 5 474 en 2003 à 28 782 en 2012 (DAEI, 2013, note : *Actualité sociale et sanitaire des pays nordiques*).

Ces évolutions ont pour conséquence une baisse de 26 % du nombre de bénéficiaires de la pension d'invalidité, compensation maladie et compensation d'activité confondues, entre 2003 et 2012.

Les prestations invalidité financées par l'impôt comprennent une compensation de garantie versée en cas de faible prestation liée au revenu, une allocation d'assistance par une tierce personne en cas de handicap mental ou physique, une allocation de handicap et de frais spéciaux, une allocation de soins pour enfant handicapé, ainsi qu'une aide à l'achat d'un moyen de transport aménagé.

Le risque vieillesse (retraite/survie/dépendance)

Représentant 12,8 % du PIB en 1993, les dépenses vieillesse¹⁶ ont un peu diminué et s'élèvent à 12,4 % du PIB en 2012. Néanmoins, elles demeurent supérieures à la moyenne de l'UE 28 (11,5 % du PIB en 2012 – graphiques G3.4 et G3.5).

La proportion de la population âgée de 65 ans et plus est proche de la moyenne européenne (18,8 % de la population totale en Suède contre 17,9 % dans l'UE en 2012). Le taux de remplacement agrégé est lui aussi similaire au taux moyen de l'UE 28 (58 % en 2012 en Suède contre 55 % pour l'UE). Ainsi l'effort social consacré au risque vieillesse¹⁷ est comparable à celui observé pour l'UE 28 (65,9 % pour la Suède et 64,4 % pour l'UE – graphique G3.6).

Concernant l'emploi des travailleurs âgés, le taux d'emploi des 55-64 ans, en augmentation depuis 2000 (de 64,9 % à 73,6 % en 2013), dépasse désormais de plus de 20 points la moyenne de l'UE 28 (50,2 %). Il existe par ailleurs des incitations financières à l'embauche des seniors (exemptions de cotisations patronales). Parallèlement, les dispositifs de transition entre emploi et retraite ont été revus (cf. supra en ce qui concerne la réforme de la pension « invalidité/préretraite »).

Le système de retraite suédois repose sur trois piliers : le régime public, les régimes professionnels complémentaires et le régime privé individuel.

Le premier pilier concerne le régime public. À la suite d'un accord conclu entre les cinq principaux partis politiques en 1998, ce régime, obligatoire, a fait l'objet d'une profonde refonte. Le régime de retraite traditionnel à prestations définies basé sur la répartition a été remplacé par deux régimes de retraite : un premier volet, par répartition fonctionnant sur le modèle des comptes notionnels (avec une période transitoire devant s'achever en 2015) et un second volet par capitalisation à

cotisations définies. À ces deux volets du premier pilier s'ajoute un système de pension garantie (*garantipension*) financé par l'impôt pour tous les résidents sans pension ou avec des pensions très faibles. Ce système de pension garantie s'adresse à ceux pouvant justifier de trois années de résidence en Suède. Le montant de cette pension est calculé au prorata du nombre d'années vécues en Suède et son niveau maximum est attribué aux personnes ayant résidé au moins 40 ans en Suède.

Le taux de cotisation effectif est de 17,21 %¹⁸ du salaire brut. Les employeurs et indépendants cotisent à hauteur de 10,21 % du salaire brut tandis que les personnes protégées contribuent à hauteur de 7,0 % de leur rémunération brute. Le plafond du revenu ouvrant droit à la pension s'élève à 7,5 fois le revenu de base (*Inkomstbasbelopp* égal en 2014 à 44 400 couronnes ou 4 850 euros). La cotisation n'est prélevée que lorsque le revenu annuel brut est supérieur ou égal à 42,3 % du montant de base.

Le premier volet (retraite par répartition en comptes notionnels) est financé à hauteur de 86,5 % du montant des cotisations tandis que le second volet (régime par capitalisation à cotisations définies) l'est à hauteur de 13,5 %.

Le premier volet repose sur un système de comptes notionnels par répartition. Le niveau des pensions dépend ainsi de l'espérance de vie à l'âge de la retraite de chaque génération et du taux de croissance prévisionnel de l'économie. Les pensions sont modulées selon un barème croissant en fonction de l'âge de liquidation. Le mécanisme d'équilibrage vise à la viabilité financière du système, par un infléchissement du rythme d'évolution des pensions en cas de déficit important. Introduit en 2001, ce mécanisme a toutefois dû être aménagé pendant la crise et prend désormais en compte la moyenne sur trois ans de la valeur de marché des fonds de réserve dans le calcul du ratio d'équilibre, ceci afin de lisser les ajustements annuels et donc d'atténuer les effets de la volatilité financière. Ce mécanisme d'ajustement a été déclenché pour la première fois en 2010, sous l'effet de la baisse de valeur des fonds de réserve à la suite de la crise financière et économique. De fait, en déclenchant le mécanisme d'équilibrage, les pensions ont baissé de 3 % en moyenne en 2010 et de 4,3 % en 2011. Cette baisse s'explique par les effets combinés de la règle d'équilibrage automatique et de la faible croissance des revenus. Afin de contenir ces effets négatifs sur le niveau de vie des retraités de 65 ans ou plus, la baisse des retraites a été compensée par des baisses de prélèvements¹⁹.

16 Selon la nomenclature du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale – SESPROS (Eurostat), les dépenses de vieillesse comprennent les dépenses de retraite et la fourniture de biens et de services aux personnes âgées, hors soins de santé.

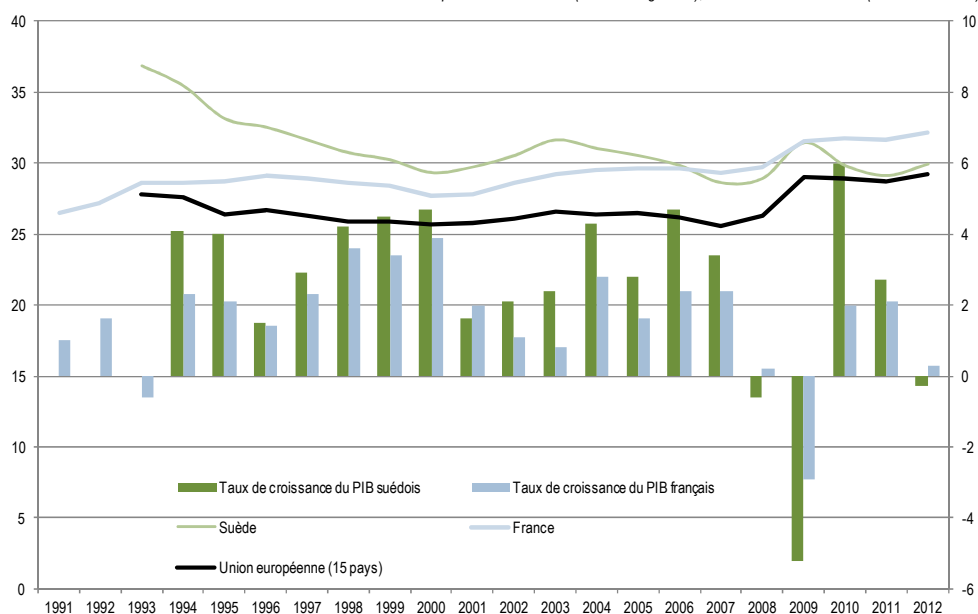
17 Ratio des dépenses par personne âgée de plus de 65 ans ramené au PIB par habitant.

18 Le taux de cotisation pour le premier volet est de 16 % de l'assiette de la pension ; pour le second volet, il est de 2,5 % de l'assiette de la pension. L'assiette de la pension portant sur les revenus d'activité nets des salariés, soit 93 % du salaire brut, le taux de cotisation est de 17,21 % du salaire brut.

19 Conseil d'orientation des retraites, *Les règles de calcul de la retraite en France et à l'étranger*.

G3.2 Prestations de protection sociale et évolution du PIB

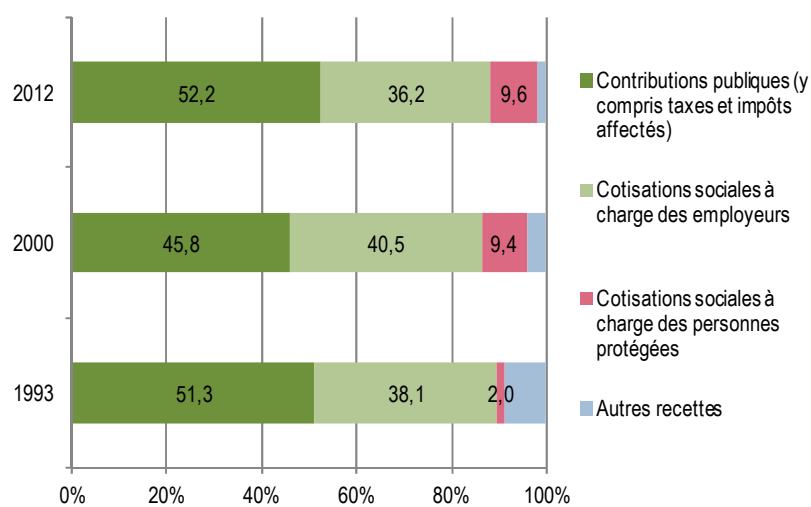
Dépenses en % du PIB (échelle de gauche), taux de croissance en % (échelle de droite)



Lecture : en 2012, le taux de croissance du PIB suédois est de -0,3 %.
Sources : Eurostat (SESPROS, février 2015).

G3.3 Évolution de la structure de financement de la protection sociale en Suède

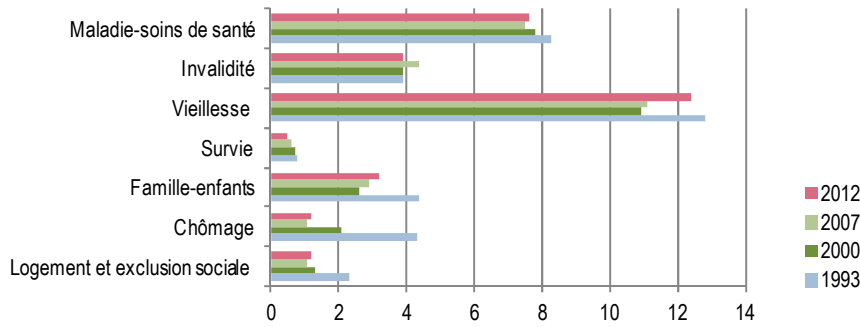
Montant en % du financement



Lecture : en 2012, les contributions publiques contribuent à hauteur de 52,2 % des recettes de la protection sociale en Suède.
Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

G3.4 Évolution des dépenses par risque en Suède

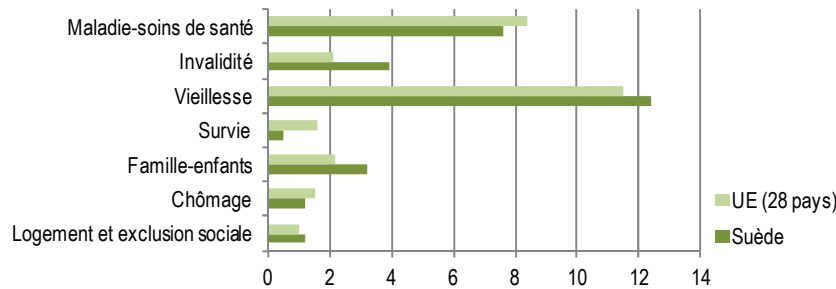
En % du PIB



Lecture : en Suède, les dépenses pour le risque invalidité représentent 3,9 % du PIB en 2012.
Sources : Eurostat (SESPROS, février 2015).

G3.5 Structure des dépenses en Suède en 2012 comparée à celle de l'Union européenne

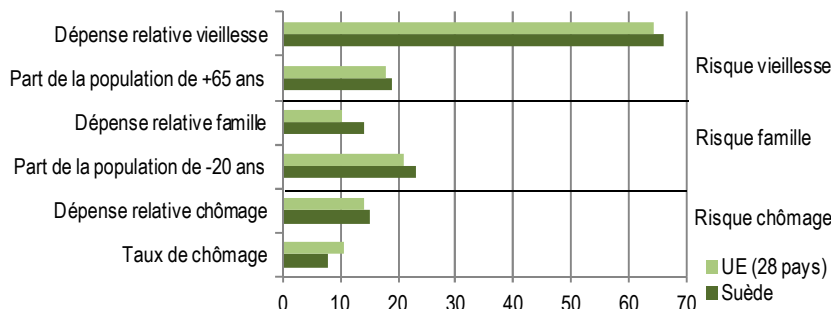
En % du PIB



Lecture : en 2012, les dépenses relatives au risque survie s'élèvent à 0,5 % du PIB en Suède et à 1,6 % du PIB en moyenne pour l'Union européenne (UE 28).
Sources : Eurostat (SESPROS, février 2015).

G3.6 Contributions à la dépense des structures démographiques et du taux de chômage en 2012

En %



Note : afin d'isoler l'effet de composition qui affecte les comparaisons des dépenses exprimées en pourcentage du PIB, on rapporte le ratio « dépenses vieillesse sur PIB » à la part des personnes de 65 ans et plus dans la population totale. On obtient ainsi le montant consacré par personne de plus de 65 ans en part du PIB par habitant : en 2012, en Suède, les dépenses vieillesse par personne âgée de 65 ans ou plus représentent 65,9 % du PIB par habitant, soit plus de 10 points de plus que la moyenne européenne (UE 28). De même, pour le risque famille, on rapporte la dépense du risque famille exprimée en pourcentage du PIB à la part d'enfants de moins de 20 ans dans la population totale. Le montant des dépenses familiales allouées par enfant de moins de 20 ans représente ainsi 13,9 % du PIB par habitant.

Lecture : en 2012, les taux de chômage en Suède et au sein de l'UE 28 sont respectivement de 8,0 % et 10,5 % de la population active. L'effort social consacré aux chômeurs, mesuré par le ratio des dépenses de chômage exprimées en pourcentage du PIB sur la part des chômeurs dans la population, s'établit à 15,0 % du PIB par habitant en Suède et à 14,3 % pour la moyenne de l'UE 28.

Sources : Eurostat (SESPROS), février 2015.

Le *second volet (premiépension)* est financé par capitalisation. Il consiste en un compte individuel alimenté par 13,5 % des cotisations annuelles, soit un taux de cotisation de 2,5 %. Les assurés investissent le montant de leurs cotisations sur des fonds de pension enregistrés auprès de l'autorité responsable de la gestion des pensions : le *Premiepensionsmyndigheten*.

La *premiépension* peut être versée au plus tôt à 61 ans et le montant de la pension dépend de la valeur du fonds, des intérêts, d'une estimation de l'espérance de vie moyenne et de l'âge du bénéficiaire. Celui-ci peut décider de recevoir sa pension sous forme de rente ou de continuer à investir dans les fonds de placement. Dans ce cas, il recevra une rente à montant variable.

Le système suédois permet un départ à la retraite à partir de 61 ans ; toutefois, le système en comptes notionnels incite au prolongement de la carrière. En effet, le montant des retraites augmente avec l'âge de départ. Depuis 2001, l'âge auquel les employeurs peuvent mettre à la retraite d'office un employé a été augmenté de 65 à 67 ans. L'assuré a la possibilité de partir après 67 ans avec l'accord de son employeur.

Le deuxième pilier du système de retraite suédois repose sur des conventions collectives et couvre environ 90 % de la population selon quatre régimes distincts : État, collectivités locales, cadres et non-cadres du secteur privé. L'ancien système à prestations définies est progressivement passé à un système à capitalisation avec un modèle de référence : le régime des cadres de l'industrie et du commerce (ITP). Depuis 2007, le régime ITP a évolué vers un régime à cotisations définies. Le taux de cotisation s'élève à 4,5 % du salaire brut, plafonné à 7,5 fois le salaire de base. Pour les tranches de salaires excédant ce seuil, le taux de cotisation atteint 30 %. La moitié des cotisations sont versées dans des assurances traditionnelles, tandis que l'autre moitié est investie par l'employeur sur des fonds de retraite choisis par l'employé. Le processus de transition est encore en cours pour les collectivités locales qui appliquent un régime mixte alliant cotisations et prestations définies²⁰.

Enfin, le troisième pilier comprend les fonds de retraite privés proposés par les banques et les compagnies d'assurance. En 2008, le plafond de déductibilité du revenu des sommes versées au titre de l'épargne-retraite a été abaissé.

Les dépenses du **risque survie** représentent 0,5 % du PIB en 2012 et sont en baisse depuis 1993 (0,8 % du PIB). Elles se situent nettement en deçà de la moyenne de l'Union européenne (1,6 % en 2012 – *graphiques G3.4 et G3.5*). Les conditions d'accès aux *pensions de réversion* sont restrictives. La durée de versement des

pensions est limitée à 12 mois et elles ne sont plus versées au-delà de 65 ans ou en cas de remariage, en cohérence avec les politiques d'égalité hommes/femmes prônées par le gouvernement suédois. Cette pension peut être prolongée si le survivant a la garde d'enfants mineurs vivant sous le même toit. Le conjoint survivant, veuf ou partenaire issu d'une union enregistrée, âgé de moins de 65 ans et en communauté de vie avec l'assuré pendant une période minimale de cinq ans au moment du décès, a le droit à la pension d'adaptation (*omställningspension*) liée aux revenus. Les conditions sont plus strictes si le survivant était le concubin du défunt. Cette pension est égale à 55 % de la pension de vieillesse qu'aurait reçue l'assuré.

Les orphelins d'un ou de deux parents décédés perçoivent un pourcentage de la pension qui aurait été versée au défunt (*bampension*). Cette allocation diffère en fonction de l'âge de l'enfant.

Pour ces deux pensions, il existe des allocations garantissant en 2014 un montant mensuel minimum de 1 480 couronnes²¹ pour la pension à destination des orphelins et de 7 881 couronnes par mois pour la pension d'adaptation²².

La *pension de veuvage (änkepension)* a été supprimée en 1990 et est versée sous certaines conditions. Ainsi les veuves nées à partir de 1945 ne peuvent percevoir cette pension qu'en cas de mariage avant le 31 décembre 1989²³. Cette pension sera totalement abolie d'ici 2040.

Enfin, en l'absence de l'existence d'une branche de la protection sociale consacrée au **risque dépendance**, des aides spécifiques sont versées par les communes en fonction des besoins et des capacités financières des personnes âgées. En 2013, les dépenses pour les personnes âgées représentent 20 % des dépenses des communes.

La *prise en charge à domicile* est courante grâce à des logements adaptés et protégés. Un montant maximum de prise en charge est fixé au niveau national. La contribution pour une prise en charge des personnes âgées est plafonnée à environ 1 780 couronnes mensuelles (soit environ 195 euros). Les communes peuvent faire appel à plusieurs prestataires de service : les agents municipaux, une organisation regroupant plusieurs communes ou des prestataires privés (comprenant les organisations à but non lucratif).

Afin d'améliorer l'offre de services pour les personnes âgées, les communes organisant des cours pour la formation des infirmières à la gérontologie peuvent candidater à des subventions. Cette initiative fait suite à

20 OCDE, 2013, *Panorama des pensions 2013 : Descriptifs pays – Suède*.

21 Soit environ 165 euros.

22 Il s'agit du montant maximum pour montant maximum versé si le défunt justifie de 40 années de résidence en Suède. Ce montant équivaut à 865 euros environ.

23 Ce mariage doit être d'une durée effective de cinq ans. Si cette condition n'est pas remplie, la veuve peut néanmoins percevoir la pension quand un enfant est issu du mariage.

un programme gouvernemental sur la période 2011-2014²⁴. Ainsi, depuis 2011, l'objectif est aussi de renforcer la coordination entre municipalités et comtés afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées. À cette fin, 4,3 milliards de couronnes ont été allouées afin de renforcer la coordination des soins sociaux et de santé, d'améliorer la qualité des soins palliatifs, préventifs et relatifs à la démence²⁵.

Le risque famille-enfants

Entre 1993 et 2012, les prestations consacrées à la **politique familiale** ont diminué de plus d'un point passant de 4,4 % à 3,2 % du PIB en 2012 (*graphique G3.4*). Elles restent toutefois au-dessus de la moyenne de l'UE 28 (2,2 % – *graphique G3.5*). Ce niveau relativement élevé tient d'une part à l'importance du ratio des dépenses familiales par enfant (de 0 à 19 ans) ramené au PIB par habitant (13,9 %, contre 10,4 % pour l'UE 28) et d'autre part à la jeunesse de la population suédoise : la proportion de la population suédoise âgée de 0 à 19 ans est légèrement supérieure à la moyenne de l'UE 28 (23,0 % et 21,1 % en 2012 – *graphique G3.6*).

Prestations familiales

Les allocations familiales sont universelles et financées par l'impôt individualisé. Elles sont versées mensuellement sans condition de ressources. Il existe un supplément mensuel familial (*flerbarnstilläg*), perçu à partir du deuxième enfant à charge, sans modulation selon l'âge ou le revenu.

Maternité-naissance

Une indemnité prénatale peut être versée pendant 50 jours au maximum si la femme enceinte est exposée à un environnement dangereux pour la bonne poursuite de la grossesse ou si elle effectue un travail pénible et que sa capacité de travail est réduite d'un quart.

Il existe un congé parental, rémunéré pendant une durée maximale de 16 mois à hauteur de 80 % du revenu plafonné. Ce congé comprend une durée non transférable de deux mois pour les pères, complétée, depuis 2008, par l'octroi d'une prime d'égalité entre les hommes et les femmes (*jämställdhetsbonus*) afin d'inciter les parents à partager le congé.

Depuis 2010, une allocation temporaire de congé parental permet à une tierce personne de recevoir l'allocation temporaire de congé parental lorsqu'elle suspend temporairement son travail afin de s'occuper d'un enfant dont le parent est malade. Cette allocation est versée pour un maximum de 120 jours par enfant et par an. Cette indemnité équivaut à environ 80 % du

revenu ouvrant droit à l'indemnité journalière de maladie. En cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants de moins de 10 ans, une allocation de 40 000 couronnes est versée, soit environ 4 400 euros.

Aides à la garde d'enfant

Les municipalités mettent en place, financent et gèrent les allocations de garde d'enfant (d'un à trois ans). Depuis 2010, la loi garantit à tous les enfants de trois ans et plus, à titre gratuit, 15 heures hebdomadaires de garde dans des structures collectives, sans condition d'activité des parents. En outre, une allocation de garde d'enfants peut être versée pour les enfants d'un à trois ans ne fréquentant pas d'établissements préscolaires, après la période de congé parental.

Le risque chômage

En dépit de la nette montée du chômage sur la période, la part des **prestations chômage** a très fortement diminué entre 1993 et 2012, passant de 4,3 % à 1,2 % du PIB, ce qui place la Suède légèrement en dessous de la moyenne de l'UE 28 (1,5 % en 2012 – *graphiques G3.4 et G3.5*).

La population suédoise est relativement moins touchée par le chômage en moyenne que celle de l'Union européenne. Le taux de chômage s'élève à 8,0 % de la population active en Suède contre 10,5 % dans l'UE 28 en 2012. Le taux de chômage chez les jeunes, en diminution depuis 2009, atteint encore 23,6 % en 2013. Il se situe au niveau de la moyenne de l'UE 28 (23,7 % en 2013). La Suède dépense plus que la moyenne européenne pour chacun de ses chômeurs. L'effort social consacré au risque chômage (ratio des dépenses de chômage par chômeur ramené au PIB par habitant) est en effet de 15,0 % en 2012, soit un niveau supérieur à la moyenne européenne (*graphique G3.6*).

La part des prestations chômage rapportées au PIB est en diminution en Suède sous l'effet des réformes menées en 2007 afin d'accroître le taux d'emploi et d'améliorer la flexibilité et la sécurité sur le marché du travail. Le gouvernement a ainsi entrepris « une réforme de l'impôt sur le revenu, des déductions fiscales ciblées sur le salaire, un resserrement des systèmes de sécurité sociale, l'unification du service public pour l'emploi, l'accroissement de la concurrence dans les services pour l'emploi, l'abattement fiscal sur les services domestiques et la baisse des volumes dans la politique active du marché du travail »²⁶. Ces réformes ont conduit à une réduction significative du nombre de personnes bénéficiant de prestations et d'allocations sociales en 2007.

24 Anderson K. et Backhans M., 2013, *Pensions, Health and Long-Term Care*, ASISP, European Commission.

25 Anderson K. et Backhans M., 2013, *Pensions, Health and Long-Term Care*, ASISP, European Commission. Ce montant correspond à environ 473 millions d'euros.

26 Mission européenne pour la flexisécurité, visite en Suède, 2 juin 2008.

Plus précisément, l'assurance chômage comprend trois volets : un volet obligatoire, un volet facultatif largement subventionné par l'État et, enfin, un volet conventionnel.

Le premier volet consiste en une assurance de base (*grundförsäkring*), financée par des cotisations employeurs. Elle verse un montant forfaitaire sans conditions de ressources. Le deuxième volet est une assurance volontaire, financée par les cotisations employeurs et les frais d'adhésion des employés. Elle octroie des indemnités proportionnelles au revenu (*inkomstrelaterad försäkring*). Enfin, le troisième volet prend la forme d'une assurance complémentaire pour perte de revenu (*tilläggsförsäkring för inkomstbortfall*) négociée dans le cadre de conventions collectives. Ces allocations sont versées pendant 300 jours²⁷.

L'allocation de base équivaut à 320 couronnes par jour (environ 35 euros) et est réduite à due proportion pour les travailleurs à temps partiel. L'allocation « volontaire » liée au revenu est de 80 % du revenu perçu avant le chômage pendant les 200 premiers jours et de 70 % pour la durée restante.

En période de chômage, l'assuré peut bénéficier du montant forfaitaire sans condition de ressources s'il n'a pas souscrit à l'assurance volontaire. S'il participe activement à un programme en faveur de l'emploi (formation, réadaptation professionnelle, etc.), il peut bénéficier d'une allocation d'activité²⁸. Cette allocation d'activité remplace l'allocation chômage et est calculée en fonction du revenu que la personne aurait reçu avec la prestation chômage.

Le système comprend une trentaine de caisses d'assurance chômage (*arbetslöshetskassorna*), qui sont organisées par secteur d'activité économique et gérées par les syndicats. Le service public de l'emploi (*arbetsförmedlingen*) offre quant à lui des prestations en nature (mise en contact des demandeurs et des offreurs d'emploi, aide sous forme d'orientation, de formation et de conseil).

Concernant l'assurance volontaire, le principe d'adhésion volontaire à une caisse d'assurance chômage est maintenu, mais il fait régulièrement l'objet d'intenses débats entre le gouvernement et les partenaires sociaux qui s'y opposent. L'indemnité proportionnelle au revenu

est plafonnée. Son montant est dégressif en fonction du temps, modulé au regard de la situation familiale et peut être réduit en cas de refus d'une « offre de travail convenable ». Les conditions de son versement ont été durcies depuis janvier 2010, avec un allongement de 6 à 12 mois de la période de cotisation minimale permettant d'en bénéficier.

Enfin, le troisième volet, l'assurance conventionnelle complémentaire pour perte de revenu (*tilläggsförsäkring för inkomstbortfall*), a pour objectif de compenser les effets du plafonnement des prestations versées dans le cadre de l'assurance chômage volontaire. Elle relève des conventions collectives négociées entre le patronat et les syndicats au niveau des différentes branches.

Le risque logement

Les prestations **logement** ont fortement diminué en Suède entre 1993 (1,2 % du PIB) et 2012 (0,5 % du PIB), et se situent désormais en deçà de la moyenne de l'UE 28 (0,6 % du PIB – *graphiques G3.4 et G3.5*).

La Suède se caractérise par une conception large de la mission des *logements sociaux*. Les sociétés de logements d'intérêt général (SLIG) sont des sociétés immobilières municipales qui administrent une partie des logements. Elles favorisent l'égalité des conditions d'accès aux logements au travers de loyers modérés et fortement réglementés, avec une indexation des loyers sur l'évolution des prix et une offre importante de logements sans conditions de revenus. Il s'agit de garantir l'accès universel à toutes les catégories de population. Toutefois, l'arrêt des subventions à la construction dans les années 1990 a freiné l'augmentation de l'offre de logements, ce qui a occasionné des pénuries dans certaines communes. Depuis 2001, les municipalités doivent créer des relais locaux des SLIG, auxquels la commission publique du logement verse des aides directes en cas de difficultés. Depuis 2011, une nouvelle loi impose que les sociétés publiques fournissent ces services selon des principes commerciaux sans aide d'État ou autre avantage. Ces sociétés publiques doivent donc pouvoir dégager un bénéfice suffisant pour financer leurs coûts de fonctionnement. L'Agence communale du logement décide de l'attribution des logements, selon le principe des listes d'attente.

27 Sauf pour les chômeurs ayant un enfant de moins de 18 ans.

28 L'allocation d'activité est versée aux demandeurs d'emploi de plus de 25 ans participant à un programme en faveur de l'emploi. Les demandeurs d'emploi de 18 à 25 ans peuvent percevoir cette allocation d'activité s'ils remplissent les critères d'éligibilité de l'assurance chômage et qu'ils participent au programme de travail. Les 18-25 ans ne répondant pas aux critères d'éligibilité touchent une allocation dite d'évolution.

Depuis 1990, la Suède a souhaité favoriser l'accès à la propriété au détriment du secteur locatif qui se caractérise par de longues files d'attente. Les dépenses de prestations de logement ont ainsi diminué depuis 1993, passant de 268 euros constants²⁹ par habitant en 1993 à 169 euros par habitant en 2012³⁰. Les allocations logement sont versées par l'Agence de la Sécurité sociale, aux familles avec enfants, aux jeunes de 18 à 29 ans et aux personnes âgées selon la taille du foyer, la taille du logement, les revenus et le montant du loyer. Par ailleurs, des *aides financières* sont accordées aux ménages confrontés à des difficultés financières, une partie des logements étant également réservée aux ménages à faibles revenus.

Le risque pauvreté-exclusion sociale

Les prestations contre l'**exclusion sociale**, en recul depuis 1993 (0,7 % du PIB en 2012, contre 1,1 % en 1993) restent supérieures à la moyenne de l'UE 28 (0,4 % du PIB en 2012 - *graphiques G3.4 et G3.5*).

Bien que la notion de « niveau de vie raisonnable » pour chaque citoyen soit inscrite dans la loi depuis 1982, la pauvreté monétaire a augmenté assez rapidement³¹ et touche 14,8 % de la population suédoise en 2012. Le taux de pauvreté suédois se rapproche ainsi de la moyenne de l'UE (16,6 % en 2012). Entre 2007 et 2012, le nombre de pauvres et d'exclus³² a augmenté de 14,9 % à 16,4 % de la population. Ce taux reste toutefois en deçà du taux moyen de l'UE 28 (24,5 % en 2012).

Afin de lutter contre la pauvreté, il existe en Suède une *aide sociale garantissant un revenu minimum*.

Elle est accordée sans condition de nationalité aux personnes ou ménages à faible revenu. Le montant de cette aide dépend de la composition du ménage et des besoins de ce dernier. Le montant mensuel maximum en 2014 est de 3 880 couronnes pour une personne isolée et 6 360 couronnes pour un couple³³.

En complément, la Suède accorde une allocation de subsistance couvrant les produits de première nécessité et les dépenses considérées comme raisonnables (logement, électricité, transports liés au travail, assurances, cotisations versées aux syndicats et aux caisses d'assurance chômage). Les besoins et les coûts individuels sont évalués par le bureau d'action sociale, en fonction des dépenses réelles comparées à celles d'un salarié disposant de revenus modestes et du « niveau général » de logement, d'électricité et de transports à l'intérieur de la municipalité concernée. Enfin, une assistance financière peut être octroyée pour d'autres dépenses à court ou long terme (soins médicaux, optiques et dentaires, frais funéraires).

Ces minima sociaux sont versés à tout résident en situation régulière et ne ciblent pas de publics particuliers. La Suède s'est toutefois dotée d'instruments spécifiques de lutte contre l'exclusion de populations d'origine étrangère et des sans-abri, avec notamment l'allocation d'intégration pour les étrangers nouvellement arrivés (*introduktionsersättning*).

Les personnes âgées à la retraite ont aussi droit, sous condition de ressources, à une aide de subsistance et à une allocation logement.

29 Base 2005.

30 Source : Eurostat.

31 Le taux de pauvreté monétaire a augmenté de 5,8 points entre 2000 et 2012.

32 Les personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale sont celles qui sont touchées par au moins une des trois formes de pauvreté évaluées par Eurostat : la pauvreté monétaire, la privation matérielle ou l'appartenance à un ménage à faible intensité de travail.

33 Soit respectivement 420 euros et 700 euros environ.

Pendant les années 1990, les dépenses de prestations sociales ont été relativement stables en Italie, représentant aux alentours de 23 à 24 % du PIB. Elles ont augmenté depuis 2000, pour atteindre 25 % du PIB en 2004. À la suite de la crise économique de 2008, la part des prestations dans le PIB s'est accrue pour atteindre 29,0 % en 2012. Elle se situe désormais au-dessus de la moyenne de l'UE 15 et de l'UE 28 (*graphique G4.2*). Les dépenses de protection sociale italiennes en part du PIB restent néanmoins inférieures au niveau français (32,1 % du PIB en 2012 – *tableau G4.1*).

Un contexte de crise économique profonde depuis 2008, couplé à des inégalités territoriales marquées et à un vieillissement démographique rapide

L'Italie doit aujourd'hui faire face à trois défis : fragilisée par une crise forte et durable, elle pâtit du vieillissement de sa population et de fortes disparités régionales.

L'Italie a en effet été particulièrement touchée par la crise de 2008. Le PIB italien s'est contracté de 5,5 % en 2009, reflétant une récession plus marquée que celle observée en France et dans l'UE 28 (*graphique G4.2*).

Cette forte contraction du PIB en 2009 s'est traduite par une hausse de la part des prestations de protection sociale dans la richesse nationale. Cette hausse est malgré tout plus faible que pour l'ensemble de l'UE 28 (+2,1 points entre 2008 et 2009 en Italie, contre +2,8 points en moyenne dans l'UE 28). En 2010 et 2011, la reprise est par ailleurs plus fragile en Italie qu'au sein de l'Union européenne et est suivie par un nouveau recul du PIB en 2012 et en 2013.

Reffet des difficultés économiques traversées, le taux de chômage italien, en hausse depuis 2007, a atteint 12,2 % en 2013. Il est supérieur à la moyenne européenne et au taux français (10,8 % dans l'UE 28 et 10,3 % en France). Le taux de chômage des femmes est également supérieur à la moyenne de l'UE 28 (13,1 % en Italie pour 10,9 % dans l'UE 28 en 2013). Bien que le taux d'emploi des 15-64 ans ait augmenté depuis 2000 et s'élève en 2013 à 55,6 %, celui-ci demeure inférieur au taux français et européen (64,1 %).

Autre difficulté, les disparités régionales demeurent marquées en Italie. Le PIB par habitant est nettement plus élevé dans les régions du nord et du centre que dans celles du sud et les îles¹. Les régions du sud et des îles² sont plus touchées par le chômage (plus de 19 % en 2013) ainsi que par la pauvreté et l'exclusion sociale. Sur l'ensemble du territoire, le taux de pauvreté monétaire demeure très élevé (19,1 % en 2012 contre 16,6 % dans l'UE 28).

Enfin, l'Italie va être confrontée dans les prochaines années au vieillissement rapide de sa population. La part des personnes âgées de 65 ans et plus y a progressé de 6 points entre 1991 et 2013, passant de 15,1 % à 21,2 %. La part des personnes âgées de moins de 19 ans dans la population a quant à elle baissé de plus de 5 points (de 23,9 % à 18,7 %) sur cette même période.

En conséquence, le ratio de dépendance des personnes âgées a augmenté et est passé à 32,7 % entre 1991 et 2013, alors qu'il s'établit à 27,5 % en France et dans l'UE 28. Selon les dernières projections de la Commission européenne³, le ratio de dépendance démographique italien devrait atteindre 49,9 % en 2040, soit 4 points de plus que la moyenne européenne attendue à cet horizon (45,9 %).

Un système de protection sociale hybride entre conception bismarckienne et beveridgienne

Le système de protection sociale italien est obligatoire et assure contre les risques vieillesse, invalidité, survie, maladie et chômage. Il verse également des allocations familiales, des allocations maternité et paternité ainsi que des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le risque vieillesse est le principal poste de dépense de protection sociale avec 15,3 % du PIB en 2012. Les prestations de maladie-soins de santé représentent 7,0 % du PIB. Viennent ensuite les dépenses des risques survie (2,7 % du PIB), invalidité (1,7 %), famille-enfants (1,4 %), chômage (0,9 %) et, enfin, logement et exclusion sociale (0,1 %).

Le système de protection sociale est financé à la fois par l'impôt et par les cotisations sociales. En 2012, les contributions publiques représentent 46,3 % des recettes de protection sociale et les cotisations sociales 52,1 %, dont 37,5 points à la charge des employeurs et 14,6 points à la charge des personnes protégées (*graphique G4.3*). La part de financement des contributions publiques a augmenté de plus de 17 points depuis 1991, tandis que la part de financement des cotisations des employeurs s'est réduite de près de 15 points. La part de cotisations des personnes protégées a légèrement diminué (*graphique G4.3*).

La couverture de sécurité sociale est gérée par trois institutions et, pour certaines catégories de travailleurs, par des fonds spéciaux de pension.

Le Service national de santé (*Servizio Sanitario Nazionale* [SSN]) supervise les prestations de soins de santé, prestations financées par l'impôt.

1 Le PIB par habitant est de 31 700 euros dans les régions du nord-ouest de l'Italie en 2011 contre 17 200 et 17 400 euros dans les régions du sud et les îles (statistiques de l'*Istituto Nazionale di Statistica* [ISTAT]).

2 La Sardaigne et la Sicile, statistiques de l'ISTAT.

3 Ces projections sont issues de la base de données Eurostat. Les chiffres cités se réfèrent aux projections suivant le scénario principal.

G4.1 Indicateurs socioéconomiques en France et en Italie

	Italie			France		
	2013	Évolution		2013	Évolution	
		Depuis 1991	Depuis 2000		Depuis 1991	Depuis 2000
PIB en prix courants (en milliards d'euros), évolution en volume* (a)	1 609	9,5%	-0,8%	2 114	33,7%	15,9%
PIB par habitant (PPA en euros) (a)	26 500	44,0%	14,2%	28 400	64,2%	25,7%
Démographie						
Population (millions d'habitants au 1 ^{er} janvier)	59,7	5,2%	4,9%	65,6	12,5%	8,3%
Ratio de dépendance (population des 65 ans et plus par rapport à la population âgée de 15 à 64 ans)	32,7	+10,7 pts	+5,9 pts	27,5	+6,3 pts	+3,2 pts
Pourcentage des 19 ans et moins dans la population totale	18,7	-5,2 pts	-1,0 pt	24,6	-3,1 pts	-1,2 pt
Emploi/chômage						
Taux d'emploi des 15-64 ans (%) (b)	55,6	n. d.	-2,0 pts	64,1	n. d.	+0,3 pt
Taux de chômage (en % population active) (b)	12,2	+3,7 pts	4,5 pts	10,3	n. d.	+1,4 pt

	Italie			France		
	2012	Évolution		2012	Évolution	
		Depuis 1991	Depuis 2000		Depuis 1991	Depuis 2000
Prestations sociales						
Prestations sociales (% du PIB)	29,0	+5,8 pts	+5,3 pts	32,1	+5,6 pts	+4,4 pts
Retraites						
Niveau de vie relatif des 65 ans et plus (par rapport aux moins de 65 ans, %) (2) (c)	96	n. d.	+11,0 pts	102	n. d.	+12,0 pts
Taux de remplacement agrégé (%) (c)	62	n. d.	+4,0 pts	64	n. d.	+7,0 pts
Santé						
Espérance de vie à la naissance (années)	82,4	+4,6 ans	+2,5 ans	82,1	+4,6 ans	+2,9 ans
Espérance de vie à 65 ans (années)	20,5	+3,2 ans	+1,6 ans	21,4	+3,0 ans	+2,0 ans
Pauvreté et dispersion des revenus						
Taux de pauvreté (% de la population)	19,1	n. d.	+0,1 pt	13,7	n. d.	+0,7 pt
Seuil du taux de pauvreté en SPA pour une personne seule	9 440	n. d.	51,3%	12 572	n. d.	50,7 %
Dispersion des revenus : ratio S80/S20	5,7	n. d.	+0,9 pt	4,5	n. d.	+0,6 pt
Pauvreté au travail (% de la population active) (c)	10,7	n. d.	+1,8 pt	6,6	n. d.	+1,9 pt

N.d. : non disponible à la suite de l'absence de données pour cette année ou à de nombreuses ruptures de séries ;

(a) comparaison avec l'année 1995 (au lieu de 1991) ;

(b) comparaison avec l'année 2005 (au lieu de 2000) ;

(c) comparaison avec l'année 2004 (au lieu de 2000) ;

(1) France métropolitaine ;

(2) Revenus médians ;

(3) Rapport des revenus de pensions des personnes âgés entre 65 et 74 ans et des revenus provenant du travail de personnes âgés entre 50 et 59 ans ;

* Aux prix de l'année précédente chaînés, base 2010.

Notes : les évolutions calculées à partir des données Eurostat peuvent être sujettes à des ruptures de séries signalées dans la base.

Les variables illustrant la pauvreté et la dispersion des revenus sont calculées à partir d'EU-SILC par Eurostat. La période de référence du revenu est l'année N-1 pour l'ensemble des pays, sauf pour le Royaume-Uni qui utilise les revenus de l'année courante et l'Irlande qui prend les revenus sur les 12 derniers mois.

Sources : Eurostat février 2015 : démographie ; enquêtes Force de travail (LFS) ; Enquêtes sur le revenu et le niveau de vie des ménages (EU-SILC 2013) ; Panel communautaire des ménages.

L'Institut national de la prévoyance sociale (*Istituto Nazionale della Previdenza Sociale* [INPS]) a la charge de recouvrer les cotisations et de payer les prestations de prévoyance sociale (vieillesse, invalidité, survie) mais aussi les prestations d'aide au revenu (chômage, allocations familiales, maternité). L'INPS couvre les fonctionnaires, les salariés du secteur privé, les travailleurs indépendants mais aussi d'autres catégories de travailleurs dont l'Institut gère le fonds de prévoyance.

L'Institut national d'assurance contre les accidents du travail (*Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro* [INAIL]) recouvre les cotisations et verse les prestations en cas de maladies, d'accidents ou de décès survenus dans le cadre professionnel.

Les cotisations associées aux risques vieillesse, invalidité et survie sont réparties entre salariés et employeurs. En revanche, les cotisations au titre du chômage, de la maternité, de la politique familiale, des accidents du travail et des maladies professionnelles sont en général à la charge des employeurs.

Les taux de cotisation sociale varient en fonction de la branche professionnelle et du secteur d'activité. Ainsi, la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est fonction des risques de la branche professionnelle du secteur concerné. Le taux de cotisation pour les retraites a, quant à lui, été harmonisé entre les secteurs en 1996 à 33 % du salaire brut.

Une décentralisation progressive du système de protection sociale dans un contexte marqué par la réduction des transferts financiers de l'État aux régions

L'Italie est organisée en 20 régions, 110 provinces et plus de 8 000 communes. Quinze régions relèvent d'un statut ordinaire⁴ et cinq disposent d'un statut spécial⁵ à pouvoirs législatifs et administratifs étendus. Inscrit dans la Constitution de 1947, le principe de décentralisation administrative confère toutefois un degré variable d'autonomie aux régions.

La région est en effet responsable du financement et de l'organisation de l'offre de soins, des services sociaux relatifs aux personnes handicapées, aux mineurs, aux personnes âgées, et aux familles pauvres. Les communes sont, quant à elles, responsables du versement de certaines allocations familiales (allocation pour famille nombreuse et de maternité) et de l'attribution des prestations contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Le système de protection sociale italien a été profondément modifié depuis le milieu des années 1970 et décentralisé. Les prérogatives de l'État sont ainsi passées d'un rôle d'organisation et de gestion de services à celui de garant de l'équité territoriale au regard de l'application du droit.

Précisément, le système de santé est passé en 1978 d'un modèle d'assurances sociales financé par les cotisations sociales et géré par des sociétés mutuelles à un modèle de santé universel, financé par les cotisations sociales et par l'impôt. Il se fonde alors sur une structure organisationnelle décentralisée à trois niveaux : central, régional et local.

En 1992, de nombreuses compétences ont été dévolues aux régions, notamment dans le domaine de l'organisation de l'offre de soins.

En 1998, l'État a transféré aux régions les fonctions législatives et administratives concernant les services sociaux destinés aux personnes handicapées, aux mineurs, aux personnes âgées et aux familles pauvres. Certaines de ces compétences ont également été déléguées aux communes et aux organismes locaux.

En 2001, la politique du logement a également été confiée aux régions, lesquelles déterminent les objectifs et les lignes d'action, les financements et les modalités d'intervention et d'assistance.

La révision constitutionnelle du 18 octobre 2001 a accru le pouvoir législatif des régions et reconnu leur autonomie financière, ainsi que celles des communes, des provinces et des cités métropolitaines (article 119 de la Constitution italienne). Ainsi, à partir de 2002, les régions ont acquis une autonomie fiscale et sont devenues responsables du financement du panier de biens et de services qui relevaient auparavant de la responsabilité de l'État.

L'État a toutefois conservé des compétences en matière d'organisation générale des structures sanitaires. Il définit les grandes orientations et les objectifs du système de santé ainsi que le niveau de couverture minimal que doivent garantir les régions (*Livelli Essenziali di Assistenza* [LEA]).

La crise économique de 2008 a entraîné une réduction des transferts financiers de l'État aux régions. Toutefois, les accords État-régions du 12 février 2009 ont permis de débloquer des fonds régionaux et nationaux en faveur des indemnités chômage et des dispositifs de chômage technique. Les mécanismes d'aide (*Cassa Integrazione guadagni* [CIG]) ont ainsi été élargis de façon ponctuelle aux revenus liés à un emploi et ont permis aux employeurs d'entreprises industrielles de plus de 15 salariés et à ceux des établissements de commerce de plus de 50 salariés de suspendre temporairement le versement des salaires des travailleurs en chômage partiel.

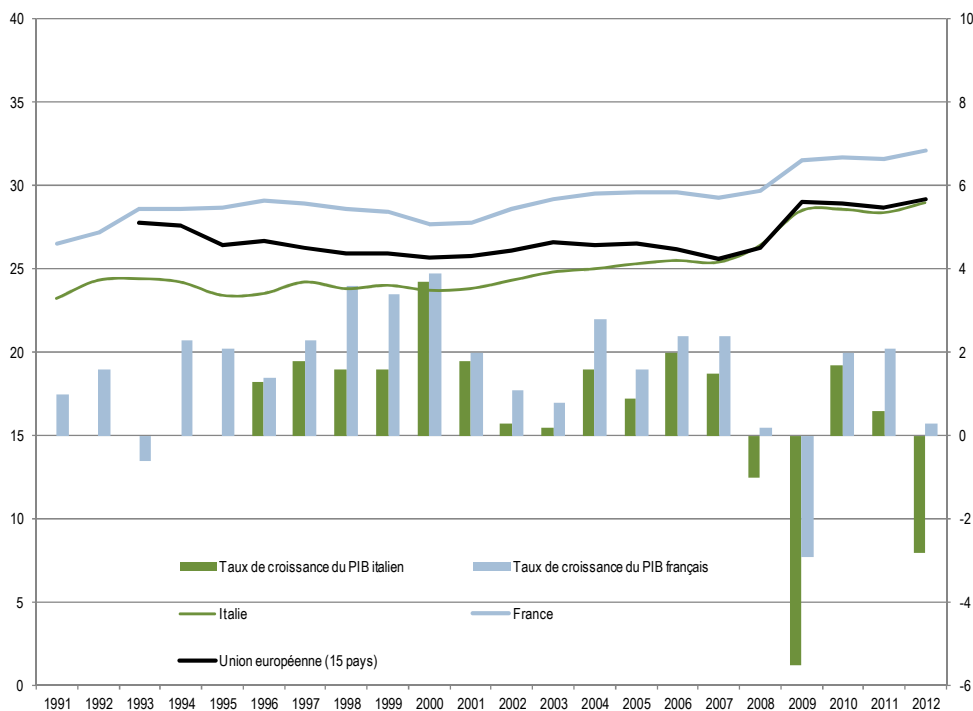
Le gouvernement de Matteo Renzi vient d'engager une réforme territoriale prévoyant la suppression à terme des provinces et la création de grands pôles métropolitains, renforçant ainsi le pouvoir des régions.

4 Piémont, Lombardie, Vénétie, Ligurie, Émilie-Romagne, Toscane, Marches, Ombrie, Latium, Abruzzes, Campanie, Molise, Calabre, Basilicate, Pouilles.

5 Sicile, Sardaigne, Trentin-Haut-Adige, Frioul-Vénétie Julienne, Vallée d'Aoste.

G4.2 Prestations de protection sociale et croissance du PIB

Prestations en % du PIB (échelle de gauche) ; taux de croissance du PIB en % (échelle de droite)

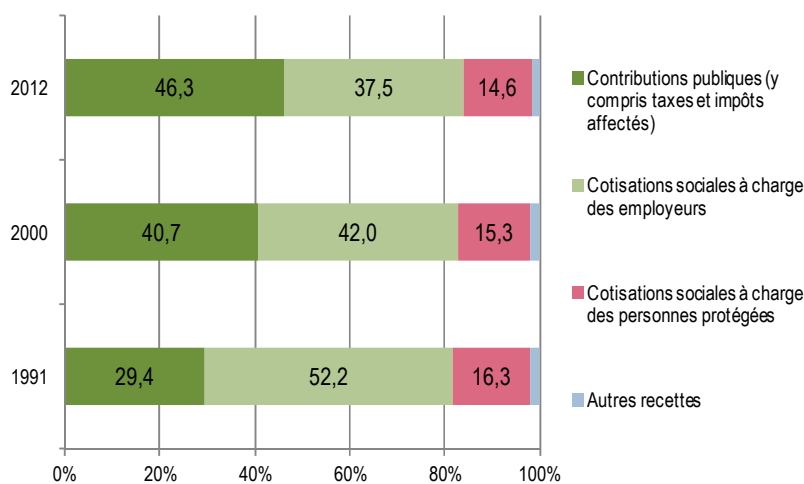


Lecture : en 2012, le taux de croissance du PIB allemand est de 0,4 %.

Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

G4.3 Évolution de la structure de financement de la protection sociale en Italie

Montant en % du financement



Lecture : en 2012, les contributions publiques contribuent à hauteur de 34,6 % des recettes de la protection sociale en Italie.

Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

Des évolutions différenciées selon les risques de protection sociale⁶

Le risque santé (maladie/invalidité/accidents du travail)

Les dépenses relatives à la maladie et aux soins de santé ont légèrement augmenté en proportion de la richesse nationale depuis la fin des années 1990 et atteignent 7,0 % du PIB en 2012. Elles se situent toutefois encore en dessous de la moyenne de l'UE 28 (8,4 % du PIB – *graphiques G4.4 et G4.5*).

Le risque santé est géré par deux institutions : l'INPS, en charge des indemnités maladie et maternité, et le Service national de santé (SSN) qui supervise les prestations de soins de santé. Le SSN a été créé en 1978 avec trois objectifs fondamentaux : l'universalité, un accès gratuit à tous les citoyens italiens et un financement basé sur l'impôt. Il succède à un système de caisses maladie propres aux différentes catégories de travailleurs. Le SSN a fait l'objet d'une première réforme entre 1992 et 1993. Les centres de santé locaux (*Aziende Sanitarie Locali* [ASL]) sont créés et remplacent les administrations sanitaires locales plus nombreuses et moins autonomes. Une autre réforme du système de santé, lancée en 1998, a transféré la responsabilité de l'offre de biens et services médicaux aux régions. L'État définit le niveau de couverture minimal et établit une liste de prestations obligatoires (*Livelli Essenziali di Assistenza* [LEA]).

Le gouvernement, sur proposition du ministère du travail, de la santé et des politiques sociales, adopte un Plan sanitaire national (PSN) qui arrête les grandes orientations de la politique de santé (*numerus clausus*, conditions d'accès aux soins, prix du médicament, politique salariale des professionnels de santé, etc.). D'autre part, les régions définissent librement l'organisation du système de soins et son financement, principalement au travers de l'impôt régional sur les activités productives (*Imposta Regionale sulle Attività Produttive* [IRAP]).

À la suite de la crise de 2008, la loi de Finances de 2011 a resserré le budget du SSN. En 2012, la réforme Balduzzi (du nom du ministre de la santé sous le gouvernement Monti) a poursuivi l'effort sur le volet maîtrise de la dépense. Le gouvernement Monti est aussi intervenu sur trois autres points : le réseau hospitalier avec notamment une réduction des lits et du taux d'hospitalisation ; les modalités de prescription des médicaments pour les médecins de famille ; et les soins primaires avec la création de nouvelles structures⁷.

Le Pacte national pour la santé, signé en 2014 par les régions et le gouvernement, a pour objectif d'améliorer la qualité des services. Il prévoit entre autres notamment l'actualisation des LEA, la réorganisation des hôpitaux, la révision du système de quote-part, dont l'équivalent en France serait le ticket modérateur. Ce pacte a fait l'objet de nombreuses discussions dans la mesure où il définit des niveaux de prestations obligatoires pour les régions malgré leurs disparités en matière de santé.

Concernant le fonctionnement pratique du système de santé, les soins de santé sont dispensés à tous les résidents au niveau des unités sanitaires locales (ASL) qui emploient des fonctionnaires rémunérés par l'État. L'affiliation repose sur le principe de résidence. L'assuré s'inscrit après du SSN, reçoit une carte d'assurance santé (*Tessera Sanitaria*) et choisit un médecin traitant.

Le choix du médecin généraliste est libre avec un accès gratuit parmi les praticiens conventionnés par la région, ceux-ci étant rémunérés à la capitation.

Les soins à l'hôpital sont gratuits dans les hôpitaux publics (hors exigence particulière de confort de la part des patients) et les cliniques privées conventionnées.

Quant aux médicaments, ils sont classés en trois catégories : les médicaments du groupe A, jugés essentiels et remboursés par le SSN, ceux du groupe C et C-bis, à accès direct qui sont à la charge du patient, et les médicaments du groupe H, qui sont réservés aux hôpitaux.

L'Agence italienne du médicament (AIFA) et le ministère de la Santé publient et actualisent mensuellement la liste des médicaments et de leur prix. Tous les médicaments prescrits figurant dans le groupe A font l'objet d'un remboursement.

Pour faire face au déficit budgétaire, les régions peuvent introduire un système de quote-part, que l'assuré règlera pour participer aux dépenses de santé. Ce ticket sanitaire porte aussi bien sur des prestations annexes (analyses médicales et visites chez le spécialiste par exemple) que sur les cures thermales ou les urgences hospitalières lorsque celles-ci ne sont pas considérées comme graves. Des exemptions existent sur la base du revenu, de l'âge ou de l'invalidité.

Les dépenses de santé restant à la charge du patient (*out-of-pocket payment*) ont baissé depuis 1998 en Italie. En 2012, ce ratio s'élève à 18,8 %⁸ des dépenses totales de santé contre un peu plus de 25 % en 1998. Il reste supérieur au reste à charge en France (7,5 %), en Allemagne (13 %), en Suède (16,5 %) ou au Royaume-Uni (9 % – *fiche F3*).

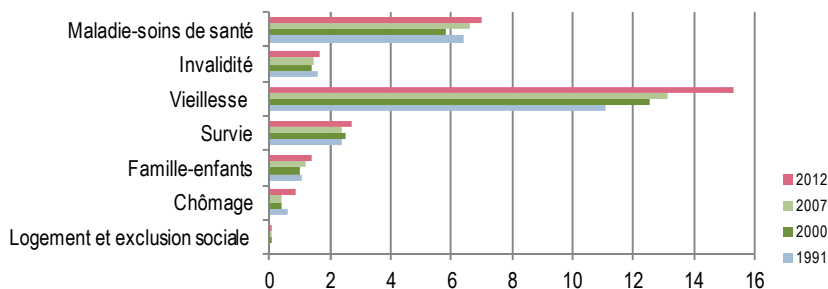
6 La rédaction de cette fiche s'appuie sur les guides *Mutual Information System on Social Protection* (MISSOC) et du Centre de Liaison Européenne et Internationale de Sécurité Sociale (CLEISS), le rapport de l'*Istituto Nazionale della Previdenza Sociale* (INPS) ainsi que sur les sites internet du SSN et de l'INPS.

7 Nous nous référons dans cette fiche aux notes DAEI du conseiller des Affaires Sociales en Italie pour les années 2013 et 2014, qui sont à usage interne.

8 OCDE-Eurostat-OMS, *System of Health Accounts*.

G4.4 Évolution des dépenses par risque en Italie

En % du PIB



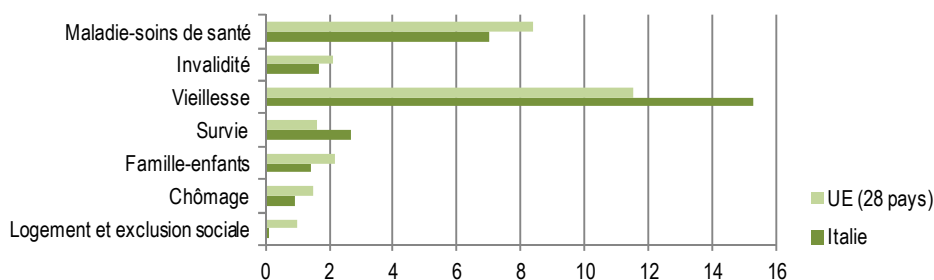
Note : les risques sont présentés selon la typologie du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) et non selon l'organisation du système de protection sociale allemand.

Lecture : en Allemagne, les dépenses pour le risque invalidité représentent 2,3 % du PIB en 2012.

Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

G4.5 Structure des dépenses en Italie en 2012 comparée à celle de l'Union européenne

En % du PIB



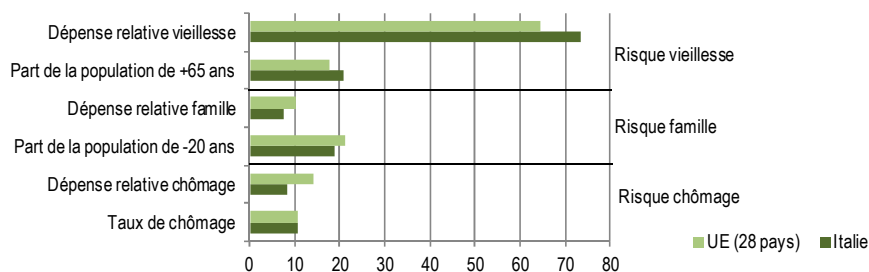
Note : les risques sont présentés selon la typologie du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) et non selon l'organisation du système de protection sociale allemand.

Lecture : en 2012, les dépenses relatives au risque survie s'élèvent à 2 % du PIB en Allemagne et à 1,6 % du PIB en moyenne pour l'Union européenne (UE 28).

Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

G4.6 Contributions à la dépense des structures démographiques et du taux de chômage en 2012 en Italie et dans l'Union européenne

En %



Note : afin d'isoler l'effet de composition qui affecte les comparaisons des dépenses exprimées en pourcentage du PIB, on rapporte le ratio « dépenses vieillesse sur PIB » à la part des personnes de 65 ans et plus dans la population totale. On obtient ainsi le montant consacré par personne de plus de 65 ans en part du PIB par habitant : en 2012, en Italie, les dépenses vieillesse par personne âgée de 65 ans ou plus représentent 45,6 % du PIB par habitant, soit plus de 10 points de plus que la moyenne européenne (UE 28). De même, pour le risque famille, on rapporte la dépense du risque famille exprimée en pourcentage du PIB à la part d'enfants de moins de 20 ans dans la population totale. Le montant des dépenses familiales allouées par enfant de moins de 20 ans représente ainsi 17,6 % du PIB par habitant.

Lecture : en 2012, les taux de chômage en Italie et au sein de l'UE 28 sont respectivement de 5,4 % et 10,5 % de la population active. L'effort social consacré aux chômeurs, mesuré par le ratio des dépenses de chômage exprimées en pourcentage du PIB sur la part des chômeurs dans la population, s'établit à 22,2 % du PIB par habitant en Italie et à 14,4 % pour la moyenne de l'UE 28.

Sources : Eurostat-SESPROS, février 2015.

Les indemnités maladie et maternité sont gérées par l'INPS. L'indemnité maladie est financée par les cotisations sociales des employeurs sauf pour certaines catégories d'employeurs. Elle est versée avec un délai de carence de trois jours et pendant une durée maximale de 180 jours. Les 17 jours suivant la période de carence sont rémunérés à 50 % du revenu moyen journalier et les jours suivants aux deux tiers de ce revenu.

Les indemnités de maternité sont payées directement par l'employeur. Elles sont versées durant les deux mois précédant l'accouchement et les trois mois qui lui succèdent.

Le risque invalidité s'élève à 1,7 % du PIB en 2012 et est en légère augmentation depuis 2000 (*graphique G4.4*). Il existe deux types de **prestations invalidité** : l'allocation invalidité (*assegno ordinario d'invalidità*) et la pension d'incapacité (*pensione di inabilità*). La première concerne les personnes à capacité de travail réduite à la suite d'une maladie ou à une infirmité. La seconde est versée en cas d'incapacité totale. Ces prestations sont gérées par l'INPS. Le montant de la pension d'incapacité est calculé à partir du montant de l'allocation invalidité et du nombre d'années de cotisation. Le versement des prestations est soumis à cinq années de cotisations dont trois ans au moins pendant les cinq dernières années, tandis que les prestations afférentes à l'invalidité professionnelle, versées par l'INAIL, sont attribuées sans condition de durée de cotisation. Une allocation pour assistance par une tierce personne peut être versée en cas d'incapacité totale permanente.

En cas d'accident du travail, des indemnités d'incapacité temporaires et d'incapacité permanentes sont versées par l'INAIL.

Le risque vieillesse (retraite/survie/dépendance)

Les dépenses vieillesse⁹ et survie représentaient 13,5 % du PIB en 1991 et ont atteint 17,9 % en 2012.

Les dépenses du risque vieillesse sont passées de 11,1 % du PIB en 1991 à 15,3 % du PIB en 2012, et dépassent désormais de plus de 3 points la moyenne de l'UE 28 (11,5 % du PIB – *graphiques G4.4 et G4.5*). Ceci s'explique par le fait que la population italienne est sensiblement plus âgée en moyenne que celle de l'Union européenne : les 65 ans et plus représentent 20,8 % de la population totale en Italie contre 17,9 % dans l'UE 28 en 2012. Le ratio des dépenses de retraite par personne âgée de plus de 65 ans ramené au PIB par habitant est par ailleurs plus élevé en Italie qu'en Europe (73,5 % contre 64,4 % pour l'UE 28 – *graphique G4.6*).

En 2012, le taux de remplacement agrégé est supérieur à la moyenne européenne (62 % contre 55 % pour

l'UE 28). Selon le rapport de l'INPS (2013), en 2012, des retraites sont inférieures à 1 000 euros, 53,7 % sont comprises entre 1 000 et 2 000 euros, 20,6 % sont comprises entre 2 000 et 3 000 euros, tandis que 6,7 % sont supérieures ou égales à 3 000 euros.

Le système de retraite italien comporte trois niveaux : un premier pilier public (INPS), un deuxième pilier privé (fonds de pension) et un troisième pilier individuel (épargne personnelle). Il a connu de profondes réformes au cours des deux dernières décennies.

La réforme de 1995 marque le passage progressif d'un système à prestations définies à un système à cotisations définies¹⁰, fonctionnant selon le principe des comptes notionnels. Cette réforme inclut aussi une augmentation de l'âge légal de la retraite.

La réforme de 2011, dite « réforme Fornero » (du nom du ministre du Travail et des Politiques Sociales du gouvernement Monti), a pour objectif principal de rééquilibrer les comptes à court terme et d'assurer leur soutenabilité à long terme. Cette réforme a pour principes fondamentaux : une hausse de l'âge de départ à la retraite, l'adoption d'un calcul du montant des pensions sur l'ensemble des salaires, une harmonisation des taux de cotisation, un durcissement des conditions de la retraite anticipée et la poursuite du passage à un système contributif pour tous les travailleurs.

L'ancien système à prestations définies est conservé pour ceux ayant pris leur retraite avant 1996. Un système mixte s'applique aux personnes ayant commencé à travailler avant 1996, tandis que le système contributif concerne les personnes ayant cotisé pour la première fois après 1996.

Au 1^{er} janvier 2012, l'âge légal de la retraite est passé à 66 ans pour les fonctionnaires, les hommes salariés dans le secteur privé ou exerçant une activité indépendante. Pour les femmes salariées du secteur privé, l'âge légal de la retraite est de 62 ans tandis qu'il est de 62 ans et trois mois pour les femmes exerçant une activité indépendante. L'âge de départ à la retraite a été ancré à l'évolution de l'espérance de vie et augmente progressivement. L'âge légal de départ à la retraite des femmes sera équivalent à celui des hommes d'ici 2018¹¹. De plus, une clause de sauvegarde impose le passage de l'âge légal de la retraite à 67 ans en 2021 au plus tard. *Les droits à la retraite* sont ouverts à partir de 20 ans d'affiliation. Le montant des retraites se calcule en fonction de deux facteurs : le montant des contributions versées au cours de la vie professionnelle et un coefficient de transformation fixé en fonction de l'espérance de vie et de l'âge de départ à la retraite.

9 Selon la nomenclature SESPROS (Eurostat), les dépenses de vieillesse comprennent les dépenses de retraite et la fourniture de biens et de services aux personnes âgées, hors soins de santé.

10 Un système à prestations définies garantit le montant de la pension. Un système à cotisations définies fixe le montant des cotisations mais celui des prestations varie en fonction des recettes.

11 Par exemple, l'âge légal de la retraite pour les travailleuses indépendantes et les travailleuses du secteur privé atteindra 66 ans et trois mois en 2018. L'âge légal de la retraite pour les travailleurs indépendants et les fonctionnaires s'élève déjà à 66 ans et trois mois depuis le 1^{er} janvier 2013 et sera ajusté à l'espérance de vie dès 2016 (Rapport INPS, 2013).

La réforme Fornero a permis l'harmonisation des taux de cotisations de retraite des secteurs public et privé à 33 % du salaire brut (9,19 % à charge du salarié et 23,81 % à charge de l'employeur) mais certaines différences mineures subsistent entre secteurs.

L'*indexation des retraites* sur l'inflation a été suspendue en 2012 et 2013. En 2012, l'indexation des retraites a été gelée pour les retraites supérieures à trois fois la pension minimum égale à environ 470 euros. En 2013, la suspension de l'indexation a concerné les retraites supérieures à deux fois la pension minimum.

L'accès aux dispositifs de *retraite anticipée* a été durci depuis le 1^{er} janvier 2012. La période de cotisation requise pour pouvoir bénéficier d'une pension de vieillesse anticipée (*pensione anticipata*) a été progressivement augmentée¹². Le gouvernement a introduit en parallèle des mesures dissuasives sous forme de pénalités financières pour les travailleurs demandant une pension anticipée avant l'âge de 62 ans. Les personnes souhaitant partir à la retraite après l'âge légal bénéficient de meilleurs coefficients de transformation pour le calcul de leurs pensions. L'âge maximal pour le calcul des prestations est fixé à 70 ans et 3 mois et est ajustable en fonction de l'espérance de vie.

Il n'existe pas de *pension minimale* pour les personnes assurées pour la première fois après 1996. Cependant, les travailleurs ayant plus de 65 ans et ayant un salaire annuel inférieur au seuil fixé (5 818 euros en 2014) peuvent bénéficier d'une prestation : l'*assegno sociale*. Le montant de la prestation en 2014 est de 447,61 euros par mois pendant 13 mois pour une personne sans revenu. Ce montant s'ajuste en fonction du revenu et du nombre de personnes à charge.

Les retraites supplémentaires consistent en des fonds ouverts, des fonds fermés négociés collectivement¹³, ainsi que des fonds de pension individuels sous forme d'assurance vie. Les fonds fermés peuvent être financés par les employeurs et les employés. Ces derniers peuvent décider d'y verser leurs indemnités de licenciement¹⁴.

Suite à la réforme Fornero, le gouvernement italien doit trouver une solution pour les *esodati*. Ce terme désigne les salariés licenciés à l'amiable qui bénéficiaient d'indemnités compensatoires jusqu'à la retraite. Avec le recul de l'âge légal à la retraite mis en place par le gouvernement Monti, les *esodati* se retrouvent sans revenu sur la période suivant la fin des indemnités et ce

jusqu'à l'âge de la retraite. Des mesures transitoires ont été mises en œuvre en 2014 afin d'assurer un revenu à ces personnes.

En ce qui concerne **les dépenses relatives au risque survie**, elles représentent 2,7 % du PIB en 2012. Elles ont légèrement augmenté depuis 1991 et se situent nettement au-dessus de la moyenne de l'Union européenne (1,6 % en 2012 – graphiques G4.4 et G4.5).

La *pension de réversion (pensione di reversibilità)* est versée si le conjoint décédé bénéficiait d'une pension de vieillesse ou d'invalidité. Une pension indirecte (*pensione indiretta*) est versée si le décédé remplissait les conditions requises au moment de son décès pour toucher la pension de vieillesse ou l'allocation invalidité¹⁵. Son montant correspond à 60 % de la pension invalidité-vieillesse de l'assuré et est modulé en fonction du nombre d'enfants (20 % par enfant). Des réductions sont appliquées si le revenu du bénéficiaire est supérieur aux plafonds fixés. Une *pension « privilégiée » (pensione privilegiata)* est versée sans condition de contribution si la personne décède pendant ses heures de travail et si les survivants n'ont droit à aucune autre pension. Le remariage entraîne la suppression de la pension de réversion et le versement d'une indemnité de deux annuités en compensation.

L'Italie ne possède pas d'entité institutionnelle ou de branche dédiées à la gestion du **risque dépendance**. Le dispositif public italien de prise en charge de la dépendance apparaît comme peu important comparé à l'aide informelle fournie par les familles¹⁶. La dépense du risque de dépendance représente 1,28 % du PIB en 2011. Celle-ci est constituée de trois volets : la composante sanitaire (0,51 % du PIB), les dépenses sociales des communes (0,17 % du PIB) et l'indemnité d'accompagnement (0,61 % du PIB)¹⁷.

Depuis 1988, les personnes éprouvant des difficultés persistantes dans leur vie quotidienne peuvent percevoir une *indemnité d'accompagnement (indennità di accompagnamento)*. Cette prestation en espèces correspondant à 504 euros mensuels en 2014 est versée par la Sécurité sociale sans condition de ressources. En 2012, 11,5 % de la population âgée de 65 ans et plus reçoit cette indemnité d'accompagnement¹⁸.

Les *prestations en nature* sont fournies par les régions (services sanitaires) et les communes (aménagement du logement, aide à domicile, aide à la mobilité). En 2011, 4,1 % de la population des personnes âgées reçoit une assistance d'aide à domicile.

12 Pour 2012, la durée de cotisation requise est passée de 40 à 41 ans et 1 mois pour les femmes et à 42 ans et 1 mois pour les hommes.

13 Les fonds ouverts sont des fonds de placements collectifs dont les parts peuvent être achetées ou vendues sur demande. Les fonds fermés sont des fonds de placement collectifs dont les parts sont fixes.

14 OCDE, « Descriptif pays Italie », *Panorama des pensions 2013 – Les indicateurs de l'OCDE et du G20*.

15 Le conjoint décédé doit avoir cotisé pendant quinze années ou au cours d'une période minimale de cinq ans dont au moins trois années pendant les cinq dernières années.

16 Kamette F., 2011, « Analyse comparée – La prise en charge de la dépendance dans l'Union européenne », *Question d'Europe* n° 196, février, p. 8.

17 « L'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia », Rapporto, Maggioli Editore.

18 Donnée de l'ISTAT.

Le risque famille-enfants

Les prestations consacrées à la politique familiale en Italie se sont accrues entre 1991 et 2012, passant de 1,1 % du PIB à 1,4 %. Cependant, ces dépenses se situent toujours en deçà de la moyenne de l'UE 28 (2,2 % du PIB en 2012 – *graphiques G4.4 et G4.5*). Cette relative faiblesse peut partiellement s'expliquer par le fait qu'en Italie, comme en France, la politique familiale passe aussi par des dépenses fiscales qui ne sont pas comptabilisées ici.

Ce niveau résulte également d'une proportion de la population âgée de moins de 20 ans inférieure à la moyenne de l'UE 28 (18,8 % contre 21,1 % en 2012). Toutefois, ce niveau reflète aussi l'effort social modeste que consacre l'Italie à la famille par rapport à la moyenne européenne. Cet effort est illustré par un faible ratio des dépenses familiales par enfant (de 0 à 19 ans) ramené au PIB par habitant : il s'élève en effet à 7,4 % en Italie contre 10,4 % pour l'UE 28 (*graphique G4.6*).

Prestations familiales

Il existe toutefois en Italie un ensemble de mesures pour les familles avec enfants. Une *allocation par ménage* est versée sous condition de ressources dès le premier enfant. Son montant est inversement proportionnel au revenu du ménage et il est fonction du nombre de ses membres, sans modulation selon l'âge des enfants. Cette prestation, versée lorsque les enfants à charge sont âgés de moins de 18 ans (ou sans limite d'âge pour les enfants infirmes), n'est pas soumise à l'impôt et n'est pas cumulable avec d'autres prestations perçues par un autre membre du foyer.

Une autre *allocation pour famille nombreuse (assegno al nucleo familiare con tre figli minori)* est perçue par les parents ayant trois enfants ou plus à charge. Le montant de cette prestation, versée généralement pendant 13 mois par la commune de résidence sous condition de ressources, est d'environ 140 euros par mois en 2014.

Les bénéficiaires de l'indemnisation chômage peuvent également percevoir une prestation supplémentaire pour charge familiale (*assegni familiari*).

Maternité-naissance

Par ailleurs, l'État finance aussi une *allocation maternité (assegno di maternità dello Stato)* qui est versée par l'INPS sans condition de revenu mais avec une durée minimale de contributions. Pour la naissance ou l'adoption d'un enfant en 2014, le montant de l'allocation est d'environ 2 080 euros. La commune de résidence finance également une allocation de maternité sous condition de ressources (*assegno maternità dei Comuni*). Cette allocation est versée par l'INPS en cinq mensualités si la mère ne reçoit pas déjà d'allocation maternité ou si celle-ci est inférieure à l'allocation maternité de la commune. Dans le premier cas, le ménage reçoit environ 1 690 euros répartis en cinq mensualités. Dans le second cas, la différence entre les deux montants est versée. Un montant annuel de 960 euros (80 euros mensuels) sera versé aux familles

pour les naissances en 2015, 2016 et 2017. Ce bonus sera versé aux familles dont le revenu annuel est inférieur à 90 000 euros.

Le risque chômage

Le poids des **prestations chômage** a augmenté entre 1991 et 2012, passant de 0,6 % du PIB à 0,9 % du PIB, ce qui place l'Italie en dessous de la moyenne de l'UE 28 (1,5 % en 2012 – *graphiques G4.4 et G4.5*).

En 2012, le taux de chômage en Italie s'élève à 10,7 % de la population active, contre 10,5 % dans l'UE 28. L'effort social consacré aux chômeurs est faible, comme le montre le ratio des dépenses d'assurance chômage par chômeur ramené au PIB par habitant (8,4 % en Italie, contre 14,3 % pour l'UE 28 – *graphique G4.6*). Afin de réformer le marché du travail, le *Jobs Act* a été adopté en décembre 2014. Il prévoit la création d'un contrat à durée indéterminée à protection croissante avec l'ancienneté du travailleur.

Le régime d'assurance chômage est géré par l'INPS. Les organismes de formation et de recherche d'emploi sont quant à eux rattachés aux exécutifs régionaux.

La nouvelle loi sur l'assurance chômage, votée par le Parlement le 28 juin 2012, a modifié la durée du versement et le niveau des prestations chômage, remplaçant le système existant d'indemnité chômage par une *nouvelle prestation généralisée l'ASpl (Assicurazione Sociale per l'Impiego)*. L'ASpl s'appliquera en 2016 et l'INPS met en place une période de transition depuis 2013. La réforme a aussi supprimé l'indemnité de mobilité qui était versée aux personnes licenciées à la suite d'une réduction du personnel ou de la cessation d'activité de l'entreprise. Cette indemnité sera remplacée par l'ASpl.

L'ASpl concerne tous les chômeurs affiliés à l'INPS depuis deux ans et ayant au moins cotisé pendant 52 semaines lors des deux années précédant le licenciement. Les chômeurs ayant cotisé au moins 13 semaines durant l'année précédant le licenciement ont droit à la *Mini ASpl*.

Le montant de la prestation est égal à 75 % du salaire brut de référence soumis à un plafond. Si le salaire brut de référence dépasse ce plafond, l'INPS ajoute à ce montant 25 % de la différence entre le plafond et le salaire mensuel. Dans ce cas, le total de la prestation est de nouveau soumis à un plafond maximal. En 2014, la prestation ne peut être supérieure à 1 160 euros environ. La prestation est réduite à 60 % du montant initial après six mois et à 45 % après 12 mois.

La durée de versement de l'ASpl est de 12 mois pour les travailleurs de moins de 55 ans et de 18 mois pour les chômeurs de 55 ans ou plus.

Le montant de la Mini-ASpl est équivalent mais sa durée de versement est réduite. La durée de l'indemnisation est égale à la moitié du nombre de semaines travaillées au cours de l'année précédant la période de chômage.

Les entreprises embauchant des bénéficiaires de l'ASpl recevront un bonus égal à 50 % du montant restant de l'indemnité. D'autres incitations à l'embauche ont été mises en place notamment pour favoriser l'embauche des personnes de moins de 30 ans¹⁹ et des personnes âgées de 50 ans et plus étant au chômage depuis au moins 12 mois.

En ce qui concerne le dispositif de chômage partiel (Cassa Integrazione Guadagni [CIG]), deux types de prestations sont versées : le chômage partiel ordinaire et le chômage partiel extraordinaire. Le chômage partiel ordinaire est versé aux ouvriers et aux cadres des industries en général en tant que complément de salaire. Cette prestation est allouée en cas de réduction ou d'arrêt de l'activité de l'entreprise à la suite de difficultés financières, et ce pour une durée maximum de 52 semaines. Le chômage partiel extraordinaire est alloué en complément de salaire lorsque l'entreprise est en situation de crise, de restructuration ou de reconversion. Le montant de la prestation est plafonné et égal aux heures non travaillées valorisées à hauteur de 80 % du taux de rémunération observé. La durée du versement de ce complément varie en fonction de la cause d'arrêt d'activité.

Le risque logement

L'Italie consacre une part très faible de son PIB au **risque logement**. D'un montant de 327 millions d'euros en 2012, cette somme est négligeable rapportée au PIB. À titre de comparaison, en France et en Allemagne, le risque logement représente respectivement 0,8 % et 0,6 % du PIB en 2012 (0,6 % pour l'UE 28).

Il existe trois catégories de *logements sociaux* : le logement subventionné (*edilizia sovvenzionata*), le logement aidé (*edilizia agevolata*) et le logement conventionné (*edilizia convenzionata*). Le logement subventionné cible les personnes à faible revenu. Le montant du loyer est calculé en fonction du nombre de personnes dans le foyer et du revenu du ménage. Le logement aidé peut être destiné soit à la location, soit à la vente et concerne les ménages à revenus faibles et moyens. Enfin, le logement conventionné à louer ou à vendre est issu d'accords entre la municipalité et les fournisseurs de logements²⁰.

Les logements sociaux sont gérés par trois types de prestataires : les acteurs du secteur public, les coopératives et certains promoteurs privés.

Les régions financent l'offre de logements sociaux et définissent les modalités d'accès au niveau local. Elles évaluent le besoin d'accès au logement et allouent des terrains aux promoteurs. L'État définit les orientations de

la politique du logement social à l'échelle du pays et finance des programmes de réaménagement urbain et de soutien au logement social. En 2014, l'Association bancaire italienne et le ministère de l'Économie et des Finances ont signé un protocole d'entente sur la création d'un fonds de 650 millions d'euros qui financera des prêts d'achat de logement et de travaux immobiliers pour les jeunes et les personnes en précarité.

Le risque pauvreté-exclusion sociale

Les dépenses de prestations de protection sociale du **risque pauvreté-exclusion sociale** s'établissent en Italie à 0,1 % du PIB en 2012. Cette part a progressé (elle était négligeable dans le PIB en 1991), mais demeure nettement inférieure à celle observée en moyenne dans l'UE 28 (0,4 % en 2012 – *graphiques G4.4 et G4.5*).

La population italienne est particulièrement touchée par la pauvreté et l'exclusion sociale. Entre 2007 et 2012, le nombre de pauvres ou d'exclus²¹ a augmenté de 15,1 millions à 17,3 millions, passant de 25,3 % à 28,4 % de la population totale. Sur la même période, alors que le seuil de pauvreté nationale passait de 9 380 euros à 9 440 euros, le taux de pauvreté monétaire s'est accru : il est passé de 18,7 % à 19,1 % de la population totale, il est bien supérieur à celui de l'UE 28 (16,6 %). Les disparités territoriales sont patentes : les régions du nord et du centre ont un taux de pauvreté moins élevé que dans le *Mezzogiorno*.

Il existe en Italie des prestations en nature (services) ou en espèces en faveur des personnes démunies. Ces prestations relèvent de la compétence des régions. Ainsi, les modalités d'accès, la couverture et les montants dépendent à la fois de la région et de la commune qui définissent la politique d'intervention sociale sur leurs territoires en fonction de leurs ressources.

En général, la condition de nationalité n'est pas requise mais il faut résider dans la région ou la commune pour pouvoir prétendre à l'aide sociale.

Il existe de grandes disparités de dépenses entre régions mais aussi au sein d'une même région. Celles-ci s'expliquent par les ressources disponibles, l'importance de la population démunie et la politique sociale mise en œuvre. En Sardaigne en 2011, la dépense pour les prestations en faveur des plus pauvres, des désavantagés et des sans-abri est de 46 euros par habitant alors qu'elle est de 16 euros au Piémont ou de 4 euros en Calabre. Et au sein même de la Lombardie, Bergame dépense 8 euros par habitant pour ces prestations alors que Milan en dépense plus du double²².

19 Cette incitation à l'embauche des 18-29 ans prendra fin au 30 juin 2015.

20 Observatoire du logement en Europe, CECODHAS, 2011, *Logement Social 2012*, octobre.

21 Les personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale sont celles qui sont touchées par au moins une des trois formes de pauvreté évaluées par Eurostat : la pauvreté monétaire, la privation matérielle ou l'appartenance à un ménage à faible intensité de travail.

22 Statistiques de l'ISTAT.

ÉCLAIRAGES FRANCE

Le système de protection sociale vu par les Français : protecteur mais à réformer

Étienne Perron-Bailly

Une très large majorité de Français sont satisfaits du système de protection sociale. En 2014, selon le Baromètre d'opinion de la DREES, 81 % des personnes interrogées pensent que le système de protection sociale français peut servir de modèle à d'autres pays et 75 % jugent qu'il fournit un niveau de protection suffisant. Cependant, deux tiers des Français jugent ce système de protection sociale trop coûteux. Un nombre croissant d'entre eux considèrent qu'il est excessif de consacrer un tiers du revenu national à la protection sociale. Cette volonté de réduire le niveau des dépenses de protection sociale va de pair avec un souhait de réforme grandissant. Huit Français sur dix souhaitent par exemple moduler les allocations familiales. De même, 96 % des Français trouveraient normal qu'on impose aux demandeurs d'emploi, en échange des prestations qu'on leur verse, d'accepter les emplois qui leur sont proposés, dans la mesure où ils correspondent à leurs qualifications et ne sont pas trop éloignés de leur domicile. Seulement 40 % voudraient leur imposer d'accepter des emplois quels que soient la qualification et le lieu.

Par ailleurs, si le soutien au principe d'universalité de la protection sociale demeure assez élevé, il diminue fortement pour certaines aides depuis 2010. Ainsi, en 2014, 45 % des Français préféreraient que les retraites bénéficient uniquement aux cotisants, contre 25 % en 2010. De même, la moitié des Français souhaiteraient que les allocations chômage bénéficient aux seuls cotisants, contre 28 % en 2010.

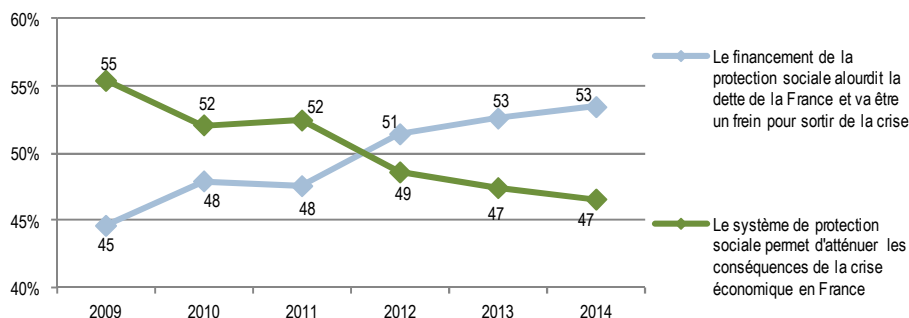
Le souhait de réforme du système de protection sociale est partagé par l'ensemble de la population française mais les opinions sur les mesures à mettre en œuvre sont contrastées. Les Français les plus âgés estiment davantage que la réduction de l'universalité des prestations est une piste à explorer. Au contraire les personnes plus jeunes sont plus favorables à une hausse des cotisations pour maintenir le niveau actuel des prestations. Les ménages les plus aisés se prononcent plus souvent en faveur d'un recentrage sur les cotisants et de la hausse des cotisations que les ménages avec un faible niveau de vie.

Une très large majorité de Français sont satisfaits du système de protection sociale mais ils souhaitent le voir évoluer

La crise financière, celle des dettes souveraines et les mesures de maîtrise des dépenses publiques qui ont suivi, ont entraîné des changements notables dans l'opinion des Français sur leur système de protection sociale. En 2014, si neuf Français sur dix restent préoccupés par le chômage (niveau stable depuis 2004) et par l'avenir du système de retraite, sept sur dix le sont également par la dette de la France. Bien que la moitié des Français (47 %) pensent que la protection sociale « permet d'atténuer les conséquences de la crise économique » (graphique 1), l'autre moitié (53 %) juge que « le financement de la protection sociale alourdit la dette et va être un frein pour [en] sortir », une proportion en hausse de 8 points depuis 2009.

Par ailleurs, si trois-quarts des Français considèrent que notre système de protection sociale fournit un niveau de protection suffisant (75 %) et qu'il peut servir de modèle à d'autres pays (81 %, graphique 2), deux tiers d'entre eux estiment qu'il est trop coûteux. Cette dualité entre exemplarité et coût trop élevé existait déjà en 2006¹ : 73 % des Français pensaient que leur système de protection sociale pouvait servir de modèle mais 65 % estimaient qu'il coûtait trop cher.

Graphique 1 : La protection sociale est-elle un frein pour sortir de la crise économique actuelle ou atténue-t-elle ses conséquences ?



Note : réponses à la question « À propos de la crise économique actuelle, je vais vous citer deux affirmations, vous me direz avec laquelle vous êtes le plus d'accord ». Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du graphique. Cette question a été posée pour la première fois en 2009.

Lecture : en 2014, 53 % des personnes interrogées pensent que « le financement de la protection sociale alourdit la dette de la France et va être un frein pour sortir de la crise ».

Champ : personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Sources : Baromètre d'opinion DREES 2009-2014.

ENCADRÉ 1 : LE BAROMÈTRE D'OPINION DE LA DREES

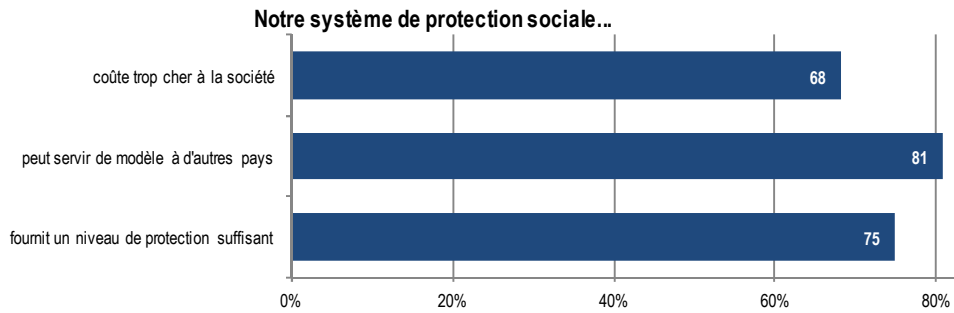
Le [Baromètre d'opinion de la DREES](#) est une enquête de suivi de l'opinion des Français sur la santé, les inégalités, et la protection sociale (Assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion). Commandée par la DREES tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), elle est réalisée par l'institut BVA depuis 2004, après l'avoir été par l'IFOP de 2000 à 2002. L'enquête est effectuée en face-à-face en octobre-novembre auprès d'un échantillon d'au moins 3 000 personnes représentatives de la population habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération). En 2014, le questionnaire a été refondu, avec une réduction de l'échantillon de 4 000 à 3 000 personnes et l'intégration de questions portant sur la cohésion sociale.

Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

Les réponses à une enquête d'opinion sont particulièrement sensibles à la formulation des questions ou à leur place dans le questionnaire. Ces enquêtes d'opinion permettent néanmoins des comparaisons entre sous-catégories (selon le revenu, l'âge, etc.) ou dans le temps. Elles peuvent notamment capter l'évolution de la distribution des réponses, au fil des années, lorsque la formulation des questions et l'organisation du questionnaire restent les mêmes. De telles variations donnent une information sur la manière dont les opinions évoluent dans le temps, en fonction de la conjoncture, des actions politiques mises en œuvre et du débat médiatique. Toutefois, de trop petites variations (de l'ordre d'1 ou 2 points de pourcentage) peuvent ne refléter que des imperfections de mesure.

¹ D'après les données de l'Eurobaromètre spécial 273 : http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_273_fr.pdf, p. 77-80. Il s'agit des comparaisons internationales chiffrées les plus récentes sur ce sujet.

Graphique 2 : Un système de protection sociale jugé coûteux, mais pouvant servir de modèle



Note : réponses à la question : « Pensez-vous que les affirmations suivantes s'appliquent au système de Sécurité sociale français ou pas ? Notre système de protection sociale... ». Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du graphique.

Lecture : en 2014, 81 % des personnes interrogées pensent que notre système de protection sociale « peut servir de modèle à d'autres pays ».

Champ : personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

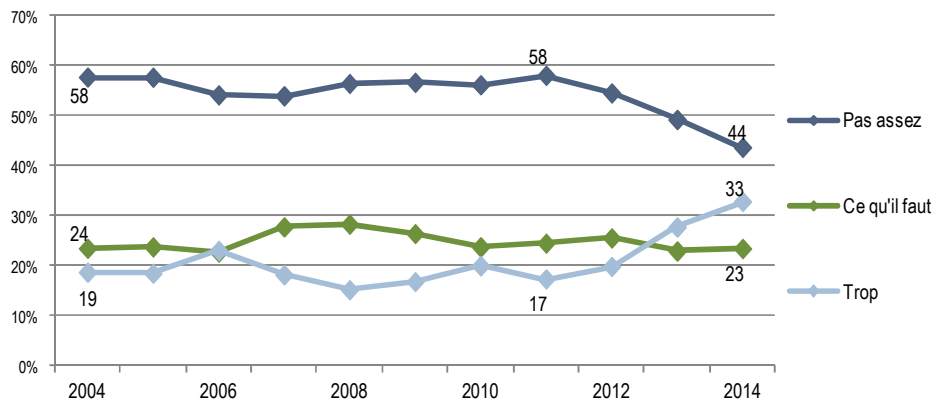
Sources : Baromètre d'opinion DREES 2014.

Un souhait croissant de réforme de la protection sociale...

La part des Français qui pensent qu'il faut « radicalement changer la société française » (27 %) est en hausse depuis dix ans (+9 points depuis 2004). Certes sept Français sur dix estiment toujours qu'il faut « réformer la société française sur certains points tout en conservant l'essentiel » (69 %), mais cette part est en diminution (-8 points par rapport à 2004). Seuls 4 % des Français pensent qu'il faut « conserver la société française en l'état ».

De même, un tiers des Français estiment que l'État intervient trop dans les domaines économiques et sociaux. Cette part a doublé depuis 2011 (graphique 3). À l'inverse, la proportion des Français qui pensent que l'État n'intervient pas assez a baissé continûment depuis 2009, passant de 58 % à 44 % ; malgré cela, cette dernière opinion reste la plus répandue dans la population française.

Graphique 3 : Une part croissante des Français pensent qu'il y a trop d'intervention de l'État en matière économique et sociale



Note : réponses à la question : « Pensez-vous qu'il y a trop d'intervention de l'État en matière économique et sociale ? ». Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du graphique.

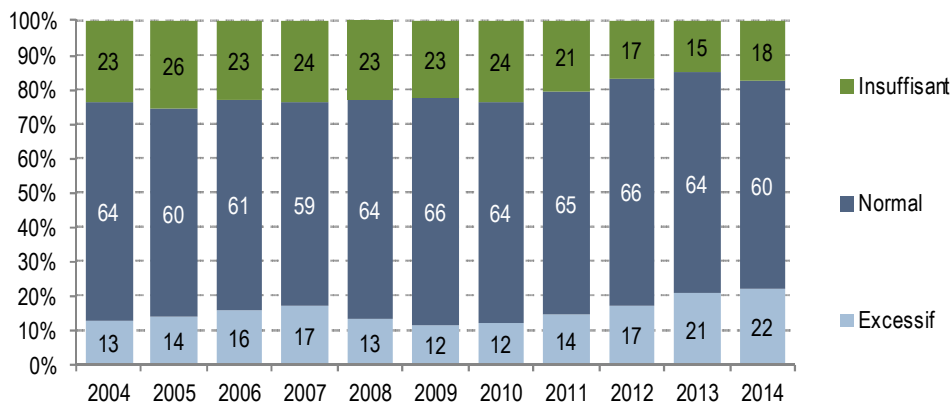
Lecture : en 2014, 33 % des personnes interrogées pensent qu'il y a « trop » d'intervention de l'État dans les domaines économiques et financiers.

Champ : personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Sources : Baromètre d'opinion DREES 2004-2014.

Les Français souhaitent également des réformes de la protection sociale. Certes, en 2014, près de huit Français sur dix estiment toujours qu'il est normal voire insuffisant que « le tiers du revenu national [soit] consacré au financement de la protection sociale », mais cette proportion est la plus faible relevée depuis 2004 (graphique 4). Les Français sont en effet de plus en plus nombreux à estimer que le niveau de financement de la protection sociale est excessif (hausse de 9 points en 10 ans).

Graphique 4 : Un niveau de dépenses de la protection sociale jugé « normal » par la majorité des Français



Note : réponses à la question : « La France consacre environ le tiers du revenu national au financement de la protection sociale. Considérez-vous que c'est... ? ». Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du graphique. Jusqu'en 2012, compte tenu de la part que représentait la protection sociale dans le PIB lors de la création du Baromètre, la formulation de la question incluait le terme « le quart ». En 2013, deux versions différentes ont été testées, une moitié de l'échantillon étant interrogée avec « le quart » et l'autre moitié avec « le tiers ». Ce changement de formulation a eu un impact très limité sur les réponses. C'est pourquoi la formulation « le tiers », plus proche de la réalité, a été adoptée.

Lecture : en 2014, 60 % des personnes interrogées pensent qu'il est « normal » de consacrer un tiers de la richesse nationale au financement de la protection sociale.

Champ : personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

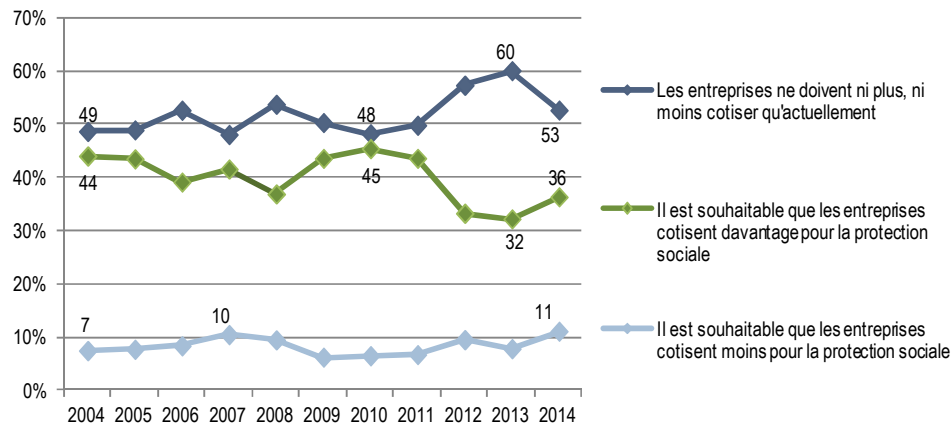
Sources : Baromètre d'opinion DREES 2004-2014.

...qui ne passerait pas par une hausse des cotisations des entreprises...

En 2014, après le pic observé en 2012-2013, la moitié des Français (53 %) jugent qu'il ne faut pas modifier la contribution des entreprises au financement de la protection sociale, soit tout autant qu'en 2004-2011 (graphique 5).

La part des Français qui estiment que les entreprises devraient cotiser davantage a diminué de près de 10 points depuis 2010. Cela pourrait être lié aux débats sur la compétitivité des entreprises, nombreux lors de cette période. En 2014, cette proportion est en hausse, mais reste à un niveau significativement inférieur à celui mesuré entre 2004 et 2011. Enfin, la part des Français qui pensent que les entreprises devraient cotiser moins qu'actuellement est la plus forte observée depuis 2004.

Graphique 5 : Pour une majorité des Français, il ne faut pas modifier la contribution des entreprises au financement de la protection sociale



Note : réponses à la question : « Actuellement, les entreprises cotisent pour la protection sociale. Avec laquelle des trois propositions suivantes êtes-vous le plus d'accord ? À l'avenir... » : « il est souhaitable que les entreprises cotisent davantage pour la protection sociale » ; « il est souhaitable que les entreprises cotisent moins pour la protection sociale » ; « les entreprises ne doivent ni plus ni moins cotiser qu'actuellement ». Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du graphique.

Lecture : en 2014, 11 % des personnes interrogées pensent que « les entreprises doivent cotiser moins qu'actuellement ».

Champ : personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Sources : Baromètre d'opinion DREES 2004-2014.

... mais par une moindre universalité des prestations

Le système de protection sociale doit-il bénéficier « à tous, sans distinction de catégorie sociale et de statut professionnel (chômeurs, salariés du secteur privé, fonctionnaires, agriculteurs, commerçants, etc.) » ? Sept Français sur dix partagent cet avis pour l'Assurance maladie, mais ils ne sont que la moitié à le penser s'agissant des retraites et des allocations familiales. Quant aux allocations chômage, la part des Français favorables à l'universalité de ces prestations est désormais minoritaire : elle a baissé de 25 points en dix ans (*graphique 6a*).

Depuis le début de la crise des dettes souveraines, la part des Français qui soutiennent des allocations universelles, *i.e.* versées à tous sans distinction, est en baisse régulière, quel que soit le type d'allocation (*graphique 6a*). Les Français sont de plus en plus favorables à recentrer les prestations sur les seuls cotisants (*graphique 6b*). Cette forte progression, déjà soulignée en 2013, se poursuit, mais de façon différenciée selon les prestations considérées. Les Français sont plus nombreux à souhaiter le recentrage des droits à la retraite et des allocations chômage sur les seuls cotisants. Pour les allocations familiales, les Français privilégient le ciblage de ces prestations sur les ménages modestes.

Le choix entre l'universalité des prestations ou bien le recentrage sur les seuls cotisants ou encore sur les ménages modestes dépend toutefois de l'âge, du sexe ou bien de la situation professionnelle du répondant. Les femmes, quel que soit leur revenu, et les bénéficiaires des allocations chômage, sont plus favorables à des prestations pour tous. Les jeunes de moins de 35 ans préfèrent en revanche un ciblage sur les ménages modestes. Enfin, les personnes plus âgées, de 65 ans ou plus, expriment une forte préférence pour un recentrage des prestations sur les seuls cotisants. Globalement, la préférence pour un recentrage des prestations vers les seuls cotisants augmente avec l'âge et le niveau de vie des personnes interrogées.

Sept Français sur dix favorables à l'universalité de l'Assurance maladie

Pour les Français, l'Assurance maladie ressort toujours comme la branche pour laquelle le caractère universel est le plus important : 69 % d'entre eux souhaitent que ces prestations bénéficient à tous sans distinction (*graphique 6a*). Cependant, le soutien, jusqu'ici massif, à l'universalité de l'Assurance maladie ne cesse de s'amoinrir. Il avait accusé une baisse de 8 points en neuf ans (2004 à 2013) et cette tendance s'est accélérée entre 2013 et 2014, avec une diminution supplémentaire de 9 points (*graphique 6a*). Cette évolution va de pair avec l'augmentation significative du nombre de Français favorables à un recentrage du remboursement des soins aux seuls cotisants. Cependant, la solidarité envers les malades les plus en difficulté reste forte : en 2013, seulement 17 % des Français étaient favorables à la réduction de la prise en charge des longues maladies pour réduire le déficit de la sécurité sociale¹.

Un Français sur quatre pense que les allocations familiales ne devraient bénéficier qu'aux plus modestes

Les allocations familiales sont les prestations pour lesquelles les Français sont les plus favorables à préconiser un recentrage vers les moins aisés que pour les autres types de prestations. En effet, 27 % des Français considèrent en 2014 que les allocations familiales doivent bénéficier aux ménages « qui ne peuvent pas ou n'ont pas les moyens de s'en sortir seuls », contre 5 % pour les retraites, 8 % pour l'Assurance maladie et 12 % pour les allocations chômage. Cette opinion progresse globalement depuis 2008, malgré quelques soubresauts (*graphique 6c*).

Bien que cette proportion soit en recul de 18 points entre 2004 et 2014, la moitié des Français préfèrent toujours que les allocations familiales soient versées à tous sans distinction. C'est deux fois plus que ceux qui souhaitent réserver les allocations familiales aux seuls cotisants (en hausse de 3 points par rapport à 2013) ; souvent, ces personnes souhaitent aussi n'attribuer les autres prestations – chômage, retraites et maladie – qu'aux seuls cotisants.

¹ Voir Comptes nationaux de la santé 2013 – édition 2014 : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013_edition_2014.pdf, « Les dépenses de santé et l'Assurance maladie : qu'en pensent les Français ? », p. 144.

ENCADRÉ 2 : FAUT-IL LIMITER LES ALLOCATIONS FAMILIALES AU-DELÀ D'UN CERTAIN SEUIL DE REVENU ?

La décision de moduler le montant des allocations familiales perçues en fonction du revenu total du foyer, intervenue fin 2014, a fait suite à de nombreux débats. La mesure prévoyant une diminution des allocations familiales pour les ménages dont le revenu excède 6 000 euros a été discutée à l'Assemblée nationale et au Sénat dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015. C'est dans ce contexte que les personnes ont été interrogées entre octobre et décembre 2014.

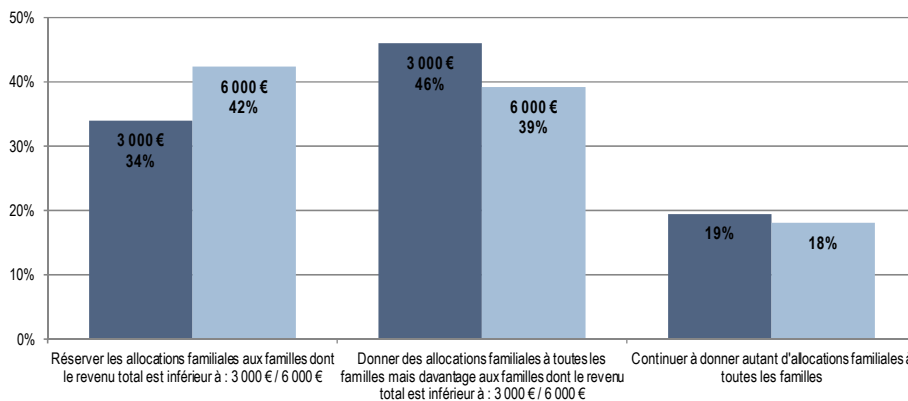
Le Baromètre d'opinion de la DREES permet ainsi d'apporter un éclairage sur l'opinion des Français sur cette question. Il permet aussi de tester la sensibilité des réponses obtenues à deux seuils de revenu, choisis de manière totalement conventionnelle, au-delà desquels la modulation aurait en théorie pu s'appliquer. Rappelons que c'est le seuil de 6 000 euros (pour une famille avec deux enfants) qui a finalement été retenu dans le projet de loi.

L'échantillon interrogé a été aléatoirement divisé en deux sous-échantillons : la moitié des enquêtés ont ainsi été interrogés sur une possible diminution des allocations familiales au-delà d'un seuil de revenu du foyer de 6 000 euros, l'autre moitié au-delà d'un seuil de 3 000 euros.

Dans le premier cas, 42 % des Français jugent qu'il faut « réserver les allocations familiales aux familles dont le revenu total est inférieur à 6 000 euros ». 39 % des personnes interrogées pensent nécessaire de « donner des allocations familiales à toutes les familles, mais davantage aux familles dont le revenu total est inférieur à 6 000 euros ». Enfin, seulement 18 % des répondants approuvent le fait de « continuer à donner des allocations familiales à toutes les familles », comme c'était le cas jusqu'ici.

Ces résultats varient, mais relativement peu, lorsque la question porte sur un seuil de revenu deux fois moins élevé, 3 000 euros (*graphique de l'encadré 2*). La proportion de Français souhaitant réserver les allocations familiales aux familles dont le revenu ne dépasse pas ce seuil est plus faible (34 %, soit 8 points de moins). Symétriquement, la proportion souhaitant donner des allocations à toutes les familles mais davantage à celles dont le revenu est inférieur à 3 000 euros augmente légèrement (46 %, soit sept points de plus).

Graphique de l'encadré 2 : Modulation des allocations familiales selon le revenu mensuel total des familles



Note : réponses à la question : « Actuellement, les allocations familiales ne dépendent pas des ressources des familles. Selon vous, il faut : « Réserver les allocations familiales aux familles dont le revenu total est inférieur à 3 000 euros/6 000 euros ; donner des allocations familiales à toutes les familles mais davantage aux familles dont le revenu total est inférieur à 3 000 euros/6 000 euros ; continuer à donner autant d'allocations familiales à toutes les familles ; il ne faut plus donner d'allocations familiales ». Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du graphique. 1 % des personnes interrogées pensent qu'il ne faut plus donner d'allocations familiales.

Lecture : 34 % des personnes interrogées pensent qu'il faudrait « réserver les allocations familiales aux familles dont le revenu total est inférieur à 3 000 euros ».

Champ : personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Sources : Baromètre d'opinion DREES 2014.

Pour réformer le système de protection sociale, les Français préfèrent un recentrage des retraites et des allocations chômage sur les seuls cotisants

Les retraites et allocations chômage ont pour objectif de compenser une perte de revenu consécutive à la fin d'une période de travail, que cet arrêt soit temporaire (chômage) ou définitif (retraite). S'il est nécessaire de cotiser pour ouvrir un droit à l'allocation d'aide au retour à l'emploi, ou à la retraite, il existe des minima sociaux permettant d'accorder aux personnes qui ne sont pas éligibles à ces prestations un revenu minimal, comme l'allocation de

solidarité spécifique (500 euros par mois pour une personne seule) ou l'allocation de solidarité aux personnes âgées (800 euros pour une personne seule).

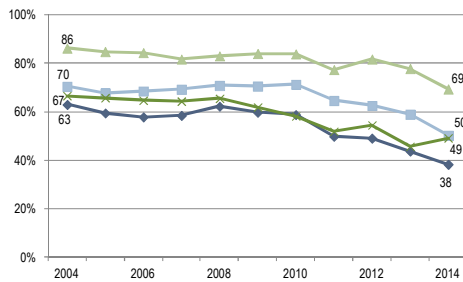
Comme rappelé ci-dessus, 50 % des Français estiment que les retraites devraient bénéficier à tous, contre 45 % qui estiment qu'elles devraient être réservées à ceux qui cotisent (*graphique 6*). L'idée d'un versement ciblé des retraites sur les seuls cotisants est en progression de 20 points depuis 2011, alors qu'elle était assez stable de 2004 à 2010. Cette augmentation peut s'expliquer par l'inquiétude grandissante des Français sur le niveau de leur future retraite : 87 % des Français se disent beaucoup ou assez préoccupés par l'avenir du système de retraite.

Pour l'assurance chômage, la tendance est similaire : seulement 38 % des Français restent favorables en 2014 à une assurance chômage pour tous, alors qu'ils étaient environ 60 % jusqu'en 2010. *A contrario*, 50 % des Français considèrent en 2014 que les allocations chômage ne devraient bénéficier qu'aux cotisants contre 28 % en 2010 (soit une hausse de 22 points – *graphique 6b*).

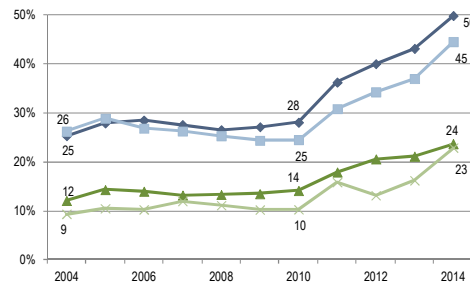
Afin de maîtriser voire diminuer le coût du système de protection sociale, qu'une majorité trouve trop élevé, les Français semblent proposer de plus en plus souvent une restriction des prestations aux seuls cotisants.

Graphique 6 : À qui devraient bénéficier l'Assurance maladie/les retraites/les allocations familiales/les allocations chômage ?

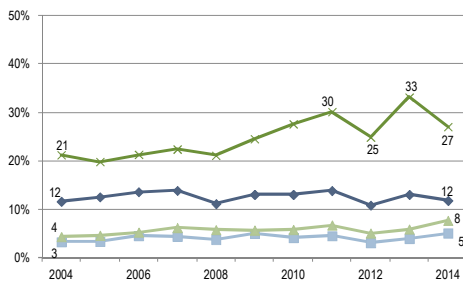
Graphique 6a : À tous sans distinction de catégorie sociale et de statut professionnel



Graphique 6b : Uniquement à ceux qui cotisent



Graphique 6c : Uniquement à ceux qui ne peuvent pas ou n'ont pas les moyens de s'en sortir seuls



Note : réponses aux questions : « À votre avis, [...] devrait-elle bénéficier... », cette question étant posée quatre fois pour : « L'Assurance maladie », « Les retraites », « Les allocations familiales » et « Les allocations chômage ». Les modalités de réponse proposées étaient : « uniquement à ceux qui cotisent », « uniquement à ceux qui ne peuvent pas ou n'ont pas les moyens de s'en sortir seuls » et « à tous sans distinction de catégories sociales et de statut professionnel (chômeurs, salariés du secteur privé, fonctionnaires, agriculteurs, commerçants, etc.) ». Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du graphique.

Lecture : en 2014, 23 % des personnes interrogées pensent que l'Assurance maladie devrait bénéficier « uniquement à ceux qui cotisent ».

Champ : personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

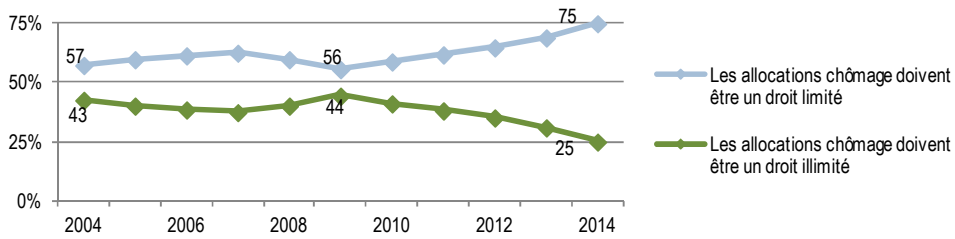
Sources : Baromètre d'opinion DREES 2004-2014.

Trois quarts des Français favorables à la limitation de durée de versement des allocations chômage

L'assurance chômage vise à compenser la perte de salaire faisant suite à une rupture de contrat conventionnelle ou un licenciement. L'allocation d'aide au retour à l'emploi est généralement versée pour une durée de deux ans et est proportionnelle aux cotisations versées en tant que salarié. Au bout de cette période d'indemnisation, les demandeurs d'emploi peuvent prétendre, sous certaines conditions, à l'allocation de solidarité spécifique.

Trois Français sur quatre pensent que les allocations chômage doivent être un droit limité dans le temps (*graphique 7*). Cette proportion est en forte hausse depuis 2009 (56 %). Ceci peut s'expliquer par la crise économique traversée par la France depuis cette période : dans un contexte de réduction de la dette publique, les Français souhaitent de plus en plus limiter la durée de ces droits dans le temps, de même qu'ils souhaitent plus souvent cibler les prestations sur les seuls cotisants.

Graphique 7 : Les allocations chômage doivent-elles être un droit limité dans le temps, que l'on trouve ou non un emploi ?



Note : réponses à la question : « Pensez-vous que les allocations chômage doivent être un droit limité dans le temps, que l'on trouve ou non un emploi ? ». Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du graphique.

Lecture : en 2014, 75 % des personnes interrogées pensent que « les allocations chômage doivent être un droit limité dans le temps ».

Champ : personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Sources : Baromètre d'opinion DREES 2004-2014.

ENCADRÉ 3 : DOIT-ON IMPOSER AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE CHÔMAGE D'ACCEPTER LES EMPLOIS QUI LEUR SONT PROPOSÉS ?

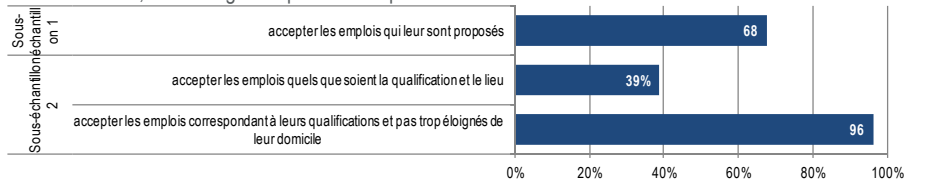
Depuis 2000, il est demandé aux enquêtés si « pour les personnes qui touchent des allocations chômage, [ils trouveraient] normal qu'on leur demande, en échange des prestations qu'on leur verse... » : « d'accepter un stage de formation », « de participer à une tâche d'intérêt général proposée par l'administration, une collectivité locale, ou une association reconnue », ou « d'accepter les emplois qui leur sont proposés ». La réponse à cette dernière modalité est potentiellement délicate : certains bénéficiaires de l'assurance chômage peuvent être amenés à refuser des emplois ne correspondant pas à leur qualification ou pour des raisons diverses (éloignement de leur domicile etc.). C'est une nuance qui a été testée dans la vague 2014 du Baromètre.

L'échantillon interrogé a été aléatoirement divisé en deux sous-échantillons. La moitié des enquêtés ont été interrogés sur l'ancienne modalité (« accepter les emplois qui leur sont proposés »), tandis que l'autre moitié l'était avec de nouvelles modalités (« accepter les emplois correspondant à leur qualification et pas trop éloignés de leur domicile » et « accepter les emplois quels que soient la qualification et le lieu »).

La comparaison des deux sous-échantillons montre que, dans le premier cas, 68 % des personnes interrogées souhaiteraient imposer aux demandeurs d'emploi « d'accepter les emplois qui leur sont proposés ». Mais, dans le second cas, lorsqu'on leur propose deux solutions différenciées, 39 % des sondés souhaitent imposer l'acceptation de l'emploi « quels que soient la qualification et le lieu », contre 96 % dans le cas où « les emplois [correspondent] à leur qualification et [ne sont] pas trop éloignés de leur domicile » (graphique de l'encadré 3).

L'idée d'imposer à une personne bénéficiaire de prestations chômage un emploi est donc très sensible à la façon dont est posée la question, et notamment dont est spécifiée la contrainte; la quasi-totalité des enquêtés voudraient obliger les personnes qui perçoivent des allocations chômage à accepter des emplois qui correspondent à leur qualification et peu éloignés de leur domicile.

Graphique de l'encadré 3 : Pour les personnes qui touchent des prestations chômage, trouveriez-vous normal qu'on leur demande, en échange des prestations qu'on leur verse...



Note : réponses à la question : « pour les personnes qui touchent des prestations chômage, trouveriez-vous normal qu'on leur demande, en échange des prestations qu'on leur verse... ? ». Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du graphique.

Lecture : 39 % des personnes interrogées trouveraient normal que pour les personnes qui touchent des prestations chômage on leur demande, en échange des prestations qu'on leur verse, « d'accepter les emplois quels que soient la qualification et le lieu ».

Champ : personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Sources : Baromètre d'opinion DREES 2014.

Toutefois, une majorité des Français sont contre la baisse des prestations en contrepartie d'une baisse de leurs impôts ou cotisations

Un Français sur deux ne souhaite ni augmenter les cotisations pour maintenir le niveau des prestations sociales, ni baisser ces prestations pour diminuer leurs impôts (53 % pour l'Assurance maladie, 49 % pour les retraites, 57 % pour les allocations chômage et 55 % pour les allocations familiales).

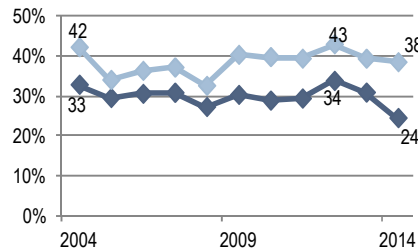
Ils seraient toutefois plus nombreux à accepter une hausse de leurs cotisations pour maintenir leurs prestations maladie ou retraite, qu'ils ne le seraient pour les prestations familiales ou les allocations chômage (*graphiques 8a et 8b*). En effet, pour l'Assurance maladie et la retraite, bien qu'en légère baisse depuis 2012, environ 40 % des Français seraient prêts à cotiser davantage, contre 27 % des Français seulement pour les allocations chômage et familiales (proportion stable depuis 2005).

Seul un Français sur quatre accepterait une baisse des prestations pour réduire les cotisations et ce quel que soit le risque concerné : la maladie, la retraite, la famille ou le chômage (*graphique 8*). Depuis 2012, cette part a diminué pour l'Assurance maladie (-12 points), les retraites (-8 points) et les allocations chômage (-5 points). Une proportion croissante des Français refusent donc de voir le niveau des prestations baisser en contrepartie d'une baisse des impôts ou cotisations.

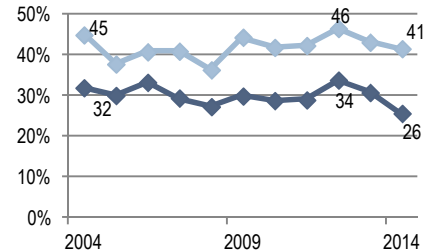
Cependant les jeunes et les personnes les plus aisées sont plus souvent disposés à cotiser davantage ou à accepter une baisse des prestations. Ainsi, plus de 50 % des moins de 35 ans accepteraient une hausse de leurs cotisations d'Assurance maladie, contre 30 % des 65 ans et plus (*graphique 9*). Les personnes les plus aisées seraient également prêtes à cotiser davantage pour maintenir le niveau des prestations.

Graphique 8 : La disposition à accepter une baisse des prestations ou une augmentation des cotisations pour l'Assurance maladie/les retraites/les allocations familiales/les allocations chômage

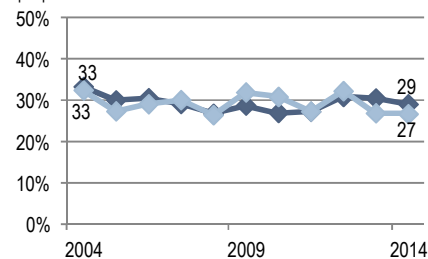
Graphique 8a : Assurance maladie



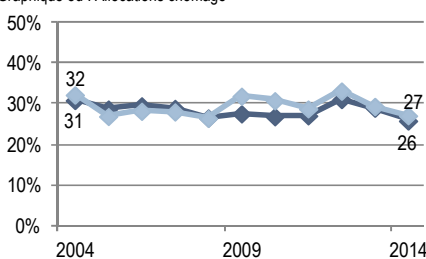
Graphique 8b : Retraites



Graphique 8c : Allocations familiales



Graphique 8d : Allocations chômage



— accepte une baisse des prestations

— accepte une hausse des cotisations

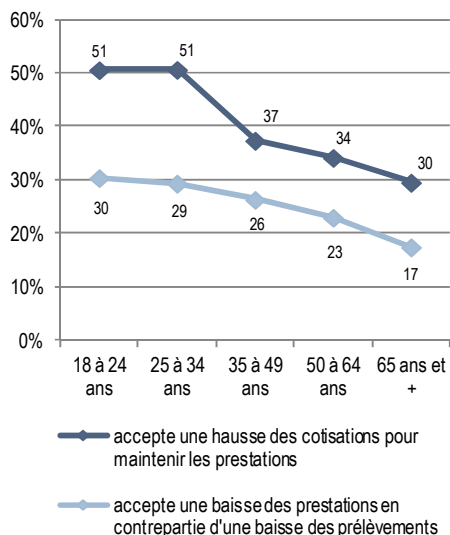
Note : ce graphique illustre simultanément les réponses aux deux questions suivantes : « À l'avenir, compte tenu de votre niveau de ressources, seriez-vous prêt à cotiser davantage pour maintenir le niveau de prestations en ce qui concerne... » et « Personnellement, compte tenu de votre niveau de ressources, êtes-vous prêt à accepter une baisse de prestations pour payer moins d'impôts ou moins de cotisations ? Pour... », chacune étant posée pour : « l'Assurance maladie », « les retraites », « les allocations chômage » et « les allocations familiales ». Le graphique indique la proportion d'enquêtés qui répondent soit « oui, tout à fait », soit « oui, plutôt ». Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du graphique. Une modification dans la formulation de la première question est intervenue : « pour payer moins d'impôts ou moins de cotisations » a remplacé « avec en contrepartie une réduction de vos cotisations ou de vos impôts ».

Lecture : en 2014, 24 % des personnes interrogées seraient « prêtes à accepter une diminution des prestations [de l'Assurance maladie] pour payer moins d'impôts ou moins de cotisations ».

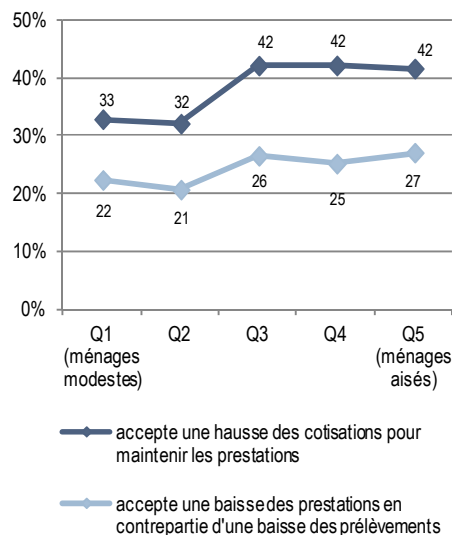
Champ : personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Sources : Baromètre d'opinion DREES 2004-2014.

Graphique 9a : Les jeunes sont davantage disposés à cotiser plus ou à accepter une baisse des prestations de l'Assurance maladie



Graphique 9b : Les personnes plus aisées sont davantage disposées à cotiser plus ou à accepter une baisse des prestations de l'Assurance maladie



Note : réponses « oui, tout à fait » ou « oui, plutôt » aux deux questions suivantes : « Personnellement, compte tenu de votre niveau de ressources, êtes-vous prêt à accepter une baisse de prestations avec en contrepartie une réduction de vos cotisations ou de vos impôts, pour l'Assurance maladie ? » et « À l'avenir, compte tenu de votre niveau de ressources, seriez-vous prêt à cotiser davantage pour maintenir le niveau de prestations en ce qui concerne l'Assurance maladie ? », par âge de l'enquête (graphique 9a) et par quintiles de revenus par unité de consommation (graphique 9b). Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du graphique.

Lecture : en 2014, 42 % des Français faisant partie du cinquième quintile de revenus (c'est-à-dire faisant partie des 20 % des ménages les plus aisés) seraient disposés à accepter une hausse des cotisations pour maintenir les prestations, contre 33 % des Français faisant partie des 20 % des ménages les plus modestes.

Champ : personnes habitant en France métropolitaine et âgées de plus de 18 ans.

Sources : Baromètre d'opinion DREES 2014.

ENCADRÉ 4 : POUR EN SAVOIR PLUS

BVA, 2015, « Principaux résultats du baromètre DREES 2014 », Rapport pour la DREES, mars/avril.

Coppoletta R., 2014, « Cotiser plus, baisser ou cibler les prestations : l'opinion des Français sur le financement de la protection sociale », *La protection sociale en France et en Europe en 2012*, DREES, juin.

Coppoletta R. et Le Palud V., 2014, « Qualité et accessibilité des soins : qu'en pensent les Français ? », *Études et Résultats*, DREES, février.

Grobon S. et Perron-Bailly E., 2015, « Préoccupés par la précarité, les Français pensent que le système de protection sociale doit évoluer », *Synthèse des résultats du Baromètre d'opinion DREES 2014*, DREES, avril.

Solard G. et Duc C., 2015, « Les opinions et les souhaits des Français en matière de retraite en 2014 », *Les retraités et les retraites – édition 2015*, coll. Études et statistiques, DREES, mai.

Les garanties offertes par les organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux

Alexis Montaut

En 2013, les organismes d'assurance ont collecté 221 milliards d'euros de primes : 186 milliards ont été collectés par les sociétés d'assurance, 22 milliards par les mutuelles et 13 milliards par les institutions de prévoyance.

Sur ces 221 milliards de primes collectées, 66 milliards correspondent à des primes collectées sur le champ des risques sociaux : 53 % au titre de garanties santé ou « frais de soins », 17 % au titre de garanties en « autres dommages corporels » (incapacité, invalidité, dépendance), 20 % au titre de la retraite supplémentaire, préretraite et des indemnités de fin de carrière et 10 % au titre de garanties décès. Des garanties nuptialité-natalité et perte d'emploi existent également, mais elles sont marginales.

Si l'activité des mutuelles et des institutions de prévoyance se limite quasi exclusivement à la couverture des risques sociaux, il s'agit d'une activité minoritaire pour les sociétés d'assurance. Les sociétés d'assurance représentent toutefois 48 % du marché des risques sociaux en termes de primes collectées, devant les institutions de prévoyance (33 %) et les mutuelles (20 %). Ces dernières sont néanmoins l'acteur principal sur le marché des garanties santé.

Les garanties relatives aux risques sociaux sont réparties de façon égale entre des contrats individuels et des contrats collectifs. Les garanties décès et autres dommages corporels sont plus souvent couvertes par des contrats collectifs, tandis que les garanties santé et retraite le sont plutôt par des contrats individuels.

En 2013, les organismes d'assurance ont collecté 221 milliards d'euros de primes

L'ensemble des organismes d'assurance, qui regroupent les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance, ont collecté 220,5 milliards d'euros de primes en 2013 en affaires directes¹ (tableau 1). Les garanties couvertes sont diverses : assurance vie, responsabilité civile, dommages aux biens ou dommages corporels. Les garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine, comme les garanties décès ou retraite, relèvent de l'activité d'assurance dite « vie » ; les autres relèvent de l'activité d'assurance dite « non-vie ». Sur les 220,5 milliards d'euros de primes nettes, 56 % concernent l'activité d'assurance vie (décès, épargne, retraite, etc. – 124,5 milliards d'euros) et 44 % l'activité d'assurance non-vie (santé, habitation, automobile, etc. - 96,0 milliards d'euros).

Les garanties vie sont très majoritairement des garanties « assurance vie et retraite » (107,0 milliards d'euros). Elles peuvent aussi consister en des garanties « décès² », qui représentent 12,0 milliards d'euros ou, beaucoup plus rarement, en « nuptialité/natalité », pour moins d'une dizaine de millions d'euros. Enfin, 5,5 milliards de primes ont été collectées au titre des opérations de capitalisation et des contrats diversifiés, c'est-à-dire de l'épargne « pure », mais néanmoins classée également en garantie vie.

Pour les garanties non-vie, les primes se répartissent de façon égale entre les dommages corporels (frais de soins, incapacité, invalidité, dépendance, accidents – 48,3 milliards d'euros) et les autres garanties non-vie (responsabilité civile, automobile, habitation, construction... – 46,2 milliards d'euros) ; les pertes pécuniaires diverses³ représentant quant à elles 1,5 milliard d'euros.

Tableau 1 : Primes collectées par les organismes d'assurance par risque en 2013

		<i>En milliards d'euros</i>			
		Sociétés d'assurance	Mutuelles du Livre II*	Institutions de prévoyance	Ensemble des organismes
VIE	Capitalisation et contrats diversifiés	5,5	0,02	0,01	5,5
	Décès	9,2	0,7	2,1	12,0
	Nuptialité/Natalité	0,0	0,01	0,0	0,01
	Assurance vie et retraite	104,2	1,8	1,0	107,0
	Total VIE	118,9	2,5	3,1	124,5
NON-VIE	Dommages corporels, dont	19,5	19,1	9,7	48,3
	<i>Frais de soins</i>	10,3	18,2	6,1	34,6
	<i>Autres dommages corporels</i>	9,2	0,9	3,6	13,7
	Pertes pécuniaires diverses	1,5	0,01	0,0	1,5
	Autres garanties non-vie	46,2	0,03	0,0	46,2
Total NON-VIE	67,2	19,1	9,7	96,0	
TOTAL		186,1	21,6	12,8	220,5

* Les mutuelles du livre II sont celles qui réalisent des opérations d'assurance. Elles se distinguent en particulier de celles qui gèrent des réalisations sanitaires et sociales (mutuelles dites de livre III).

Champ : affaires directes en France et hors mutuelles substituées, afin d'éviter les doubles comptes.

Sources : ACPR – état C1, DREES – état E4, calculs DREES.

Les opérations en dommages corporels (dont les frais de soins) représentent l'essentiel de l'activité des mutuelles (88 % des primes collectées en 2013) et des institutions de prévoyance (76 % des primes, graphique 1). Les institutions de prévoyance ont une activité plus importante sur les opérations d'épargne, de retraite et de décès (24 % de leurs primes) que les mutuelles (12 %). Enfin, les sociétés d'assurance ont une activité majoritairement orientée sur les opérations d'épargne, de retraite et de décès (64 % des primes collectées), même si le poids des activités vie et non-vie au sein de chaque société d'assurance dépend notamment de sa spécialisation (encadré 1).

1 Primes et cotisations collectées avant d'être données en réassurance et hors acceptations en réassurance.

2 En assurance vie, les prestations sont versées tant que l'assuré est en vie, souvent sous forme de rente, tandis qu'en assurance décès, les prestations sont versées aux ayants droit de l'assuré au moment de son décès, soit sous forme de capital, soit sous forme de rente.

3 Assurance pour perte d'emploi, insuffisance de recettes, perte de revenus, loyers impayés, mauvais temps, etc.

ENCADRÉ 1 : LA DOUBLE SPÉCIALISATION DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE

Encadrée par des règles juridiques spécifiques, une entreprise ayant des activités d'assurance ne peut exercer aucune autre activité : il s'agit là du premier niveau de spécialisation. Les mutuelles ayant des activités d'assurance proprement dites (mutuelles du Livre II du code de la mutualité) ne peuvent donc pas gérer des structures et des services sociaux ou sanitaires (mutuelles du Livre III du code de la mutualité : centres de santé, cliniques, magasins d'optique...).

Sur le plan juridique, il existe vingt-six branches correspondant à toutes les opérations pouvant être exercées par des assureurs : maladie, incendie, responsabilité civile générale, autres dommages aux biens, vie-décès, etc. Pour pratiquer une activité dans une branche donnée, l'assureur doit au préalable avoir reçu une autorisation spécifique, dénommée « agrément ». Certaines branches ne peuvent être exercées que par des sociétés d'assurance : il s'agit par exemple de celles qui couvrent les dommages aux biens ou la responsabilité civile.

De plus, un second niveau de spécialisation est prévu : une société d'assurance pratiquant des opérations qui dépendent de la durée de la vie humaine (assurance dite « vie » : retraite, décès, etc.) ne peut pratiquer simultanément d'autres opérations d'assurance dites « non-vie » (complémentaire santé, incendie, automobile, etc.). Cette restriction est prévue afin que « les promesses de longue durée faites aux assurés vie ne puissent être compromises par la survenance de sinistres incendie ou automobile » (*Assurance, comptabilité – réglementation – actuariat*, Economica, 2011). Ce second niveau de spécialisation comporte une exception : un assureur vie, appelé alors assureur mixte, peut demander un agrément pour couvrir des risques de dommages corporels (complémentaire santé, incapacité-invalidité-dépendance notamment).

Cette spécialisation des sociétés d'assurance peut être mise en lumière en étudiant séparément l'activité de ces sociétés, telle que mesurée au *tableau* suivant, par type de sociétés (non-vie, mixte et vie). Au total, les sociétés d'assurance mixte ont collecté 97,2 milliards d'euros en 2013 et les sociétés d'assurance vie, 30,0 milliards d'euros. Ces deux catégories de sociétés d'assurance ont une activité quasi intégralement centrée sur l'épargne, la retraite et le décès. Les opérations en dommages corporels ne représentent que 8 % de l'activité des sociétés d'assurance mixte et elles sont marginales pour les sociétés d'assurance vie car, pour ces dernières, il s'agit exclusivement de garanties accessoires à des contrats décès ou à des contrats d'épargne. Enfin, les sociétés d'assurance non-vie (58,9 milliards d'euros de primes collectées en 2013) se focalisent principalement sur l'automobile, l'habitation, la responsabilité civile... Elles ne consacrent ainsi que 11,2 milliards d'euros de leur activité aux dommages corporels, soit 19 % de leur activité.

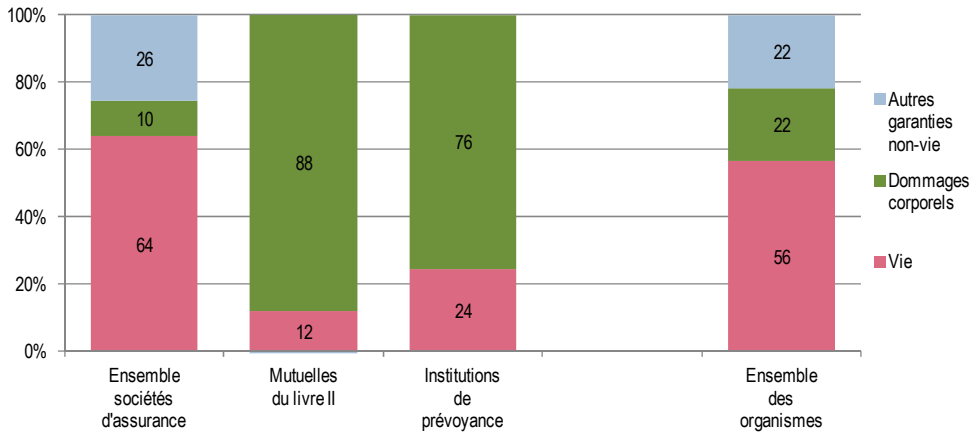
Tableau de l'encadré 1 : Primes collectées par les sociétés d'assurance en 2013

En milliards d'euros

		Sociétés d'assurance	Mutuelles du Livre II*	Institutions de prévoyance	Ensemble des organismes
VIE	Capitalisation et contrats diversifiés	5,5	0,02	0,01	5,5
	Décès	9,2	0,7	2,1	12,0
	Nuptialité/Natalité	0,0	0,01	0,0	0,01
	Assurance vie et retraite	104,2	1,8	1,0	107,0
	Total VIE	118,9	2,5	3,1	124,5
NON-VIE	Dommages corporels, dont	19,5	19,1	9,7	48,3
	<i>Frais de soins</i>	10,3	18,2	6,1	34,6
	<i>Autres dommages corporels</i>	9,2	0,9	3,6	13,7
	Pertes pécuniaires diverses	1,5	0,01	0,0	1,5
	Autres garanties non-vie	46,2	0,03	0,0	46,2
	Total NON-VIE	67,2	19,1	9,7	96,0
TOTAL	186,1	21,6	12,8	220,5	

Graphique 1 : Structure de l'activité des organismes d'assurance en 2013

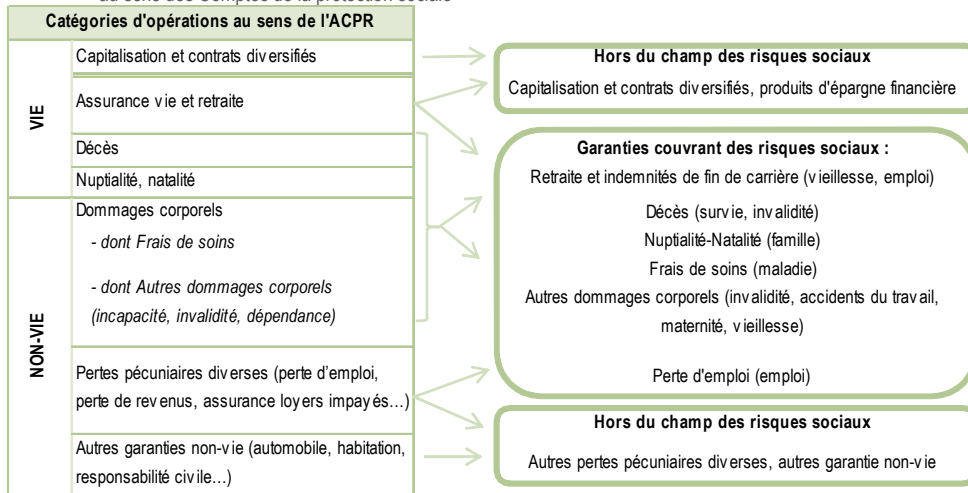
En %



Champ : affaires directes en France et hors mutuelles substituées, afin d'éviter les doubles comptes.
Sources : ACPR – état C1, calculs DREES.

La suite de cet éclairage s'intéresse à l'activité des organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux. Par convention, les risques sociaux sont les six risques suivants : santé (maladie, invalidité, accidents du travail-maladies professionnelles), vieillesse-survie, famille-maternité, emploi (chômage et insertion professionnelle), logement et enfin, pauvreté (*annexe 1 de l'éclairage*). Ces six risques peuvent être identifiés au sein des différentes catégories d'opérations de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR – *graphique 2*). Cet éclairage s'appuie en effet sur les données de l'ACPR ainsi que sur l'enquête réalisée par la DREES sur la retraite supplémentaire. Ces deux sources de données, les redressements effectués ainsi que le passage parfois délicat entre la nomenclature d'opérations de l'ACPR et celle des risques sociaux sont présentés en *encadré 2*.

Graphique 2 : Passage entre la nomenclature des catégories d'opérations de l'ACPR et la nomenclature des risques sociaux au sens des Comptes de la protection sociale



Note : pour une définition des différentes opérations, voir l'annexe 1 de l'éclairage.

ENCADRÉ 2 : SOURCES ET MÉTHODES**Les données comptables, prudentielles et statistiques de l'ACPR**

Afin d'assurer sa mission de contrôle prudentiel, l'Autorité de contrôle prudentiel et résolution (ACPR) collecte chaque année, auprès des organismes exerçant une activité d'assurance sur le territoire français, divers éléments comptables et financiers, appelés états comptables et prudentiels (*annexe 2 de l'éclairage*). L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, cinq états supplémentaires, appelés « états statistiques », qui permettent d'alimenter le présent éclairage, ainsi que le rapport du Gouvernement au Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé et les rapports présentant les Comptes de la Santé et les Comptes de la protection sociale, dont la DREES assure la réalisation.

L'enquête de la DREES sur la retraite supplémentaire

Ces données de l'ACPR sont complétées sur le champ de la retraite, de la préretraite et des indemnités de fin de carrière par celles de l'enquête de la DREES sur la retraite supplémentaire collectée en application de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 (*cf. annexe 3 de l'éclairage* et ouvrage *Les retraités et les retraites – édition 2014*, DREES, coll. Études et statistiques).

Des données redressées pour assurer la représentativité du champ

Les données de l'ACPR et de l'enquête sur la retraite supplémentaire mobilisées dans cet éclairage couvrent ainsi quasiment l'ensemble du champ de la couverture assurantielle. Quelques redressements et un jeu de pondération permettent de conserver autant que possible la représentativité de ce champ (*annexe 4 de l'éclairage*). Ces différentes sources potentielles de biais ont été présentées de manière détaillée dans l'éclairage sur les garanties offertes par les organismes complémentaires sur le champ des risques sociaux de l'ouvrage DREES, *La protection sociale en France et en Europe en 2011 – édition 2013*.

Passer des catégories d'opérations de l'ACPR aux risques sociaux : un exercice parfois délicat

Les différentes catégories d'opérations recensées par l'ACPR mélangent à la fois des garanties qui couvrent des risques sociaux et d'autres dont l'objet est principalement la couverture d'un autre risque. Par exemple, dans la catégorie retraite, une partie seulement des garanties couvre des risques sociaux (vieillesse-survie) tandis que l'autre partie correspond à des produits d'épargne financière. L'état E2 et l'enquête de la DREES sur la retraite supplémentaire sont alors mobilisés pour départager les garanties couvrant des risques sociaux des autres. Toutefois, ce partage peut s'avérer fragile en raison de la non-réponse à l'état E2 et à l'enquête (*annexe 4 de l'éclairage*).

En revanche, pour d'autres catégories, l'affectation est simple : comme illustré au *graphique 2*, la catégorie « frais de soins », par exemple, est consacrée dans sa totalité au risque santé ; la catégorie « contrats capitalisation et contrats diversifiés », qui correspond à de l'épargne financière, est quant à elle intégralement en dehors du champ des risques sociaux.

En 2013, la couverture des risques sociaux représente presque le tiers de l'activité des organismes d'assurance

Sur les 220,5 milliards d'euros de primes collectées en 2013, 66,0 milliards le sont au titre de la couverture des risques sociaux (*tableau 2*). Ainsi, les primes collectées par l'ensemble des organismes d'assurance pour la couverture des risques sociaux représentent 30 % de l'ensemble des primes, soit presque un tiers de leur activité. Par ailleurs, les organismes d'assurance ont versé 175,3 milliards de prestations à leurs assurés et ayants droit en 2013, dont 49,7 milliards d'euros au titre des risques sociaux (*encadré 3*), mais sur un champ légèrement différent puisqu'il inclut les prestations versées au titre des contrats emprunteurs¹. Tous types d'organismes d'assurance confondus, les prestations versées au titre des risques sociaux représentent donc également presque le tiers de l'ensemble des prestations versées. Enfin, la quasi-totalité de l'activité des mutuelles et des institutions de prévoyance est consacrée à la couverture de risques sociaux, contre 17 % seulement pour les sociétés d'assurance.

Tableau 2 : Primes collectées sur le champ des risques sociaux en 2013

En milliards d'euros

	Sociétés d'assurance	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Ensemble des organismes
Décès	3,7	0,7	2,1	6,5
Nuptialité-Natalité	0,0	0,01	0,0	0,01
Retraite, préretraite et indemnités de fin de carrière	10,4	1,8	1,0	13,2
Frais de soins	10,4	18,2	6,1	34,7
Autres dommages corporels, dont	7,1	0,9	3,6	11,6
<i>Indemnités journalières-Incapacité</i>	4,1	0,5	2,2	6,8
<i>Invalidité</i>	1,3	0,2	1,3	2,8
<i>Dépendance</i>	0,7	0,1	0,0	0,8
<i>Autres (accidents, assurance scolaire, sportive...)</i>	1,0	0,0	0,1	1,1
Perte d'emploi	nd*	0,01	0,0	nd*
Ensemble des risques sociaux	31,6	21,6	12,8	66,0
Ensemble de l'activité assurantielle	186,1	21,6	12,8	220,5

Note : hors contrats emprunteurs qui ne sont pas considérés comme de la couverture des risques sociaux. Y compris contrats accidents (assurance scolaire, assurance sportive ou accidents de la vie par exemple, qui n'auraient pu être ventilés entre les garanties incapacité, invalidité et dépendance).

Le partage entre retraite, préretraite et indemnités de fin de carrière d'une part, et assurance vie d'autre part, est fragile (*annexe 3 de l'éclairage*).

nd* : les primes pour les garanties perte d'emploi des sociétés d'assurance ne sont pas disponibles en raison d'une non-réponse trop importante à l'état E2 et compte tenu du fait qu'elles ne peuvent être identifiées au sein des autres pertes pécuniaires diverses dans les états prudentiels. Elles représentent a priori moins de 0,1 milliard d'euros.

Champ : affaires directes en France.

Sources : ACPR – états C1 et C4, DREES – états statistiques E2 et E4, DREES – enquête Retraite supplémentaire, calculs DREES.

¹ Les prestations versées au titre des assurances emprunteurs pour la couverture des risques décès, invalidité et perte d'emploi ne relèvent en théorie pas de la couverture des risques sociaux, mais le montant de ces prestations relatives aux contrats emprunteurs n'étant pas connu, elles sont donc intégrées, faute de pouvoir les distinguer, aux prestations versées au titre des risques sociaux. À l'inverse, les montants globaux de primes afférentes aux contrats emprunteurs, connues de source FFSA, sont déduites des primes du champ des risques sociaux.

ENCADRÉ 3 : LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LES ORGANISMES D'ASSURANCE

En 2013, les organismes d'assurance ont versé 175 milliards d'euros de prestations aux ménages : 148 milliards l'ont été par les sociétés d'assurance, 17 milliards par les mutuelles et 10 milliards par les institutions de prévoyance (tableau de l'encadré 3).

Parmi ces prestations, un peu moins de 50 milliards d'euros auraient été versés sur le champ des risques sociaux. Ces prestations incluent celles versées au titre des contrats emprunteurs (dont le montant ne peut être identifié, contrairement aux primes des contrats emprunteurs connues de source FFSA) même si les assurances emprunteurs sont hors du champ des risques sociaux.

La quasi-totalité des prestations versées par les institutions de prévoyance et les mutuelles couvrent des risques sociaux. En revanche, seules 15 % environ des prestations versées par les sociétés d'assurance couvriraient un risque social : leur activité dominante en termes de prestations correspond à de l'assurance vie, en majorité hors du champ des risques sociaux.

Tableau de l'encadré 3 : Prestations payées par les organismes d'assurance en 2013 sur le champ des risques sociaux

En milliards d'euros

	Prestations payées nettes de recours (1)	Sociétés d'assurance	Mutuelles du Livre II	Institutions de prévoyance	Ensemble des organismes
RISQUES SOCIAUX	Décès (2)	3,3	0,4	1,3	5,0
	Nuptialité/natalité	0,0	0,007	0,0	0,007
	Retraite, préretraite et indemnités de fin de	6,4	1,4	0,8	8,7
	Frais de soins	7,8	14,6	5,2	27,6
	Autres dommages corporels	4,7	0,7	2,9	8,4
	Perte d'emploi	nd (5)	0,006	0,0	nd (5)
	Total sur le champ des risques sociaux	22,3	17,1	10,2	49,7
HORS RISQUES	Assurance vie (hors retraite) (3)	98,3	0,02	0,002	98,3
	Garanties non-vie hors risques sociaux (4)	27,3	0,01	0,0	27,4
	Total hors risques sociaux	125,6	0,03	0,002	125,6
	Ensemble de l'activité d'assurance	147,9	17,2	10,2	175,3

Note : contrairement aux primes, ces évaluations incluent les prestations versées au titre des contrats emprunteurs dont le montant ne peut être identifié. Y compris contrats accidents (assurance scolaire, assurance sportive ou accidents de la vie par exemple, qui n'auraient pu être ventilés entre les garanties incapacité, invalidité et dépendance).

(1) Prestations payées nettes de recours : en non-vie = sinistres et capitaux payés + versements périodiques de rentes - recours encaissés ; en vie = sinistres et capitaux payés + versements périodiques de rentes + rachats.

(2) Hors décès en unité de compte, comptabilisé en assurance-vie.

(3) Le partage entre retraite (y compris préretraites et indemnités de fin de carrière) et assurance vie reste fragile (cf. annexe 3 de l'éclairage).

(4) Inclut le risque perte d'emploi pour les sociétés d'assurance.

(5) Pour les sociétés d'assurance, le risque « perte d'emploi » ne peut être identifié au sein des autres pertes pécuniaires diverses.

Champ : affaires directes en France.

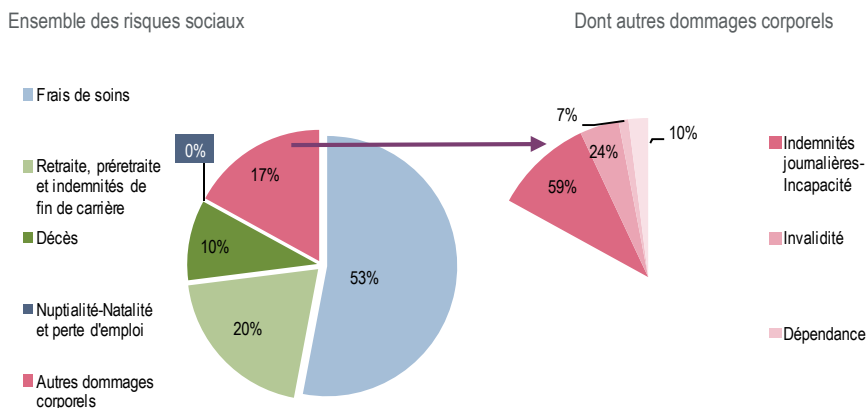
Sources : ACPR – état C1, DREES – états statistiques E2 et E4, DREES – enquête Retraite supplémentaire, calculs DREES.

La couverture complémentaire santé représente la moitié des primes collectées sur le champ des risques sociaux

Sur le champ des risques sociaux, les garanties « frais de soins » représentent la moitié du marché (53 % des primes collectées, *graphique 3*). Il s'agit presque exclusivement de contrats dits de « complémentaire santé » qui permettent aux ménages de se voir rembourser leurs dépenses de santé, en complément de ce que versent les régimes de base de l'Assurance maladie. Le chiffre d'affaires pour ces garanties est de 34,7 milliards d'euros.

Graphique 3 : Répartition des primes pour la couverture des risques sociaux en 2013

En %



Lecture : les primes en autres dommages corporels représentent 17 % des primes collectées sur le champ des risques sociaux. Parmi elles, 59 % couvrent des garanties au titre des indemnités journalières et de l'incapacité et 24 % couvrent des garanties invalidité.

Note : hors contrats emprunteurs qui ne sont pas considérés comme de la couverture des risques sociaux. Y compris contrats accidents (assurance scolaire, assurance sportive ou accidents de la vie par exemple, qui n'auraient pu être ventilés entre les garanties incapacité, invalidité et dépendance).

Champ : affaires directes en France.

Sources : ACPR – états C1 et C4, DREES – états statistiques E2 et E4, DREES – enquête Retraite supplémentaire, calculs DREES.

La retraite et les indemnités de fin de carrière (13,1 milliards d'euros) viennent en deuxième position et représentent 20 % du marché des risques sociaux. Ces prestations « retraite » sont couramment appelées retraite surcomplémentaire ou supplémentaire car elles viennent s'ajouter aux prestations versées par les régimes de base et par les régimes complémentaires obligatoires (notamment l'Association générale des institutions de retraite des cadres – AGIRC et l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés – ARRCO).

Les garanties correspondant aux « autres dommages corporels » (indemnités journalières-incapacité, invalidité, dépendance et accidents de la vie, hors garanties invalidité des assurances emprunteurs souscrites dans le cadre d'emprunts immobiliers) viennent en troisième position avec un chiffre d'affaires de 11,5 milliards d'euros, soit 17 % de l'ensemble des primes collectées sur le champ des risques sociaux. Bien que cette répartition soit sujette à caution¹, les garanties indemnités journalières-incapacité représenteraient 59 % des autres dommages corporels, loin devant les garanties invalidité (24 %) et dépendance (7 %).

Les garanties « décès » (versement d'un capital ou d'une rente pour le conjoint survivant, l'éducation des enfants, etc., hors garanties décès des contrats emprunteurs) représenteraient 10 % de la couverture des risques sociaux (6,5 milliards d'euros de primes).

Enfin, les garanties « chômage » (hors garanties pertes d'emploi des contrats emprunteurs) et les garanties « famille » seraient, quant à elles, tout à fait marginales. Les garanties famille ne sont identifiables que pour les mutuelles dans les données de l'ACPR à travers la garantie « nuptialité-natalité ». Toutefois, les garanties « chômage » sont un peu sous-estimées ; les données collectées ne permettent pas, pour les sociétés d'assurance, de les distinguer de l'ensemble des « pertes pécuniaires diverses » (assurances perte d'emploi, mais aussi assurances loyers impayés, mauvais temps, insuffisance de recettes, etc.) et la non-réponse à l'état E2 est trop importante pour pouvoir donner une estimation suffisamment fiable de cette activité.

¹ La répartition des primes collectées au titre des « autres dommages corporels » est fragile en raison du taux de non-réponse ou de réponse imparfaite à l'état statistique E2 qui permet cette ventilation (*annexe 3*).

Les sociétés d'assurance collectent la moitié des primes du champ des risques sociaux

Sur le marché des organismes d'assurance, les sociétés d'assurance occupent une place prépondérante, puisqu'elles réalisent 84 % de l'activité totale (primes collectées en affaires directes en France). Sur le champ des risques sociaux, leur part est plus réduite, mais reste néanmoins importante puisqu'elles représentent 48 % de l'activité sur ce marché (*graphique 4*). Elles demeurent donc l'acteur principal sur le champ des risques sociaux en 2013.

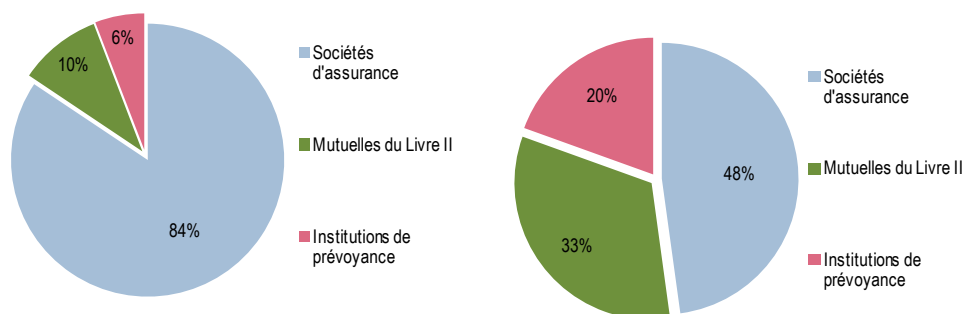
À l'inverse, les mutuelles et des institutions de prévoyance se consacrent presque exclusivement à la couverture de risques sociaux. En termes de primes collectées, leur part respective y est donc proportionnellement supérieure : les institutions de prévoyance et les mutuelles représentent ainsi respectivement 20 % et 33 % de l'activité sur le champ des risques sociaux contre 6 % et 10 % sur l'ensemble du marché de l'assurance.

Graphique 4 : Parts des différentes catégories d'organismes dans l'ensemble des primes collectées sur le champ des risques sociaux en 2013

En %

Sur l'ensemble des garanties offertes

Sur le champ des risques sociaux



Note : montants des primes collectées, hors contrats emprunteurs qui ne sont pas considérés comme de la couverture des risques sociaux. Y compris contrats accidents (assurance scolaire, assurance sportive ou accidents de la vie par exemple).

Champ : affaires directes en France.

Sources : ACPR – états C1 et C4, DREES – états statistiques E2 et E4, DREES – enquête Retraite supplémentaire, calculs DREES.

Sur le champ des risques sociaux, les mutuelles prédominent en matière de complémentaire santé, les sociétés d'assurance plus encore en matière de retraite

Au sein des risques sociaux, les organismes se positionnent différemment par type de garanties offertes. Bien que les sociétés d'assurance collectent au global 48 % des primes relatives aux risques sociaux, elles ont une activité plus réduite (30 % – *graphique 5*) sur le marché de la complémentaire santé¹. Les mutuelles sont l'acteur principal de ce segment de marché (52 % des primes collectées en 2013) alors que les institutions de prévoyance en détiennent à l'inverse la part la plus réduite (18 %).

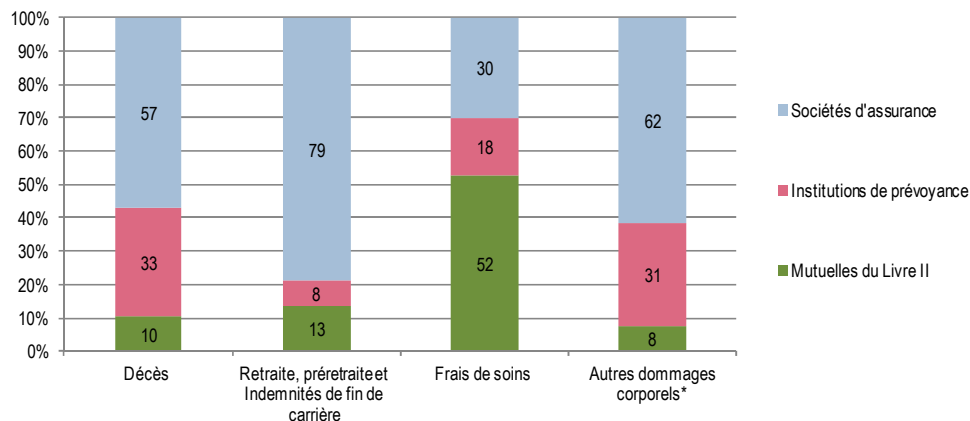
Sur le marché de la retraite complémentaire, y compris préretraites et indemnités de fin de carrière, ce sont les sociétés d'assurance qui en sont l'acteur principal, puisqu'elles ont collecté 79 % des primes liées à ces risques en 2013.

Enfin, pour les garanties décès et les autres dommages corporels, les sociétés d'assurance représentent un peu moins des deux tiers de l'activité et les institutions de prévoyance un tiers, l'activité des mutuelles y étant plus marginale.

1 Pour plus de détail, cf. Rapport 2014 sur la situation financière des organismes assurant une couverture santé, DREES, mai 2015.

Graphique 5 : Part des différents types d'organismes dans la couverture des différents risques sociaux en 2013

En %



Note : hors contrats emprunteurs qui ne sont pas considérés comme de la couverture des risques sociaux. Y compris contrats accidents (assurance scolaire, assurance sportive ou accidents de la vie par exemple).

* Incapacité, invalidité, dépendance, accidents (assurance scolaire, assurance sportive, assurance de chasse, etc.).

Champ : affaires directes en France.

Sources : ACPR – états C1 et C4, DREES – états statistiques E2 et E4, DREES – enquête Retraite supplémentaire, calculs DREES.

La couverture des risques sociaux se répartit à parts égales entre contrats individuels et collectifs

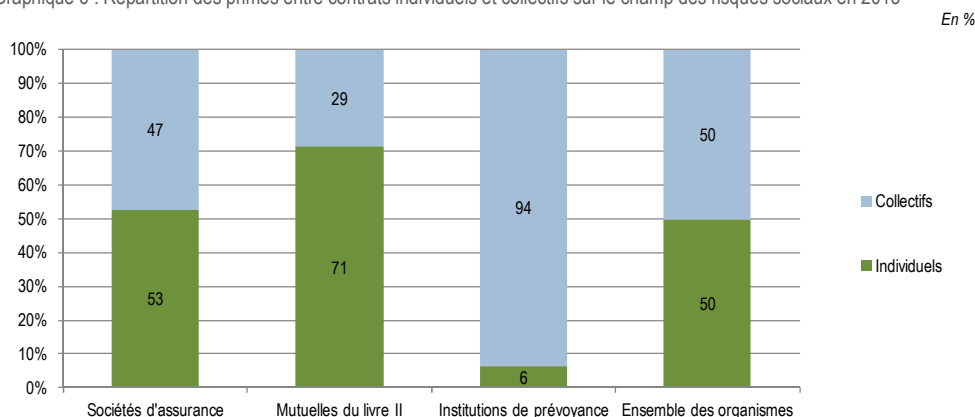
Les organismes d'assurance proposent à la fois des contrats collectifs (contrats d'assurance de groupe) et des contrats individuels. Un contrat collectif¹ est souscrit par une entreprise ou une branche professionnelle au bénéfice de personnes ou de catégories de personnes désignées sur le contrat (par exemple, un groupe de salariés relevant d'une branche professionnelle). L'adhésion peut être obligatoire ou facultative. L'assurance individuelle est, quant à elle, souscrite directement par un particulier, de sa propre initiative. Comme le montre l'enquête DREES sur les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé, les contrats collectifs en santé apparaissent plus avantageux pour les assurés. En effet, les garanties offertes par les contrats collectifs les plus souscrits (dits contrats modaux) sont généralement plus élevées et leur coût relatif pour les personnes assurées plus faible².

En 2013, la moitié des primes collectées pour la couverture des risques sociaux le sont au titre de contrats collectifs et l'autre moitié au titre de contrats individuels (graphique 6). Les institutions de prévoyance sont spécialisées dans les contrats collectifs. Ceux-ci représentent 94 % de leurs primes collectées sur le champ des risques sociaux en 2013. En revanche, les mutuelles proposent majoritairement des contrats individuels (71 % des primes émises). Enfin, les sociétés d'assurance se situent dans une position plus équilibrée, avec à peine plus de primes collectées au titre de contrats individuels qu'au titre de contrats collectifs.

1 L'article L. 141-1 du code des assurances précise que le contrat collectif est défini comme étant « le contrat souscrit par une personne morale ou un chef d'entreprise en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat, pour la couverture des risques dépendant de la durée de la vie humaine, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque de chômage ».

2 Garnero M. et Le Palud V., 2013, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », Études et résultats, DREES, n° 837.

Graphique 6 : Répartition des primes entre contrats individuels et collectifs sur le champ des risques sociaux en 2013



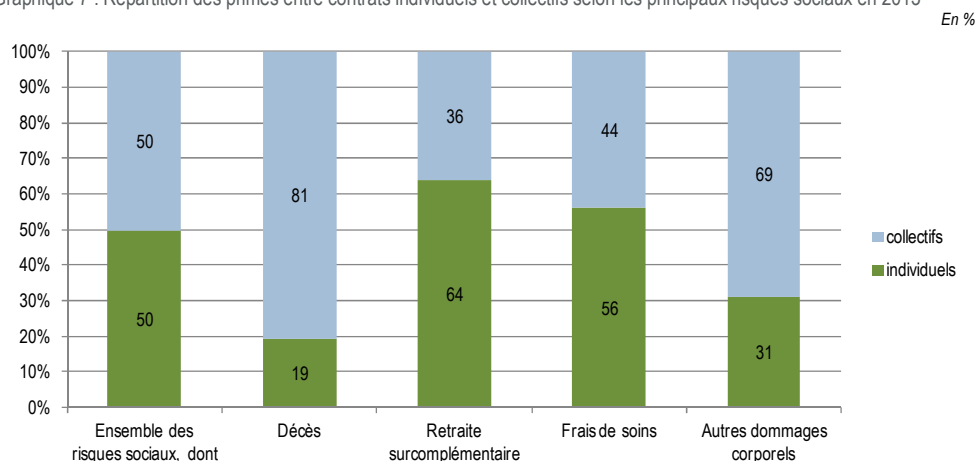
Note : hors contrats emprunteurs qui ne sont pas considérés comme de la couverture des risques sociaux. Y compris contrats accidents (assurance scolaire, assurance sportive ou accidents de la vie par exemple).

Champ : affaires directes en France.

Sources : ACPR – états C1 et C4, DREES – états statistiques E2 et E4, DREES – enquête Retraite supplémentaire, calculs DREES.

Les contrats collectifs couvrent en majorité des garanties décès (81 % des primes collectées) et les autres dommages corporels (69 %, *graphique 7*) tandis que les contrats individuels sont majoritaires pour les couvertures retraites et frais de soins (ils représentent respectivement 64 % et 56 % des primes collectées pour ces deux risques sociaux). Cette répartition entre individuel et collectif selon les risques dépend fortement du positionnement des différents types d'organismes sur chacun de ces marchés. Ainsi, si les contrats individuels prédominent en matière de garanties « frais de soins », cela est largement dû au fait que les mutuelles, qui sont principalement pourvoyeuses de contrats individuels, constituent l'acteur prédominant du marché de la complémentaire santé.

Graphique 7 : Répartition des primes entre contrats individuels et collectifs selon les principaux risques sociaux en 2013



Note : hors contrats emprunteurs qui ne sont pas considérés comme de la couverture des risques sociaux. Y compris contrats accidents (assurance scolaire, assurance sportive ou accidents de la vie par exemple).

Retraite surcomplémentaire y compris préretraites et indemnités de fin de carrière.

Champ : affaires directes en France.

Sources : ACPR – états C1 et C4, DREES – états statistiques E2 et E4, DREES – enquête Retraite supplémentaire, calculs DREES.

ENCADRÉ 4 : POUR EN SAVOIR PLUS

ACPR, 2013, *Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance en 2013*.

Montaut A., 2015, Rapport 2014 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, DREES, mai.

DREES, 2015, *Les retraités et les retraites – édition 2015*, coll. *Études et statistiques*.

Jacod O. et Zaidman C., 2013, « Les garanties offertes par les organismes complémentaires sur le champ des risques sociaux », *Les Comptes de la protection sociale en France et en Europe en 2011 – édition 2013*, DREES.

Jacod O. et Zaidman C., 2014, « Les garanties offertes par les organismes complémentaires sur le champ des risques sociaux », dans *Les Comptes de la protection sociale en France et en Europe en 2012 – édition 2014*, DREES.

Garnero M. et Le Palud V., 2013, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », *Études et résultats*, DREES, n° 837, avril.

Annexe 1 : La définition des risques sociaux et de la protection sociale dans le règlement européen

Le manuel SESPROS définit la méthodologie à retenir pour élaborer les comptes européens de la protection sociale en application du règlement européen (CE) n° 458/2007. Il précise ce que recouvre le terme de protection sociale :

« La protection sociale désigne toutes les interventions d'organismes publics ou privés destinées à soulager les ménages et les particuliers de la charge d'un ensemble défini de risques ou de besoins, à condition qu'il n'y ait ni contrepartie, ni arrangement individuel en cause. Par convention, la liste des risques ou besoins susceptibles de donner lieu à la protection sociale est la suivante : maladie/soins de santé, invalidité, vieillesse, survie, famille/enfants, chômage, logement, exclusion sociale non classée ailleurs. »

Condition : intervention d'organismes publics et privés

« La condition selon laquelle l'intervention doit provenir d'organismes publics et privés exclut de la définition de la protection sociale tous les transferts directs de ressources entre ménages ou particuliers sous la forme de dons, d'entraide familiale, etc., même si ces transferts sont destinés à protéger les bénéficiaires contre les risques ou les besoins [désignés ci-dessus]. »

Condition : sans contrepartie simultanée

« La définition conventionnelle de la protection sociale précise que l'intervention doit être sans contrepartie. Elle exclut ainsi toute intervention pour laquelle le bénéficiaire serait tenu de fournir simultanément une contrepartie équivalente. Ainsi, les prêts à intérêts octroyés aux ménages ne constituent pas de la protection sociale puisque l'emprunteur s'engage à payer les intérêts et à rembourser le capital. »

Condition : exclusion des arrangements individuels

« La protection sociale exclut toute assurance prise à l'initiative de particuliers ou de ménages dans leur seul intérêt personnel. Par exemple, le transfert d'un capital ou d'une rente au titulaire d'une police d'assurance vie privée n'est pas une prestation de protection sociale. Cette règle ne doit pas être interprétée comme excluant toutes les polices individuelles de la protection sociale. Lorsque la protection sociale est fournie par l'employeur sous la forme d'une assurance, il est parfois permis, voire requis, de souscrire l'assurance au nom des assurés individuels. La règle ne signifie pas non plus que tous les contrats collectifs sont à classer comme protection sociale. Les polices d'assurance collective dont le seul objectif est d'obtenir une ristourne ne relèvent pas de la protection sociale, par exemple une Assurance maladie conjointe couvrant un groupe de voyageurs. Une police d'assurance est incluse dans le champ d'application de SESPROS si elle est basée sur le principe de la solidarité sociale, qu'elle soit ou non souscrite à l'initiative de l'assuré. Une police d'assurance est fondée sur le principe de solidarité sociale lorsque ces cotisations dues ne sont pas proportionnelles à l'exposition individuelle au risque des personnes protégées.

Il convient de noter que la solidarité sociale est une condition suffisante mais non nécessaire pour classer un régime d'assurance comme régime de protection sociale. En particulier :

(i) lorsque les dispositions législatives ou réglementaires obligent certains groupes de la population à s'affilier à un régime d'assurance désigné ou

(ii) lorsque les travailleurs et les personnes à leur charge sont assurés au titre de conventions collectives salariales, l'assurance est incluse dans le champ d'application de SESPROS même si elle n'est pas fondée sur le principe de la solidarité sociale. »

Sources : manuel SESPROS, Eurostat, édition 2008.

<http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/statmanuals/files/KS-RA-07-027-FR.pdf>.

Ainsi, le champ des risques sociaux est plus large que celui de la protection sociale. En effet, pour être qualifiée de protection sociale, une garantie doit répondre à plusieurs critères : elle doit couvrir un risque social, mais aussi être fondée sur le principe de la solidarité sociale, c'est-à-dire ne pas être tarifée strictement au risque. Elle peut être à adhésion obligatoire ou facultative et souscrite ou non à l'initiative de l'assuré. Actuellement, en comptabilité nationale, seules les garanties offertes par les mutuelles et les institutions de prévoyance sont qualifiées de protection sociale. Enfin, les assurances emprunteurs, bien que proposant des garanties invalidité, décès ou perte d'emploi souscrites dans le cas d'emprunts immobiliers, ne sont considérées ni comme de la protection sociale, ni comme de la couverture de risques sociaux. En 2013, les primes collectées au titre des contrats emprunteurs s'élevaient à 7,9 milliards d'euros (dont 5,5 milliards pour décès, 2,1 milliards pour invalidité et 300 millions pour perte d'emploi, source FFSA).

Annexe 2 : Les données comptables, prudentielles et statistiques collectées par l'ACPR

Afin d'assurer sa mission de contrôle prudentiel, l'ACPR collecte chaque année auprès des organismes complémentaires divers éléments comptables et financiers, appelés états comptables et prudentiels. L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, cinq états supplémentaires, appelés « états statistiques », qui permettent d'alimenter le présent éclairage ainsi que le rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, les Comptes de la santé et ceux de la protection sociale dont la DREES a la charge.

Les principaux états utilisés pour réaliser cet éclairage sont les suivants :

- comptes de résultat technique par types de contrats (état C1) : produits, charges et résultat technique, par type de contrats ;
- primes émises par catégorie comptable (état C4) : cet état distingue, au sein des contrats en dommages corporels, les garanties santé des garanties en autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance) ;
- primes et prestations par type de garantie (état E2) ;
- compte de résultat technique en frais de soins (état E4).

La nomenclature d'opérations de l'état C1, ainsi que la correspondance entre cette nomenclature et la nomenclature des risques sociaux, est détaillée dans le *tableau A1-1*, celle de l'état statistique E2 dans le *tableau A1-2*.

Tableau A1-1 : Catégories d'opérations de l'état prudentiel C1 selon le type d'organisme

cat.	Sociétés d'assurance (Article A344-2 du code des assurances)	Mutuelles du Livre II (Article A114-1 du code de la mutualité)	Institutions de prévoyance (Article A931-11-10 du code de la sécurité sociale)	Risque social couvert		
1	Contrats de capitalisation à prime* unique ou versements libres			Hors risques sociaux		
2	Contrats de capitalisation à primes* périodiques					
3	Contrats individuels d'assurance temporaire décès					
4	Autres contrats individuels d'assurance vie à prime* unique ou versements libres					
5	Autres contrats individuels d'assurance vie à primes* périodiques					
6	Contrats collectifs d'assurance en cas de décès					
7	Contrats collectifs d'assurance en cas de vie					
8	Contrats d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à prime unique ou versements libres					
9	Contrats d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à primes périodiques					
VIE	"Retraite collective"			Vieillesse, survie, emploi, mais aussi épargne (hors risques sociaux)		
	10	Contrats collectifs relevant de l'article L. 4411 du code des assurances	Opérations collectives relevant de l'article L. 2221 du code de la mutualité		Opérations collectives relevant de l'article L. 932-24 du code de la sécurité sociale	
	"PERP"					
	11	Contrats relevant de l'article L. 144-2 du code des assurances (PERP)	Plans d'épargne retraite populaire relevant de l'article 108 de la loi n°2003275 du 21 août 2003			
	12	Contrats de retraite professionnelle supplémentaire ne relevant pas des articles L. 142-1 et L. 441-1 du code des assurances	Opérations de nuptialité-natalité			
	13	Contrats relevant du chapitre II du titre IV du livre Ier [contrats diversifiés]				
19	Acceptations en réassurance (vie)			Hors risques sociaux		
20	Dommages corporels (contrats individuels), y compris garanties accessoires aux contrats d'assurance vie individuels			Maladie, invalidité, vieillesse, maternité, accidents du travail		
21	Dommages corporels (contrats collectifs), y compris garanties accessoires aux contrats d'assurance vie collectifs					
22	Automobile (responsabilité civile)			Hors risques sociaux		
23	Automobile (dommages)					
24	Dommages aux biens des particuliers					
25	Dommages aux biens professionnels					
26	Dommages aux biens agricoles					
27	Catastrophes naturelles					
28	Responsabilité civile générale					
29	Protection juridique					
30	Assistance					
31	Pertes pécuniaires diverses**			Emploi (perte d'emploi) et hors risques sociaux (autres pertes pécuniaires)		
34	Transports			Hors risques sociaux		
35	Assurance construction (dommages)					
36	Assurance construction (responsabilité civile)					
37	Crédit					
38	Caution					
39	Acceptations en réassurance (non-vie)					

* Pour les mutuelles et les institutions de prévoyance, on parle de « cotisations ».

** Pour les sociétés d'assurance : a) risques d'emploi ; b) insuffisance de recettes (générale) ; c) mauvais temps ; d) pertes de bénéficiaires ; e) persistance de frais généraux ; f) dépenses commerciales imprévues ; g) perte de la valeur vénale ; h) pertes de loyers ou de revenus ; i) pertes commerciales indirectes autres que celles mentionnées précédemment ; j) pertes pécuniaires non commerciales ; k) autres pertes pécuniaires.

Pour les mutuelles : a) risques d'emploi ; h) pertes de loyers ou de revenus.

Pour les institutions de prévoyance : a) risques d'emploi.

Tableau A1-2 : Informations collectées dans l'état statistique E2

Primes et prestations par type de garanties (pour les affaires directes en France, en distinguant les contrats individuels et collectifs de ceux donnés ou non en substitution) :

	Frais de soins
01	Garanties frais de soins
01-1	- dont garanties frais de soins des contrats responsables
	Autres dommages corporels – hors contrats emprunteurs
02	Garanties incapacité de travail – indemnités journalières
03	Garanties invalidité
03-1	- avec versement d'une rente d'invalidité
03-2	- avec versement d'un capital pour invalidité
04	Garanties dépendance à titre principal
04-1	- dont garanties annuelles
04-2	- dont garanties annuelles avec maintien de couverture
04-3	- dont garanties viagères
05	Garanties dépendance à titre accessoire ou complémentaire rattachées à une autre garantie (autre garantie de dommages corporels ou de vie)
05-1	- dont garanties annuelles
05-2	- dont garanties annuelles avec maintien de couverture
05-3	- dont garanties viagères
06	Autres garanties de dommages corporels – hors contrats emprunteurs
06-1	- préciser dans ce cas le type de garanties
	Décès toutes causes hors contrats emprunteurs (ou invalidité avec perte totale et irréversible d'autonomie – PTIA)
07	Garanties temporaires décès-invalidité avec perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)
07-1	- avec versement d'un capital
07-2	- avec versement d'une rente d'invalidité
07-3	- avec versement d'une rente de conjoint survivant
07-4	- avec versement d'une rente d'éducation ou d'orphelin
08	Garanties décès vie entière-invalidité avec perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)
08-1	- avec versement d'un capital
08-2	- avec versement d'une rente d'invalidité
08-3	- avec versement d'une rente de conjoint survivant
08-4	- avec versement d'une rente d'éducation ou d'orphelin
09	Autres garanties décès – hors contrats emprunteurs
09-1	- préciser dans ce cas le type de garanties
	Perte d'emploi – hors contrats emprunteurs
20	Garanties perte d'emploi des contrats TNS Madelin
21	Autres garanties perte d'emploi – hors contrats emprunteurs
21-1	- préciser dans ce cas le type de garanties
	Total
22	Total des garanties et contrats

Annexe 3 : L'enquête DREES sur la retraite supplémentaire (extrait de l'ouvrage *Les retraités et les retraites – édition 2014*)

L'article 114 de la loi n° 2003-775 portant réforme des retraites a institué un système d'information statistique obligatoire sur l'épargne retraite. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères sociaux est chargée de sa mise en place et de son suivi.

Elle collecte annuellement, depuis 2004, des informations statistiques agrégées portant sur les souscripteurs, les cotisations et les rentes versées : nombre d'adhérents pour les contrats en cours de constitution ou pour ceux en cours de liquidation, montants moyens des cotisations ou des prestations versées, ventilation par sexe, tranche d'âge et de montant, etc. Les données sont recueillies auprès des sociétés de gestion en épargne salariale, des sociétés d'assurance (relevant du code des assurances), des mutuelles (relevant du code de la mutualité) et des institutions de prévoyance (relevant du code de la Sécurité sociale). Des données générales de cadrage, fournies par les fédérations regroupant ces sociétés, sont également utilisées, notamment celles fournies par la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) et l'Association française de gestion financière (AFG). Ces données permettent, pour chaque type d'agrégat collecté – effectifs d'adhérents, de nouveaux adhérents, de bénéficiaires de rentes et montants de cotisations, d'encours ou de prestations –, de définir un taux de couverture de l'enquête, par produit, pour ce qui concerne les données des sociétés d'assurance et des organismes de gestion d'épargne salariale. Ces taux, calculés en rapportant les données de l'enquête aux données de cadrage correspondantes, varient entre 90 % et 100 %, avec quelques exceptions en dessous de ces valeurs pour les contrats à prestations définies.

Le champ de l'enquête correspond aux produits mis en place dans le cadre de la loi portant réforme des retraites de 2003 (dite « loi Fillon ») : plan d'épargne retraite populaire (PERP), plan d'épargne pour la retraite collective (PERCO), plan épargne retraite entreprise (PERE), ainsi qu'à d'autres contrats d'épargne retraite antérieurs à cette loi. Les retraites mutualistes du combattant ont également été intégrées depuis 2006. La collecte d'informations exclut de son champ les contrats d'assurance vie, souvent utilisés en vue d'une épargne pour la retraite, les dispositifs de retraite internes aux entreprises et gérés par elles (ou au travers d'une institution de retraite supplémentaire jusqu'en 2009), ainsi que les régimes ouverts aux professions libérales et gérés par des organismes de Sécurité sociale (Capimed, FONLIB).

La collecte de certaines données relatives aux contrats collectifs de type assurantiel est délicate dans la mesure où les cotisations sont souvent affectées à un fonds collectif et où les organismes de gestion n'en connaissent pas le nombre d'adhérents. Les informations de ce type ne figurent donc pas dans les résultats de l'enquête.

Depuis la vague 2010, dans le cadre de la remontée des états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire définis par le décret 2011-467 du 27 avril 2011, un tableau a été ajouté dans le questionnaire pour déterminer, pour chaque type de produit, le montant des cotisations et des prestations versées par catégorie comptable. Ce cadre juridique stipule également que la collecte concerne désormais les indemnités de fin de carrière et les contrats de préretraite. La collecte n'est cependant pas exhaustive sur ces deux types de produit.

Depuis 2011, la confrontation entre les données de l'enquête DREES sur la retraite supplémentaire et celles collectées par l'ACPR met en évidence des écarts importants entre ces deux sources, et notamment la sous-estimation dans l'enquête des indemnités de fin de carrière. En effet, bon nombre d'institutions de prévoyance dont l'activité se limite aux versements de ces indemnités ne répondent pas à l'enquête. Comme les années précédentes, ces informations ont pu être redressées en partie à partir de l'état C1.

Annexe 4 : Les redressements effectués par la DREES sur les données

Les comptes de 707 organismes d'assurance ont été exploités pour cet éclairage, dont 285 sociétés d'assurance, 377 mutuelles et 45 institutions de prévoyance (tableau A3-1). Le champ exclut les sociétés de réassurance ; leurs primes et prestations étant déjà déclarées en « affaires directes » par les organismes qu'elles prennent en réassurance. Pour des raisons similaires, les mutuelles substituées sont écartées, leurs primes et prestations étant déjà déclarées dans les comptes des mutuelles substituantes.

Afin de garantir la représentativité des analyses, les données transmises par les organismes à l'ACPR peuvent subir des corrections ou des redressements, être mises en cohérence les unes avec les autres, voire imputées, notamment dans le cas de non-réponse partielle (l'imputation consiste à remplacer des données manquantes ou manifestement erronées par des données cohérentes compte tenu des informations disponibles par ailleurs). Enfin, un jeu de pondération permet de tenir compte autant que possible du fait que certains organismes n'ont pas envoyé leurs comptes à l'ACPR.

Tableau A3-1 : Nombre d'organismes ayant fourni leurs comptes à l'ACPR et retenus pour l'analyse en 2013

	<i>En nombre d'organismes</i>		
	Organismes exerçant une activité de complémentaire santé*	Autres organismes ayant une activité d'assurance**	Ensemble des organismes ayant une activité d'assurance
Sociétés d'assurance vie	0	59	59
Sociétés d'assurance mixte	19	18	37
Sociétés d'assurance non-vie	66	123	189
Ensemble sociétés d'assurance	85	200	285
Institutions de prévoyance	26	19	45
Mutuelles du Livre II***	338	39	377
Ensemble des organismes	449	258	707

* Organismes exerçant une activité de complémentaire santé ayant fourni au moins les comptes publics et l'état prudentiel C1. Il s'agit des organismes servant aux analyses du rapport 2014 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

** Organismes n'exerçant pas d'activité de complémentaire santé ayant fourni au moins les comptes publics et l'état prudentiel C1.

*** À l'exclusion des mutuelles substituées, leurs primes et prestations étant déjà déclarées par leurs substituantes.

Note : les organismes effectuant uniquement de la réassurance sont exclus, leurs primes et prestations étant déjà déclarées en « affaires directes » par les organismes qu'ils prennent en réassurance.

Champ : organismes effectuant des affaires directes contrôlés par l'ACPR et ayant fourni leurs comptes publics et l'état prudentiel C1.

Sources : ACPR, calculs DREES.

Pondération des organismes

La correction de la non-réponse totale pour cet éclairage s'appuie sur celle réalisée dans le cadre du Rapport 2014 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (DREES, mai 2015). En effet, les organismes qui exercent une activité de complémentaire santé sur le territoire français sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance qui permet au Fonds CMU de financer la couverture maladie universelle complémentaire, dite CMU-C. Les 449 organismes (338 mutuelles, 85 sociétés d'assurance et 26 institutions de prévoyance) exerçant une activité santé et ayant retourné leurs comptes et l'état C1 à l'ACPR se sont donc vus affecter une pondération afin de les rendre représentatifs de l'ensemble des organismes assujettis à la taxe CMU-C (cf. Rapport 2014 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé).

Pour les 258 autres organismes, qui n'exercent pas d'activité de complémentaire santé, mais ont renvoyé leurs comptes à l'ACPR, en l'absence de données de cadrage et compte tenu de la bonne représentativité des données sur le champ retraite, un poids de 1 leur a été affecté. Les analyses présentées ici sous-estiment donc très légèrement l'activité réelle.

Imputation des états C4 et E4

Les organismes retenus pour l'analyse doivent avoir renseigné au minimum les comptes publics et les données de l'état C1. Pour les besoins des analyses, les états C4, E4 et E2 ont également été mobilisés, mais ces états ne sont pas toujours renseignés ou cohérents avec l'état C1, jugé le plus fiable. Pour les états C4 et E4, les données manquantes ou erronées ont pu être imputées à partir des autres données disponibles, notamment celles de l'état C1, comme décrit dans le Rapport 2014 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

Redressements effectués sur l'état E2

Quant à l'état E2, il n'a pas été imputé, un grand nombre de sociétés d'assurance notamment ne l'ayant pas renseigné (480 organismes ont renseigné l'état E2 parmi les 629 organismes exerçant une activité sur le champ des risques sociaux). Si les agrégats de l'état E2 ne peuvent être directement exploités en raison de cette importante non-réponse, la structure de cet état, en revanche, peut l'être. Recalé sur les catégories comptables de l'état C1 correspondant à des risques sociaux, l'état E2 permet ainsi de fournir une ventilation plus fine des garanties offertes sur ce champ que le seul état C1 ne le permettrait, même si cette ventilation reste fragile.

Le *tableau A3-2* dresse le bilan de la non-réponse par état en 2013. Certains états sont mentionnés même s'ils n'ont pas servi directement pour l'analyse, mais seulement à des fins de contrôle (E1, E3).

Tableau A3-2 : Bilan de la non-réponse partielle

Nombre d'organismes ayant transmis	En nombre d'organismes						
	Sociétés d'assurance			Sociétés d'assurance	Mutuelles du Livre II	Institutions de prévoyance	Ensemble des organismes
	Non-vie	Mixte	Vie				
les comptes et l'état C1, dont	189	37	59	285	377	45	707
- exerçant sur le champ des risques sociaux*	114	37	59	210	374	45	629
l'état E1	34	20	6	60	314	39	413
l'état E2	43	24	6	73	367	40	480
l'état E3	71	19	0	90	342	26	458
l'état E4	71	19	0	90	343	26	459

* Contrats en dommages corporels, décès, vie, nuptialité ou perte d'emploi, sauf pour les sociétés d'assurance où les contrats perte d'emploi ne peuvent être distingués au sein des pertes pécuniaires diverses dans les états prudentiels.

Champ : organismes effectuant des affaires directes contrôlés par l'ACPR et ayant fourni leurs comptes publics et l'état prudentiel C1. Hors mutuelles substituées.

Sources : ACPR – états C1 et C4, DREES – états E1 à E4, calculs DREES.

Redressements effectués à l'aide de l'enquête DREES sur la retraite supplémentaire

Comme les années précédentes, pour les institutions de prévoyance, la comparaison des données de l'enquête DREES sur la retraite supplémentaire et des données ACPR laisse apparaître des écarts importants entre les deux sources. L'enquête DREES n'a été élargie aux indemnités de fin de carrière que depuis trois ans et la non-réponse à l'enquête semble être importante pour les organismes ayant pour unique activité les indemnités de fin de carrière. L'écart entre l'activité vie-retraite déclarée dans l'état C1 (1 milliard d'euros) et l'activité retraite de l'enquête DREES (0,5 milliard d'euros) est donc interprété comme des indemnités de fin de carrière non déclarées dans l'enquête DREES.

Pour les mutuelles, la quasi-totalité de l'activité est tournée vers les risques sociaux. En particulier, l'activité vie-retraite des mutuelles (1,8 milliard d'euros) est essentiellement une activité retraite puisque ces organismes ne proposent quasiment pas de produits d'épargne « pure ». De plus, les mutuelles ne versant pas d'indemnités de fin de carrière, ni de préretraites, l'intégralité de l'activité vie-retraite des mutuelles (hors capitalisation et contrats diversifiés) est donc considérée comme une activité retraite supplémentaire (dont 0,5 milliard identifié dans l'enquête DREES sur la retraite supplémentaire).

Enfin, pour les sociétés d'assurance, seuls les montants de primes et prestations déclarés dans l'enquête DREES sur la retraite (10,4 milliards d'euros de primes) sont considérés comme de la couverture retraite, le reste de l'activité vie-retraite déclarée dans l'état C1 (93,8 milliards d'euros) étant alors considéré comme de l'épargne.

Les dépenses d'aide sociale départementale

Élise Amar

Les dépenses nettes d'aide sociale départementale s'élèvent au total à 33,9 milliards d'euros en France en 2013, soit une augmentation de 2,5 % en euros constants en un an. Elles remplissent quatre missions principales : 29 % de ces dépenses sont consacrées à l'insertion, 22 % à l'aide aux personnes âgées, 22 % à l'aide sociale à l'enfance et enfin 19 % à l'aide aux personnes handicapées. Leur importance est toutefois très variable au niveau local, puisque la dépense d'aide sociale varie de 350 à près de 1 100 euros par habitant selon les départements en 2013.

Depuis le début des années 1980, les lois de décentralisation ont progressivement institué l'**échelon départemental** comme chef de file des politiques sociales. Les régions, centrées sur le développement économique, interviennent en effet peu dans le champ social. Quant à l'échelon communal, axé sur la proximité, son intervention demeure modérée. En 2012, la part des départements dans le financement des dépenses sociales des collectivités locales s'élevait ainsi à 86 %¹. Les résultats présentés dans cette étude proviennent de l'exploitation d'enquêtes réalisées chaque année par la DREES auprès des conseils départementaux sur les dépenses et sur les bénéficiaires de l'aide sociale (*encadré 1*).

Les dépenses d'aide sociale en 2013: une hausse soutenue par le RSA

Les dépenses brutes des départements consacrées à l'aide sociale atteignent 36,2 milliards d'euros en 2013 – y compris frais de personnels, de services et autres interventions sociales – sur un budget global de fonctionnement de 58 milliards d'euros², hors intérêts de la dette. Elles représentent donc 62 % des dépenses de gestion courante³ (hors investissement et intérêts de la dette) des départements qui incluent aussi les dépenses pour les collèges, les dépenses de voirie et les contingents versés aux services départementaux d'incendie et de secours, y compris les dépenses de personnel. Ces dépenses brutes d'aide sociale ont progressé de 2,1 % en euros constants⁴ entre 2012 et 2013 (*tableau 1*).

Après déduction des recouvrements, récupérations et remboursements⁵, les dépenses nettes d'aide sociale atteignent 33,9 milliards d'euros en 2013, soit une augmentation de 2,5 % en euros constants en un an, proche de celle des dépenses brutes. Plus de 90 % de ces dépenses nettes sont consacrés à l'insertion, à l'aide sociale à l'enfance, à l'aide sociale aux personnes âgées et à l'aide sociale aux personnes handicapées. Les départements ont consacré entre 6,4 et 9,9 milliards d'euros à chacun de ces postes en 2013. Les autres dépenses sont constituées des dépenses de personnel, des services communs et d'autres interventions sociales.

Les dépenses nettes d'allocations et d'insertion liées au revenu de solidarité active (RSA) « socle » et « socle majoré », au revenu minimum d'insertion (RMI), aux contrats uniques d'insertion (CUI), aux contrats d'insertion-revenu minimum d'activité (CI-RMA) et aux contrats d'avenir constituent le premier poste de dépense d'aide sociale départementale et le poste le plus dynamique. Ces dépenses sont passées de 9,1 milliards d'euros en 2012 à 9,9 milliards d'euros en 2013, soit, en euros constants, +7,3 % de croissance, contre +4,4 % l'année précédente. Celle-ci s'explique notamment par la hausse plus rapide du nombre d'allocataires de ces dispositifs (+6,3 % en moyenne en 2013, contre +5,2 % en 2012, *tableau 2*) et, dans une moindre mesure, par la revalorisation exceptionnelle de 2,0 % du montant forfaitaire du RSA intervenue au 1^{er} septembre 2013. Le versement de l'allocation du RSA représente une part prépondérante de ces dépenses nettes (8,8 milliards d'euros en 2013, soit 90 % de ces dépenses), en augmentation de 7,8 % en euros constants par rapport à 2012.

Deuxième poste de dépenses nettes, les départements consacrent 7,4 milliards d'euros en 2013 à **l'aide sociale à l'enfance (ASE)**, soit une hausse de 2,2 % en euros constants par rapport à 2012. La structure de ces dépenses, qui concernent un peu plus de 300 000 bénéficiaires, reste stable. La moitié des dépenses brutes sont toujours consacrées aux placements d'enfants en établissement et un quart aux placements en famille d'accueil. Les actions éducatives à domicile et en milieu ouvert représentent 6 % des dépenses brutes, les allocations mensuelles (secours, bourses et autres aides financières) 5 % et les mesures de prévention spécialisée 4 %. Les dépenses restantes correspondent aux autres frais de placement, à des participations, des subventions ou autres dépenses des départements pour des actions en faveur de l'enfance.

Les dépenses nettes **d'aide sociale aux personnes âgées** s'élèvent à 7,3 milliards d'euros en 2013 (en légère hausse en euros constants par rapport à 2012) pour plus de 1,4 million de bénéficiaires – ou plus exactement de prestations attribuées – soit une progression de 1,8 %. Outre la prise en charge de la dépendance *stricto sensu*, les

1 Hors prise en compte des dépenses sociales des communes de moins de 10 000 habitants et de celles relatives aux groupements de communes à fiscalité propre. Cf. éclairage « Les dépenses sociales des collectivités locales », dans l'ouvrage publié l'an dernier La protection sociale en France et en Europe en 2012 – édition 2014.

2 Source : Direction générale des collectivités locales (DGCL), extraits des comptes administratifs des départements.

3 Les dépenses de gestion courante, hors investissement et intérêts de la dette, correspondent au budget global de fonctionnement (hors investissement et intérêts de la dette).

4 Sauf mention contraire, les montants des dépenses, brutes ou nettes, seront exprimés en euros courants et leurs évolutions en euros constants. Les évolutions sont, dans ce cas, analysées en euros constants afin d'apprécier leur dynamique réelle. Elles sont déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2013, cet indice a augmenté de 1 % en moyenne annuelle.

5 Certaines des prestations d'aide sociale sont accordées sous forme d'avances, qui peuvent être récupérées par le département sous certaines conditions (bénéficiaire revenu à meilleure fortune, décès du bénéficiaire notamment). Le RSA, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ne sont pas récupérables.

départements financent une partie des dépenses d'hébergement des personnes âgées dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et de façon plus marginale des aides ménagères ainsi que divers services.

Enfin quatrième poste majeur, les **dépenses nettes consacrées aux personnes handicapées** s'élèvent à 6,4 milliards d'euros, soit un rythme de progression de 2,0 % en euros constants en 2013, soit un rythme proche de celui de 2012 mais plus faible que celui des années antérieures. Ces dépenses concernent en moyenne 386 000 bénéficiaires – ou plus exactement prestations attribuées – sur l'année. 57 % d'entre eux ont bénéficié d'une aide à domicile (prestation de compensation du handicap [PCH] et de l'allocation compensatrice de tierce personne [ACTP] ou aides ménagères) et 43 % d'un accueil familial ou en établissement. Néanmoins, les montants d'aide moyens étant bien inférieurs à domicile, les trois quarts des dépenses consacrées aux personnes handicapées sont relatives à l'accueil familial ou en établissement.

Tableau 1 : Évolution des dépenses totales d'aide sociale

Dépenses en millions d'euros courants, évolutions en moyenne annuelle en %							
	2009	2010	2011	2012	2013	13/12	13/09
Aide sociale aux personnes âgées							
dépenses brutes	7 847	8 119	8 276	8 460	8 530	0,0%	0,5%
dépenses nettes	6 650	6 893	7 069	7 221	7 300	0,2%	0,7%
Aide sociale aux personnes handicapées							
dépenses brutes	5 703	6 101	6 486	6 804	6 996	1,9%	3,6%
dépenses nettes	5 246	5 601	5 947	6 211	6 390	2,0%	3,4%
Aide sociale à l'enfance							
dépenses brutes	6 585	6 841	7 109	7 360	7 586	2,2%	2,0%
dépenses nettes	6 465	6 712	6 918	7 177	7 397	2,2%	1,8%
Dépenses totales d'allocation et d'insertion liées au RMI et RSA *							
dépenses brutes	7 883	8 550	8 932	9 321	10 026	6,6%	4,5%
dépenses nettes	7 478	8 202	8 565	9 117	9 864	7,3%	5,5%
Total des quatre postes							
dépenses brutes	28 018	29 612	30 802	31 946	33 137	2,8%	2,6%
dépenses nettes	25 839	27 407	28 499	29 727	30 951	3,2%	3,0%
Dépenses totales (y compris frais de personnels, services communs et autres frais d'intervention sociale)							
dépenses brutes	31 142	32 794	34 040	35 169	36 218	2,1%	2,2%
dépenses nettes	28 853	30 447	31 577	32 782	33 894	2,5%	2,5%

* Dépenses d'allocation et d'insertion liées au RMI, aux CI-RMA, aux contrats d'avenir, au RSA expérimental et au RSA « socle » et « socle majoré » à partir de 2009, ainsi qu'aux contrats uniques d'insertion à partir de 2010.

Notes : les taux d'évolution des dépenses d'ASE doivent être interprétés avec précaution suite à une amélioration des contrôles réalisés sur celles-ci pour 2013.

Les dépenses d'ACTP et de PCH pour les personnes de 60 ans ou plus sont intégrées aux dépenses à destination des personnes âgées.

Champ : France entière.

Sources : DREES – enquête Aide sociale.

Tableau 2 : Évolution du nombre de bénéficiaires⁽¹⁾ de l'aide sociale

Dépenses en millions d'euros courants, évolutions en moyenne annuelle en %							
	2009	2010	2011	2012	2013	13/2012	13/09
Aide sociale aux personnes âgées ⁽¹⁾	1 313 500	1 351 000	1 385 400	1 414 300	1 439 200	1,8%	2,3%
Aide sociale aux personnes handicapées ⁽¹⁾	303 000	328 500	352 300	372 400	386 400	3,8%	6,3%
Aide sociale à l'enfance ⁽¹⁾	297 300	299 800	304 000	310 700	316 600	1,9%	1,6%
Allocations liées au RMI et RSA sans double compte ⁽²⁾	1 374 600	1 552 600	1 632 300	1 717 500	1 826 000	6,3%	7,4%
Ensemble des bénéficiaires	3 288 400	3 531 900	3 674 100	3 814 900	3 968 100	4,0%	4,8%

(1) Le nombre de bénéficiaires suivis au cours de l'année N est estimé par la moyenne entre le total des bénéficiaires au 31 décembre de l'année N-1 et celui de l'année N. Il s'agit en fait d'un nombre de mesures d'aide et non d'individus, une personne pouvant être comptabilisée plusieurs fois si elle bénéficie de plusieurs aides. De plus, il correspond au nombre de prestations attribuées à des bénéficiaires de l'aide sociale et ne comprend pas les actions collectives menées par les départements. Le nombre total de bénéficiaires de l'ASE – ou plus exactement de prestations attribuées – ne comprend pas les bénéficiaires d'une aide financière.

(2) Le nombre d'allocataires suivis au cours de l'année N est estimé par la moyenne entre le total des allocataires au 31 décembre de l'année N-1 et celui de l'année N.

Champ : France entière.

Sources : DREES – enquête Aide sociale, CNAF, MSA, DARES.

Les dépenses d'aide sociale pour les personnes handicapées continuent d'augmenter

Les dépenses brutes en faveur des personnes handicapées vivant à domicile ont connu une croissance forte ces dernières années, de l'ordre de 5 % par an en euros constants depuis 2009 (*tableau 3*) ; soit une progression plus faible que celle du nombre de bénéficiaires des allocations correspondantes (7,5 % par an). Ces dépenses atteignent 1,6 milliard d'euros en 2013 ; elles sont constituées à 96 % de la PCH et de l'ACTP. Les dépenses à domicile hors ACTP et PCH – les aides ménagères notamment – restent marginales (63 millions d'euros en 2013) : elles représentent 4 % des dépenses d'aide à domicile aux personnes handicapées, soit moins de 1 % de l'ensemble des dépenses d'aide sociale destinées aux personnes handicapées.

Bien que moins dynamique, la croissance des dépenses liées à l'accueil est soutenue (+3 % par an en euros constants depuis 2009). Depuis 2009, le nombre de bénéficiaires d'une aide à l'hébergement a ainsi augmenté de près de 5 % en moyenne par an. La dépense par bénéficiaire diminue sur cette période, probablement parce qu'à la mise en place de la PCH, les dépenses ponctuelles (qui ont un coût important, comme l'aménagement du logement par exemple) représentaient une part importante des dépenses totales et que ces dépenses sont lissées sur plusieurs années.

La substitution entre ACTP et PCH se poursuit

Entre 2012 et 2013, les dépenses afférentes à la PCH et à l'ACTP pour les personnes de moins de 60 ans ont augmenté de 1,1 % en euros constants. La baisse des dépenses d'ACTP pour les personnes de moins de 60 ans (350 millions d'euros en 2013, soit -8,3 %) est en effet plus que compensée par la hausse de celles relatives à la PCH avant 60 ans (1 209 millions d'euros en 2013, soit +4,2 % en un an). Toutefois, cette hausse est plus modérée que celle enregistrée les années précédentes (+12 % en 2011 puis +8 % en 2012).

Depuis avril 2008, la PCH est ouverte aux enfants et adolescents handicapés, sous certaines conditions. La PCH des moins de 20 ans ou PCH « enfant » concerne ainsi 7 % des bénéficiaires de la PCH et s'élève à 169 millions d'euros, soit 11 % de la dépense totale de PCH des départements en 2013.

La PCH comprend cinq éléments : 92 % des dépenses sont consacrées à l'aide humaine¹ en 2012, 5 % sont consacrées à l'aménagement du logement ou du véhicule ou correspondent à des surcoûts liés au transport, moins de 2 % à l'aide technique². Des dépenses spécifiques et exceptionnelles, de l'ordre de 2 %, complètent ces dépenses. L'aide animalière (frais relatifs aux chiens guides d'aveugle et aux chiens d'assistance) ne représente que 0,04 % de ces dépenses.

Tableau 3 : Évolution des bénéficiaires⁽¹⁾ et des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées

	Dépenses en millions d'euros courants, évolutions en moyenne annuelle en %						
	2009	2010	2011	2012	2013	12/13	13/09
Total bénéficiaires (1)	303 000	328 500	352 300	372 400	386 400	3,8%	6,3%
aide à domicile (ACTP, PCH, aides ménagères)	164 500	184 100	201 500	212 400	219 300	3,2%	7,5%
aide à l'accueil (ASH, accueil familial)	138 400	144 400	150 900	160 000	167 100	4,4%	4,8%
Total dépenses brutes	5 703	6 101	6 486	6 804	6 996	1,9%	3,6%
Dont aide à domicile (ACTP, PCH, aides ménagères)	1 204	1 342	1 452	1 532	1 563	1,1%	5,0%
Dont aide à l'accueil (ASH, Accueil familial)	4 247	4 495	4 734	4 963	5 094	1,8%	3,0%

(1) Le nombre de bénéficiaires – suivis au cours de l'année N est estimé par la moyenne entre le total des bénéficiaires au 31 décembre de l'année N-1 et celui de l'année N. Il s'agit en fait d'un nombre de mesures d'aide et non d'individus, une personne pouvant être comptabilisée plusieurs fois si elle bénéficie de plusieurs aides. De plus, il correspond au nombre de prestations versées à des bénéficiaires et ne comprend pas les actions globales menées par les départements.

Champ : France entière.

Sources : DREES – enquête Aide sociale.

Une dépense annuelle d'aide sociale de 515 euros en moyenne par habitant

La répartition sur le territoire des dépenses d'aide sociale est hétérogène : en 2013, les dépenses totales nettes d'aide sociale par habitant varient entre environ 350 et 1 080 euros selon les départements, soit un écart du simple au

1 L'aide humaine consiste principalement en la prise en charge des actes essentiels de la vie courante (entretien personnel, déplacements et besoins éducatifs des enfants) et de la surveillance régulière. Elle peut être utilisée pour rémunérer un service d'aide à domicile ou pour dédommager un aidant familial.

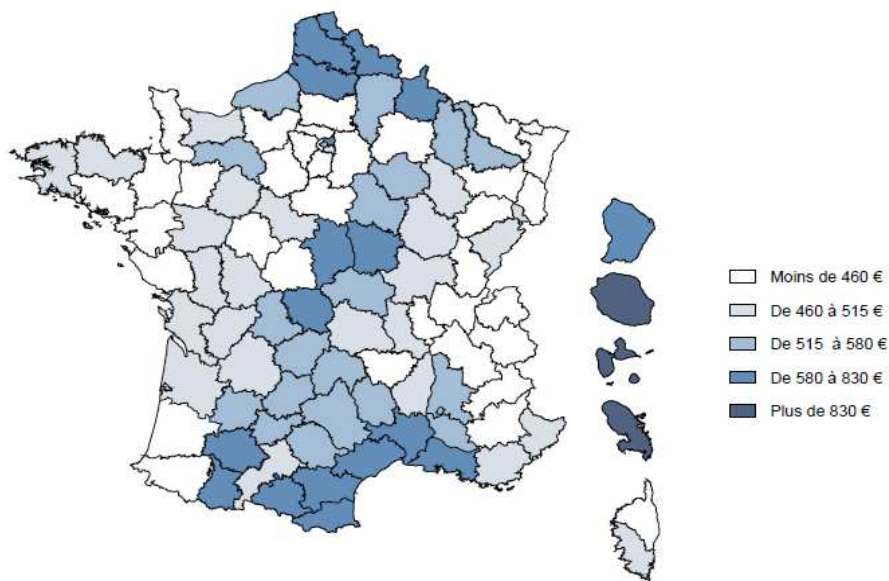
2 L'aide technique est destinée à l'achat ou à la location par la personne handicapée, pour son usage personnel, d'un matériel conçu pour compenser son handicap.

triple (carte 1). Dans un département sur deux, la dépense totale nette par habitant est supérieure à 500 euros par habitant. Ces dépenses sont en grande partie déterminées par les caractéristiques démographiques et socio-économiques locales, en particulier pour les dépenses relevant des domaines de l'insertion et des personnes âgées, domaines pour lesquels les conditions d'attribution et le montant des aides sont fixés nationalement. En revanche, pour les dépenses relevant de la protection de l'enfance et du handicap, les départements ont une certaine marge de manœuvre dans la détermination du montant des aides allouées.

Si la médiane de la part des dépenses d'aide sociale dans les dépenses de gestion courante (hors investissement) est à 62 %, un quart des départements consacrent moins de 57 % de leurs dépenses à l'aide sociale et un autre quart plus de 64 %. Les départements où les dépenses d'aide sociale pèsent le plus fortement sont principalement des départements du nord de la France (carte 2), du cœur de l'agglomération parisienne (Paris, Seine-Saint-Denis) ou les départements d'outre-mer.

De 2009 à 2013, les évolutions nationales en euros constants recouvrent des situations elles aussi variables selon les départements (carte 3) : 41 départements ont enregistré une baisse de leurs dépenses d'aide sociale par habitant (pour cinq départements, les dépenses diminuent même en euros courants), neuf ont constaté une hausse de plus de 2 % en moyenne par an. Ces résultats ne rendent pas seulement compte des politiques menées par les départements, mais aussi du contexte démographique, social et économique local.

Carte 1 : Dépense nette d'aide sociale par habitant en 2013



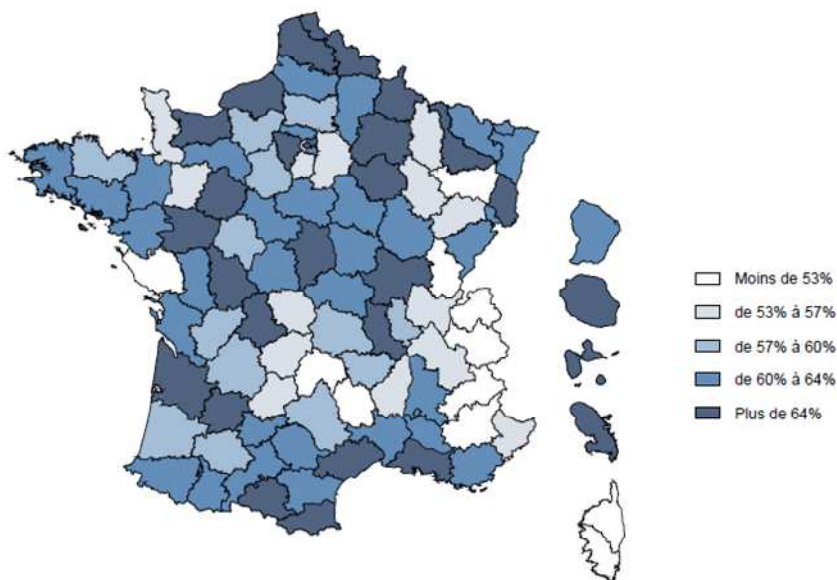
Lecture : les départements ont été classés selon leur dépense totale nette d'aide sociale par habitant en 2013, selon la méthode de Jenks. À titre d'exemple, la dépense moyenne d'aide sociale par habitant est supérieure à 830 euros à la Réunion en 2013.

Note : dépenses totales nettes des récupérations et recouvrements, y compris les dépenses de personnel, des services communs et autres interventions sociales.

Champ : France entière.

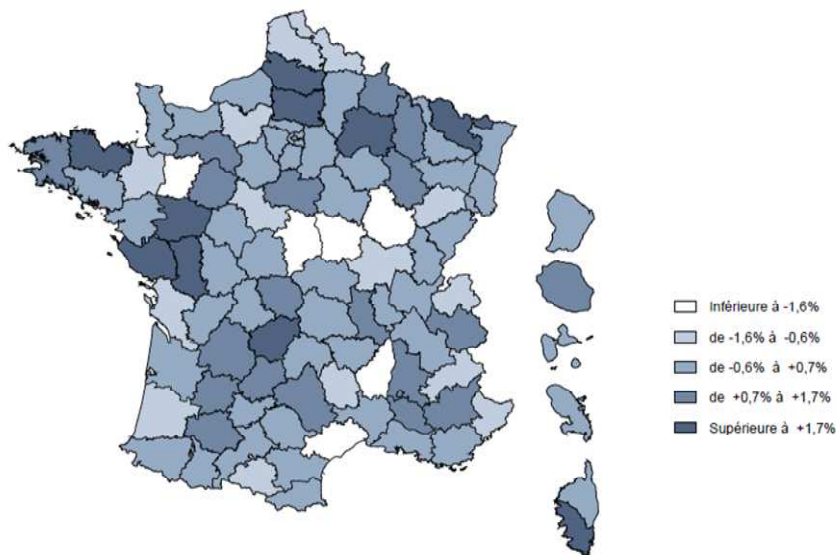
Sources : DREES – enquête Aide sociale.

Carte 2 : Part des dépenses d'aide sociale dans les dépenses totales de fonctionnement des départements en 2013



Lecture : les dépenses d'aide sociale représentent dans le Nord plus de 64 % des dépenses totales de fonctionnement du département. Dans les Alpes-de-Haute-Provence, ces dépenses représentent moins de 53 %.
Champ : France entière, y compris frais de personnels, services communs et autres frais d'intervention sociale.
Sources : DGCL – comptes administratifs, DREES – enquête Aide sociale. Calculs DREES.

Carte 3 : Évolution annuelle moyenne en euros constants entre 2009 et 2013 de la dépense totale nette d'aide sociale par habitant



Lecture : les départements ont été classés selon l'évolution annuelle moyenne (en euros constants) de leur dépense totale nette d'aide sociale par habitant entre 2009 et 2013 (méthode de Jenks). À titre d'exemple, ce taux d'évolution est compris entre 0,7 % et 1,7 % dans le département du Finistère.
Champ : France entière, y compris frais de personnels, services communs et autres frais d'intervention sociale.
Sources : DREES – enquête Aide sociale.

ENCADRÉ 1 : L'ENQUÊTE AUPRÈS DES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX, UNE APPROCHE PAR LE FINANCEMENT

La DREES réalise chaque année auprès des conseils départementaux une enquête destinée à collecter d'une part, des informations sur les bénéficiaires de l'aide sociale au 31 décembre de l'année N-1 et d'autre part, les dépenses d'aide sociale de l'année N-1 relevant de leurs compétences. En 2013, les résultats ont été obtenus à partir des questionnaires renvoyés par 98 départements pour les dépenses d'aide sociale et 97 départements pour le nombre de bénéficiaires – ou plus exactement le nombre de prestations versées. Les chiffres fournis sur le nombre de bénéficiaires sont définitifs, ceux concernant les dépenses sont provisoires et pourront légèrement être modifiés dans la prochaine édition des Comptes de la protection sociale.

Les derniers résultats détaillés par département seront présentés dans les documents de travail de la DREES sur les « Bénéficiaires de l'aide sociale en 2013 » et dans celui sur les « Dépenses d'aide sociale départementale en 2013 » (à paraître).

À la différence des Comptes de la protection sociale (CPS) qui retiennent une optique « producteurs » d'aide sociale, l'enquête de la DREES auprès des départements adopte une approche « financeurs » de la dépense. Ainsi, dans les CPS, une partie des prestations ne figure pas dans le champ des départements mais dans celui des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), les départements intervenant en tant que financeurs de ces prestations sous la forme de transferts. Dans le détail, les prestations consacrées aux personnes handicapées relèvent pour leur plus grande part des ISBLSM, ainsi que la plus grande partie de l'aide sociale à l'enfance et, de façon plus marginale, les dépenses liées à l'insertion.

Au titre de la politique familiale, la Nation a consacré 4 % du PIB aux enfants en 2013

Mathias André et Julie Solard¹

L'effort social de la Nation en faveur des enfants représente le montant des dépenses sociales qui leur sont consacrées au titre de la politique familiale. Cet effort est de l'ordre de 4 % du produit intérieur brut (PIB) français : selon les hypothèses retenues sur le périmètre de la politique familiale, cet effort s'élève de 75 à 94 milliards d'euros en 2013.

Trois principaux postes constituent l'essentiel de cette dépense. Premièrement, les prestations légales, au titre de la famille ou de la maternité, et les dépenses d'action sociale des caisses et des collectivités territoriales représentent 48,7 milliards d'euros. Deuxième poste, les droits familiaux de retraite s'élèvent à 18,4 milliards d'euros. Enfin, les mécanismes fiscaux représentent de 1,5 à 15,6 milliards.

Des deux tiers au trois quarts de l'effort social sont pris en charge par les régimes d'assurance sociale, la majeure partie du complément par les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, les autres régimes ayant un rôle plus marginal.

¹ Les auteurs remercient Tania Lejbowicz pour ses simulations sur les années passées et le bureau Retraite pour ses simulations.

Le champ de l'effort social en direction des enfants

La politique familiale française regroupe de nombreux dispositifs de nature, de modalités et d'objectifs différents, tels que le soutien financier aux familles, la conciliation vie familiale-vie professionnelle, ou encore le soutien de la natalité.

Le premier des objectifs, à savoir la réduction des écarts de niveaux de vie entre les ménages avec enfants et ceux sans enfant, est couramment évalué. En 2012, l'écart de niveau de vie entre les couples avec deux enfants et les couples sans enfant est de 24 % avant impôts et prestations sociales, contre 15 % après transferts¹. L'écart de niveau de vie entre les familles nombreuses et les couples sans enfant est de 48 % avant transferts, contre 32 % après. Cette redistribution bénéficie par ailleurs principalement aux familles modestes.

Cet article cherche à quantifier **l'effort social de la Nation en faveur des enfants**, c'est-à-dire à quantifier le montant des dépenses sociales qui leur sont consacrées au titre de la politique familiale.

Pour ce faire, est tout d'abord calculée la dépense sociale allouée à une famille donnée « si son (ou ses) enfant(s) n'étai(en)t ou n'avai(en)t pas été là ». Cette dépense, dite *contrefactuelle*, est ensuite comparée au montant réel perçu par la famille. Le solde représente la dépense consacrée à ses enfants.

Il est ensuite nécessaire de décider si certaines des dépenses considérées relèvent de la politique familiale ou non. Le quotient familial est-il une aide à la famille ou une mesure d'équité fiscale prenant en compte les différences de capacité contributive des foyers ? Les suppléments d'aides au logement et de revenu de solidarité active en fonction de la composition du ménage sont-ils une partie intégrante de la politique familiale ou reflètent-ils simplement des besoins supérieurs liés à des charges plus élevées ? L'objectif d'aide aux familles dans le crédit et la réduction d'impôt pour emploi à domicile est-il de second ordre par rapport à l'objectif économique en matière d'emploi des particuliers ?

Au sein de la politique familiale, seul le champ restreint de l'enfance est considéré ici, sans étendre le périmètre aux dépenses familiales au sens large qui englobent également les problématiques de l'ascendance et de la conjugalité (*annexe 1 de l'éclairage*). Par ailleurs, les dépenses des jeunes majeurs étudiants ne sont pas prises en compte dans cet article, car elles dépassent le cadre de la famille. Elles peuvent davantage être considérées comme des dépenses d'accès à l'autonomie, voire des dépenses annexes d'éducation. Enfin, les dépenses d'éducation ne sont pas retenues, car elles ne couvrent pas un risque social². De même, les dépenses de santé ou de handicap relatives aux enfants ne sont pas intégrées, car elles ne sont pas assimilées à une politique familiale au sens strict (*annexe 1 de l'éclairage*).

L'effort social de la Nation en faveur des enfants est compris entre 74,9 et 94 milliards d'euros

À l'aide de cette estimation contrefactuelle, la dépense sociale en faveur des enfants peut être évaluée, en 2013, à 94,0 milliards d'euros, soit 4,4 % du PIB. Elle se décompose de la façon suivante.

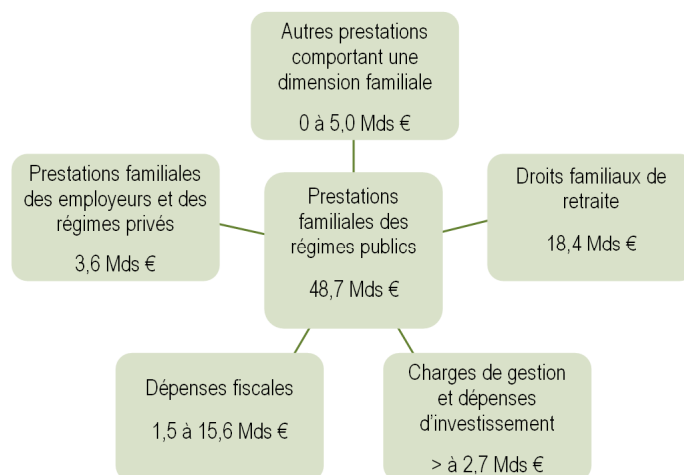
- Le cœur de la dépense sociale en direction des familles est constitué par les prestations légales, au titre de la famille ou de la maternité hors frais de soins, et les dépenses d'action sociale des caisses et des collectivités territoriales (48,7 milliards – *figure 1*), auxquelles s'ajoutent les prestations versées par les employeurs et les organismes complémentaires (3,6 milliards).
- Les autres prestations sociales qui comportent une dimension familiale sont comptabilisées, même si elles sont habituellement reprises au titre d'un autre risque social (logement ou pauvreté – 0 à 5,0 milliards d'euros). Les droits familiaux de retraite, versés en raison d'une dimension familiale présente ou passée, le sont également à hauteur de 18,4 milliards d'euros.
- Les avantages fiscaux et sociaux au titre de la politique familiale, moins-perçus de l'État ou de la Sécurité sociale, sont par ailleurs comptabilisés (1,5 à 15,6 milliards).
- Les coûts de gestion et de dépenses d'investissement de la politique familiale peuvent aussi être pris en compte, cependant, leur chiffrage est particulièrement délicat (supérieurs à 2,7 milliards).

Selon les hypothèses considérées (*cf. infra*), 80 % à 100 % de cette dépense peut être retenue comme participant à la politique familiale. Ainsi, l'effort social de la Nation en direction des enfants peut être évalué, en 2013, entre 74,9 et 94,0 milliards d'euros, soit 3,8 % à 4,4 % du PIB.

1 Cf. Lhommeau B. et Lejbowicz T., 2014, « Les prestations familiales et de logement en 2012. Une diminution du nombre de bénéficiaires de la PAJE », DREES, *Études et résultats* n° 875, février.

2 La liste des risques sociaux définie par SESPROS est la suivante : santé, vieillesse-survie, maternité-famille, emploi, logement, et pauvreté-exclusion sociale.

Figure 1 : Effort social en direction des enfants en 2013



Sources : DREES-CPS, base 2010 ; DREES-modèle INES 2013 ; DREES-EIR 2012 ; Rapport annuel de performance 2013 du programme Solidarité, insertion et égalité des chances ; PQE famille du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015, Rapport de la commission des Comptes de la Sécurité sociale de septembre 2014.

Les prestations familiales des régimes publics

Le périmètre restreint des dépenses familiales est celui des prestations familiales et de maternité, hors soins de santé, versées par les caisses de Sécurité sociale et les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics (tableau 1). Ces prestations représentent 48,7 milliards d'euros en 2013 et sont en très grande majorité versées par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF). En effet, contrairement aux autres branches de la Sécurité sociale, la branche famille n'est pas morcelée, et ce depuis sa création. La loi du 22 août 1946 ne prévoyait pas l'affiliation des seuls salariés, mais également celle des travailleurs indépendants. L'ensemble de la population est couverte par la CNAF depuis 1978, à la suite de la suppression de la condition d'activité professionnelle.

Ces prestations comprennent les **prestations familiales légales**, définies par le code de la Sécurité sociale (articles L. 511-1 et L. 531-1). Elles regroupent les allocations familiales (AF), le complément familial (CF), l'allocation de soutien familial (ASF), l'allocation de rentrée scolaire (ARS) et la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Les autres prestations familiales légales ne sont pas retenues ici mais simplement évoquées : il s'agit de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP). Au sens des Comptes de la protection sociale, le handicap constitue le risque principal qu'elles couvrent.

Certaines des prestations familiales légales sont attribuées sans condition de ressources. Il s'agit des allocations familiales (13,0 milliards d'euros en 2013)¹, de l'allocation de soutien familial et d'une partie de la prestation d'accueil du jeune enfant, à savoir le complément de libre choix d'activité. Les autres prestations familiales sont attribuées sous conditions de ressources ou modulées en fonction du revenu. Il s'agit du reste de la PAJE² (complément mode de garde, allocation de base, allocation de naissance, allocation d'adoption), du complément familial et de l'allocation de rentrée scolaire. Cette dernière a d'ailleurs été la première allocation versée sous conditions de ressources en 1974.

Avec l'émergence des problématiques liées à la petite enfance, le périmètre des prestations familiales légales s'est élargi depuis la fin des années 1980 : solvabilisation des modes de garde, conciliation vie familiale et vie professionnelle. Alors que les prestations d'entretien (allocations familiales, complément familial, allocation différentielle) ont progressé à un rythme faible, les prestations liées à la petite enfance se sont développées. En 2013, l'ensemble des composantes de la PAJE représentent un peu plus de 13 milliards d'euros, contre 17,9 milliards d'euros pour les prestations d'entretien et l'ARS.

L'aide sociale à l'enfance (ASE), service départemental défini par l'article L. 221-1 du code de l'action sociale et des familles, constitue un poste historique et important de dépenses (6,8 milliards d'euros). La loi du 27 juin 1904 relative

¹ Les allocations familiales seront modulées en fonction du revenu à partir de juillet 2015.

² Les dépenses au titre de la PAJE complément mode de garde incluent l'exonération des cotisations employeurs pour la garde d'enfant.

aux enfants assistés a posé les bases de l'ASE, encore aujourd'hui du ressort des administrations publiques et non de la Sécurité sociale. Les dépenses de l'aide sociale à l'enfance sont constituées des actions éducatives, à savoir l'action éducative en milieu ouvert (AEMO) et l'action éducative à domicile (AED), des allocations (secours, bourses et autres aides financières), des mesures de prévention spécialisées et des dépenses de placement¹.

Les autres prestations en faveur des familles versées par les caisses de Sécurité sociale et les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics sont constituées des congés de maternité, des bourses des collèges et des lycées, de diverses prestations d'action sociale telles que les aides financières directes (bons-vacances) ou l'accompagnement social au bénéfice des familles (travail social, aide ménagère, etc.). Elles englobent également le congé paternité ; mesure emblématique de l'exercice conjoint de la parentalité et de la problématique de l'égalité femmes-hommes, mis en place en 2002.

Tableau 1 : Prestations familiales des régimes publics en 2013

	<i>En milliards d'euros</i>
Allocations en faveur de la famille	20,3
Allocations familiales (AF)	13,0
Complément familial (CF)	1,7
Allocation de soutien familial (ASF)	1,3
PAJE - base, prime et allocation d'adoption, autres allocations	4,4
Prestations liées à la scolarité	2,8
Allocation de rentrée scolaire (ARS)	1,9
Bourses d'études hors enseignement supérieur	0,9
Autres prestations liées à l'éducation	< 0,1
Prestations liées à la garde d'enfant	13,5
PAJE - CLCA et COLCA, assistante maternelle, employée à domicile	8,1
Accueil des jeunes enfants (dont crèches municipales)	5,4
Aide sociale à l'enfance (ASE)	6,8
Action sociale et autres prestations	1,3
Action sociale individuelle des caisses	0,3
Actions collectives des caisses	0,5
Autres prestations famille des caisses et des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	0,5
Prestations de maternité	3,9
Indemnités journalières	3,0
Congés de naissance	0,2
PAJE - Prime de naissance	0,7
Autres prestations maternité	< 0,1
Total	48,7

Note : une partie des prestations familiales légales n'est pas reprise ici. Il s'agit de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) et de l'allocation de logement familiale (ALF).

Les bourses d'études des collèges et lycées sont en revanche comptabilisées au sein des prestations des Comptes de la protection sociale, mais constituent un cas limite (elles pourraient en être exclues en considérant qu'elles relèvent davantage d'une politique d'éducation).

PAJE : prestation d'accueil du jeune enfant ; CLCA : complément de libre choix d'activité ; COLCA : complément optionnel de libre choix d'activité.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

Les prestations familiales des employeurs et des organismes complémentaires

En sus des prestations assurées par les régimes d'assurance sociale et les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, des prestations familiales et de maternité sont versées par les employeurs à leurs propres salariés. Les employeurs participent en effet à la politique familiale, notamment pour la garde d'enfants ou par le versement d'un supplément familial de rémunération. Les organismes complémentaires participent aussi, très marginalement, à l'effort

¹ Pour plus de détails sur l'ASE, voir Amar E., 2015, « Dépenses d'aide sociale départementale en 2013 : une hausse soutenue par le RSA », DREES, *Études et résultats* n° 905, février.

en faveur de l'enfance, en versant des compléments d'indemnités journalières de maternité et des primes de naissance.

L'ensemble de ces prestations représentent 3,6 milliards d'euros en 2013, en majorité versés par l'État au titre du supplément familial de traitement (*tableau 2*). Les employeurs du secteur privé versent des prestations liées à la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle et des compléments de rémunération pour charges de famille. Ces derniers, comme les prestations de nuptialité et de natalité versées par les organismes complémentaires, sont issus de l'organisation du travail et de la protection sociale de la famille de la fin du XIX^e siècle.

Tableau 2 : Prestations extra-légales d'employeurs et prestations des organismes complémentaires en 2013

	<i>En milliards d'euros</i>
Total	3,6
Compléments de rémunération (y compris supplément familial de traitement et majorations familiales)	2,7
Prestations maternité et famille des organismes complémentaires	< 0,1
Autres prestations famille des régimes extralégaux d'employeurs	1,0

Sources : DREES-CPS, base 2010.

Les autres prestations comportant une dimension familiale

Certaines prestations sociales – aides au logement, revenu de solidarité active (RSA) – incorporent dans leurs barèmes des modulations en fonction du nombre d'enfants. Ces dispositifs opèrent donc une redistribution entre ménages en fonction de leur composition et peuvent ainsi être comptabilisés dans les dépenses de la Nation en faveur de l'enfance. Ces prestations modulées en fonction de la composition du foyer sont gérées par la branche famille de la Sécurité sociale.

Les **aides au logement** sont au nombre de trois : aide personnalisée au logement (APL), allocation de logement à caractère social (ALS), allocation de logement à caractère familial (ALF). L'ALF est une prestation familiale légale (définie par le code de l'action sociale et des familles), créée en 1948 pour atténuer les charges de l'habitat et compenser les effets d'une loi concomitante révisant le mode de calcul des loyers. La couverture de l'allocation logement familiale (ALF) s'avérant insuffisante, l'allocation de logement à caractère social (ALS) est créée en 1971 pour solvabiliser d'autres ménages ; l'aide personnalisée au logement (APL) est instaurée en 1977 pour remplacer des dispositifs d'aide à la pierre en renforçant les aides à la personne. Ces trois aides respectent la même méthode de calcul. Elles ne sont versées qu'en deçà de plafonds de revenus du foyer. Les montants et les plafonds varient en fonction du nombre de personnes à charge et de la zone de résidence.

Le **revenu de solidarité active (RSA)**, instauré en 2009, comprend lui aussi une modulation familiale. Le montant et le plafond du RSA socle (simple ou majoré) varient en fonction de la présence et du nombre d'enfants. En contrepartie, les prestations familiales et les aides au logement sont incluses dans l'assiette des ressources. La majoration pour isolement du RSA est versée aux parents isolés élevant seul un enfant de moins de trois ans ou un enfant âgé de plus de trois ans durant l'année de son accueil ou de la survenance de l'isolement. Cette majoration a pris le relais de l'allocation de parent isolé, instaurée en 1976.

Le modèle de microsimulation INES (*annexe 3 de l'éclairage*) a été utilisé pour effectuer ces chiffrages. Afin de mesurer l'effet propre à chaque transfert et d'éviter les doubles comptes, les chiffrages isolent chacune des prestations sans tenir compte des interactions qu'elles ont les unes sur les autres¹. Par ailleurs, la notion d'enfant à charge varie entre le code de la Sécurité sociale, le code de l'action sociale et des familles et le code général des impôts (*annexe 2 de l'éclairage*). La définition retenue est adaptée à chaque poste.

Le *tableau 3* présente pour chaque prestation le différentiel de montant versé dû à la présence d'enfants, c'est-à-dire en comparant pour chaque ménage la prestation effectivement servie avec celle qui aurait été servie au ménage si les enfants n'entraient pas dans le calcul.

En l'absence d'enfant, les aides aux logements seraient réduites de 4,1 milliards, soit presque un quart de leur montant. Près d'un milliard serait versé en moins au titre du revenu de solidarité active – cela représente moins de 10 % du montant total versé pour le RSA en 2013.

L'intégration du supplément d'aide au logement et du revenu de solidarité active dû à la présence d'enfant dans l'effort social de la Nation en faveur des enfants est discutable. Ces montants peuvent ne pas être vus comme une

¹ Il est en effet possible de considérer les effets des différentes prestations séparément ou dans leur ensemble. Par exemple, le montant d'aides au logement perçu par un ménage impacte, via le forfait logement, ses droits au RSA.

composante de la politique familiale mais comme le reflet des différences de charges entre des familles avec et sans enfant.

Tableau 3 : Prestations sociales comportant une dimension familiale en 2013

	<i>En milliards d'euros</i>
Estimation du différentiel dû à la présence d'enfants	5,0
Aides au logement :	
allocation de logement à caractère familial (ALF)	4,1
allocation personnalisée au logement (APL)	4,1
allocation de logement à caractère social (ALS)	4,1
Revenu de solidarité active (RSA) - y compris prime de Noël	0,9

Note : les aides au logement pour les accédants à la propriété ne sont pas simulées par le modèle INES mais imputées.

Note de lecture : si les barèmes des aides au logement ne tenaient pas compte de la présence d'enfants dans la famille, le montant des aides versées serait réduit de 4,1 milliards.

Sources : DREES-modèle INES 2013.

Les avantages familiaux servis par les régimes de retraite

Le rapport du conseil d'orientation des retraites de 2008¹ distingue quatre objectifs aux droits familiaux de retraite :

- compenser les inégalités de fait entre hommes et femmes à la retraite ;
- assurer une redistribution vers les bas revenus ;
- donner plus de droits aux assurés ayant un ou des enfants (les enfants étant de futurs cotisants au système de retraite) ;
- compenser les effets de la présence d'enfants sur les carrières professionnelles.

L'effort social de la Nation en faveur des enfants inclut les droits familiaux au titre des droits propres (retraite) et des droits dérivés (réversion). En revanche, les dépenses consacrées à la réversion dans leur ensemble ne sont pas retenues ici. La réversion constitue en effet davantage une politique au titre de la conjugalité qu'une politique au titre de l'enfance (même si l'un de ses bénéficiaires est de compenser la diminution ou l'interruption d'activité d'un des conjoints pour élever les enfants).

Le montant versé au titre des droits familiaux de retraite a fait l'objet d'évaluations par la DREES dans le cadre du rapport du COR en 2008, et de celui de Bertrand Fragonard en 2015². Cette évaluation nécessite plusieurs hypothèses de calcul : principalement, la date de départ à la retraite est maintenue inchangée en l'absence de droits familiaux de retraite. Ces conventions seront détaillées dans un dossier Solidarité et santé portant sur les dispositifs de solidarité et les droits familiaux de retraite (à paraître). L'ensemble de ces droits familiaux ont été évalués à leur coût actuel, *i.e.* sur l'ensemble des personnes ayant déjà liquidé leurs droits.

Sont considérés ici cinq droits familiaux, pour une dépense totale de 18,4 milliards d'euros en 2013, décomposée en 17,0 milliards pour les droits propres et 1,4 milliard pour les droits dérivés (*tableau 4*).

- Les **majorations du montant des pensions** pour les personnes ayant eu ou élevé au moins trois enfants constituent la dépense la plus importante (7,8 milliards d'euros au titre des droits propres et 1,4 milliard au titre des droits dérivés). Les majorations de pensions à partir du troisième enfant étaient présentes dès la création du régime général en 1945. Il s'agit du seul des cinq droits mentionnés ici ouverts pour les deux parents dès l'origine.
- Les **majorations de durée d'assurance** représentent 5,3 milliards d'euros sur les droits propres. Il s'agit de trimestres supplémentaires accordés aux parents. Au régime général, elles ont été instaurées en 1971 et ouvertes au père depuis 2010. Ce montant représenterait le montant à verser en moins aux retraités s'ils ne bénéficiaient plus de leurs majorations de durée d'assurance pour raisons familiales avec maintien de leur date de départ en retraite inchangée.
- L'**assurance vieillesse des parents au foyer** (AVPF – 2,0 milliards d'euros en 2013) valide des trimestres pour les parents qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un ou plusieurs enfants ou d'une personne handicapée, sous conditions de ressources. Créée en 1972, l'AVPF est étendue aux hommes en 1979.

¹ Rapport du Conseil d'orientation des retraites de 2008 : « Retraites : droits familiaux et conjugaux ».

² Rapport du Haut Conseil de la famille : « Droits familiaux de retraite ».

- Les **départs anticipés** pour les parents d'au moins trois enfants représentent 1,8 milliard d'euros en 2013. Absent au régime général, ce dispositif existe dans les régimes de fonctionnaires et dans plusieurs régimes spéciaux. À la fonction publique, il a été ouvert aux pères à la fin de l'année 2004 et est dorénavant fermé (à une phase de transition près).
- Les **majorations du montant des pensions** pour les personnes ayant des enfants à charge sont plus mineures (0,1 milliard d'euros au titre des droits propre en 2013). Dispositif propre à l'ARRCO, ces majorations de 5 % du montant des pensions ont été étendues en 2011 à l'AGIRC.

Tableau 4 : Droits familiaux de retraite en 2013

	<i>En milliards d'euros</i>
Coût des droits propres actuellement ouverts	17,0
majoration pour enfants	7,8
MDA - majoration de durée d'assurance	5,3
AVPF - assurance vieillesse des parents au foyer	2,0
départs anticipés pour motifs familiaux	1,8
majoration pour enfants à charge	0,1
Coût des droits dérivés actuellement ouverts	1,4
majoration pour enfants	1,4
Ensemble des droits familiaux de retraite	18,4

Champ : retraités de droit direct ou de droit dérivé, résidents en France ou à l'étranger.

Note : les simulations issues de l'EIR 2012 sont vieillies grâce aux évolutions des masses de droits propres et de droits dérivés. Les départs anticipés comptabilisent l'ensemble des motifs familiaux (y compris ceux liés au conjoint) ; la masse de MDA n'intègre pas l'impact de la MDA sur les minima de pension. Les effets de l'AVPF, de la MDA et des départs anticipés sur les droits dérivés sont supposés négligeables.

Sources : DREES-EIR 2012.

Les dépenses fiscales en faveur des enfants

La politique familiale est également exercée *via* des dépenses fiscales. Les dépenses fiscales sont définies comme « des dispositions législatives ou réglementaires dont la mise en œuvre entraîne pour l'État une perte de recettes et donc, pour les contribuables, un allègement de leur charge fiscale par rapport à ce qui aurait résulté de l'application de la norme, c'est-à-dire des principes généraux du droit fiscal français »¹. Plusieurs types de dépenses peuvent être comptabilisées dans le champ de l'étude (tableau 5).

La principale dépense fiscale est le **quotient familial**, qui consiste à attribuer des demi-parts pour les enfants dans le calcul de l'impôt sur le revenu. Il a été instauré par la loi de finances pour 1946², soit quasi simultanément à la création de la branche famille de la Sécurité sociale, et plafonné pour la première fois en 1981. Suivant les hypothèses retenues (*cf. encadré*), la dépense au titre du quotient familial est de 13,0 milliards en 2013.

Le crédit d'impôt pour frais de garde des enfants de moins de six ans s'élève à 1,2 milliard d'euros en 2013. Sont également comptabilisés la réduction et le crédit d'impôt pour emploi d'un salarié à domicile pour les familles ayant des enfants en bas âge, qui approche la part de cette réduction et de ce crédit utilisée à des fins de garde d'enfants. Cette part représente 0,8 milliard d'euros en 2013.

Entre 2011 et 2013, ces deux dépenses fiscales en faveur des familles ont subi une évolution de +10 % alors que, dans le même temps, les recettes au titre de l'impôt sur le revenu ont augmenté de +30 %. Cela s'explique en partie par la baisse du plafond du quotient familial (de 2 336 euros à 2 000 euros) et celle du plafonnement général des avantages fiscaux (hors quotient familial).

La prime pour l'emploi (PPE) comporte une partie familialisée tenant compte des enfants à charge (*annexe 2 de l'éclairage*). L'État consacre 300 millions d'euros en 2013 au titre de la partie familialisée de la « PPE résiduelle », c'est-à-dire après versement du RSA.

¹ Évaluation des voies et moyens – tome II Dépenses fiscales.

² Voir André M. et Guillot M., 2014, « 1901-2014 : cent ans d'impôt sur le revenu », Note IPP n°12, Institut des politiques publiques, juillet.

Le dernier poste, qui représente 0,3 milliard d'euros en 2013, concerne les dépenses fiscales, au titre de la politique familiale, du programme 304, « Inclusion sociale, protection des personnes et économie sociale et solidaire » de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances, en dehors des postes déjà comptabilisés, soit principalement :

- les avantages liés aux demi-parts supplémentaires, qui sont incluses dans le chiffrage du quotient familial ;
- le crédit d'impôt frais de garde ;
- l'exonération des prestations familiales de la contribution sociale généralisée et de l'impôt sur le revenu : cette dépense serait alors comptabilisée une première fois au titre de la prestation et une seconde au titre de l'exonération ;
- l'exonération des majorations de retraite ou de pension pour les personnes ayant eu ou élevé au moins trois enfants¹, dont la comptabilisation ferait double compte avec le montant de prestation repris dans le paragraphe sur les droits familiaux de retraite ;

Enfin, l'abattement de la taxe d'habitation pour charges de famille devrait être intégré dans l'effort social, mais son taux étant décidé par les collectivités locales (au-delà d'un taux minimum pour tous), il n'existe pas d'estimation de son montant.

La réduction d'impôt pour frais de scolarité n'est en revanche pas retenue (*annexe 1 de l'éclairage*).

Tableau 5 : Dépenses fiscales en 2013

	<i>En milliards d'euros</i>
Total	15,6
Quotient familial	13,0
Crédit d'impôt pour frais de garde des enfants âgés de moins de 6 ans	1,2
Crédit / réduction d'impôt emploi à domicile - estimation de la part utilisée pour des besoins familiaux	0,8
Prime pour l'emploi (PPE)	0,3
Autres dépenses fiscales du programme 304 hors double compte*	0,3

* Les exonérations de prestations ne sont pas comptabilisées. Les dépenses du programme 304 comptabilisées sont le régime spécial d'imposition des assistants maternels et des assistants familiaux (IR), le crédit d'impôt famille (IR/IS), l'exonération des prestations de services et des livraisons de biens qui leur sont étroitement liées par les établissements assurant l'accueil des enfants de moins de trois ans (TVA) et l'abattement en faveur des contribuables ayant des enfants mariés ou chargés de famille rattachés à leur foyer fiscal.

Sources : DREES-modèle INES sur 2013, projet de loi de finances pour 2015 (projet annuel de performances de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances).

Ainsi, dans la situation hypothétique « si l'enfant n'existait pas », les dépenses fiscales s'élèvent à 15,6 milliards en 2013. Cependant le quotient familial peut alternativement être qualifié d'aide à la famille ou de mesure d'équité fiscale prenant en compte les différences de capacité contributive des ménages, laquelle varie avec le nombre des personnes à charge². Il en est de même pour la prime pour l'emploi. Pour le crédit et la réduction d'impôt pour emploi à domicile, il pourrait être considéré que l'objectif de politique familiale est de second ordre par rapport à l'objectif économique en matière d'emploi des particuliers.

Selon les considérations retenues, l'effort social de la Nation en faveur des familles varie donc de 1,5 à 15,6 milliards d'euros en 2013 au titre des dépenses fiscales.

1 Supprimée à partir de 2014.

2 Des approches intermédiaires pourraient également être considérées, quantifiant différemment la capacité contributive des ménages. Un référentiel simple, bien que très imparfait, peut être donné par les unités de consommation, échelles d'équivalence utilisées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et au niveau international pour comparer les niveaux de vie. Les unités de consommation sont un système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage : 1 pour le premier adulte, 0,5 par personne de 14 ans et plus supplémentaire, 0,3 par enfant de moins de 13 ans supplémentaire. L'effort social en faveur des familles au titre du quotient familial pourrait donc être quantifié par la différence entre l'impôt qui est prélevé avec la législation actuelle et l'impôt qui serait collecté si les attributions de part suivaient cette autre définition de la capacité contributive représentée par les unités de consommation.

ENCADRÉ 1 : HYPOTHÈSES RETENUES POUR LA SIMULATION DU QUOTIENT FAMILIAL

Avant l'application du barème en tranches et des taux marginaux de l'impôt sur le revenu (IR), les revenus imposables sont divisés par le nombre de parts du foyer, ce qui est usuellement appelé « quotient familial ».

La simulation qui en est faite ici consiste à calculer l'impôt qui serait dû par les foyers si le quotient familial n'existait pas, c'est-à-dire en l'absence de tous les mécanismes où le nombre d'enfants à charge intervient directement dans le calcul de l'IR. Trois types de mécanismes sont considérés (*tableau ci-dessous*) : les parts supplémentaires accordées aux enfants à charge, les parts supplémentaires au titre de situations familiales spécifiques, ainsi que les augmentations des plafonds des crédits et réductions d'impôt en fonction du nombre d'enfants à charge.

Le quotient familial est comptabilisé pour sa valeur directe, sans prendre en compte la rétroaction sur les prestations sociales calculées en fonction du revenu fiscal de référence et sur les exonérations de contribution sociale généralisée (CSG) et de taxe d'habitation, déterminées elles aussi en fonction du revenu fiscal de référence.

Tableau de l'encadré 1 : Mécanismes fiscaux considérés dans le cadre du quotient familial

Parts pour les personnes à charge	
Enfant à charge non marié de moins de 18 ans ou handicapé quel que soit l'âge	1/2 part, 1 part dès 3 personnes à charge
Enfant à charge en résidence alternée non marié de moins de 18 ans ou handicapé quel que soit l'âge	1/4 part, 1/2 part dès 3 personnes à charge
Enfant célibataire majeur sans enfant	1/2 part, 1 part dès 3 personnes à charge
Parts supplémentaires pour des situations familiales spécifiques	
Demi-part supplémentaire accordée aux parents isolés	1/2 part ou 1/4 part en cas de résidence alternée
Demi-part supplémentaire pour les contribuables vivant seuls ayant eu à titre exclusif ou principal, en vivant seuls, la charge d'enfants pendant au moins cinq ans	1/2 part
Maintien du quotient conjugal pour les contribuables veufs ayant des enfants à charge	1/2 part
Augmentation des plafonds des dépenses fiscales	Catégorie
Versements de primes sur contrat rentes-survie ou épargne-handicap	réduction d'impôt
Dépenses d'équipement d'aides aux personnes, dépenses en faveur de la qualité environnementale et intérêts d'emprunt pour habitation principale	crédits d'impôt

Note : les demi-parts supplémentaires pour personnes invalides ne sont pas prises en compte, car afférentes au risque handicap et non à la politique familiale.

Les charges de gestion et les dépenses d'investissement

La politique familiale ne se résume pas aux prestations et avantages fiscaux, elle comprend également un certain nombre d'autres dépenses, des charges de gestion et d'investissement notamment.

L'évaluation de l'ensemble des frais de gestion relatifs aux aides qui font l'objet de cette étude nécessiterait d'évaluer, pour chaque dépense, la quotité de charges de gestion pour l'organisme financeur ; ce qui impliquerait d'employer un certain nombre de conventions. Par souci de simplicité et de lisibilité, seuls les frais de gestion de la branche famille du régime général sont comptabilisés ici. Ils sont évalués, conventionnellement, à 75 % des charges de gestion de la branche famille des régimes de base, l'abattement de 25 % correspondant aux prestations versées par cette branche mais ne concernant pas spécifiquement les familles (minima sociaux et aides au logement).

Par ailleurs, les dépenses d'investissement pour l'accueil des jeunes enfants s'élèvent, en 2013, à 500 millions d'euros (tableau 6), investis au titre des plans crèches de la CNAF et par les communes de plus de 10 000 habitants.

Tableau 6 : Autres charges en 2013

	<i>En milliards d'euros</i>
Dépenses d'investissement pour l'accueil collectif des jeunes enfants (plans crèches et dépenses d'investissement des communes de plus de 10 000 habitants)	0,5
Charges de gestion de la branche famille	2,1
Autres charges de gestion (collectivités territoriales par exemple)	non chiffré
Total	> 2,7

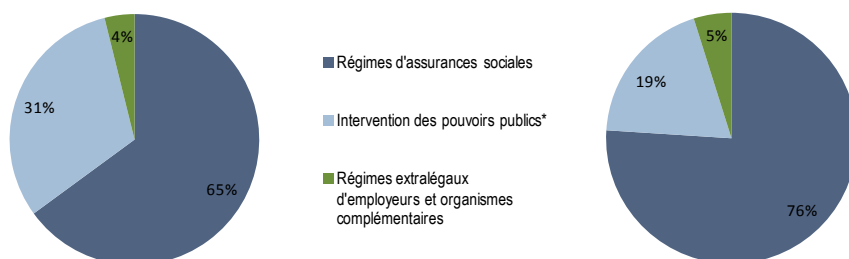
Note : les dépenses des communes de moins de 10 000 habitants ne sont pas comptabilisées, car non connues.
Sources : PQE famille du PLFSS pour 2015 et CCSS 2013, calculs DREES.

Deux tiers de la dépense sociale en faveur des enfants est portée par les régimes d'assurance sociale

Au total, la dépense sociale allouée aux familles « si leur(s) enfant(s) n'étai(en)t ou n'avai(en)t pas été là » représente 94,0 milliards d'euros en 2013, soit 4,4 % du PIB. Selon les hypothèses retenues, notamment sur les dépenses fiscales, l'effort social en direction des enfants correspond à 80 % à 100 % de cette dépense, soit de 3,5 à 4,4 % du PIB.

De 65 à 76 % de la dépense sociale est prise en charge par les régimes d'assurance sociale (notamment les prestations familiales légales et les droits familiaux de retraite), 19 à 31 % par l'administration fiscale et les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics (dépenses fiscales, aide sociale à l'enfance, etc.) et 4 à 5 % par les régimes extra-légaux d'employeurs et les organismes complémentaires, dont une partie par l'État au titre du supplément familial de traitement (graphique 2). 98 % des dépenses considérées entrent donc dans le champ des dépenses publiques (sociales et fiscales).

Graphique 2 : Effort social de la Nation en faveur des enfants par régime (à gauche, hypothèse haute ; à droite, hypothèse basse)



* Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics et des ISBLSM des Comptes de la protection sociale et administration fiscale.
Source : DREES-CPS, base 2010 ; DREES-modèle INES 2013 ; DREES-EIR 2012 ; Rapport annuel de performance 2013 du programme Solidarité, insertion et égalité des chances ; PQE famille du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015, rapport de la commission des Comptes de la Sécurité sociale de septembre 2014.

Bibliographie

André M. et Guillot M., 2014, « 1901-2014 : cent ans d'impôt sur le revenu », *Note IPP*, Institut des politiques publiques, n° 12, juillet.

Bechtel J. et Caussat L., 2005, « Les transferts sociaux en faveur des familles : une évaluation macro-économique », *DREES, Études et résultats* n° 376, février.

Eidelman A., 2013, « L'imposition commune des couples mariés ou pacsés : un avantage qui n'est pas systématique », *Insee analyses*, n° 9, mai.

Fagnani J., Math A. et Meilland C., 2009, « Comparaison européenne des aides aux familles », *Dossier d'études*, CNA, n° 112, janvier.

Lhommeau B., 2015, « Les prestations familiales et de logement, en Métropole et dans les DOM : 50 milliards d'euros en 2013 », *Études et résultats*, DREES, n° 912, avril.

Lhommeau B. et Lejbowicz T., 2014, « Les prestations familiales et de logement en 2012. Une diminution du nombre de bénéficiaires de la PAJE », *Études et résultats*, DREES, n° 875, février.

Fragonard M., 2013, rapport Les aides aux familles, avril.

Haut Conseil de la famille, 2011, « Architecture des aides aux familles : quelles évolutions pour les 15 prochaines années ? », avril.

Haut Conseil de la famille, 2010, « L'investissement de la Nation en direction des familles », septembre.

Conseil d'orientation des retraites, 2008, rapport Retraites : droits familiaux et conjugaux, décembre.

« Dispositifs de solidarité et droits familiaux de retraite », *Dossier solidarité et santé*, DREES, à paraître.

« Enfants, politique familiale et fiscalité : les transferts du système socio-fiscal aux familles en 2014 », *Trésor-éco* n° 142, janvier 2015.

Annexe 1 : Élargissements du périmètre vers le champ de la famille

La conjugalité

L'effort social présenté ici est celui de l'enfance et non celui de la famille. Il ne prend donc pas en compte la conjugalité qui présente des difficultés méthodologiques propres. En effet, l'estimation des avantages ou moins-values de la vie en couple sur l'imposition ou les prestations requiert de définir une situation de référence et de très nombreuses hypothèses peuvent être faites. Les deux principaux postes de dépense au titre de la conjugalité sont les suivants.

- La prise en compte des droits dérivés de retraite pourrait être discutée¹. En 2013, dans les Comptes de la protection sociale, l'ensemble du risque survie (hors droits familiaux de retraite) s'élève à 37,2 milliards d'euros.
- Le quotient conjugal pourrait, comme le quotient familial, être considéré comme un élément de la politique familiale plutôt que comme un élément constitutif du système. La direction générale du Trésor² a estimé que l'imposition séparée des couples augmenterait de 5,6 milliards d'euros en 2009 le montant collecté au titre de l'impôt sur le revenu³. Plus récemment, une analyse de l'INSEE évalue au niveau individuel l'impact de l'imposition commune. Elle montre que 60 % des couples mariés ou pacsés ont un impôt inférieur à celui qu'ils paieraient en déclarant séparément, mais que 21 % ont un impôt supérieur. En effet, le quotient conjugal n'est pas le seul dispositif fiscal qui modifie l'imposition des couples et certains dispositifs jouent plutôt en défaveur des déclarations communes (prime pour l'emploi, système de la décote). Parallèlement, 36 % des couples en union libre gagneraient à être imposés conjointement et 40 % y perdraient⁴.

Les jeunes majeurs étudiants

Les dépenses en faveur des jeunes étudiants ne sont pas intégrées dans cette étude. Elles sont assimilées à des dépenses d'accession à l'autonomie, voire à des dépenses annexes d'éducation. Les dépenses effectuées à ce titre sont diverses : dépenses de logement (résidences universitaires, aides au logement attribuées aux étudiants), dépenses alimentaires (subventions des restaurants universitaires, etc.), bourses d'études attribuées aux jeunes du supérieur, couverture du déficit de l'Assurance maladie étudiante, etc.

Les autres membres de la famille

L'effort social de la Nation en faveur des familles au sens large pourrait aussi prendre en compte les dépenses en faveur des autres membres de la famille, notamment la déduction d'impôt pour frais d'accueil d'une personne âgée et l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

Les autres dépenses, afférentes à un autre objectif que celui de la politique familiale

Cette étude ne prend pas en compte les **dépenses de santé**. Ces dépenses couvrent un risque social, mais n'ont pas été considérées comme assimilables à une politique familiale. Il s'agit notamment des soins de santé de maternité, qui représentent 4,0 milliards d'euros en 2013⁵ ; de l'avantage financier procuré par la non prise en compte dans la base de cotisations des régimes de base des ayants droit (la cotisation d'Assurance maladie étant indépendante du nombre de personnes couvertes), ou encore de la partie familiale de la CMU et de l'ACS.

En second lieu sont exclues les dépenses en faveur des familles ayant un **enfant handicapé** : la prise en charge du handicap de l'enfant est en effet gérée par la branche famille de la Sécurité sociale depuis 1963 (date de la création de l'allocation d'éducation spéciale). Les prestations familiales légales (AEEH – allocation d'éducation de l'enfant handicapé et AJPP – allocation journalière de présence parentale) représentent un peu plus de 800 millions d'euros en 2013. La prise en charge de l'enfant handicapé donne également lieu à des dépenses fiscales (demi-parts supplémentaires dans le calcul de l'impôt sur le revenu) et à des dépenses médico-sociales.

1 Conseil d'orientation des retraites, 2008, sixième rapport Retraites : droits familiaux et conjugaux, décembre.

2 Simulation réalisée pour « L'architecture des aides aux familles : quelles évolutions pour les 15 prochaines années ? », note du Haut Conseil de la famille, avril 2011.

3 Il est nécessaire de faire des hypothèses sur le rattachement des enfants et sur l'attribution des revenus non séparables. L'hypothèse présentée ici est celle d'une optimisation simple (les enfants sont rattachés au parent pour lequel c'est le plus avantageux financièrement, les revenus non séparables sont également rattachés au conjoint pour lequel c'est le plus avantageux financièrement).

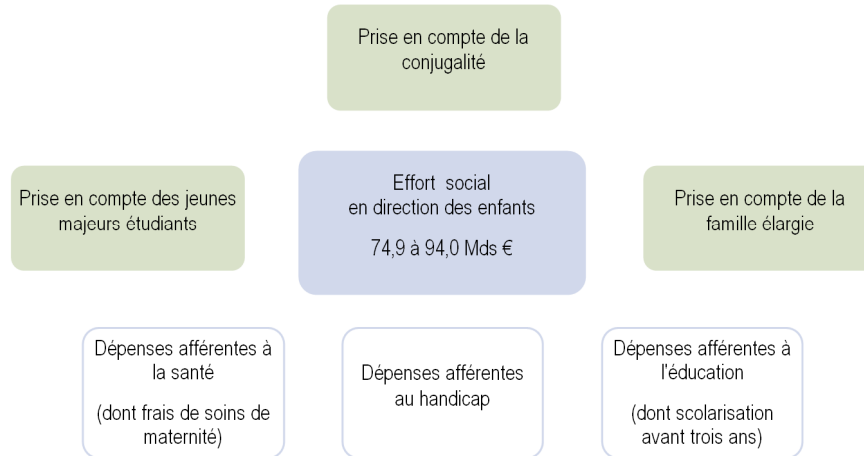
4 Eidelman A., 2013, « L'imposition commune des couples mariés ou pacsés : un avantage qui n'est pas systématique » Insee analyses n° 9, mai.

5 Source des dépenses chiffrées de santé et de handicap : Comptes de la protection sociale 2013.

L'éducation ne faisant pas partie des risques sociaux, les dépenses y ayant trait ne sont pas considérées dans cette étude. Les dépenses les plus proches de la politique familiale sont les suivantes : le coût de la scolarisation avant 3 ans, soit un peu plus de 500 millions d'euros en 2013¹ ; le coût de la scolarisation entre 3 et 6 ans (13,2 milliards d'euros – celle-ci n'existant pas en Allemagne, par exemple, nécessite la présence de systèmes de garde) ; et la réduction d'impôt pour frais de scolarité.

Portant un risque financier et non pas un risque social, les dispositifs de dépenses fiscales relatifs aux donations et successions (abattement des droits de mutation pour les enfants) ne sont pas intégrés. Enfin, dans une approche de la famille élargie aux ascendants, les dépenses ayant trait à la dépendance des proches devraient aussi être discutées.

Le périmètre élargi de la dépense sociale en faveur des familles



Sources : DREES-CPS, base 2010; DREES-modèle INES 2013 ; DREES-EIR 2012 ; Rapport annuel de performance 2013 du programme Solidarité, insertion et égalité des chances ; PQE famille du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015, rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale de septembre 2014.

1 Source des dépenses de scolarisation : Programme de qualité et d'efficacité famille, annexé au projet PLFSS pour 2015.

Annexe 2 : La notion d'enfant dans les différentes législations

Entre le code de la Sécurité sociale, le code de l'action sociale et des familles et le code général des impôts, les conditions d'appréciation de la notion d'enfant diffèrent.

La prise en compte des enfants dans l'impôt sur le revenu

Au sens des impôts, un enfant âgé de moins de 18 ans au 1^{er} janvier est compté à charge pour ses parents, s'il est légitime, adoptif, naturel (filiation légalement établie) ou recueilli et si les parents en assument la charge effective d'entretien et d'éducation. Il en est de même pour un enfant handicapé dans l'incapacité de subvenir à ses besoins, quel que soit son âge. Les enfants majeurs sont, en principe, imposables personnellement. Mais, s'ils restent à charge des parents, ils peuvent sous certaines conditions être rattachés au foyer fiscal de leur parent ou permettre une déduction de pension alimentaire (les parents doivent faire un choix entre ces deux options). Peuvent être rattachés les enfants de moins de 21 ans (de 18 ans à 20 ans) et ceux de moins de 25 ans poursuivant leurs études. Si l'enfant mineur ou l'enfant rattaché de moins de 25 ans dispose de revenus propres, ceux-ci doivent être ajoutés aux revenus des parents.

Les enfants à charge ouvrent, en outre, droit à une majoration de la prime pour l'emploi (PPE) et le plafond de revenu fiscal de référence au-dessus duquel les membres du foyer fiscal deviennent non éligibles à la PPE est lui-même majoré par la présence d'enfants à charge dans le foyer. Les parents isolés ayant des enfants rattachés à leur foyer fiscal obtiennent une majoration supplémentaire. Le montant maximum de revenu d'activité ouvrant droit à la prime est dans ce cas relevé, ce qui entraîne un barème plus élevé de la prime.

La notion d'enfant à charge pour les prestations familiales

Pour qu'un enfant soit considéré comme à charge pour les prestations familiales, la personne qui demande les prestations doit assurer la charge effective et permanente de l'enfant (responsabilité globale et non pas seulement financière). En outre, l'enfant doit avoir moins de 16 ans ou moins de 20 ans lorsque sa rémunération ne dépasse pas 55 % du SMIC.

La condition de charge n'est plus remplie lorsque l'enfant a lui-même la qualité d'allocataire à compter de l'ouverture du droit à une prestation familiale, à une prestation de logement ou à l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

La borne d'âge est différente pour certaines prestations. En effet, lorsque les autres conditions sont remplies, les enfants âgés de 20 à 21 ans sont comptés comme enfants à charge pour le complément familial (CF) et peuvent ouvrir droit à une allocation forfaitaire d'allocation familiale (AF) lorsqu'ils sont l'aîné d'une famille de trois enfants ou plus.

La prise en compte des enfants dans les allocations logement et le RSA

Les enfants de moins de 21 ans (dont la rémunération est inférieure à 55 % du SMIC brut) sont considérés comme étant à charge au sens des prestations logement, même s'ils ne résident pas en permanence au foyer de leurs parents, à condition qu'ils ne soient pas allocataires eux-mêmes ou conjoint ou colocataire d'allocataires de la prestation concernée.

En ce qui concerne le RSA, les enfants à charge doivent avoir moins de 25 ans et leurs revenus sont intégrés dans le calcul de l'allocation de telle sorte que les plafonds dépendent de la taille du foyer. Par ailleurs, la majoration pour parent isolé, le « forfait logement¹ » et la prime de fin d'année varient également en fonction du nombre de personnes à charge.

¹ Le forfait logement correspond à l'évaluation forfaitaire des avantages en nature du logement et des aides au logement, qui vient s'ajouter à la base ressources de calcul du RSA.

Annexe 3 : Sources

Comptes de la protection sociale (CPS) – DREES

Les Comptes de la protection sociale, comptes satellites des Comptes nationaux, visent à décrire l'ensemble des opérations qui contribuent à la couverture des risques sociaux auxquels les ménages sont exposés (santé, vieillesse-survie, maternité-famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale). Ils ont pour champ l'ensemble des régimes ou organismes qui ont pour mission d'en assurer la charge dans un cadre de solidarité sociale.

Cf. ouvrage *La protection sociale en France et en Europe en 2013 – édition 2015*.

Modèle Ines – INSEE/DREES

Le modèle de microsimulation INES, développé par la DREES et l'INSEE, permet d'évaluer l'impact budgétaire et redistributif de réformes possibles de nombreux prélèvements et prestations sociales : prestations familiales, allocations logement, minima sociaux, cotisations et contributions sociales, impôt sur le revenu...

Il s'appuie sur un échantillon de 100 000 ménages, contenant plus de 1 000 informations sur chaque individu, construit à partir de l'Enquête revenus fiscaux et sociaux. Pour chaque ménage sont calculés les prélèvements qu'il acquitte et les prestations qu'il perçoit, selon sa composition familiale, l'activité de ses membres, son revenu imposable... L'échantillon est représentatif de la population vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire (logement non collectif). Le modèle appréhende ainsi la diversité et la complexité des situations réelles des Français. Les estimations issues du modèle ont été corrigées pour que le champ représenté soit l'ensemble des ménages, France entière.

L'échantillon inter-régimes de retraités (EIR) – DREES

L'EIR est un panel d'individus inter-régime qui permet de calculer le nombre de retraités et de reconstituer le montant de la retraite globale des personnes, ainsi que ses éléments constitutifs.

Dans le cadre de la collecte de l'EIR, les organismes de retraite renseignent les caractéristiques individuelles d'un échantillon de retraités : nature et montant des prestations qui leur sont versées, conditions de liquidation des droits à la retraite (âge de liquidation, taux de liquidation, durée de carrière validée). Le rapprochement, individu par individu, des montants en provenance des différents régimes est indispensable pour calculer le nombre de retraités et pour reconstituer la pension globale de chacun. En effet, une même personne peut recevoir une pension de plus d'un régime de retraite à la fois : régime de base et régimes complémentaires correspondants le cas échéant, mais aussi d'autres régimes de base et complémentaires si elle a changé de régime au cours de sa carrière (retraités dits « polypensionnés »). La somme des effectifs de chaque régime mesure donc le nombre total des pensions servies et non le nombre global des retraités couverts par ces régimes.

La quasi-totalité des organismes de retraite obligatoire (régimes de base et régimes complémentaires) sont interrogés, soit plus de 70 régimes au total pour l'EIR 2012. En revanche, les retraites issues des régimes supplémentaires non obligatoires sont exclues du champ de l'enquête ainsi que les revenus provenant de l'épargne individuelle. Le champ de l'EIR comprend donc tous les individus de l'échantillon qui perçoivent une pension de droit direct ou de droit dérivé d'une caisse de retraite.

Cf. *Les retraités et les retraites – édition 2015*, DREES, coll. Études et statistiques.

La structure de financement de la protection sociale par risque

Axel Renoux

En France, la structure du financement de la protection sociale en 2013 présente de forts contrastes selon la nature du risque couvert.

Les cotisations sociales représentent plus de 75 % du financement des risques vieillesse, survie, chômage et accidents du travail.

Le financement des risques maladie, maternité et famille est davantage réparti entre cotisations sociales et impôts et taxes affectés, au premier rang desquels la contribution sociale généralisée (CSG), même si les cotisations sociales représentent toujours au moins la moitié des ressources totales de ces risques.

Les autres risques (pauvreté, invalidité, logement et insertion professionnelle) se différencient plus nettement au regard de leur structure financière : ils sont financés à plus de 30 % par des contributions publiques.

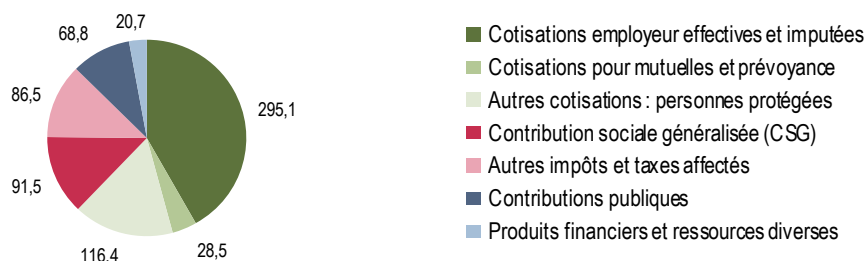
L'objet de cette étude est de ventiler par risque social l'ensemble des ressources de la protection sociale, pour éclairer la dépendance des différents risques sociaux envers chacune de leurs sources de financement.

Les ressources de la protection sociale servent à financer non seulement le versement des prestations (94 % des dépenses), mais aussi les frais de gestion et dépenses diverses occasionnées par le fonctionnement des régimes de protection sociale (6 % des dépenses). Les montants des ressources affectés à chaque risque sont donc plus élevés que les seules prestations du risque.

La structure de financement diffère d'un risque social à l'autre

En 2013, l'ensemble des ressources de la protection sociale atteint 707,6 milliards d'euros hors transferts internes¹ (*graphique 1*), soit l'équivalent de 33,5 % du produit intérieur brut. Les cotisations sociales reçues par les régimes de protection sociale représentent la première source de financement à hauteur de 440,1 milliards d'euros, soit 62 % des ressources. Il s'agit principalement de cotisations sociales employeur effectives et imputées (42 % des financements totaux de la protection sociale à elles seules), suivies par les cotisations des personnes protégées² (16 %) et les cotisations aux mutuelles et institutions de prévoyance (4 %). Les impôts et taxes affectés (ITAF) au financement de la protection sociale représentent 25 % du financement (178,0 milliards d'euros). Il s'agit pour moitié de la contribution sociale généralisée (CSG), qui représente à elle seule 91,5 milliards d'euros. Les contributions publiques, qui correspondent aux dotations directes des budgets de l'État et des collectivités locales au financement des prestations, atteignent 68,8 milliards d'euros en 2013, soit 10 % du financement. Enfin, les produits financiers et autres ressources diverses (y compris celles du compte de capital) alimentent les régimes de protection sociale à hauteur de 20,7 milliards d'euros, soit 3 % des ressources.

Graphique 1 : Les différentes sources de financement de la protection sociale représentent 707,6 milliards d'euros en 2013
En milliards d'euros



Sources : DREES-CPS.

Sous un jeu d'hypothèses précisées en annexe, il est possible de distinguer le mode de financement de chacun des risques sociaux couverts par la protection sociale. Selon la nomenclature des Comptes de la protection sociale, les prestations de protection sociale sont ventilées en 11 risques élémentaires. Les ressources sont ventilées selon ces 11 risques sociaux (*graphique 2*), auxquels est ajouté un douzième item, l'amortissement de la dette sociale, qui correspond aux reprises de dettes de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), principalement financée par des impôts et taxes affectés³.

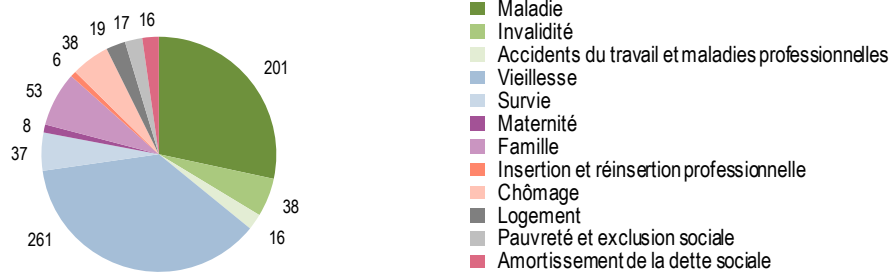
¹ Dans toute l'étude, les transferts internes ont été consolidés, comme explicité en *annexe* de l'étude.

² Les cotisations des personnes protégées regroupent les cotisations salariales, les cotisations des travailleurs indépendants, les cotisations sur prestation, les cotisations volontaires, les cotisations des étudiants...

³ Ces reprises de dettes concernant ponctuellement différents risques, il a été jugé préférable de ne pas les reventiler par risque : du fait du poids de la CADES (16,2 milliards d'euros), ses financements pèseraient fortement dans la structure des risques auxquels ils seraient conventionnellement rattachés. La structure de financement de l'amortissement de la dette sociale est donc présentée séparément.

Graphique 2 : Répartition du financement par risque social en 2013

En milliards d'euros

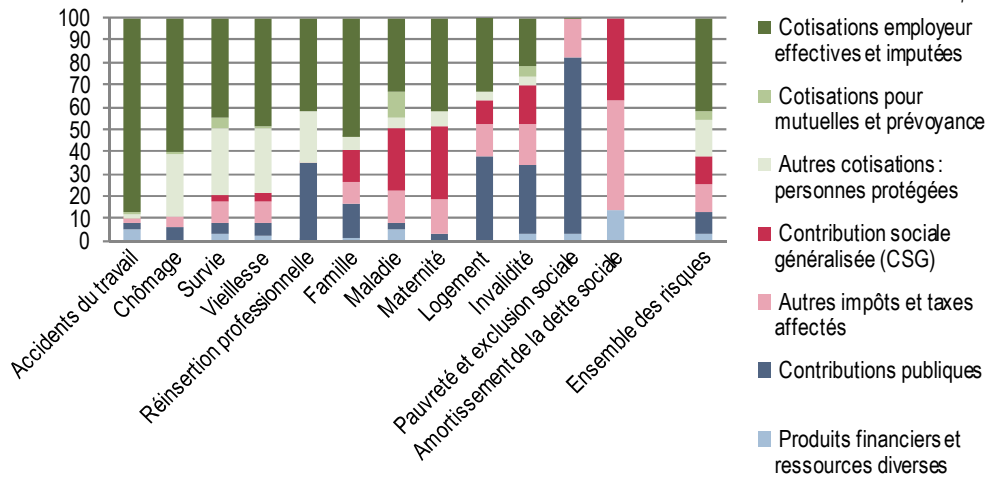


Sources : DREES-CPS.

La structure de financement est très variable selon le risque (*graphique 3*). Certains financements sont spécifiques à un ou plusieurs risques donnés (*encadré 1*). Par construction, la structure de financement d'un risque donné est déduite de celle des régimes par lesquels la couverture de ce risque est prise en charge, aussi les différences de financement d'un risque à l'autre s'expliquent principalement par la part de chaque régime dans leur couverture respective.

Graphique 3 : Structure de financement des différents risques sociaux en 2013, par part décroissante des cotisations sociales

En % du financement du risque



Sources : DREES-CPS, calculs DREES.

Les risques vieillesse, survie, chômage et accidents du travail sont financés à plus de 75 % par des cotisations sociales

a) Les cotisations sociales représentent les trois quarts des ressources des risques vieillesse et survie

Les financements attribués au risque vieillesse s'élevaient à 260,8 milliards d'euros et à 37,0 milliards d'euros pour le risque survie des conjoints¹. 79 % de ces financements sont des cotisations sociales. En effet, la majorité des prestations de ces deux risques sont contributives : pour les pensions de retraite ou de réversion, les droits sont ouverts en contrepartie de l'acquittement de cotisations. C'est particulièrement le cas des régimes de retraite complémentaire de salariés, financés à 96 % par des cotisations sociales.

Les cotisations sociales finançant les risques vieillesse et survie s'élevaient donc à 235,2 milliards d'euros (graphique 4). La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) reçoit 30 % des cotisations sociales qui financent les risques vieillesse et survie, contre 28 % pour les régimes complémentaires AGIRC-ARRCO-AGFF, 20 % pour la retraite des agents de l'État et 22 % pour les autres régimes.

Graphique 4 : Répartition des cotisations sociales finançant les risques vieillesse et survie en 2013

En milliards d'euros



* Correspondent principalement au financement de la retraite des agents de l'État.

** Financent des pensions de retraite supplémentaires facultatives, des capitaux décès, des indemnités de départ à la retraite...

*** Principalement les cotisations volontaires versées pour compléter ses droits à retraite.

Sources : DREES-CPS, calculs DREES.

Une partie des risques vieillesse et survie est toutefois financée par des impôts et taxes affectés (14 % du financement pour la vieillesse, 12 % pour la survie) et des contributions publiques (respectivement 6 % et 5 % du financement). Au sein du risque vieillesse-survie, les dépenses principalement financées par des impôts et taxes affectés sont celles portées par :

- Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), financé par 10,7 milliards d'euros de CSG et 5,4 milliards d'euros d'autres impôts et taxes prélevés sur les salaires, les revenus et la production, à quoi s'ajoutent 4,6 milliards d'euros de transferts de la part de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et 0,9 milliard d'euros de ressources du compte de capital. Le FSV est déficitaire de 2,6 milliards d'euros : il verse 12,5 milliards d'euros de transferts pour prise en charge de cotisations, afin que soient validées les périodes de chômage couvertes par l'Unédic pendant lesquelles l'intéressé n'a pas lui-même cotisé, et 11,6 milliards d'euros de transferts pour prise en charge de prestations non contributives, telles que le minimum vieillesse ou des majorations de pensions².
- La compensation de mesures d'exonérations de cotisations sociales employeur, qui s'effectue par le biais d'impôts et taxes affectés³ et de 1,2 milliard d'euros de contributions publiques de l'État.

Les contributions publiques finançant le risque vieillesse-survie (17,1 milliards d'euros) sont notamment constituées de la subvention d'équilibre de 4,0 milliards d'euros versée par l'État aux régimes de la SNCF, des ouvriers de l'État, des marins, des mines, etc. ; de la contrepartie des pensions de conjoint survivant, d'orphelins, d'ascendants au titre des

¹ Ces montants, comme ceux présentés par la suite pour le financement de chaque risque, dépendent de la méthodologie retenue pour l'affectation des dépenses hors prestations (voir annexe de l'étude).

² Il s'agit des majorations du montant des pensions accordées par le régime général (CNAV), le régime agricole (MSA) ou le régime des indépendants (RSI) aux personnes ayant élevé trois enfants ou plus ainsi qu'aux pensionnés ayant une personne à charge.

³ Le chiffrage des impôts et taxes affectés destinés à compenser les mesures d'exonérations de cotisations sociales est sujet à interprétation. Les allègements généraux de cotisations étaient compensés jusqu'en 2010 par l'affectation du produit d'un panier d'impôts et de taxes, mais ces allègements ne sont plus compensés juridiquement depuis 2011 en échange de l'octroi à la Sécurité sociale à titre définitif de ces impôts et taxes.

retraites et de l'invalidité des agents de l'État ; des aides des départements pour compenser la perte d'autonomie des personnes âgées.

b) Le financement du risque accidents du travail et maladies professionnelles repose essentiellement sur l'employeur

Les accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) forment le risque proportionnellement le plus financé par des cotisations sociales (à 90 %). Les prestations relevant de ce risque correspondent essentiellement aux rentes d'accident du travail et aux indemnités journalières pour arrêt de travail en cas d'accident du travail ou du trajet ou de maladie professionnelle. Elles garantissent donc un remplacement, plus ou moins durable selon les cas, du revenu d'activité. Seuls les soins de santé délivrés dans le cadre d'accidents du travail (1,1 milliard d'euros en 2013) ne sont pas assis sur le revenu d'activité.

Les ressources totales attribuées à ce risque s'élèvent à 15,8 milliards d'euros en 2013. Les cotisations sociales AT-MP sont presque exclusivement des cotisations employeurs. Le taux de cotisation AT-MP varie selon les entreprises, car ce taux est différencié par secteur d'activité, en fonction de la prévalence des accidents, et par établissement suivant les effectifs. Plus la taille de l'entreprise augmente, plus le taux est individualisé et repose sur les résultats de l'établissement en matière de sécurité, mesurés par la fréquence des AT-MP.

Ce risque est ainsi financé par 12,3 milliards d'euros de cotisations employeur effectives, allant essentiellement à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), par 1,5 milliard d'euros de cotisations imputées, finançant principalement des prestations extra-légales d'employeur, et par 0,4 milliard d'euros d'autres cotisations. 5 % de son financement correspond à des impôts et taxes affectés et des contributions publiques, qui vont essentiellement aux pensions militaires d'invalidité versées par le régime d'intervention sociale de l'État. Enfin, les produits financiers et autres ressources diverses contribuent pour 0,8 milliard d'euros au financement du risque AT-MP.

c) Les cotisations à l'Unédic forment le principal financement du risque chômage

La couverture du risque chômage est financée à hauteur de 89 % par des cotisations sociales. Celles-ci sont principalement des cotisations effectives perçues par l'Unédic (79 % du financement, dont 19,0 milliards d'euros de cotisations employeur et 10,7 milliards d'euros de cotisations salariales) et consacrées au financement des allocations chômage, tandis que les cotisations imputées (9 % du financement) correspondent aux versements des régimes extra-légaux des entreprises. Par ailleurs, 11 % du risque chômage est financé par des contributions publiques et des impôts et taxes affectés, en raison notamment de l'importance au sein de ce risque du Fonds de solidarité, qui est un régime d'assistance et non d'assurance sociale (cf. *fiche D7*).

ENCADRÉ 1 : PROFIL DE CHAQUE FINANCEMENT EN FONCTION DE SA DESTINATION

Conséquence de la part importante des risques maladie et vieillesse au sein des risques sociaux et de la diversité de leur mode de financement, la plupart des différents types de ressources de la protection sociale sont affectés majoritairement au financement de l'un ou l'autre de ces deux risques. Ainsi, le risque vieillesse concentre plus des deux tiers des cotisations salariales et près de la moitié des cotisations employeurs. De manière similaire, quatre cinquièmes des cotisations aux mutuelles et institutions de prévoyance et la majorité de la CSG financent le risque maladie.

Les contributions publiques sont davantage réparties sur l'ensemble des risques (*tableau de l'encadré 1*). Celles-ci proviennent de différents échelons administratifs selon le risque concerné.

Tableau de l'encadré 1 : Risques sociaux auxquels est destiné chaque financement en 2013

En % des usages du financement

	Maladie	Invalidité	Accidents du travail et maladies professionnelles	Vieillesse	Survie	Maternité	Famille	Insertion et réinsertion professionnelle	Chômage	Logement	Pauvreté et exclusion sociale	Amortissement de la dette sociale	Ensemble des risques
Cotisations sociales, dont :	23	3	3	47	7	1	7	1	8	2	0	0	100
Cotisations employeur	23	3	5	43	6	1	9	1	8	2	0	0	100
Cotisations des personnes protégées	9	1	0	66	10	0	3	1	9	1	0	0	100
Cotisations pour mutuelles et prévoyance	79	6	1	8	6	0	0	0	0	0	0	0	100
Impôts et taxes affectés, dont :	47	7	0	20	2	2	7	0	1	3	2	8	100
Contribution sociale généralisée (CSG)	61	7	0	11	1	3	8	0	0	2	0	7	100
Contributions publiques, dont :	9	17	1	22	3	0	12	3	3	10	19	0	100
Collectivités locales	0	15	0	18	0	0	25	4	0	0	38	0	100
Administrations centrales	16	19	1	25	5	0	3	2	6	18	5	0	100
Autres ressources diverses	50	5	4	21	5	0	2	0	0	0	3	11	100
Ensemble des financements	28	5	2	37	5	1	7	1	5	3	2	2	100

Note : 79 % des cotisations aux mutuelles et institutions de prévoyance financent le risque maladie, ce qui fait de la couverture maladie l'usage principal de ce type de cotisations.

Sources : DREES-CPS, calculs DREES.

Les risques maladie, maternité et famille ont un financement mixte entre cotisations et impôts et taxes affectés

a) Le financement du risque maladie reste financé à 50 % par cotisations sociales, mais les impôts et taxes affectés représentent désormais 42 % de ses ressources totales

En 2013, 200,6 milliards d'euros financent le risque maladie. Pour 50 % des financements, il s'agit de cotisations sociales : majoritairement des cotisations sociales employeur (33 % du financement), mais aussi des cotisations aux mutuelles et institutions de prévoyance (11 % du financement) et d'autres cotisations (5 %). Le risque maladie est également largement financé par des impôts et taxes affectés : la CSG représente 28 % du financement du risque maladie (contre 13 % du financement de l'ensemble des risques sociaux), les autres impôts et taxes affectés, 14 %.

Les indemnités journalières et assimilées représentent 5 % des prestations du risque maladie. Au régime général, elles sont financées par 0,75 point de cotisations salariales et une petite fraction des 12,8 points de cotisations employeurs.

Les soins de santé et remboursements de soins totalisent 88 % des prestations du risque maladie et les prestations médico-sociales¹, 5 %. Le financement de ces prestations a beaucoup évolué au cours du temps, en lien avec l'élargissement de la population couverte, c'est-à-dire désormais la quasi-totalité de la population. Assis à l'origine sur des cotisations uniquement, leur financement s'est diversifié avec la création et la montée en charge de la CSG dans les années 1990, et par la mise en place d'impôts et taxes affectés en compensation des allègements de cotisations sur les bas salaires.

b) Le financement du risque maternité repose autant sur des cotisations que sur des impôts et taxes affectés

Le risque maternité est financé pour moitié par des cotisations sociales (3,3 milliards d'euros de cotisations employeur et 0,5 milliard d'autres cotisations) et pour moitié par des impôts et taxes affectés (2,7 milliards d'euros de CSG et 1,3 milliard d'euros d'autres impôts et taxes affectés).

Cette structure de financement est proche de celle du risque maladie, en raison de la prépondérance des soins de santé de maternité (50 % des prestations) et des indemnités journalières de maternité (38 % des prestations), gérées, dans l'organisation de la Sécurité sociale, avec la maladie et non avec la famille. Ainsi, la CNAMTS verse 77 % des prestations du risque maternité, tandis que la CNAF n'en verse que 9 %.

c) La structure de financement du risque famille reflète avant tout la structure de financement de la CNAF

Les 52,7 milliards d'euros qui financent le risque famille sont composés à 59 % de cotisations sociales. En effet les trois quarts des ressources du risque famille proviennent de la CNAF, or la CNAF est financée à 66 % par des cotisations sociales.

Les cotisations sociales finançant le risque famille sont composées à 78 % de cotisations employeur effectives et à 10 % de cotisations de travailleurs indépendants, auxquelles s'ajoutent 12 % de cotisations employeur imputées qui correspondent au financement du supplément familial de traitement (SFT), des majorations familiales et d'autres prestations extra-légales.

La part des impôts et taxes affectés au financement du risque famille atteint 24 % en 2013. Il s'agit notamment de la CSG et des impôts et taxes affectés en compensation des exonérations de cotisations patronales.

Les contributions publiques représentent 16 % du financement du risque famille. Elles sont liées notamment au financement de l'aide sociale à l'enfance, gérée par les départements, à la prise en charge de l'accueil des jeunes enfants par les communes et aux bourses du secondaire, délivrées par les régions.

¹ Il s'agit ici des prestations médico-sociales en faveur des personnes âgées, au titre de la prise en charge de la perte d'autonomie ; celles afférentes aux personnes handicapées sont, par convention, rattachées au risque invalidité.

Les risques pauvreté, invalidité, logement et réinsertion professionnelle sont financés à plus de 30 % par des contributions publiques

a) Le risque pauvreté et lutte contre l'exclusion sociale n'est pas financé par cotisations sociales

La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale constitue un risque au financement atypique. La part des cotisations sociales dans son financement est nulle : ce risque est financé exclusivement par les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics (à 72 % par les départements, à 15 % par l'État et à 13 % par les communes) au moyen de 13,2 milliards d'euros de contributions publiques, 3,0 milliards d'euros d'impôts et taxes affectés et 0,6 milliard d'euros de produits financiers et autres ressources diverses. Les régimes d'assurance sociale sont en effet absents de ce risque, composé du revenu de solidarité active (RSA), des prestations servies par les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS) et des prestations liées à l'hébergement des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM).

Une partie de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE) est transférée aux départements pour financer la partie sociale du RSA, qui reçoivent également d'autres fractions de la TICPE et de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance (TSCA) pour compenser les transferts de compétence de l'État (cf. *éclairage* « Les dépenses d'aide sociale départementales » du présent ouvrage).

b) L'ensemble du risque logement transite par la CNAF

18,8 milliards d'euros financent le risque logement en 2013. 37 % proviennent de cotisations sociales, 37 % de contributions publiques et 25 % d'impôts et taxes affectés.

La CNAF reçoit 1,1 point de CSG au titre de l'allocation de logement familial (ALF) et finance le reste de cette prestation sur ses ressources propres. La CNAF contribue en outre au financement de l'aide personnalisée au logement (APL). L'allocation de logement social (ALS) et le reste de l'APL sont également gérés par la CNAF, mais financés par le Fonds national de l'aide au logement (FNAL) à hauteur de 6,7 milliards de contributions publiques de l'État et 1,9 milliard d'euros d'impôts et taxes affectés.

c) Le financement du risque insertion et réinsertion professionnelle est partagé entre cotisations à l'Unédic et contributions publiques de l'État et des régions

Les ressources attribuées au risque insertion et réinsertion professionnelle s'élèvent à 5,7 milliards d'euros, partagées entre cotisations sociales (65 %) et contributions publiques (34 %).

L'Unédic, qui est financé presque exclusivement par des cotisations sociales (deux tiers employeurs et un tiers salariés), verse principalement deux prestations : le volet formation de l'aide au retour à l'emploi (ARE formation – 1,1 milliard d'euros) et l'aide à la création et à la reprise d'entreprise (ARCE – 0,7 milliard d'euros).

Le reste du risque insertion et réinsertion professionnelle est financé par des contributions publiques. Il s'agit pour 1,1 milliard d'euros de contributions publiques des régions finançant des stages de formation professionnelle et pour 0,8 milliard d'euros de contributions publiques de l'État aux prestations de Pôle emploi.

d) Cotisations sociales, contributions publiques et impôts et taxes affectés représentent chacun environ un tiers du financement du risque invalidité

Les ressources attribuées au risque invalidité s'élèvent à 37,6 milliards d'euros, dont 35 % d'impôts et taxes affectés, 32 % de contributions publiques, 30 % de cotisations sociales et 3 % de produits financiers et autres ressources diverses.

La part des cotisations sociales et des impôts et taxes affectés dans le financement du risque invalidité s'explique avant tout par la structure de financement de la CNAMTS, qui verse 5,1 milliards d'euros de pensions d'invalidité et finance, *via* un transfert, et 9,1 milliards d'euros de prestations des ISBLSM (accueil et hébergement des personnes handicapés, y compris prestations médico-sociales financées par l'Assurance maladie).

Le financement de ce risque repose également en grande partie sur des contributions publiques et des impôts et taxes affectés, en raison de l'importance des prestations des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics. En effet, l'État et les organismes divers d'administration centrale (ODAC) versent notamment l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et la garantie de ressource aux personnes handicapées (GRTH). Les départements, dans leurs missions d'aide sociale, servent la prestation de compensation du handicap (PCH) et versent des transferts, complémentaires à ceux de l'Assurance maladie, aux ISBLSM pour l'accueil et l'hébergement des personnes handicapées. Ils reçoivent notamment à ce titre des transferts de la CNSA.

ENCADRÉ 2 : COMPARAISON INTERNATIONALE DU FINANCEMENT PAR RISQUE

La Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion (DG EMPL) de la Commission européenne a réalisé deux estimations de la structure de financement par risque de 21 pays de l'Union européenne. La première méthode consiste à affecter la totalité des financements de chaque régime au risque « le plus présent » dans les dépenses du régime. La seconde méthode consiste à ventiler chacun des financements du régime au prorata des risques dans les dépenses du régime. Ces deux méthodologies sont plus frustes¹ que celle réalisée ici sur les données françaises. Les données obtenues par la première méthodologie, étant les seules publiées à un niveau détaillé, sont celles présentées dans cet *encadré*, à des fins de comparaison internationale.

La dernière version publiée par la Commission porte sur les données 2011 (*graphique 1 de l'encadré 2*).

1 La DG EMPL ne dispose dans SESPROS d'aucune information sur les destinations des financements (par exemple, pour la France, la répartition des cotisations du RSI entre le financement des risques maladie et vieillesse) et doit donc les estimer. Cela rend le résultat obtenu moins précis que celui effectué pour cette étude, qui mobilise la totalité des informations existantes.

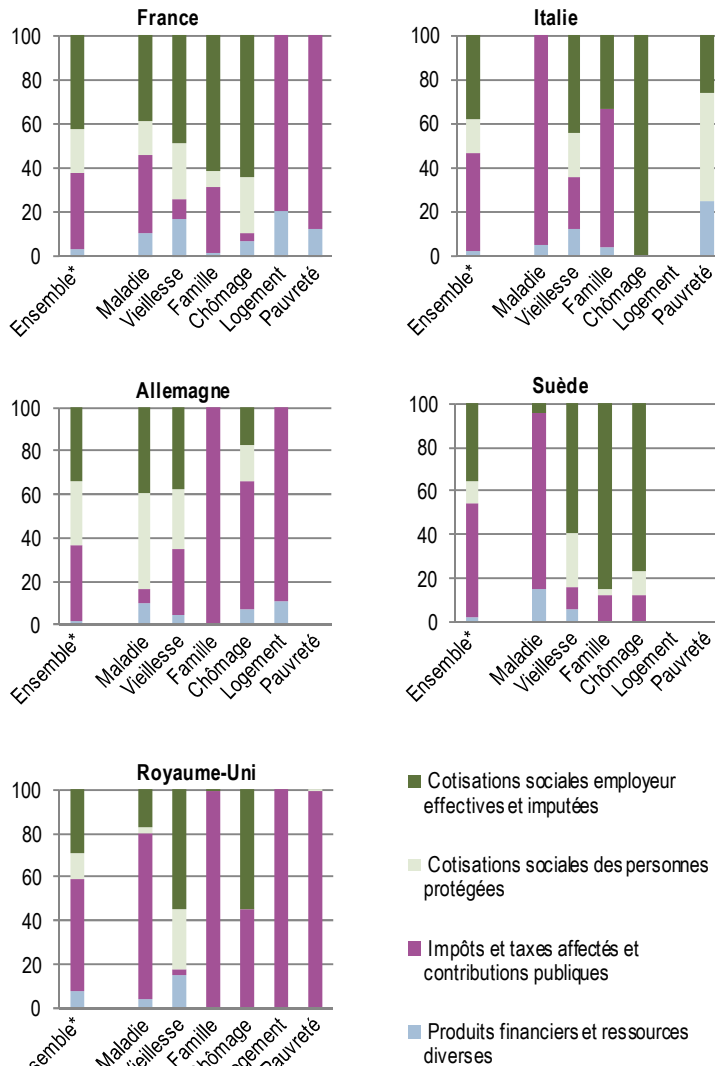
La règle de classement des financements par risque suivie par la DG EMPL est la suivante : si plus de la moitié des prestations versées par un régime donné couvrent le risque chômage, alors la totalité des financements de ce régime sont affectés au risque chômage. De même pour les risques vieillesse, famille, maladie, survie et invalidité. Pour les risques logement et pauvreté, le seuil retenu est plus bas : il suffit qu'un tiers des prestations du régime couvrent le risque pour que la totalité des financements du régime soit affectée au risque.

Les risques invalidité et survie sont absents de cette étude en comparaison internationale car leur structure de financement n'a pu être estimée dans aucun des cinq pays par la méthodologie de la DG EMPL.

Par ailleurs, la méthodologie d'Eurostat ne prend pas en compte les transferts (dont l'impact n'est pas négligeable dans le cas français, voir *annexe de l'étude*), par manque d'information dans SESPROS quant au verseur, au receveur et au motif de chaque transfert. Par conséquent, la méthodologie de la DG EMPL ne prend en compte que les régimes qui versent eux-mêmes directement des prestations, ce qui exclut tous les fonds d'équilibrage financier ou de péréquation entre régimes (Fonds de solidarité vieillesse, Caisse d'amortissement de la dette sociale, Association pour la gestion financière du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Fonds de réserve pour les retraites...) qui représentent au total 45,9 milliards d'euros de financements dans le cas de la France, soit 6,5 % des ressources de la protection sociale.

Graphique 1 de l'encadré 1 : Comparaison de la structure de financement par risque social dans cinq pays européens en 2011

En % du financement du risque



* Y compris invalidité, survie et autres risques dont la structure de financement n'a pas pu être estimée par la méthodologie de la DG EMPL.
 Note : le périmètre des risques présenté dans cet encadré est celui retenu par SESPROS, qui diffère du périmètre des CPS, retenu pour les autres résultats présentés ici (cf. annexe 5).
 Sources : Eurostat-SESPROS, calculs DG EMPL.

En 2011, la part des cotisations sociales dans le financement de la protection sociale est globalement plus forte en Allemagne et en France (plus de 60 %), pays de tradition bismarckienne, qu'au Royaume-Uni (41 %) et en Suède (45 %), pays de tradition beveridgienne. Elle est intermédiaire (53 %) en Italie. Toutefois, ces variations globales cachent des financements par risque très différents, même au sein de ces différents groupes de pays.

De fortes différences dans le financement de la famille et des risques maladie et pauvreté

Les modalités de financement de la couverture du risque famille sont très différentes selon les pays. Alors que les cotisations sociales sont totalement absentes du financement du risque famille en Allemagne et au Royaume-Uni, elles représentent 88 % du financement de ce risque en Suède (où il s'agit presque exclusivement de cotisations employeurs). La France et l'Italie se situent entre ces deux extrêmes.

Ces différences de modalités de financement ne semblent pouvoir être reliées de manière évidente ni au niveau global de dépenses de ce risque en parts de PIB, ni aux contextes démographiques de ces pays.

Le financement du risque maladie est assuré de manière très différente selon les systèmes considérés et on retrouve en général pour ce risque une opposition assez nette entre pays de traditions bismarckienne et beveridgienne : en Allemagne, le financement est fortement contributif, tandis que ce risque est très peu financé au moyen de cotisations sociales en Italie (0 %), en Suède (5 %) et au Royaume-Uni (20 %). En France, ce risque est financé pour moitié par des cotisations sociales, même si la part des ITAF est également non négligeable et tendanciellement en augmentation, ce qui tend à atténuer la dimension bismarckienne de son financement.

Les cotisations sociales ne participent pas du tout au financement de la couverture du risque pauvreté en France et au Royaume-Uni. À l'inverse, en Italie, où la dépense consacrée au risque pauvreté est proportionnellement la plus faible au sein des pays étudiés ici, le financement de ce risque repose aux trois quarts sur des cotisations sociales.

Des différences moins marquées pour les risques chômage et vieillesse

Le financement du risque chômage est entièrement contributif en Italie, puisqu'il y est financé à 100 % par des cotisations sociales employeur. Il est également très fortement contributif en France et en Suède (financé à près de 90 % par des cotisations sociales). En revanche, il l'est moins au Royaume-Uni et en Allemagne (respectivement 55 % et 34 % de cotisations sociales). Autre particularité notable de certains systèmes : en Italie comme au Royaume-Uni, les seules cotisations sociales qui financent le risque chômage sont des cotisations employeur et non des cotisations des personnes protégées.

Le risque vieillesse est fortement contributif au Royaume-Uni et en Suède, où il est financé à plus de 80 % par des cotisations sociales : en dépit de la tradition beveridgienne de ces pays, le lien y est donc fort au niveau global entre cotisations versées et prestations reçues. Ce rôle prépondérant des cotisations apparaîtrait encore plus nettement si les fonds de pension par capitalisation, très présents au Royaume-Uni, n'étaient pas exclus par convention du champ de la protection sociale. En Allemagne et en Italie, le financement de la couverture vieillesse n'est que plus modérément contributif, puisqu'un tiers au moins de son financement ne provient pas de cotisations sociales. La France est dans une position intermédiaire.

Pour des raisons techniques, la structure de financement du risque logement n'a pu être estimée par la méthodologie de la DG EMPL en Italie et en Suède. Cette méthodologie met en évidence des ressources autres que de cotisations sociales pour le risque logement en Allemagne et au Royaume-Uni, comme en France.

Bibliographie

Hennion M., 2008, « Le financement de la protection sociale : une analyse par risque social », *Études et résultats*, DREES, n° 648, août.

Franse L. *et al.*, 2015, « Social Protection Systems in the EU: Financing Arrangements and the Effectiveness and Efficiency of Resource Allocation », DG EMPL, mars.

DREES, 2015, *La protection sociale en France et en Europe en 2013 – édition 2015*, coll. *Études et statistiques*, mai.

Annexe : Méthodologie d'estimation de la structure de financement de la protection sociale par risque

Un certain nombre d'hypothèses¹ et de traitements spécifiques sont nécessaires pour estimer la répartition des ressources de la protection sociale selon les 11 risques identifiés dans les Comptes de la protection sociale (CPS). À ces 11 risques est ici ajouté un douzième item « amortissement de la dette sociale » qui correspond exclusivement aux financements de la CADES.

La méthodologie adoptée ici diffère notamment de celle retenue par Eurostat qui a été présentée à l'encadré 2.

a) Règle d'affectation des emplois et ressources aux différents risques

Les CPS identifient le risque social inhérent à chaque prestation. Pour les autres dépenses, les ressources et les transferts, le risque social afférent n'est pas toujours identifié dans les comptes. En effet, la notion de risque social dans les CPS ne correspond pas à une typologie de nature législative ou institutionnelle mais est à visée descriptive des prestations. La notion de risque social est donc inhérente aux seules prestations. Elle ne peut être étendue aux autres emplois et aux ressources qu'à l'aide d'informations de sources externes permettant d'identifier ou d'inférer à quelles prestations est destiné chaque financement. L'ensemble des informations disponibles est donc mobilisé, en particulier les données sur la ou les branches de la Sécurité sociale auxquelles se rapportent les différentes ressources. Cependant, la ventilation des ressources au sein des branches doit être estimée.

La procédure retenue consiste à affecter les ressources d'un régime au prorata des différents risques présents dans ses dépenses. Il ne s'agit toutefois pas d'un prorata pur, puisqu'il faut tenir compte du fait que certaines ressources sont réservées au financement de risques spécifiques (*exemple 1*).

Exemple 1 : Le cas du régime d'intervention sociale des communes

Ressources du régime

C : contributions publiques

T : transfert de la CNAF pour financer les crèches

Prestations du régime

P_F : prestations du risque famille

P_{PEX} : prestations du risque pauvreté – exclusion sociale

Le régime d'intervention sociale des communes verse exclusivement des prestations couvrant les risques famille et pauvreté. Une partie des ressources des communes provient de la CNAF et est destinée spécifiquement au financement des crèches ; elle est donc affectée au risque famille. Le reste du financement de l'intervention sociale des communes consiste en des contributions publiques, qui ne sont affectées à aucun risque particulier. Les contributions publiques des communes sont affectées au prorata des prestations que les communes versent au titre du risque pauvreté et des prestations du risque famille, transfert déduit.

Les contributions publiques attribuées au risque pauvreté-exclusion sociale C_{PEX} sont ainsi obtenues par la formule :

$$C_{PEX} = C \times \frac{P_{PEX}}{P_{PEX} + (P_F - T)}$$

et les contributions publiques affectées au risque famille C_F sont égales à :

$$C_F = C \times \frac{P_F - T}{P_{PEX} + (P_F - T)}$$

b) Traitements spécifiques liés aux transferts internes

Les transferts internes correspondent à des flux entre régimes de protection sociale. Il s'agit, par exemple, des flux intervenant au titre des compensations démographiques entre régimes de retraite ou entre régimes d'Assurance maladie. Il existe également de nombreux transferts avec les fonds de financement, dont le rôle est de recevoir des ressources fiscales et de les reverser aux régimes d'assurance sociale afin de financer des opérations particulières de protection sociale. À partir des années 1990, de nombreux fonds de financement ont été créés (Fonds de solidarité vieillesse en 1994, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2004, Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles en 2005, etc.).

¹ D'autres hypothèses méthodologiques auraient pu être envisagées : répartir les financements de la CADES entre les différents risques au vu de l'historique de ses reprises de dettes, ou encore au prorata des dépenses de chaque risque ; établir un ordre de priorité des risques à financer plutôt que de répartir les ressources au prorata... L'adoption d'autres hypothèses aurait, par définition, modifié les résultats obtenus. Ceux présentés ici doivent donc être considérés comme une estimation du financement par risque sous les conventions adoptées.

Il existe plusieurs types de transferts, qui nécessitent des traitements spécifiques :

- dans le cas des transferts pour prise en charge de prestations, le risque est clairement identifié, puisqu'il découle de la prestation à laquelle le transfert se rapporte ;
- dans le cas des transferts pour prise en charge de cotisations, la cotisation sociale concernée est clairement identifiée¹ ;
- le risque est également identifié dans le cas des transferts pour compensation, c'est-à-dire des transferts visant à compenser les différences de situation démographique d'un régime à l'autre selon le ratio entre cotisants et bénéficiaires ;
- pour les autres transferts, lorsque de l'information supplémentaire sur les transferts est disponible, elle est prise en compte. Dans le cas contraire, la répartition par risque du transfert est imputée. Celle-ci est déterminée au niveau du régime recevant le transfert (c'est-à-dire du régime qui l'utilise et non du régime qui le verse). Si un régime intervient tantôt comme receveur, tantôt comme verseur de transferts dont le risque n'est pas préalablement connu, alors l'estimation de la structure par risque des transferts versés par ce régime découle de l'estimation, faite au préalable, de la structure par risque des transferts reçus par ce régime. L'estimation des financements de la protection sociale par risque est donc itérative.

Le travail sur les transferts représente une part importante de l'exercice d'estimation du financement par risque, les transferts internes représentant 213,4 milliards d'euros en 2013, contre 707,6 milliards d'euros pour le total des ressources (hors transferts internes) de la protection sociale. La forte progression et la diversification des transferts internes traduisent la complexité croissante du financement de la protection sociale et marquent une interdépendance croissante entre les différents régimes et, par extension, entre les risques sociaux.

¹ Du fait de l'existence de transferts pour prise en charge de cotisations, tout se passe comme si un risque était finalement financé par des ressources originellement destinées à financer un autre risque. Il s'agit par exemple du transfert que la CNAMTS verse à la CNAF au titre de la prise en charge des cotisations famille des praticiens et auxiliaires médicaux (ces prises en charge de cotisations constituent un élément de rémunération des praticiens et auxiliaires médicaux et font donc partie intégrante du coût des soins et, de ce fait, des dépenses du risque maladie). Par ce transfert, justifié par le fait que les cotisations concernées relèvent du risque famille, la CNAF voit ses financements s'accroître au détriment de la CNAMTS et « capte » donc indirectement de ce fait une partie des ressources de la branche maladie. Aussi, une partie des financements explicitement affectés à la maladie dans les comptes des régimes peuvent-ils *in fine* financer le risque famille. Il existe aussi des cas semblables entre d'autres risques.

ÉCLAIRAGES EUROPE

L'emploi et les politiques sociales en Europe à l'épreuve de la crise

Magali Befly et Romain Roussel

Par son ampleur et sa durée, la crise financière et économique de 2008 est la plus dure subie par l'Europe depuis les années 1930. Depuis le début de la crise, le taux d'emploi européen moyen des 20-64 ans au sein de l'UE 28 a diminué (68,4 % en 2013 contre 70,3 % en 2008) et le taux de chômage est passé de 7,0 % en 2008 à 10,9 % en 2013. Ces moyennes masquent des disparités importantes. En Grèce et en Espagne, plus d'un quart de la population active est au chômage, alors qu'en Allemagne, seuls 5 % des actifs sont concernés. Le taux de chômage de longue durée a doublé entre 2008 et 2013, pour atteindre 5,1 % de la population active au sein de l'UE 28, soit près de la moitié des effectifs totaux de chômeurs. Les jeunes sont particulièrement touchés par l'augmentation massive du chômage ; les seniors et les femmes sont relativement plus épargnés. La détérioration du marché du travail a fait basculer de nombreuses personnes en situation de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale.

Dans ce contexte macroéconomique fortement dégradé, les systèmes de protection sociale ont joué leur rôle traditionnel d'amortisseur en début de crise : en 2009, les prestations sociales ont été le principal contributeur de la stabilisation du revenu disponible des ménages. Mais, face à la durée de la crise, la protection sociale peine de plus en plus à protéger les revenus, en particulier dans les pays les plus durement touchés. L'effet stabilisateur s'est affaibli dans de nombreux États membres en 2012 alors que les revenus se contractaient à nouveau.

La protection sociale poursuit différents objectifs, au premier rang desquels le développement et le renforcement du capital humain des individus, ceci de la petite enfance jusqu'à un âge plus avancé, par l'intermédiaire tout d'abord de modes de garde de qualité, puis à travers l'éducation et enfin *via* l'aide à la formation tout au long de la vie. Par ailleurs, la protection sociale cherche à aider et à protéger les individus de la maladie, de la pauvreté et de l'exclusion sociale en mettant en place des filets de sécurité en cas de dégradation de l'état de santé, en cas de perte d'emploi ou encore de passage à la retraite. Par les mécanismes de couverture des risques qu'elle assure, elle lisse les aléas de la vie que les individus ou les ménages traversent.

Ce rôle stabilisateur du système de protection sociale a joué à plein à la suite de la crise de 2008, atypique tant par son intensité que par sa durée, mais de façon différenciée selon les pays européens considérés. L'ampleur de la crise a en effet été inégale à travers l'Europe et les réponses apportées ont été variées. Cet effet protecteur s'est toutefois atténué avec le temps en raison de la persistance de la crise et des réformes adoptées pour contenir le creusement des déficits publics.

Cet article s'inspire très largement du rapport « Employment and Social Developments in Europe 2014 » de la Commission européenne¹. La première partie dresse un état des lieux post-crise du marché du travail dans les différents pays européens. Suit un panorama de la situation sociale européenne avec une description des taux de pauvreté et des inégalités sociales, mis en regard de l'évolution des dépenses de protection sociale.

Une crise majeure du marché du travail depuis 2008 qui aggrave les inégalités entre pays et fragilise certains groupes de la population

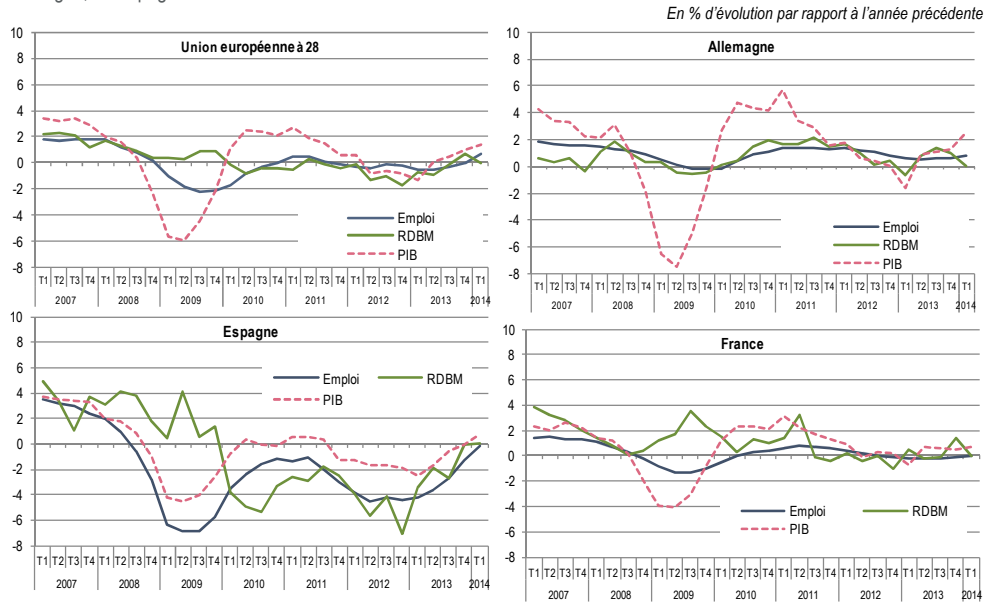
Sur le plan économique, l'Europe a traversé le plus fort de la crise en 2009 avec un taux de décroissance du PIB de -4,5 % en moyenne au sein de l'UE 28. La situation macroéconomique s'est certes améliorée en 2010 et 2011, avec des taux de croissance moyens atteignant respectivement 2,0 % et 1,6 %, mais elle demeure fragile : en 2013, le taux de croissance du PIB se hisse à peine à 0,1 %, après une année 2012 difficile (-0,4 % au sein de l'UE 28). Selon des chiffres encore provisoires, la croissance du PIB en 2014 atteindrait 1,3 % en moyenne au sein de l'UE 28 et 0,9 % au sein de la zone euro.

a) Une polarisation accrue du marché du travail et de la distribution des salaires

Ainsi, même si le revenu disponible total des ménages n'est plus en baisse au 4^e trimestre 2013, la situation sur le marché du travail reste dégradée en Europe : le taux d'emploi européen moyen des 20-64 ans au sein de l'UE 28 se situe en dessous du niveau d'avant crise (68,4 % en 2013 contre 70,3 % en 2008) et le taux de chômage est passé de 7,0 % en 2008 à 10,9 % en 2013, ce qui correspond à plus de 9,55 millions de chômeurs supplémentaires. Ces moyennes masquent des disparités régionales importantes avec, en Grèce et en Espagne, plus d'un quart de la population active au chômage, alors qu'en Allemagne, seuls 5 % des actifs sont concernés (*graphique 1*).

¹ Dans un souci de lisibilité, les analyses présentées ici se concentrent sur un plus petit nombre de pays que celui présenté dans le rapport de la Commission européenne. Par ailleurs, cet article n'engage que ses auteurs et en aucun cas la Commission européenne.

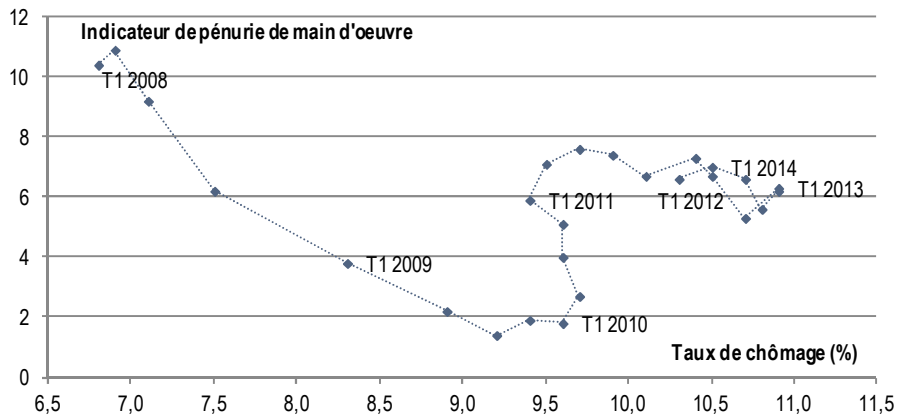
Graphique 1 : Évolutions annuelles du PIB, du revenu disponible brut des ménages (RDB) et de l'emploi dans l'UE 28, en Allemagne, en Espagne et en France



Sources : Eurostat, Comptes nationaux trimestriels.

Au-delà de ces pertes d'emplois massives au niveau européen, on constate une accentuation des dysfonctionnements du marché du travail en Europe, comme le montre la courbe de Beveridge (graphique 2) qui relie le taux de chômage au taux d'emplois vacants.

Graphique 2 : Courbe de Beveridge pour l'UE 28



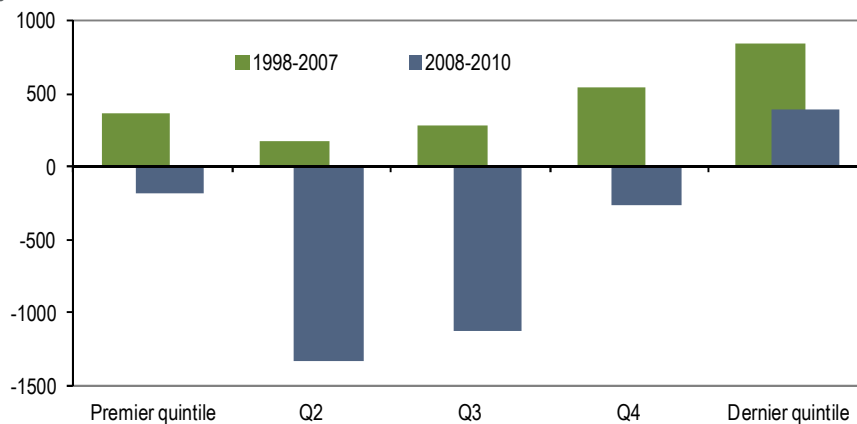
Note : la courbe de Beveridge relie le taux d'emplois vacants au taux de chômage.
Sources : Eurostat.

Le taux d'emplois vacants a certes diminué au plus fort de la crise, mais il a augmenté en 2011 et se maintient stable depuis, ce qui témoigne d'une proportion importante d'offres d'emploi non satisfaites malgré la montée du taux de chômage. La situation n'est homogène ni entre les pays (la situation étant plus favorable en Allemagne que dans la plupart des autres pays membres de l'UE, et notamment qu'au Royaume-Uni, en France, en Italie, aux Pays-Bas et au Danemark) ni entre les classes d'âge.

La qualité du marché du travail s'est par ailleurs dégradée avec une polarisation accélérée des emplois. Entre 2008 et 2010, la majorité des emplois supprimés l'ont été dans les deuxième et troisième quintiles de la distribution des salaires. Renforçant cette tendance, les nouveaux emplois créés sont soit des emplois à temps partiel et/ou temporaires, peu rémunérés et donc plutôt situés dans le bas de la distribution des salaires, soit des emplois à temps plein bien rémunérés.

Par conséquent, la distribution des salaires se concentre davantage aux extrêmes : les emplois peu rémunérés se développent et les emplois qualifiés restent bien rémunérés, mais nombre d'emplois du milieu de la distribution disparaissent ou ont disparu (*graphique 3*).

Graphique 3 : Variation annuelle moyenne du nombre d'emplois dans l'Union européenne à 28, en milliers, par quintile de salaire



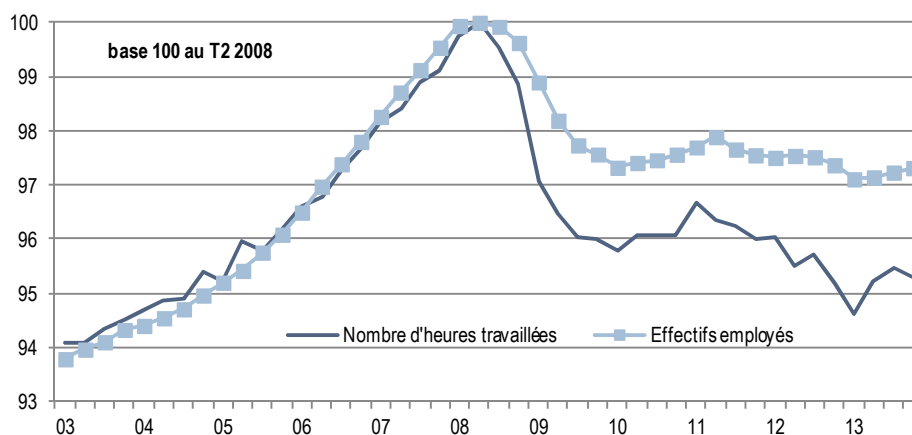
Sources : Eurostat, calculs Commission européenne.

Cette évolution tranche avec celle observée sur la période d'avant crise (1998-2007), marquée par un accroissement plus important pour les quintiles les plus élevés de salaires mais aussi par des créations nettes d'emplois en Europe à chaque niveau de la distribution salariale. Par ailleurs, les personnes titulaires de ces emplois supprimés ont du mal à en retrouver un autre : schématiquement, leurs compétences sont soit insuffisantes pour espérer pourvoir un poste du haut de la distribution, soit surdimensionnées par rapport aux postes du bas de la distribution.

L'accroissement de la forme en U de la distribution des salaires s'explique notamment par le développement du travail à temps partiel, qui progresse de plus de 2 points de 2008 à 2013 pour atteindre 20,3 % au sein de l'UE 28 et 23,6 % au sein de l'UE 15. En France, il progresse aussi, mais son niveau est inférieur, à 18,4 %. Il est par ailleurs plus souvent subi qu'avant la crise : en 2008, au sein de l'UE 28, 25,8 % des personnes à temps partiel ayant entre 20 et 64 ans auraient préféré travailler à temps complet, elles sont 30,0 % en 2013.

La tendance à la hausse du temps partiel subi semble toutefois préexister à la crise dans de nombreux pays européens, mais la crise l'a accélérée dans certains cas : en Grèce, en Espagne ou en Italie, plus de 63 % des temps partiels sont subis et non choisis en 2013, soit environ 20 points de plus qu'en 2008. En revanche, en Belgique, au Luxembourg, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Autriche, moins de 16 % des temps partiels ne sont pas choisis. Trois pays se distinguent par une régression du temps partiel subi entre 2008 et 2013 : ce sont l'Allemagne, la Belgique et la Finlande ; les deux premiers font partie d'un groupe de pays qui a mieux résisté à la crise, que ce soit en termes d'évolution de l'emploi ou du PIB.

Les personnes à temps complet ne sont pas non plus épargnées par une diminution du nombre d'heures travaillées. Ainsi, par ces deux canaux, malgré une stabilisation du nombre de personnes en emploi depuis la mi-2009, le nombre total d'heures travaillées n'a cessé de diminuer pour atteindre un point bas au 3^e trimestre 2012 (*graphique 4*), ce qui pèse sur les revenus des ménages et freine leur consommation.

Graphique 4 : Évolutions respectives de l'emploi et du nombre d'heures travaillées en Europe, du 1^{er} trimestre 2003 au 4^e trimestre 2013 (base 100 au début de la crise)

Sources : Eurostat.

b) Les chômeurs et les jeunes particulièrement touchés par la crise, tandis que les seniors et les femmes sont relativement épargnés

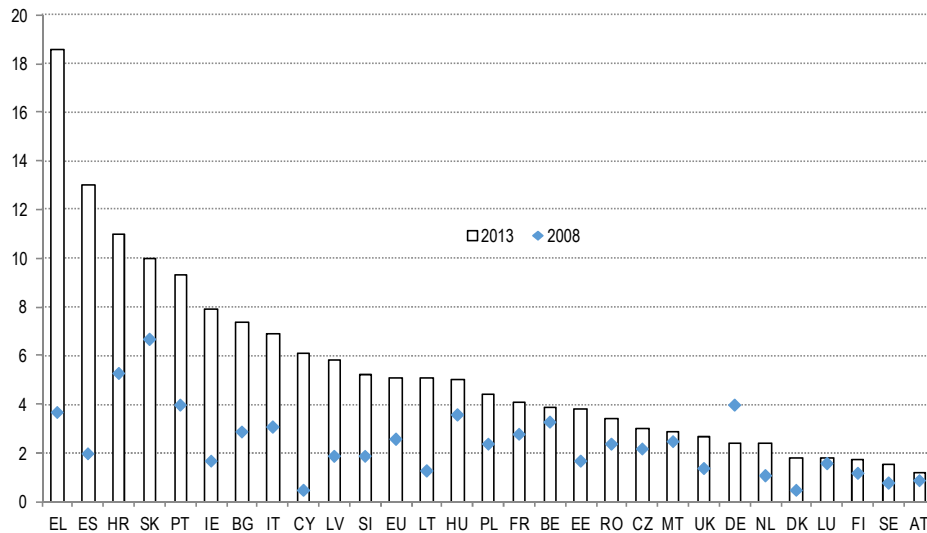
Deux populations sont particulièrement touchées par la crise : les chômeurs de longue durée et les jeunes. Le taux de chômage de longue durée¹ a en effet doublé entre 2008 et 2013, pour atteindre 5,1 % de la population active au sein de l'UE 28, soit près de la moitié des effectifs totaux de chômeurs. Les écarts entre pays sont très élevés et ont eu tendance à se creuser pendant la crise, avec des hausses particulièrement marquées dans certains pays du sud de l'Europe notamment et, à l'inverse, un recul en Allemagne, qui fait exception (graphique 5).

Deux effets se sont combinés pour expliquer cette forte augmentation : tout d'abord, les chômeurs trouvent moins rapidement un emploi qu'avant la crise et basculent plus souvent dans le chômage de longue durée. 38 % des personnes qui ont perdu leur emploi en 2012 en recherchent toujours un en 2013, c'était le cas de 27 % d'entre eux entre 2007 et 2008. À cela s'ajoute une dégradation du taux de sortie du chômage de longue durée. Parmi les chômeurs de longue durée qui cherchaient un emploi en 2012, plus de six sur dix en recherchent toujours un en 2013. Seule la moitié d'entre eux étaient concernés par ce phénomène entre 2007 et 2008.

1 Les chômeurs de longue durée sont définis comme les personnes au chômage depuis plus d'un an.

Graphique 5 : Taux de chômage de longue durée en Europe en 2008 et en 2013

En % de la population active



Sources : Eurostat.

La situation des jeunes en Europe, durement touchés par la crise, apparaît aussi préoccupante. Le taux de chômage des moins de 25 ans a atteint 22,2 % en moyenne en 2013 au sein de l'UE 28 contre 15,9 % en 2008, soit près de 50 % d'augmentation. Trois pays se distinguent en Europe par la gravité de leur situation : en Espagne et en Grèce, plus de la moitié des jeunes actifs de moins de 25 ans sont au chômage, en Italie c'est le cas pour près de 43 % d'entre eux. Leur situation contraste avec celle observée dans les pays du Nord, notamment l'Allemagne et la Finlande, qui affichent les taux de chômage des jeunes les plus bas (respectivement 7,7 % et 7,9 % en 2013), ou bien encore au Danemark, aux Pays-Bas et en Autriche (entre 10 % et 13 % en 2013). La France se situe au-dessus de la moyenne européenne avec 24,1 %, soit près d'un quart des jeunes actifs au chômage en 2013. Les jeunes chômeurs sont par ailleurs plus souvent touchés par le chômage de longue durée qu'auparavant, qui a plus que doublé parmi les moins de 25 ans entre 2008 et 2013. Ces derniers cumulent alors manque d'expérience et stigma, ce qui freine d'autant plus leur reprise d'emploi potentielle.

La situation des jeunes est souvent évaluée à l'aune de la proportion de ceux qui ne sont ni en situation d'emploi, ni à l'école, ni en formation (NEET selon la terminologie européenne). Cet indicateur aide en effet à mieux comprendre les difficultés rencontrées par les jeunes car ce sont ces personnes qui sont très à risque de pauvreté et d'exclusion sociale à court comme à plus long terme. Au sein de l'UE 28, 13,0 % des jeunes de 15 à 24 ans sont des NEET en 2013, contre 10,8 % en 2008. Le clivage Nord Sud est à nouveau patent avec une jeunesse malmenée en Italie, en Grèce et en Espagne. La dégradation de cet indicateur est toutefois portée par la seule augmentation du taux de chômage, les proportions de jeunes dans le système scolaire ou en formation professionnelle demeurant globalement stables entre 2008 et 2013.

Les jeunes qui parviennent à trouver un emploi ne sont pas non plus épargnés par les difficultés du marché du travail, car ils sont plus souvent titulaires d'emplois à temps partiel qu'avant la crise. Près d'un tiers des jeunes de 15 à 24 ans en 2013 sont à temps partiel au sein de l'UE 28 ; ils étaient 26,2 % en 2008. Les situations sont toutefois là aussi très diverses au sein de l'Union européenne : l'Irlande, comme les pays du sud de l'Europe (Italie, Grèce et Portugal), voit le temps partiel des jeunes en emploi se développer fortement alors qu'il l'était assez peu avant la crise. En 2013, en Grèce, 21,1 % des jeunes de moins de 25 ans en emploi occupent un temps partiel, ils sont 23,4 % au Portugal, 28,4 % en Italie et 46,6 % en Irlande. Les pays du Nord, où le temps partiel est traditionnellement très élevé, connaissent certes une progression moindre mais, en 2013, près de huit jeunes sur dix en emploi sont à temps partiel au Pays-Bas et ils sont plus de six sur dix au Danemark. La France se distingue par la relative stabilité de sa part de temps partiel parmi les jeunes en emploi (23,7 % en 2013).

Les contrats temporaires sont aussi plus fréquents chez les jeunes de moins de 25 ans : c'est le cas pour 42,6 % de ceux qui sont en emploi en 2013 au sein de l'UE 28. Mais, même si les évolutions de cet indicateur sont assez différentes selon les pays étudiés, la crise semble avoir eu moins de conséquences sur la part des jeunes en contrats courts : celle-ci atteignait déjà 40,1 % en 2008.

L'entrée des jeunes sur le marché du travail en période économique difficile a des effets négatifs à court terme, car ces jeunes restent plus longtemps au chômage, mais, *a priori*, aussi à moyen et long termes, bien que cette évaluation soit malaisée. Accumuler les difficultés en début de carrière entraîne des parcours professionnels plus chaotiques et une moindre accumulation de capital humain général et spécifique. Cela place ces jeunes sur des chemins d'emploi et de salaire moins favorables qu'en période économique plus propice. Bien qu'il soit moins stigmatisant d'avoir connu le chômage lors des phases de récession que lors de celles de forte croissance économique, le taux d'emploi des jeunes qui achèvent leurs études lors des périodes de bas de cycle économique n'augmente pas aussi vite avec les années que pour les autres générations.

Malgré ces constats alarmants, la crise a moins durement affecté certains groupes. Les femmes ont été relativement moins touchées que les hommes par l'augmentation massive du chômage, ces derniers étant surreprésentés dans les secteurs de l'industrie et de la construction, malmenés par la crise. Cela a facilité la convergence des taux d'emploi entre femmes et hommes, même si un écart persiste encore et que le taux d'emploi des femmes stagne depuis 2008 : le taux d'emploi des 25-64 ans, hommes et femmes confondus, atteint 70,6 % au sein de l'UE 28 en 2013, alors que celui des femmes n'est que de 64,5 %. Cela traduit toutefois une réduction de l'écart entre hommes et femmes de presque 2 points depuis 2008. Ce constat est toutefois à nuancer, car la crise a stoppé net la tendance à la hausse du taux d'emploi des femmes qui avait été observée de 2002 à 2008 au sein de l'UE 28. Par ailleurs, les femmes en emploi continuent d'occuper beaucoup plus souvent que les hommes des emplois précaires, temporaires ou à temps partiel, bien que dans ce dernier cas, ce soit plus souvent par choix que pour les hommes. Les écarts femmes-hommes sur le marché du travail sont donc encore loin d'être résorbés.

Un autre public a été relativement épargné par la crise : ce sont les personnes de plus de 50 ans. Le taux d'emploi des 50-64 ans en 2013 au sein de l'UE 28 atteint 59,3 %, contre 70,6 % pour le taux d'emploi total des 25-64 ans. L'écart s'est réduit de 4,4 points entre 2008 et 2013. La réduction la plus forte est observée en Italie où l'écart se réduit de près de 8 points, à la suite d'une augmentation du taux d'emploi des seniors et d'une diminution du taux d'emploi global. L'Italie fait en revanche toujours partie des pays qui affichent les plus faibles taux d'emploi des 50 ans et plus (52,6 % pour les 50-64 ans en 2013).

Toutefois, en dépit de ces notes positives, certains pays cumulent les écueils de la crise : le Portugal, la Grèce, l'Irlande et l'Espagne sont les seuls pays où les taux d'emploi des 50-64 ans sont en baisse entre 2008 et 2013. Le taux d'emploi des femmes diminue également dans chacun de ces pays.

La Commission européenne souligne les effets bénéfiques de plusieurs politiques publiques qui permettent d'atténuer ou de contrecarrer, à plus ou moins long terme, les effets de la crise

La crise a, à nouveau, souligné l'effet protecteur de l'éducation : le taux d'emploi des personnes titulaires d'un seul diplôme de niveau primaire ou collège est celui qui a le plus fortement diminué entre 2008 et 2013. Au sein de l'UE 28, leur taux d'emploi a baissé de 8,0 %, pour une baisse de 2,7 % pour les titulaires d'un diplôme plus élevé. Ce constat est vérifié pour la totalité des pays européens, à l'exception de l'Allemagne où ce taux d'emploi n'a pas diminué mais augmenté entre 2008 et 2013. Le taux de sortie du chômage est par ailleurs plus faible pour les personnes les moins diplômées. Cela milite, comme le rapport de la Commission le souligne, en faveur d'un développement des compétences à travers l'éducation et la formation tout au long de la vie.

Le rapport 2014 de la Commission européenne souligne également que, symétriquement aux phénomènes observés en début de crise, la reprise pourrait ne pas se traduire en premier lieu par une croissance de l'emploi mais plutôt par un rebond du nombre d'heures travaillées. Il pointe des freins potentiels à la reprise tels que le coût du travail, l'importance du « travail au noir » et l'insuffisante mobilité des travailleurs au sein de l'Union européenne (seuls 3,3 % de la population active réside en 2013 dans un pays de l'Union autre que celui dont elle est originaire).

Selon ce même rapport, les États membres comme l'Allemagne, la Suède et les Pays-Bas qui ont le mieux résisté à la crise sont ceux qui ont investi dans des politiques actives du marché du travail en soutenant les personnes au chômage, en accentuant leur formation et en maintenant des allocations chômage appropriées afin de couvrir le plus grand nombre. La Commission souligne que, toutes choses égales par ailleurs, les personnes qui perçoivent des indemnités chômage auraient une probabilité plus forte de retrouver un emploi. Une politique adéquate, combinant formation et soutien au revenu dégressif dans le temps, ne découragerait pas la reprise d'activité ; elle laisserait en revanche suffisamment de temps aux chômeurs pour retrouver un emploi d'un niveau correspondant à leur formation. Elle devrait être associée, dans les périodes économiques difficiles, à des contrats de court terme pour permettre un maintien dans l'emploi ou un retour le plus rapide possible vers l'emploi.

Concernant la santé, autre volet majeur de la protection sociale, la Commission préconise des réformes qui visent à améliorer l'efficacité et la soutenabilité du système de soins tout en mettant en garde contre les effets indésirables de

certaines coupes budgétaires qui ont pu conduire à reporter la charge financière des dépenses de santé sur les assurés, à accroître les files d'attente ou encore à désavantager plus particulièrement certains groupes sociaux plus fragiles. Elle note ainsi que la part de la population qui déclare des besoins de soins non satisfaits s'est accrue de 2007 à 2011 dans la majorité des états membres de l'Union ; en particulier, la hausse atteint de 1 à 4 points en Belgique, en Italie, en Grèce et en Finlande.

Cette attention portée à l'accès aux soins est d'autant plus cruciale qu'il est à craindre que la crise n'ait également des impacts négatifs de plus long terme sur les déterminants de santé (en raison du chômage, de la qualité du travail et de conditions de vie précaires), ce qui menacerait d'accroître les inégalités de santé tant entre groupes sociaux qu'entre États membres. Ainsi, plusieurs études¹ mettraient en évidence un lien entre crise économique et prévalence de la dépression ou de l'obésité, ce qui se traduirait par des risques accrus de mortalité prématurée, notamment par suicide ou encore du fait de pathologies cardiaques : selon Eurostat, le taux de suicide aurait augmenté de 10 % en Italie de 2006 à 2010 pour les hommes de moins de 65 ans et cette hausse atteindrait 25 % chez les 50-54 ans.

Face à la durée de la crise et à l'importance des ajustements budgétaires opérés, la protection sociale peine de plus en plus à jouer son rôle protecteur, en particulier dans les pays les plus durement touchés

Par son ampleur et sa durée, la crise financière et économique de 2008 est la plus dure subie par l'Europe depuis les années 1930, avec des conséquences importantes non seulement en termes d'emploi, mais aussi de pauvreté et d'inégalités. Cette récession a ainsi constitué un « stress test » pour les systèmes de protection sociale européens, mis à rude épreuve.

a) Le risque de pauvreté et les inégalités sociales atteignent les niveaux les plus élevés dans les pays les plus durement touchés par la crise

La détérioration du marché du travail a fait basculer de nombreuses personnes en situation de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale. Le taux de chômage a fortement augmenté, le nombre d'heures travaillées s'est réduit : le nombre de ménages sans emploi a par conséquent augmenté et les revenus de ceux qui travaillent ont diminué. Depuis 2008, le nombre de personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion a donc augmenté de 6 millions, ce qui a contribué à éloigner l'Europe de sa cible de réduction de la pauvreté assignée pour 2020². Au sein de l'UE 28, en 2013, près d'un quart de la population est désormais en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale. Ce risque recouvre soit une pauvreté monétaire, soit un ensemble de privations matérielles, soit, enfin, une faible intensité ou l'absence d'emploi. L'Espagne (27,3 %), le Portugal (27,5 %), l'Italie (28,4 %), l'Irlande (29,5 %) et la Grèce (35,7 %) sont les pays qui affichent en 2013 les taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale les plus élevés. Cette évolution apparaît très cohérente avec l'intensité des difficultés économiques et sociales que ces pays ont traversées et qui ont été décrites dans la première partie. Avec une faible diminution de la part de personnes en risque de pauvreté, qui atteint 18,1 % en 2013, la France se positionne favorablement. La situation française apparaît d'autant plus favorable qu'elle ne résulte pas, à l'inverse de la situation observée dans d'autres pays³, d'une baisse de son seuil de pauvreté monétaire⁴.

Les personnes en âge de travailler ont été les plus touchées par cette augmentation du risque de pauvreté avec, de fait, les enfants faisant partie de leur foyer. La part des enfants de moins de 18 ans en risque de pauvreté s'élève ainsi à 27,7 % en 2013 au sein de l'UE 28. Les personnes plus âgées sont en revanche épargnées par cette recrudescence de la pauvreté, le montant des pensions de retraite ayant été peu affecté par la crise. Leur risque de pauvreté a même diminué depuis 2010 ; il atteint désormais 18,2 % au sein de l'UE 28 en 2013 pour les plus de 65 ans.

Par ailleurs, en 2013, la masse de revenu disponible par unité de consommation détenue par les 20 % des personnes les plus aisées représente cinq fois celle détenue par les 20 % des personnes les plus modestes. Le ratio de ces deux quantités constitue un premier indicateur d'inégalités. C'est en Grèce (6,6), en Espagne (6,3), au Portugal (6,0) et en Italie (5,7) qu'il est le plus élevé. C'est aussi dans ces pays qu'il a connu la plus forte augmentation, à l'exception du Portugal où il est resté stable. Il a aussi très fortement augmenté au Danemark (+19,4 %) pour s'établir en 2013 à 4,3, soit une valeur qui reste bien inférieure à la moyenne européenne. La France se situe elle aussi en dessous de la moyenne européenne pour cet indicateur d'inégalité : il est égal à 4,5 en 2013 et a connu une augmentation de 2,3 % entre 2008 et 2013. Le constat tiré du coefficient de Gini, qui constitue un indicateur synthétique d'inégalités de niveau

1 B. Cooper, "Economic Recession and Mental Health: an Overview" (Institute of Psychiatry, King's College, London, 2011) et OCDE – "Obesity update", 2014.

2 La stratégie UE 2020, établie en 2010, vise à réduire de 20 millions le nombre de personnes en situation de pauvreté en Europe à l'horizon 2020. Dans ce cadre, la notion de pauvreté est appréhendée via un indice composite qui combine pauvreté monétaire, taux de privation matérielle sévère et faible intensité en emploi.

3 Voir notamment à ce sujet la fiche pays « Royaume-Uni » en partie G de l'ouvrage.

4 Le seuil de pauvreté monétaire retenu au niveau européen correspond à 60 % du niveau de vie médian de chacun des pays.

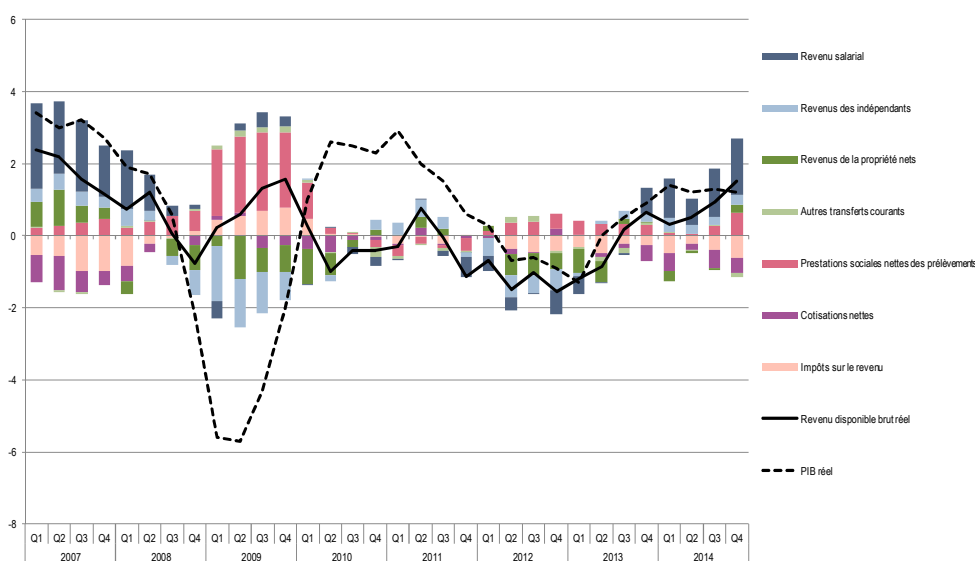
de vie au sein de la population, est identique : les pays de l'Europe du Sud sont les plus inégalitaires en termes de niveau de vie.

b) Les stabilisateurs automatiques ont soutenu le revenu disponible des ménages en début de crise avant de s'épuiser en 2011-2012

Les dépenses de protection sociale contribuent habituellement à la stabilisation automatique des revenus : elles doivent augmenter plus vite lors des ralentissements économiques, ce qui compense en partie la baisse des revenus des ménages. Cette fonction de stabilisation des systèmes de protection sociale est évidente pour les prestations chômage, mais elle joue également pour les prestations sous conditions de ressources (typiquement les prestations contre l'exclusion, les prestations familiales ou de logement) ainsi que, dans une moindre mesure, pour les dépenses de santé ou de pensions (puisque celles-ci continuent généralement à croître ou bien restent constantes, tandis que les revenus d'activité baissent).

Au début de la crise, en 2009, les prestations sociales ont formé la contribution principale à la stabilisation du revenu disponible des ménages, devant les prélèvements (*graphique 6*). Mais cet effet stabilisateur s'est affaibli dans de nombreux États membres en 2012 alors que les revenus se contractaient à nouveau. La plupart des systèmes de protection sociale ne sont en effet pas conçus pour une crise aussi durable. De nombreuses personnes ont épuisé leurs droits au chômage et ont basculé dans les dispositifs d'aide sociale aux plus démunis. Par ailleurs, compte tenu de la baisse des ressources, des coupes ont été faites dans les dépenses sociales à des fins de consolidations budgétaires. L'effet total des modifications intervenues dans le système socio-fiscal sur le revenu disponible des ménages aurait été particulièrement marqué en Irlande (-17 points) et en Grèce (-14 points), ainsi qu'au Portugal et en Espagne¹. Le niveau de pauvreté et d'exclusion sociale ainsi que la distribution des revenus s'en sont trouvés affectés.

Graphique 6 : Contributions à la croissance réelle du revenu disponible des ménages dans l'UE 28 (2007-T4 2014)

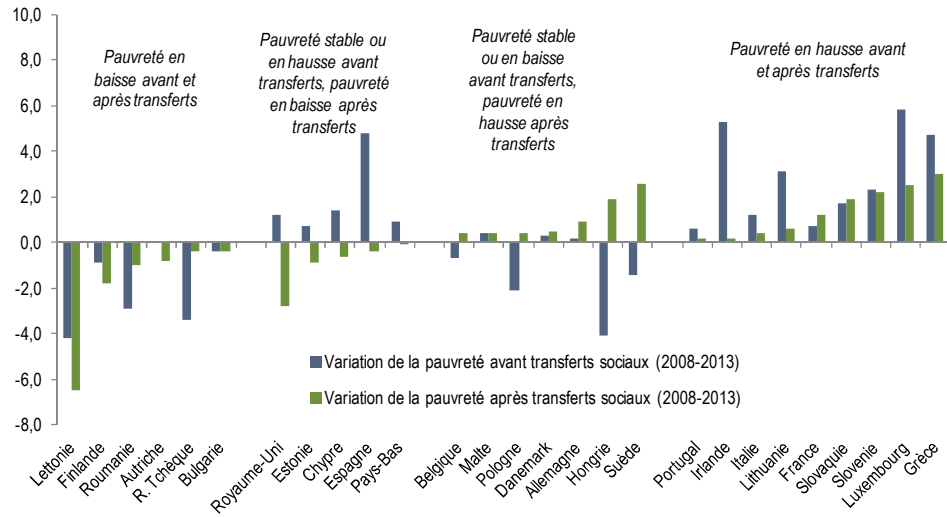


Note : taux de croissance annuel et contributions en points de pourcentage.
Sources : Eurostat.

Les transferts sociaux ont plus de mal à réduire le taux de pauvreté monétaire en 2013 qu'en 2008 (*graphique 7*). C'est le cas notamment en Belgique, en Allemagne et en France. Par exemple, en France, les transferts sociaux réduisaient le taux de pauvreté de 46,8 % en 2008, ils le réduisent de 43,4 % en 2013, ce qui peut être expliqué par différents effets. La France fait toutefois toujours partie des pays où les transferts sociaux réduisent le plus la pauvreté.

¹ Selon une étude de Agostini P., Paulus A., Sutherland H. et Tasseva I., 2014, « The effect of tax-benefit changes on income distribution in EU countries since the beginning of the economic crisis » basée sur le modèle Euromod.

Graphique 7 : Évolution de la pauvreté avant et après transferts sociaux (hors retraites) de 2008 à 2013



Sources : Eurostat/EU-SILC.

Les propriétés redistributives des transferts de protection sociale en comparaison européenne

Jérôme de Tychev, Denis Maguain et Carole Bonnet

En 2010, la principale contribution à la réduction des inégalités relatives de niveau de vie, hors retraites, provient des prestations sociales.

Ainsi pour la France, les prestations de protection sociale sont responsables des trois quarts de la réduction des inégalités de revenus quand les prélèvements fiscaux et sociaux y contribuent pour un quart. La contribution des prestations à cette réduction varie de 84 % (Suède) à 64 % (Royaume-Uni). L'Italie fait exception, les impôts et cotisations salariales contribuant à hauteur de 60 % à la réduction des inégalités.

Le Royaume-Uni est le pays où les inégalités de revenus sont initialement les plus fortes mais également le pays où le système socio-fiscal les réduit le plus fortement, tandis que la Suède a les inégalités de revenu initial les moins marquées avec un profil plus plat de leur réduction.

Les prestations de chômage, d'invalidité, de famille, de logement et de lutte contre la pauvreté et contre l'exclusion sociale, notamment grâce à une plus grande orientation de ces prestations vers les plus modestes, contribuent à fortement réduire les inégalités relatives de revenus, mesurées à l'aide de l'indice de Gini.

Les prélèvements fiscaux et sociaux (impôts sur le revenu, sur la fortune et cotisations sociales salariales) ont une progressivité légèrement positive indiquant que les prélèvements réduisent de fait peu les inégalités de niveaux de vie. Ils contribuent cependant fortement à la réduction des inégalités en Italie (60 %), alors que cette contribution se situe entre 16 % en Suède et 36 % au Royaume-Uni. En France, celle-ci est de 25 %.

La réduction des inégalités de niveau de vie par les transferts

La comparaison européenne des propriétés redistributives des transferts de protection sociale effectuée ici utilise la dernière vague disponible¹ des données de l'Enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC²). Elle propose un bilan de la redistribution verticale opérée par les transferts sociaux et fiscaux au regard des inégalités de niveau de vie (cf. *annexe de l'éclairage* pour les précisions méthodologiques).

Pour cinq des six pays comparés dans cette étude, l'Espagne, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède, les inégalités de niveaux de vie sont plus réduites par les mécanismes de redistribution verticale reposant sur les transferts de prestations sociales que par ceux reposant sur la fiscalité (*tableau 1*). À l'inverse, en Italie, la fiscalité joue un rôle plus important que les prestations sociales pour la réduction des inégalités de niveaux de vie. La réduction de ces inégalités est mesurée par le rapport interquintile Q80/Q20. Celui-ci rapporte la valeur du seuil du dernier quintile des revenus (soit le seuil de revenu au-delà duquel se situent les 20 % de la population les plus riches) à celle du premier quintile des revenus (soit le seuil de revenu en deçà duquel se situent les 20 % de la population les plus pauvres).

En France, le rapport interquintile sur le revenu initial ou « revenu primaire » passe d'un facteur 2,9 à un facteur 2,4 après prise en compte des prestations reçues (revenu brut). Ce rapport atteint 2,2 après prise en compte des prélèvements (revenu disponible). Le Royaume-Uni est le pays où les inégalités de revenus primaires sont les plus fortes mais également le pays où le système socio-fiscal les réduit le plus fortement. Quant à la Suède, elle a les inégalités de revenu initial les moins marquées avec un profil plus plat de leur réduction suite aux transferts. Les Pays-Bas affichent le revenu interquintile après prise en compte des prestations et des prélèvements le plus faible, à 2,0.

Au regard de cet indicateur interquintile, il n'est toutefois pas possible de déduire l'ampleur de la réduction des inégalités à attribuer à tel ou tel transfert (l'ordre d'intégration des prestations et des prélèvements ayant une influence). En revanche, la réduction du rapport interquintile, pour les prestations prises dans leur ensemble et les prélèvements pris dans leur ensemble est à rapprocher des résultats de la dernière partie de cet éclairage où, selon les pays, entre les 6/10 ou les 8/10 de la réduction des inégalités sont le fait des prestations sociales (75 % pour le système social et 25 % pour le système fiscal en France), à l'exception de l'Italie où le système fiscal occupe une place importante pour les hauts revenus.

Tableau 1 : Rapports interquintiles

	Q80/Q20 sur le revenu primaire	Q80/Q20 sur le revenu brut	Q80/Q20 sur le revenu disponible
Espagne	3,6	3,1	2,8
France	2,9	2,4	2,2
Italie	3,1	2,9	2,5
Pays-Bas	3,1	2,6	2,0
Royaume-Uni	4,1	3,1	2,5
Suède	2,7	2,4	2,2

Note de lecture : pour la France, le plancher de revenu des 20 % de la population les plus riches, en termes de revenus primaires équivaut à 2,9 fois le plafond de revenu des 20 % les plus pauvres (respectivement 36 620 euros et 12 820 euros), en termes de revenu disponible ce ratio est ramené à 2,2 (soit un plancher de revenu disponible de 30 425 euros pour les 20 % pour les plus riches et un plafond de 13 716 euros pour les 20 % les plus pauvres).

Sources : Eurostat-SILC ; calculs DREES.

Le *tableau 2* présente le ratio des niveaux de vie (le niveau de vie est la somme, au sein d'un quintile, des revenus disponibles par unité de consommation [UC]) entre les 20 % les plus riches (au sens du revenu primaire par UC) et les 20 % les plus pauvres. Ainsi, au Royaume-Uni, le rapport entre le niveau de vie moyen des 20 % les plus riches de la population et celui des 20 % les plus pauvres passe de 14,7 en termes de revenu primaire à 4,5 en termes de revenu disponible.

1 Vague 2011 portant sur les revenus de 2010, sauf pour le Royaume-Uni où elle porte sur les revenus 2011.

2 L'intégralité de cette étude réalisée par Maguain D., de Tychey J. et Bonnet C. a été publiée en annexe du rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFi-PS) sur l'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe de novembre 2014.

Tableau 2 : Ratio des niveaux de vie moyens 20+/20-

Rapport des niveaux de vie moyens 20+ /20-		
Pays	Revenu primaire par UC	Revenu disponible par UC
Espagne	11,7	3,4
France	8,2	4,4
Italie	8,3	5,2
Pays-Bas	9	3,3
Royaume-Uni	14,7	4,5
Suède	7,2	3,6

Sources : Eurostat-SILC ; calculs DREES.

Le *graphique 1* présente la répartition dans la population des différentes composantes du revenu disponible par UC (par quintile de revenu primaire), afin de juger de l'ampleur du ciblage des prestations et des prélèvements selon les pays. Pour l'ensemble des six pays considérés, les prestations se concentrent sur le premier quintile de revenu avant transferts qui reçoit les montants moyens les plus élevés. Ces montants s'amenuisent à chaque quintile jusqu'au dernier où ils sont très faibles. Ainsi le premier quintile de revenu en Espagne reçoit 2 600 euros de prestations quand le dernier en reçoit 450 euros. À l'inverse les prélèvements fiscaux (impôts sur le revenu, sur la fortune et cotisations sociales salariales) se concentrent sur le dernier quintile et sont très faibles dans le premier (*tableau 4* pour des détails sur ces montants).

La réduction des inégalités par le système socio-fiscal

Dans tous les pays considérés, la répartition des prestations de chômage, d'invalidité, de famille, de logement et de lutte contre l'exclusion sociale, notamment avec une plus grande concentration de ces prestations vers les plus modestes, contribue à fortement réduire les inégalités relatives de revenus. Les prélèvements fiscaux permettent de réduire plus encore les inégalités persistant après les transferts opérés par le biais des prestations sociales.

La contribution d'un transfert à la réduction des inégalités est la combinaison de deux éléments, la part de ce transfert dans le revenu disponible, mais aussi son niveau de progressivité. Une prestation est dite progressive si elle représente une part de plus en plus faible du revenu initial lorsque celui-ci augmente. Réciproquement, un prélèvement est dit progressif si sa part dans le revenu initial augmente avec ce dernier (*tableau 3*). Un prélèvement ou une prestation strictement proportionnelle au revenu ne modifie donc pas les inégalités, en revanche un prélèvement forfaitaire est régressif : il représente une part de plus en plus faible du revenu initial lorsque ce dernier augmente.

Des inégalités essentiellement réduites par les prestations

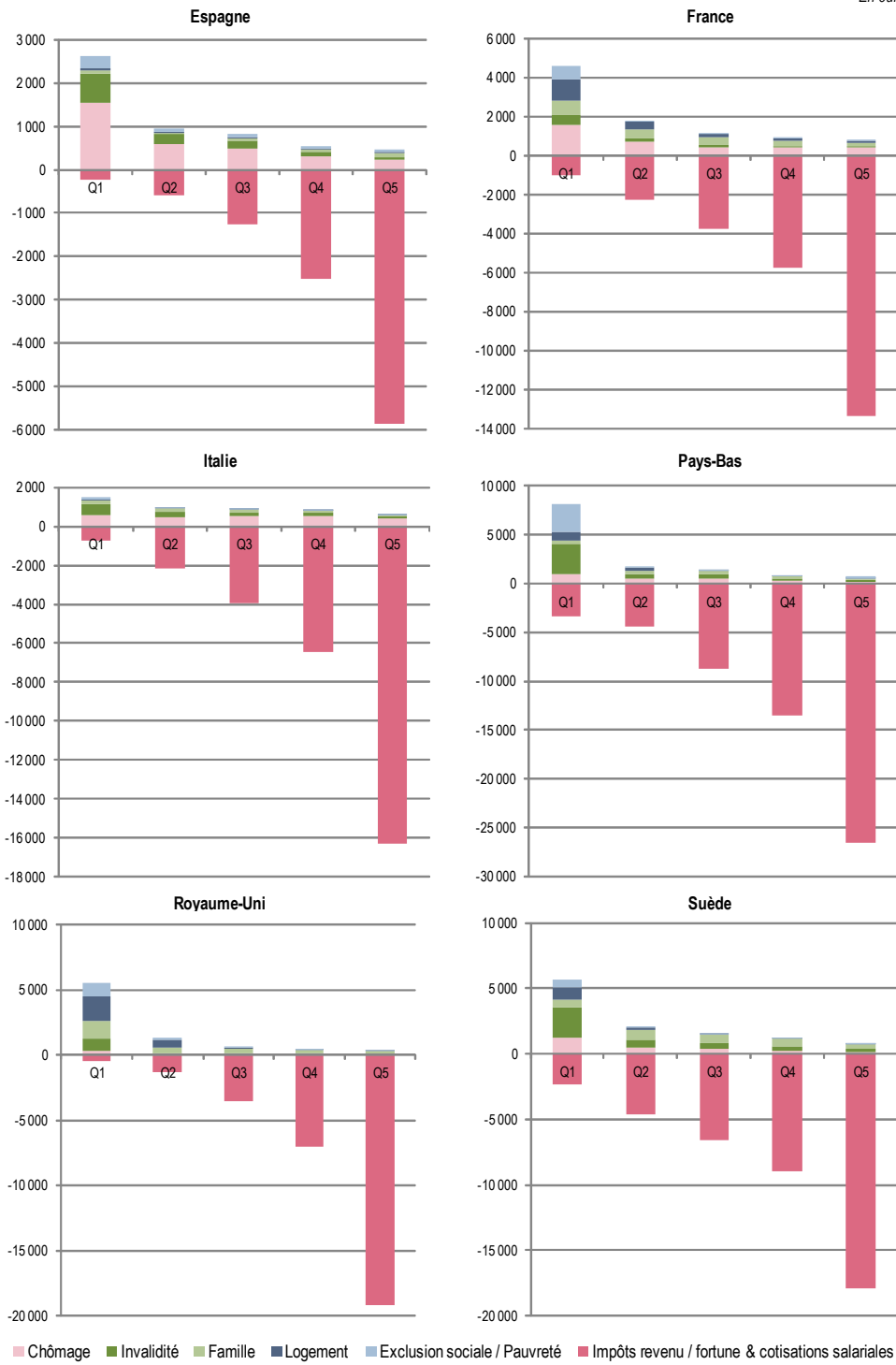
a) Les prestations chômage

Les prestations chômage contribuent entre 4 %, au Royaume-Uni, et 45 %, en Espagne, à la réduction des inégalités résultant de la protection sociale dans les pays considérés. Cette réduction est moyenne dans les autres pays (aux Pays-Bas 12 %, en Italie 16 %, en Suède 19 % et en France 25 %). Rappelons que cette forte variabilité est inhérente non seulement aux différences de systèmes de protection sociale concernant le risque chômage, mais aussi au niveau du taux de chômage du pays considéré. Si le pays étudié a un faible taux de chômage, la contribution des prestations chômage dans la réduction des inégalités sera mécaniquement faible. Ces disparités se traduisent dans la part de ce transfert au sein du revenu disponible qui est très faible au Royaume-Uni (0,4 %) mais forte en Espagne (4,4 %).

En France, la part des allocations chômage dans le revenu disponible est de 2,9 % avec une progressivité de 0,69. En France, la progressivité des prestations chômage est faible comparée aux autres pays présentés mais équivalente à celle des Pays-Bas. La concentration des prestations chômage en France illustre cette progressivité avec une concentration d'environ 40 % sur les deux premiers déciles.

Graphique 1 : Montant moyen des transferts en fonction des quintiles de revenus (par UC) avant transferts, en 2010

En euros



Note de lecture : pour la France, dans le premier quintile de revenu avant application du système socio-fiscal, le revenu moyen est augmenté de 1 557 euros par les prestations chômage, 501 euros par les prestations invalidité, 755 euros par les prestations famille, 1 115 euros par les prestations logement, 649 euros par les prestations de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté, et diminué de 979 euros par les impôts sur le revenu, sur la fortune et les cotisations sociales salariales.

Sources : Eurostat-SILC ; calculs DREES.

b) L'invalidité

Les prestations invalidité réalisent entre 8 % et 32 % de la réduction des inégalités. L'effet de la redistribution liée à l'invalidité est le plus faible en France (8 %), au Royaume-Uni (11 %) ainsi qu'en Italie (15 %). Il est d'une ampleur moyenne en Espagne (20 %) et d'une ampleur plus marquée aux Pays-Bas (29 %) et en Suède (32 %). Comme pour le chômage, ces disparités sont le reflet de la part du transfert dans le revenu disponible qui est ainsi près de cinq fois plus faible en France (0,7 %) qu'en Suède (3,4 %). Pour les autres pays, cette part varie entre 1,3 % et 3,9 %.

En France, les prestations d'invalidité dans le revenu disponible ont une progressivité de 0,90. La progressivité de ces transferts est relativement du même ordre qu'en Espagne (0,88) et en Suède (0,83). En revanche, elle est plus forte au Royaume-Uni (1,03). Ce sont les deux premiers déciles qui reçoivent 55 % de l'ensemble des prestations d'invalidité en France, de même en Espagne.

c) Les prestations familiales

Les prestations familiales contribuent à la réduction des inégalités dans une fourchette allant de 1,5 % à 16,0 % pour les pays retenus. L'Espagne a la contribution la plus faible et le Royaume-Uni la plus forte.

Pour la France, les prestations familiales contribuent à hauteur de 14 % à la réduction des inégalités de niveaux de vie, avec une progressivité de 0,63. Cette progressivité est plus forte, en valeur absolue, qu'en Espagne (0,25), en Suède (0,43) et aux Pays-Bas (0,41) et plus faible qu'au Royaume-Uni (0,84) et qu'en Italie (0,64). Les prestations familiales ont donc un effet relativement plus marqué en France en direction des revenus plus faibles. Ceci se reflète par une concentration des prestations familiales légèrement plus élevée sur les premiers déciles que sur les derniers. Mais, en France, ce sont les prestations les moins progressives.

d) Les prestations de logement

La contribution des prestations de logement à la réduction des inégalités est très élevée au Royaume-Uni (23 %). L'Espagne a en revanche une contribution des prestations logement très faible (1 %), alors que la Suède et les Pays-Bas ont des contributions moyennes (respectivement 12 % et 10 %). La faiblesse des contributions observées provient à la fois de la faible part de ce transfert dans le revenu disponible pour l'Espagne et l'Italie (inférieures à 0,5 %) mais aussi d'une moindre progressivité. Dans ces deux pays, les prestations logement sont beaucoup moins progressives que dans l'ensemble des autres pays considérés.

La France a une contribution à la réduction des inégalités élevée pour les prestations de logement (18 %), provenant en grande partie de la part qu'occupent ces prestations dans le revenu disponible (1,6 %). Il en va de même au Royaume-Uni (part de 2,6 %). La Suède et les Pays-Bas ont des contributions médianes avec respectivement un poids des prestations de 1 % et de 1,2 %.

La progressivité liée à ces prestations en France est de 0,91 contre une progressivité supérieure à 1 pour la Suède, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, indiquant que les prestations logement réduisent relativement moins les inégalités en France que dans ces autres pays. À titre illustratif, la concentration de ces prestations est de plus de 80 % dans les deux premiers déciles en Suède contre environ 55 % en France pour ces mêmes déciles.

e) Les prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

À l'exception des Pays-Bas où les prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale participent pour 27 % à la réduction des inégalités, les pays considérés ont une contribution allant de 2 % (Italie) à 11 % (Royaume-Uni). L'Italie, la Suède et l'Espagne présentent des contributions plutôt faibles (inférieures à 8 %). À l'inverse, les contributions de la France et du Royaume-Uni sont relativement plus fortes. Quel que soit le pays considéré, la progressivité de ces prestations par rapport à toutes les autres est la plus forte en valeur absolue. Ceci est cohérent avec la forte concentration observée des prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans les premiers déciles (environ 80 % pour la France dans les deux premiers). En revanche, et toujours à l'exception des Pays-Bas, ces prestations ont une part plutôt faible dans le revenu disponible, allant de 0,2 % en Italie à 1,2 % au Royaume-Uni.

En France, la contribution s'élève à 9 % pour une part dans le revenu disponible de 0,7 %. La progressivité est de 1,11, c'est-à-dire une valeur absolue plutôt faible après celle de l'Espagne (0,85).

Tableau 3 : Contributions des transferts de protection sociale à la réduction des inégalités de niveau de vie

	Espagne			France		
Gini du revenu primaire	0,40			0,38		
	Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)	Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	4,4	0,79	45	2,9	0,69	25
invalidité	1,7	0,88	20	0,7	0,90	8
famille	0,5	0,25	1	1,8	0,63	14
logement	0,2	0,57	1	1,6	0,91	18
exclusion sociale	0,7	0,85	8	0,7	1,11	9
impôts	14,6	0,14	26	21,5	0,09	25
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,32			0,30		

	Italie			Pays-Bas		
Gini du revenu primaire	0,39			0,37		
	Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)	Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	2,7	0,43	16	2,2	0,69	12
invalidité	1,4	0,74	15	3,9	0,95	29
famille	0,7	0,64	6	1,1	0,51	5
logement	0,1	0,76	1	1,2	1,05	10
exclusion sociale	0,2	0,59	2	3,0	1,15	27
impôts	31,8	0,13	60	49,7	0,05	18
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,31			0,25		

	Royaume-Uni			Suède		
Gini du revenu primaire	0,45			0,34		
	Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)	Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	0,4	1,08	4	2,1	0,80	19
invalidité	1,3	1,03	11	3,4	0,83	32
famille	2,5	0,84	16	2,6	0,43	13
logement	2,6	1,14	23	1,0	1,11	12
exclusion sociale	1,2	1,22	11	0,5	1,20	7
impôts	30,7	0,15	36	35,0	0,04	16
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,32			0,25		

Sources : Eurostat-SILC ; calculs DREES.

La réduction des inégalités par les prélèvements

a) Impôts sur le revenu, sur la fortune et cotisations sociales salariales

La contribution à la réduction des inégalités des prélèvements retenus au sein de l'étude (à savoir l'impôt sur le revenu, l'impôt sur la fortune et les cotisations et contributions sociales salariales) est particulièrement forte en Italie (60 %), quand elle se situe entre 16 % (Suède) et 36 % (Royaume-Uni) pour les autres pays. Par miroir, la contribution des prestations (prises dans leur ensemble) se situe entre 65 % et 83 % pour ces deux pays respectivement. En Italie, la charge fiscale est très importante dans le dernier quintile (*graphique 1*), la contribution très forte à la réduction des inégalités s'observe dans la concentration de ces prélèvements qui sont seulement d'environ 55 % sur les deux derniers déciles. Pour la France, les *contributions sociales généralisées* (CSG) sont incluses dans le revenu primaire et l'absence de données sur les cotisations patronales conduit à sous-estimer la redistribution par ces prélèvements.

Dans tous les pays étudiés, la progressivité est faible, proche de 0, indiquant que de fait les prélèvements réduisent peu les inégalités de niveaux de vie. Cet effet progressivité est compensé par un effet taille important, les prélèvements ayant, loin devant les prestations, la part la plus importante dans le revenu disponible.

Bien qu'ayant la contribution la plus faible, les Pays-Bas ont la part la plus élevée des prélèvements dans le revenu disponible (50 %). L'Espagne a quant à elle la part la plus faible (15 %). Le poids des prélèvements en Suède est de 35 % avec une quasi-neutralité au regard de la redistribution et une contribution médiane de 16 %.

La France présente une contribution des prélèvements de 25 %, plus élevée qu'en Suède (16 %) mais plus faible qu'au Royaume-Uni et qu'en Espagne (36 % et 26 % respectivement). La progressivité des prélèvements est faible en France (0,09) et fait partie des moins élevées après les Pays-Bas (0,05) et la Suède (0,04). Le poids des prélèvements dans le revenu disponible en France occupe une position intermédiaire basse avec 21,5 %. Cependant, moins de 5 % des prélèvements sont supportés par les quatre premiers déciles au Royaume-Uni, alors qu'en France et en Suède ces derniers en supportent environ 15 %.

Tableau 4 : Montants moyens (par UC) et poids des prélèvements et des prestations

Espagne					
Quintiles de revenu par UC avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	2 900	8 400	12 750	18 950	34 000
Prestations	2 600	950	800	550	450
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-250	-600	-1 250	-2 500	-5 900
Revenu disponible (B)	2 300	8 750	12 350	16 950	28 600
Taux de redistribution (B-A)/A	81,9%	4,5%	-3,5%	-10,5%	-15,9%
France					
Quintiles de revenu par UC avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	7 350	16 400	22 800	30 800	60 550
Prestations	4 600	1 800	1 150	900	750
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-1 000	-2 250	-3 750	-5 750	-13 350
Revenu disponible (B)	10 950	15 950	20 200	26 000	48 000
Taux de redistribution (B-A)/A	49,0%	-2,7%	-11,4%	-15,6%	-20,7%
Italie					
Quintiles de revenu par UC	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	6 200	13 350	19 400	27 050	51 900
Prestations	1 450	950	900	850	600
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-750	-2 150	-3 950	-6 500	-16 300
Revenu disponible (B)	6 950	12 150	16 350	21 400	36 250
Taux de redistribution (B-A)/A	12,1%	-9,0%	-15,7%	-20,9%	-30,2%
Pays-Bas					
Quintiles de revenu par UC avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	7 350	18 600	27 350	37 950	66 200
Prestations	8 150	1 800	1 350	800	750
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-3 350	-4 400	-8 700	-13 500	-26 550
Revenu disponible (B)	12 150	16 000	20 050	25 200	40 400
Taux de redistribution (B-A)/A	65,3%	-14,0%	-26,7%	-33,6%	-39,0%
Royaume-Uni					
Quintiles de revenu par UC avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	4 150	12 100	19 400	29 400	60 650
Prestations	5 500	1 300	650	400	350
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-450	-1 300	-3 500	-7 050	-19 150
Revenu disponible (B)	9 200	12 100	16 550	22 750	41 800
Taux de redistribution (B-A)/A	121,7%	0,0%	-14,7%	-22,6%	-31,1%
Suède					
Quintiles de revenu par UC avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	7 950	18 900	26 250	34 750	57 300
Prestations	5 650	2 000	1 550	1 150	750
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-2 350	-4 650	-6 600	-9 000	-17 900
Revenu disponible (B)	11 200	16 250	21 200	26 900	40 150
Taux de redistribution (B-A)/A	40,9%	-14,0%	-19,2%	-22,6%	-29,9%

Sources : Eurostat-SILC ; calculs DREES, montants arrondis au multiple de 50 le plus proche.

Annexe : Remarques méthodologiques et champ de la redistribution considéré

L'analyse s'intéresse uniquement à la redistribution verticale, en comparant les revenus avant et après redistribution par UC ainsi que la contribution de chaque transfert (prestations et prélèvements) à la réduction des inégalités. On utilise l'échelle d'équivalence « modifiée » de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La contribution à la réduction des inégalités de chaque transfert est le résultat de deux facteurs : un effet « taille », mesuré par le poids du transfert dans le revenu disponible, et un effet « progressivité ». Cet effet progressivité mesure la réduction des inégalités initiales après transfert.

L'analyse de la réduction des inégalités comporte trois étapes : le calcul des revenus primaires, avant toute redistribution ; le calcul d'un revenu total brut, après ajout des prestations sociales ; et enfin le calcul d'un revenu disponible, après soustraction des prélèvements sociaux et fiscaux. L'analyse des prélèvements se limite à la fiscalité directe, comprenant l'impôt sur le revenu, l'impôt sur la fortune et les cotisations et contributions sociales salariales. La fiscalité indirecte (par exemple la taxe sur la valeur ajoutée [TVA]) n'est donc pas prise en compte. En ce qui concerne les prestations, l'analyse porte sur la plupart des prestations monétaires, à l'exception des pensions de retraite, considérées comme assuranciennes sur le cycle de vie : les prestations familiales (y compris les aides à la garde d'enfants), les aides au logement, les allocations chômage, les prestations d'invalidité et les prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. En revanche, les prestations en nature (comme les dépenses de santé ou les dépenses d'éducation), n'étant pas prises en compte par l'Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC), sont exclues de l'analyse.

Les revenus, dans l'enquête SILC, comprennent l'ensemble des revenus primaires (revenus du travail [salaires et revenus des indépendants]), les revenus du capital (mobiliers et immobiliers), les revenus de remplacement (chômage, retraite, maladie, invalidité) des personnes de 16 ans et plus, ainsi que les différentes prestations monétaires.

Les revenus bruts (avant déduction des cotisations et contributions sociales salariales) sont disponibles pour tous les pays. En revanche, les cotisations employeurs ne le sont pas, ce qui ne permet pas de calculer des revenus « super-bruts ». Par ailleurs, au niveau du ménage, niveau auquel se situe l'étude, les cotisations sociales salariales et l'impôt sur le revenu sont renseignés sous une forme agrégée sans qu'il soit possible de les distinguer.

La base de données ne nous permet pas non plus de distinguer les prestations sous condition de ressources des prestations sans condition de ressources.

Il faut noter que l'enquête européenne SILC repose sur des données de ressources déclaratives contrairement aux données de l'Enquête revenus fiscaux et sociaux (ERFS) traditionnellement utilisées en France pour l'étude de la redistribution (analyse de la redistribution publiée chaque année dans France, portrait social ; modification de la distribution des revenus par les transferts de protection sociale dans les minima sociaux...) qui, elles, découlent de l'appariement avec les sources fiscales.

ENCADRÉ 1 : TRANSFERTS PRIS EN COMPTE POUR LA FRANCE

Allocation famille/enfants : allocation d'adoption (ADA) ; allocation parentale d'éducation (APE) ; allocations familiales ; complément familial ; allocation pour jeune enfant (APJE) ; allocation parent isolé (API) ; allocation de soutien familial (ASF) ; allocation de rentrée scolaire (ARS) ; allocation d'éducation spéciale (AES) pour enfants handicapés ; allocation journalière de présence parentale (AJPP) ; aide à la famille pour l'emploi d'une assistante agréée (AFEAMA). *Les indemnités pour congé maternité ne sont pas incluses dans les allocations familiales, mais dans les indemnités maladie.*

Dépenses liées à l'exclusion sociale non classées ailleurs : revenu minimum d'insertion (RMI) ; revenu de solidarité active (RSA) ; aides financières sociales versées par les collectivités locales. *En l'absence de sources de référence extérieures sur les aides locales, ce poste est sans doute sous-estimé par rapport à la réalité.*

Allocations de chômage : allocations chômage (y compris l'allocation de solidarité spécifique) ; préretraites pour motif économique.

Aides au logement : pas de classification particulière.

Indemnités de maladie : indemnités journalières pour congés maladie ; accidents du travail ; congés maternité ; pensions d'accidents du travail. *Remarque : en Italie, la variable n'est pas renseignée car ce type d'indemnités est inclus dans le salaire.*

Pensions d'invalidité : allocation adulte handicapé (AAH) ; pensions militaires d'invalidité ou de victime de guerre ; pensions d'invalidité ; préretraites pour cause de diminution de la capacité de travail (*sont aussi comptabilisées dans cet agrégat des aides permettant de financer la garde de personnes invalides ou dépendantes*) ; aide personnalisée à l'autonomie (APA) ; prestation spécifique dépendance (PSD) ; allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et prestation de compensation du handicap (PCH),

Allocations d'études : il s'agit de l'ensemble des bourses versées aux plus de 16 ans.

ENCADRÉ 2 : CHAMP DE LA REDISTRIBUTION MONÉTAIRE

REVENUS « PRIMAIRES » =

Revenus bruts d'activité salariée (y compris pour la France CSG, contribution pour le remboursement de la dette sociale [CRDS])

- + Revenus des indépendants
- + Revenus de capitaux mobiliers (intérêts, dividendes, etc.)
- + Revenus fonciers
- + Transferts nets entre ménages (loyers, pensions alimentaires, etc.)
- + Revenus perçus par les personnes de moins de 16 ans (bourses scolaires)
- + Allocations d'éducation (brutes)
- + Avantages en nature
- + Retraites (dont minimum vieillesse pour la France)
- + Réversions
- + Rentes facultatives
- + Indemnités maladie (brutes) (y compris accidents du travail)

REVENU TOTAL BRUT =

- + Allocations (brutes) chômage
- + Pensions d'invalidité (brutes)
- + Prestations familiales (brutes, y compris CRDS pour la France et incluant les aides à la garde d'enfants)
- + Montant brut des allocations d'exclusion sociale non classées ailleurs
- + Montant brut des aides au logement

REVENU DISPONIBLE =

- Impôt sur le revenu et cotisations sociales
- Impôt sur la fortune

Note : seules sont prises en compte ici les cotisations sociales des employés.

ENCADRÉ 3 : CONCEPTS UTILISÉS

Courbes de Lorenz : la courbe de Lorenz décrit la part de la masse totale des revenus détenue par 10 % des personnes, 20 % des personnes, etc.

L'indice de Gini est l'une des principales mesures de l'inégalité des revenus. Il mesure la distance entre une répartition complètement égalitaire des niveaux de vie et la répartition actuelle fournie par la courbe de Lorenz. Ce coefficient varie de 0 (égalité parfaite) à +1 (inégalité totale).

Rapport interquintile, rapport des niveaux de vie : le rapport interquintile Q80/Q20 rapporte la valeur du seuil du dernier quintile des revenus à celle du premier quintile. On utilise enfin le rapport des niveaux de vie entre les 20 % les plus riches et les 20 % les plus pauvres. Ce rapport est le ratio entre le revenu moyen des 20 % les plus aisés et le revenu moyen des 20 % les moins aisés.

ANNEXES

1. Éclairage méthodologique : statut et objectifs

Le champ des Comptes de la protection sociale

Les Comptes de la protection sociale, comptes satellites des Comptes nationaux, visent à décrire l'ensemble des opérations qui contribuent à la couverture des risques sociaux auxquels les ménages sont exposés (santé, vieillesse-survie, maternité-famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale). Ils ont pour champ l'ensemble des régimes ou organismes qui ont pour mission d'en assurer la charge dans un cadre de solidarité sociale.

Dans cette perspective, ces comptes agrègent les interventions des régimes et organismes publics, financés pour l'essentiel par prélèvements obligatoires et certaines interventions de la sphère privée. Sont retenus, en effet, dans le champ de la protection sociale, l'ensemble des régimes publics et privés pour lesquels la couverture du risque ne se traduit pas, pour le bénéficiaire, par le versement d'une contrepartie équivalente au risque qu'il présente (âge, morbidité antérieure, antécédents familiaux, etc.).

Conformément à cette définition, la protection sociale recouvre non seulement les régimes obligatoires tels que le régime général de la Sécurité sociale, les institutions chargées de l'indemnisation du chômage ou les régimes de retraite complémentaires, mais aussi les assurances collectives telles que les contrats gérés par les institutions de prévoyance. Les prestations versées par les mutuelles régies par le Code de la mutualité, à adhésion individuelle, entrent également dans le champ de la protection sociale, car leur tarification est essentiellement indépendante des caractéristiques individuelles des assurés.

Le champ comprend ainsi :

- **les régimes d'assurance sociale**, qui regroupent les régimes obligatoires de Sécurité sociale (régime général, autres régimes obligatoires de base, notamment les régimes dits « directs » dont les prestations sont directement versées par l'employeur qui assure l'équilibre du compte – régimes de retraite des fonctionnaires ou encore des salariés de certaines entreprises privées – et fonds spéciaux), les régimes complémentaires et le régime d'assurance chômage ;
- **les régimes extra-légaux d'employeurs**, régimes organisés par l'employeur sans que la législation en impose l'existence : ils versent des prestations « extra-légales ». Celles-ci sont liées aux conventions collectives ou aux accords d'entreprise et sont versées directement par l'employeur (suppléments familiaux de rémunération, compléments d'indemnités journalières, indemnités de licenciement, etc.) ;
- **les régimes de la mutualité et de la prévoyance** versent des prestations qui complètent celles prises en charge par les régimes d'assurance sociale (par exemple, dans le domaine de la santé, prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier, d'une partie des dépassements d'honoraires, etc.) ;
- **le régime d'intervention sociale des pouvoirs publics** – administrations publiques centrales et collectivités locales. Ces régimes, financés principalement par l'impôt, développent des actions de solidarité nationale en faveur de certaines populations (familles, personnes âgées, personnes handicapées, victimes de la pauvreté ou de l'exclusion sociale, etc.) au travers de prestations spécifiques telles que le revenu de solidarité active, l'aide médicale d'État, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), l'allocation aux adultes handicapés, les allocations logement, l'allocation personnalisée d'autonomie, les allocations de chômage au titre du régime de solidarité, etc. ;
- **le régime d'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)** regroupe des organismes privés sans but lucratif dont le financement provient à titre principal de subventions. Ils interviennent essentiellement en couverture des risques invalidité et pauvreté-exclusion sociale ;
- **le régime d'intervention sociale des hôpitaux publics** est financé principalement par des transferts en provenance des régimes d'assurance sociale. Ce régime prend en charge les prestations de soins du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) ainsi que ceux délivrés par les établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale¹.

¹ Cf. DREES, 2014, « Annexes », *Comptes nationaux de la santé 2013*, coll. Études et statistiques.

Les prestations dans les Comptes de la protection sociale

Les prestations sociales retenues correspondent aux transferts financiers perçus à titre individuel par les ménages (versements en espèces et prestations en nature : services fournis et remboursements de dépenses engagées directement ou prises en charge par un tiers).

Dans les Comptes de la protection sociale, les prestations sont décomposées par risque :

- **le risque santé** : les prestations santé regroupent les prestations liées à la maladie, à l'invalidité et aux accidents du travail et maladies professionnelles. Le poste le plus important en termes de masse financière de ces dépenses correspond au remboursement partiel ou intégral des soins des ménages, qu'ils soient effectués en médecine de ville ou en établissement sanitaire ou médico-social ;
- **le risque vieillesse-survie** : les prestations classées au sein de ce risque correspondent aux pensions de droits directs (vieillesse) ou dérivés (survie), aux avantages non contributifs, aux aides accordées dans le cadre de l'action sociale (notamment des aides à domicile et en établissement en faveur des personnes les plus démunies) et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui s'est développée depuis 2002 ;
- **le risque maternité-famille** : les prestations versées au titre de la maternité sont essentiellement composées des indemnités journalières maternité, d'une partie de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et des remboursements de soins liés à la maternité. Les prestations versées au titre de la famille incluent, en plus des prestations familiales au sens strict, l'aide sociale à l'enfance, l'accueil des jeunes enfants, les compléments de rémunération, etc. ;
- **le risque emploi** : le risque chômage regroupe toutes les prestations versées à des personnes privées d'emploi qui ne remplissent pas les conditions normales de droit à la retraite et dont la cessation d'activité n'est pas considérée comme définitive. Outre l'indemnisation du chômage, ce risque comprend notamment les préretraites. Le risque insertion et réinsertion professionnelle correspond à la recherche et à l'adaptation à un nouvel emploi et aux versements compensant la perte de salaire due à l'absence de travail pour cause de formation professionnelle ;
- **le risque logement** : la grande majorité du risque est constituée par les trois allocations de logement (l'allocation de logement à caractère familial [ALF], l'allocation de logement à caractère social [ALS] et l'aide personnalisée au logement [APL]) ;
- **le risque pauvreté-exclusion sociale** : la prise en charge de l'exclusion sociale par le revenu de solidarité active (RSA) constitue l'essentiel de ce risque, qui comprend également l'action des organismes associatifs qui œuvrent dans ce domaine et celle des caisses communales et intercommunales d'action sociale.

Comptes de la protection sociale et Comptes de la Sécurité sociale

Deux systèmes distincts concourent à l'information publique dans le domaine de la protection sociale. Il s'agit des Comptes de la Sécurité sociale et des Comptes de la protection sociale. Leurs finalités sont voisines : établir chaque année une description des prestations sociales versées aux ménages, ainsi que les comptes des unités concernées par le financement de ces prestations. Cependant, chacun de ces comptes s'inscrit dans une démarche qui lui est propre, liée à son statut et à ses objectifs, entraînant des différences de champ.

Les **Comptes de la Sécurité sociale** présentent les dépenses, les recettes et le solde financier des comptes des régimes obligatoires de Sécurité sociale et des organismes ayant pour mission de concourir au financement de ces mêmes régimes. Sont également présentés les comptes prévisionnels pour l'année en cours et l'année suivante. Ces comptes sont établis dans le cadre de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale prévue à l'article L. 114-1 du code de la Sécurité sociale. Ils servent directement à l'élaboration du projet de loi de financement de la Sécurité sociale et de ses annexes 4 (recettes des régimes de Sécurité sociale par catégorie et par branche) et 8 (comptes du Fonds de solidarité vieillesse [FSV], de la Caisse d'amortissement de la dette sociale [CADES], du Fonds de réserve pour les retraites [FRR], de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie [CNSA] et de divers autres fonds).

Les **Comptes de la protection sociale** présentent la contribution de l'ensemble des agents économiques à la protection sociale et ont vocation à décrire l'insertion du système de protection sociale dans l'équilibre macro-économique général. Ils répondent aux engagements français pris dans le cadre du règlement du Parlement européen et du Conseil européen relatif au Système européen de statistiques de protection sociale (SESPROS). Ils sont élaborés dans le cadre des Comptes nationaux de l'INSEE, dont ils constituent un compte satellite.

En outre, le champ des Comptes de la protection sociale est plus large que celui des Comptes de la Sécurité sociale. Il en résulte en particulier que les dépenses et les recettes totales, et par conséquent les soldes, comptabilisés par chacun des systèmes ne sont pas directement comparables.

Les principales différences entre ces deux systèmes sont résumées et quantifiées dans la *fiche A5*.

Comptes de la protection sociale et Comptes nationaux

Les Comptes de la protection sociale, bien qu'inscrits dans le cadre des Comptes nationaux, diffèrent de ces derniers dans leur présentation synthétique. Les premiers retracent uniquement les organismes finançant les prestations de protection sociale. Ainsi, parmi les organismes divers d'administration centrale (ODAC), ne sont pris en compte que ceux qui versent effectivement des prestations, à savoir : le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Agence de service et de paiement (ASP), le Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles (CNASEA), l'Office national des anciens combattants (ONAC), l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), le Fonds de solidarité (FS – régime de solidarité pour l'indemnisation du chômage) et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH).

Les Comptes de la protection sociale, contrairement aux Comptes nationaux, ne retracent pas l'intégralité de la séquence de comptes de tous les régimes. Ils ne retracent en effet que les comptes en dépenses et recettes. Par ailleurs, pour les régimes dont la protection sociale n'est pas l'activité essentielle, un compte partiel est élaboré, retraçant uniquement les prestations qu'ils versent et leur financement. C'est le cas en particulier des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics et du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics (*annexe 2*).

Par ailleurs, les crédits d'impôts qualifiés de prestations en base 2010 des Comptes nationaux ne sont pas repris dans les Comptes de la protection sociale, conformément aux définitions du Système européen de comptes SESPROS (*fiche A6*).

Enfin, les Comptes de la protection sociale n'adoptent pas l'approche par secteur institutionnel de la comptabilité nationale. Néanmoins, le secteur institutionnel de chaque régime est identifiable (*fiche A4*). Les différences entre les deux systèmes sont les suivantes :

- les régimes directs d'employeurs sont classés dans les Comptes de la protection sociale parmi les régimes d'assurance sociale, tandis que la comptabilité nationale les considère comme appartenant aux secteurs des sociétés non financières pour certains (régimes des agents des grandes entreprises publiques) et aux administrations centrales pour les autres (régime des agents de l'État) ;
- les régimes de prestations extra-légales d'employeurs sont transverses à la plupart des secteurs institutionnels.

Comptes de la protection sociale et Comptes de la santé

L'approche des Comptes de la protection sociale est enrichie par celle des Comptes nationaux de la santé (CNS), fondée sur une logique différente et complémentaire : les Comptes de la santé mesurent l'évolution des dépenses de santé dans leur ensemble, quel qu'en soit le financeur (Sécurité sociale et État, mutuelles, assurances, institutions de prévoyance et ménages). Ils décrivent essentiellement les évolutions de deux agrégats :

- la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui retrace les consommations de soins et biens médicaux concourant au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle comprend la consommation de soins hospitaliers, la consommation de soins ambulatoires (professionnels de santé libéraux, consultations externes des hôpitaux publics, soins en dispensaire, etc.), la consommation de transports de malades, de médicaments et d'autres biens médicaux. Les dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées sont exclues de la CSBM ;
- la dépense courante de santé (DCS) au sens français qui comprend, outre la CSBM, les soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées, les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

Ainsi, le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans les Comptes de la santé est plus large que la couverture du risque santé dans les Comptes de la protection sociale puisqu'il inclut les dépenses de santé à la charge des ménages ainsi que les dépenses prises en charge par les assurances privées. *A contrario*, le champ de la CSBM est plus limité en termes de type de soins couverts puisqu'il exclut les soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Les Comptes de la protection sociale sur longue période : 1959-2013

Les anciennes bases

Les séries longues ont été reconstituées à partir des comptes en base 1970 pour la période 1959-1985, des comptes en base 2000 pour la période 1981-2009, des comptes en base 2005 pour la période 2006-2009 et des comptes en base 2010 pour la période 2009-2013. La principale différence entre la base 1970 et les bases récentes tient à la prise en compte des prestations fiscales dans la base 1970 – les prestations fiscales étant les déductions d'impôts liées à un risque de la protection sociale (par exemple, le quotient familial). Ces prestations ont été exclues dans la reconstitution des séries longues pour raisonner à champ constant. Même si, dans le détail, la base 1970 ne contient pas autant d'informations que les suivantes sur le champ des prestations, il a été possible d'établir des séries agrégées.

Le passage de la base 2005 à la base 2010

Le passage à la base 2010, effectué en 2014, a conduit à une révision importante des comptes de certains acteurs.

C'est notamment le cas pour le compte des hôpitaux, qui a subi une profonde refonte en base 2010 pour se rapprocher des concepts utilisés par les Comptes nationaux de l'INSEE et par les Comptes de la santé publiés par la DREES. Ceci s'est traduit par le basculement de près de 60 milliards d'euros de prestations des régimes d'assurance sociale vers le régime d'intervention sociale des hôpitaux publics nouvellement identifié dans les comptes et par la mise en évidence des transferts correspondants en provenance des régimes d'assurance sociale, qui viennent financer ces prestations.

Cela concerne également les régimes de la mutualité et de la prévoyance, dont les comptes ont été révisés en lien avec l'INSEE grâce aux nouvelles données fournies par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Ainsi, les montants des différents postes ont été révisés, diminuant de plus de 4 milliards d'euros les emplois et augmentant de près de 2 milliards les ressources de ces régimes.

Cela concerne aussi les régimes des prestations extra-légales d'employeurs dont la ventilation des prestations par risque a été revue en s'appuyant sur la dernière enquête disponible sur le coût de la main-d'œuvre et sur la structure des salaires (ECMOSS) 2007-2008 réalisée par l'INSEE. L'actualisation de cette clé a modifié les prestations par risque en base 2010, ainsi que la nomenclature des prestations utilisée (l'ensemble de ces prestations d'employeurs est désormais regroupé dans les postes « autres » de chaque risque).

Enfin, le périmètre de l'État et des organismes divers d'administration centrale (ODAC) a été redessiné, pour s'aligner sur celui des Comptes nationaux de l'INSEE. Le Fonds national d'aide au logement (FNAL) et le Fonds national des solidarités actives (FNSA), qui étaient classés en tant qu'ODAC en base 2005, sont désormais rattachés au régime d'intervention sociale de l'État. Leurs ressources et emplois restent cependant inchangés.

Des aménagements sur la base 2010

Pour cette édition du rapport, de nouveaux aménagements de la base 2010 ont eu lieu :

- la Caisse de retraite du personnel de la RATP (CRP-RATP) a été intégrée au champ des administrations de Sécurité sociale ;
- le mode de comptabilisation des reprises sur successions a été modifié. Elles sont désormais enregistrées au sein des ressources et non plus en emplois (comme un montant minorant les prestations) ;
- les opérations du compte de capital sont désormais intégrées aux Comptes de la protection sociale (*annexe 3*). Les soldes des comptes (*annexe 11*) correspondent donc à présent à des besoins ou à des capacités de financement.

2. Sources et méthodes des Comptes de la protection sociale

Les sources des Comptes de la protection sociale sont communes à celles des Comptes nationaux. La plupart des données proviennent de la Direction générale des finances publiques (DGFiP) et de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Les régimes sont des organismes ou institutions qui gèrent un système de prévoyance collective en relation avec un ou plusieurs risques de la protection sociale. Ils sont regroupés en différentes catégories, avec des caractéristiques communes en matière de champ, de concepts ou de couverture des risques.

On distingue les régimes dont la protection sociale constitue l'activité principale des régimes dont la protection sociale ne représente qu'une activité parmi d'autres. Dans le premier cas, on dispose en général de données sur l'ensemble du compte, ce qui permet de calculer le déficit ou l'excédent de chacun de ces régimes (correspondant à leur besoin ou leur capacité de financement dans les Comptes nationaux). Dans le second cas, l'intégralité du compte n'est pas disponible : on équilibre donc par convention ces régimes entre emplois et ressources, de telle sorte que leur solde apparaisse nul.

Les régimes d'assurance sociale

Les régimes d'assurance sociale sont composés des régimes de base et complémentaire de Sécurité sociale (régime général, Régime social des indépendants [RSI], Mutualité sociale agricole [MSA], Association générale des institutions de retraite des cadres [AGIRC], Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés [ARRCO], etc.). À ceux-ci s'ajoutent les fonds concourant à leur financement (Caisse d'amortissement de la dette sociale [CADES], etc.) et les régimes d'indemnisation du chômage (principalement l'Unédic et Pôle emploi).

Les principales données utilisées sont les données comptables des caisses (et de l'État pour le régime direct des agents de l'État), retraitées en comptabilité nationale par la DGFiP et l'INSEE.

Hors régime direct d'employeurs, le solde entre emplois et ressources de ces régimes correspond à une capacité ou à un besoin de financement.

Les régimes des prestations extra-légales d'employeurs

Ces régimes représentent les prestations versées par les employeurs directement à leurs salariés (supplément familial de traitement, compléments d'indemnités journalières, etc.). Ils sont construits à partir des montants de cotisations sociales imputées fournies par l'INSEE et la DGFiP, qui correspondent à la contrepartie des prestations sociales fournies directement par les employeurs à leurs salariés, ex-salariés et autres ayants droit. Ce régime est donc équilibré entre emplois et ressources, puisque le montant de prestations versées correspond aux cotisations sociales imputées.

Au sein de ces régimes, on distingue deux catégories :

- les régimes dépendant de la sphère publique : agents de l'État, des collectivités locales, des organismes de Sécurité sociale, etc. On dispose pour ces régimes de données détaillées sur les prestations ;
- les régimes dépendant de la sphère privée : salariés des entreprises financières et non financières. On dispose d'un montant global, que les Enquêtes sur le coût de la main-d'œuvre et la structure des salaires (ECMOSS) de l'INSEE permettent de ventiler par risque. L'édition 2015 des Comptes de la protection sociale s'appuie sur la dernière version disponible de l'enquête ECMOSS, qui date de 2008.

Les régimes de la mutualité et de la prévoyance

Ces régimes comprennent les mutuelles régies par le code de la mutualité et les institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale.

En comptabilité nationale et dans les Comptes de la protection sociale, les comptes de ces régimes sont construits à partir des données de chacun des organismes, collectées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. À leur réception, les données sont retraitées par la DREES (correction d'erreurs d'unité, etc.) puis agrégées par type d'organisme. Le fichier des institutions de prévoyance et celui des mutuelles sont ensuite transmis à l'INSEE qui assure le passage des lignes de comptes (primes acquises, sinistres payés, frais d'administration, etc.) en opérations de comptabilité nationale (production, consommation intermédiaire, etc.) avant de les retransmettre à la DREES pour les Comptes de la protection sociale.

En comptabilité nationale, les ressources des institutions de prévoyance et des mutuelles sont destinées à deux types d'emplois : la couverture du risque social (correspondant aux prestations versées aux assurés et aux variations de

provisions) et la rémunération du service d'assurance. Seules les primes servant à la couverture du risque social sont considérées comme cotisations sociales effectives. La vente de service d'assurance est comptabilisée en autres recettes, plus précisément en ventes de biens et services.

EMPLOIS	
Prestations de protection sociale	Sinistres payés par les organismes nets de recours (y compris versements périodiques de rentes) pour l'activité « non-vie » Sinistres et capitaux payés augmentés des versements périodiques de rentes et des rachats pour l'activité « vie »
Frais non financiers	Salaires et traitements bruts Cotisations sociales effectives Cotisations sociales imputées Consommation de biens et services
Frais financiers	Intérêts effectifs Autres frais financiers
Autres emplois	Impôt sur le revenu Variations de provisions Autres transferts divers non classés ailleurs
RESSOURCES	
Cotisations sociales effectives	Seules les primes servant à la couverture du risque social (mesurée par les prestations versées aux assurés et les variations de provisions pour charges de prestations) sont considérées comme cotisations sociales effectives
Produits financiers	Intérêts effectifs Dividendes et autres revenus Revenus de la propriété attribués aux assurés
Autres recettes	Ventes de biens et services (comprend la partie des primes non comptabilisée en cotisations sociales effectives) Production pour usage final propre

Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics

Ces régimes représentent l'intervention des pouvoirs publics aux niveaux central et local. Ils interviennent ainsi pour la couverture de l'ensemble des risques de la protection sociale. Ces régimes regroupent :

- le régime d'intervention sociale de l'État ;
- le régime d'intervention sociale des ODAC, qui regroupe des organismes auxquels l'État a donné une compétence spécialisée au niveau national ;
- les régimes d'intervention sociale des administrations publiques locales, qui comprennent les communes, les départements et les régions.

Les comptes de ces régimes sont fournis par la DGFIP, à partir de données comptables issues du budget de l'État et des administrations locales et retraitées par l'INSEE.

Pour ces régimes, qui n'ont pas uniquement des activités de protection sociale, l'ensemble des comptes ne sont pas retracés. Le solde entre emplois et ressources est alors équilibré de manière à ce qu'il soit nul, par l'attribution de contributions publiques qui viennent abonder les ressources de ces régimes.

Le régime d'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)

Ce régime regroupe les institutions privées qui produisent des biens et services non marchands au profit des ménages. Leur financement provient principalement des subventions reçues. Celles-ci sont évaluées à partir des données des comptes des administrations de Sécurité sociale et des administrations publiques.

Les prestations des ISBLSM sont évaluées à partir des équilibres emplois-ressources de l'INSEE. Les emplois et les ressources des ISBLSM sont équilibrés par construction, en ajoutant des transferts en provenance du régime d'intervention sociale des départements.

Le régime d'intervention sociale des hôpitaux publics

Ce régime regroupe les entités du secteur public hospitalier (hors hôpitaux militaires) au sens de la comptabilité nationale. Il comprend notamment les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) anciennement financés par dotation globale.

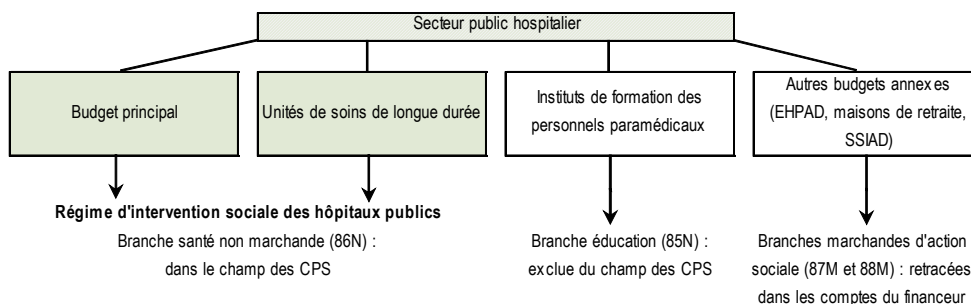
Cependant, ce régime ne retrace que les activités non marchandes des hôpitaux publics. Une partie des activités du secteur public hospitalier est ainsi exclue du compte du régime d'intervention sociale des pouvoirs publics (*schéma 1*) :

- tout d'abord, les activités d'enseignement (branche 85N en comptabilité nationale), à savoir les instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes. Ces activités ne correspondent pas à un risque social mais au besoin « d'éducation » ;
- ensuite, les activités des unités sociales (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], maisons de retraite, etc.), classées en comptabilité nationale dans les branches « action sociale avec hébergement » et « action sociale sans hébergement » (branches 87M et 88M). Ces activités, principalement marchandes, ne produisent pas de prestation sociale mais un service en partie subventionné. Dans ce cas, le financeur est celui qui verse la prestation au ménage (c'est-à-dire la Sécurité sociale ou encore le département) et non le producteur. Bien qu'exclues du compte du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics, les prestations correspondantes sont retracées dans les Comptes de la protection sociale dans les comptes des régimes financeurs (à savoir l'Assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie [CNSA] et les départements).

Ainsi, dans le compte du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics, seule la production de soins effectuée par les budgets principaux et par les unités de soins de longue durée des hôpitaux est retenue. Par rapport au compte du secteur institutionnel des hôpitaux publics de la comptabilité nationale, la restriction du compte à la branche santé non marchande modifie le déficit du compte.

Les comptes de ce régime sont construits à partir des comptes des hôpitaux publics fournis à la DGFIP et des comptes des ESPIC déposés à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui sont ensuite retraités par la DGFIP et l'INSEE.

Schéma 1 : Champ des Comptes de la protection sociale



Par ailleurs, la prestation servie est égale à la production de services non marchands¹ mesurée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe², etc.) diminuée des ventes résiduelles (dans les hôpitaux, il s'agit des chambres particulières, des lits accompagnants, etc.) et des paiements partiels³.

¹ Une production non marchande correspond à une production fournie à d'autres unités gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs.

² La consommation de capital fixe correspond à la dépréciation subie par le capital au cours de l'année considérée par suite d'usure normale ou d'obsolescence prévisible ; évaluée par l'Insee, elle est proche de la dotation aux amortissements.

³ Les ventes résiduelles correspondent à la production marchande des branches non marchandes. Les paiements partiels correspondent à la participation des ménages aux frais de soins.

3. L'intégration du compte de capital

Jusqu'à l'an dernier, les Comptes de la protection sociale retraçaient les prestations de protection sociale et les opérations concourant à leur financement courant¹. L'édition 2015 des Comptes de la protection sociale intègre pour la première fois les opérations du « compte de capital » (*encadré*). Grâce à cette intégration, le solde des Comptes de la protection sociale est un déficit/excédent au sens employé par la comptabilité nationale (opération « B9 » de la nomenclature, appelée capacité/besoin de financement). Ce déficit peut se comparer au déficit maastrichtien, puisque son calcul s'effectue à l'aide des mêmes concepts. Ainsi, cette intégration permet de renforcer l'articulation des Comptes de la protection sociale et des indicateurs usuels des Comptes nationaux.

DÉFINITION DU COMPTE DE CAPITAL EN COMPTABILITÉ NATIONALE

En comptabilité nationale, les différentes opérations sont regroupées au sein de comptes et de sous-comptes, qui s'articulent pour former la séquence des comptes. Celle-ci permet de faire apparaître une succession de grandeurs (appelées soldes) qui ont une signification économique.

Le compte de capital est en fait un sous-compte du compte d'accumulation. Il est précédé par le compte de production et les comptes de distribution et d'utilisation des revenus (qui fournissent respectivement les soldes de la valeur ajoutée et de l'épargne) et suivi par le compte de patrimoine (qui aboutit à la valeur nette).

Comme le précise le système européen de comptes (SEC) 2010, « *le compte de capital enregistre les acquisitions moins les cessions d'actifs non financiers par des unités résidentes et mesure les variations de la valeur nette dues à l'épargne (solde final des comptes des opérations courantes) et aux transferts en capital.*

Le compte de capital permet de déterminer dans quelle mesure les acquisitions moins les cessions d'actifs non financiers ont été financées par l'épargne et les transferts en capital. Il fait apparaître soit une capacité de financement, qui est le montant dont dispose une unité ou un secteur pour financer, directement ou indirectement, d'autres unités ou secteurs, soit un besoin de financement, qui correspond au montant qu'une unité ou un secteur doit emprunter à d'autres unités ou à d'autres secteurs ».

L'intégration du compte de capital se traduit en pratique par l'ajout de deux opérations dans les Comptes de la protection sociale : d'une part, les emplois du compte de capital (EK) ; d'autre part, les ressources du compte de capital (RK).

Les emplois du compte de capital correspondent à la somme des opérations de comptabilité nationale suivantes :

- P5 : formation brute de capital fixe ;
- NP : acquisition moins la cession d'actifs financiers non produits ;
- K2 : disparition économique d'actifs non produits.

Les ressources en capital correspondent aux transferts en capital reçus nets, soit :

- D9r : transferts en capital à recevoir ;
- moins D9p : transferts en capital à payer.

Étant donné leur construction, les deux agrégats EK et RK peuvent être négatifs ou positifs. En 2013, ils s'élèvent respectivement à 2 206 et -3 433 millions d'euros.

Au final, pour l'ensemble des régimes dont la protection sociale est l'activité principale (ou, tout du moins, une activité clairement séparable des autres), les Comptes de la protection sociale retracent le compte complet. Il s'agit de la majorité des régimes d'assurance sociale, des mutuelles, des institutions de prévoyance et du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics. Le déficit ou l'excédent de chacun de ces régimes est strictement égal à leur besoin ou leur capacité de financement dans les Comptes nationaux.

Pour les autres régimes, l'activité de protection sociale n'étant pas séparable des autres activités de l'entité, les Comptes de la protection sociale retracent leurs prestations et les opérations clairement affectées à leur financement. N'ayant pas de comptabilité séparée, ces régimes n'ont pas de solde. Dans les Comptes de la protection sociale, ces régimes sont conventionnellement supposés équilibrés (*annexe 2*). Il s'agit des régimes de prestations extra-légales d'employeurs, des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics et des institutions sans but lucratif au service des ménages.

¹ Par conséquent, le solde obtenu dans les Comptes de la protection sociale était à rapprocher de l'épargne (poste « B8 ») en comptabilité nationale.

4. Transferts entre régimes

Les différents régimes de protection sociale sont liés par un système complexe de transferts, qui sont retracés dans les Comptes de la protection sociale de manière à équilibrer globalement les flux financiers. Leur solde est donc nul. Ces flux correspondent :

- **à des transferts à somme nulle entre régimes d'assurance sociale, exprimant une solidarité interprofessionnelle entre les assurés de ces régimes.** Les principaux d'entre eux sont les mécanismes de compensation démographique entre les différents régimes de retraite et d'Assurance maladie. Entrent également en ligne de compte des mécanismes de prise en charge de cotisations (comme le versement de la Caisse nationale des allocations familiales [CNAF] à la Caisse nationale d'assurance vieillesse [CNAV] des cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer ou encore le versement de l'Unédic aux régimes complémentaires des cotisations d'assurance vieillesse des chômeurs) et des prises en charge de prestations (comme la prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfants) ;
- **à des transferts entre les régimes d'assurance sociale, les fonds de financement et les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, qui mettent en œuvre une solidarité nationale.** Parmi ceux-ci figurent la prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) des cotisations d'assurance vieillesse des demandeurs d'emploi et des majorations de pensions pour charges de famille ;
- **aux transferts aux institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM),** qui dispensent une part importante des services relevant de la couverture des risques sociaux, tels que l'hébergement des personnes handicapées ;
- **aux transferts des régimes d'assurance sociale et des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics au régime d'intervention sociale des hôpitaux publics (annexe 2).**

En 2013, l'ensemble de ces transferts, dont le montant continue de croître (+3,8 % par rapport à 2012), s'élève à 213,4 milliards d'euros.

Bilan des transferts internes aux régimes pour l'année 2013

Régime	En millions d'euros		
	Transferts reçus	Transferts versés	Solde des transferts
Régime général de la Sécurité sociale	45 815	105 248	-59 433
Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics*	62 126	55	62 071
Régimes d'indemnisation du chômage	3 416	5 247	-1 831
Fonds spéciaux (hors FCOSS)	23 052	44 934	-21 882
FCOSS**	9 842	9 759	82
Régimes directs d'employeurs	772	1 316	-545
Salariés agricoles	4 215	2 303	1 912
Régimes particuliers de salariés	3 995	4 558	-563
Régimes complémentaires de salariés***	14 018	11 887	2 131
Exploitants agricoles	5 082	4 447	635
Régimes de non-salariés non agricoles	3 253	10 317	-7 064
Régimes complémentaires de non-salariés	6 398	0	6 398
Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	9 595	13 306	-3 711
Régime d'intervention sociale des ISBLSM	21 800	0	21 800
ENSEMBLE DES REGIMES	213 377	213 377	0

* Le fonds de compensation des organismes de Sécurité sociale (FCOSS) n'a qu'un rôle de redistribution des transferts de compensation ; il est équilibré aux décalages comptables près.

** Y compris l'Association pour la gestion financière du fonds de financement de l'AGIRC et l'ARRCO (AGFF).

Sources : DREES-CPS, base 2010.

5. Le Système européen de statistiques intégrées de protection sociale (SESPROS)

Les Comptes de la protection sociale (CPS) sont à la fois un compte satellite des Comptes nationaux réalisés par l'INSEE et un compte articulé au SESPROS. Ce système retrace les prestations sociales et leur financement et permet des comparaisons internationales : les données de SESPROS, qui s'appuient sur les Comptes nationaux, répondent à un cahier des charges commun, mis en place dans le cadre légal de l'Union européenne.

Le système SESPROS a été développé en 1970, puis stabilisé en 2005 par l'adoption d'un règlement cadre (n° 458/2007) du Parlement européen et du Conseil européen ; toutefois, il est régulièrement révisé. Les statistiques SESPROS sont produites par les pays membres de l'UE, mais également par la Suisse, l'Islande et la Norvège, faisant partie de l'Association européenne de libre-échange (AELE). La maturité des systèmes statistiques nationaux et la date d'entrée au sein de SESPROS diffèrent selon les pays, de ce fait, les séries longues de données ne sont disponibles que pour certains pays.

Limites des comparaisons européennes

Eurostat, l'office statistique de l'Union européenne, est chargé de consolider les données transmises par les instituts statistiques nationaux et veille à leur comparabilité au moyen d'une méthodologie harmonisée. Malgré cette harmonisation, les comparaisons entre pays doivent être faites avec précaution. D'une part, les prestations sociales comptabilisées sont les prestations brutes. Or, à même niveau de prestations sociales brutes, deux pays peuvent différer dans le niveau d'impôts et de charges sociales prélevés sur ces prestations, et donc sur le niveau de prestations nettes reçues par les ménages¹. D'autre part, les transferts réalisés au moyen d'allègements ou d'abattements fiscaux ne sont pas inclus : à même niveau de prestations sociales, un pays peut accorder d'autres avantages à certaines populations *via* des dépenses fiscales.

Dans le cadre de SESPROS, « la protection sociale désigne toutes les interventions d'organismes publics ou privés destinées à soulager les ménages et les particuliers de la charge d'un ensemble défini de risques ou de besoins, à condition qu'il n'y ait ni contrepartie, ni arrangement individuel en cause » (Eurostat, 2008²). Cependant, du fait d'une conception variable de la protection sociale entre les pays, certains organismes peuvent ou non être inclus dans le champ de la protection sociale, ce qui peut influencer sur le niveau des dépenses.

Du système de comptes français au système européen de comptes

Les différences entre les CPS et SESPROS sont minimes : elles se résument à un classement différent de certaines prestations liées à la santé. Dans le concept européen, les soins de santé de maternité font partie du risque maladie-soins de santé, contrairement aux CPS où ils sont comptabilisés dans le risque maternité-famille. De même, les soins de santé et indemnités journalières liées aux accidents de travail sont enregistrés dans le risque maladie-soins de santé dans SESPROS, alors qu'ils sont comptabilisés au sein du risque invalidité-accidents du travail dans les CPS. Les fonctions couvertes par SESPROS et les CPS, ainsi que les différences de classement sont décrites dans le *graphique 1*.

Précisément, dans SESPROS, la fonction **maladie-soins de santé** couvre les congés payés de maladie destinés à compenser, en tout ou en partie, le manque à gagner occasionné par une incapacité temporaire de travail pour cause de maladie ou d'accident – qu'il s'agisse d'un accident du travail ou ayant une autre origine – et tout versement en rapport avec une maladie ou un accident. Les prestations en nature couvrent quant à elles les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les produits pharmaceutiques, l'assistance aux personnes malades ou blessées que ces prestations en nature soient versées dans le cadre d'une maladie, d'un accident du travail ou d'une maternité.

La fonction **invalidité** couvre les pensions d'invalidité, les pensions, rentes et capitaux versés pour cause d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les préretraites servies pour cause de réduction de la capacité de travail ainsi que les prestations compensatoires³. Les prestations en faveur de l'intégration des personnes handicapées, leur hébergement en établissement, l'assistance dans les tâches quotidiennes, ainsi que les biens et services médico-sociaux qui leur sont destinés en vue de faciliter leur insertion professionnelle et sociale sont également intégrés. En

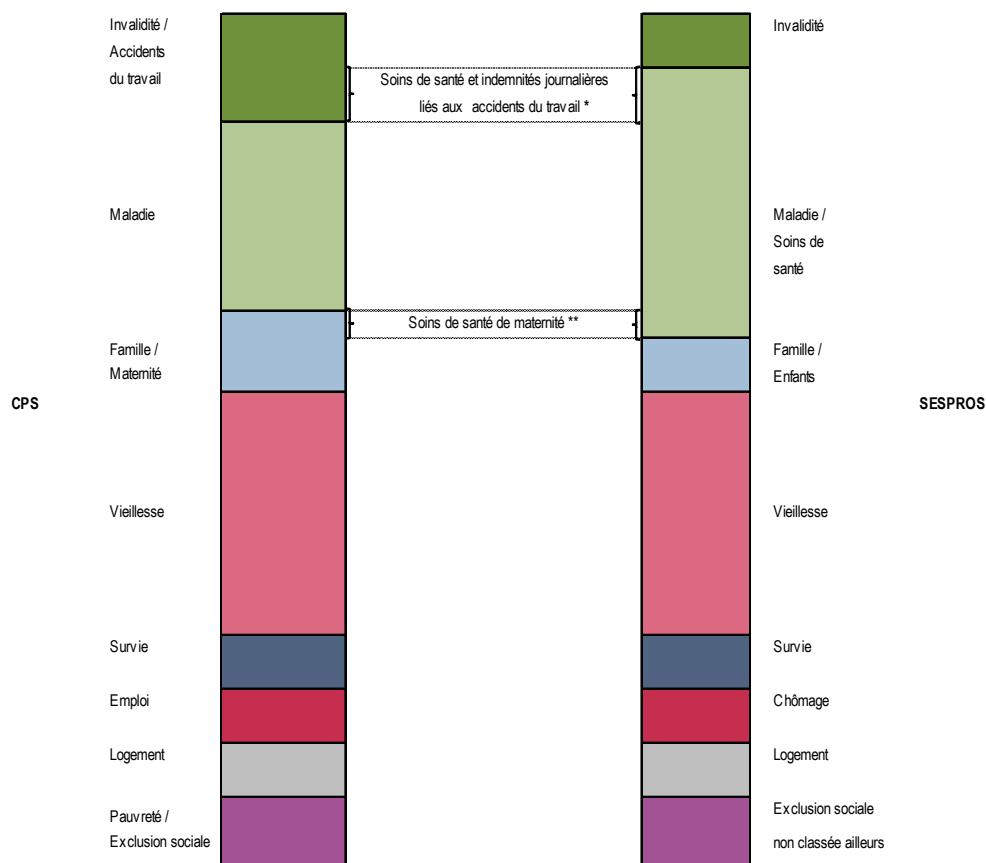
1 Pour une première approche neutralisant ces différences, se référer à l'Études et résultats à paraître sur les prestations de protection sociale nettes de prélèvements en Europe. Les dépenses nettes de protection sociale sont calculées à partir des taux moyens de taxes et de contributions sociales payées par les bénéficiaires de prestations en espèces renseignées dans l'enquête principale.

2 Eurostat, 2008, manuel SESPROS, *Le Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS)*, p. 10.

3 Les prestations compensatoires prises en compte dans le risque invalidité au sens de SESPROS sont celles qui bénéficient aux personnes invalides qui ont besoin d'une assistance fréquente ou constante dans leur vie quotidienne. En revanche, les prestations de compensation destinées aux personnes âgées dépendantes sont quant à elles répertoriées dans la risque vieillesse.

revanche, les soins médicaux et les indemnités journalières pour arrêts de travail liés aux accidents et aux maladies professionnelles sont pris en compte dans la fonction maladie-soins de santé.

Graphique 1 : Différences de champ entre les CPS et SESPROS



* Les soins de santé et indemnités journalières liés aux accidents du travail représentent 11 % des risques invalidité-accident du travail au sens des CPS, et 3 % du risque maladie-soins de santé de SESPROS.

** Les soins de santé maternité représentent 7 % du risque famille-maternité au sens des CPS et 2 % du risque maladie dans SESPROS.

Sources : DREES-CPS.

Le risque **vieillesse** couvre les pensions de vieillesse (normales et anticipées), les pensions partielles, les allocations d'assistance aux personnes âgées versées en espèces et les autres prestations, telles que les transferts en capital en faveur de personnes ne réunissant pas toutes les conditions d'une pension de retraite périodique, ou de celles affiliées à des régimes n'assurant que des versements en capital à la retraite. Les prestations en nature du risque vieillesse couvrent l'hébergement, l'assistance dans les tâches de la vie quotidienne et tous les autres biens et services fournis aux survivants pour leur permettre de participer à la vie sociale.

Le risque **survie** comprend les pensions de survie, les allocations de décès et tous les autres paiements périodiques ou uniques versés au titre du droit dérivé d'un survivant, ainsi que les frais funéraires ou tous les autres biens et services fournis aux survivants pour leur permettre de participer à la vie sociale.

Le risque **famille-enfants** regroupe les revenus de remplacement servis pendant le congé maternité, les primes de naissance, le congé parental, les allocations familiales, les prestations versées indépendamment des allocations familiales pour aider les ménages à faire face à des dépenses particulières, ainsi que les prestations d'hébergement, de crèche, d'aide à domicile et tous les services et biens divers fournis aux familles, jeunes ou enfants, accordés au titre de la protection sociale.

La prise en charge du **chômage** couvre l'ensemble des prestations de chômage complet et partiel, les prestations de préretraite pour motif économique, les primes de formation professionnelle, les indemnités de licenciement et autres

aides financières diverses. Les prestations en nature couvrent les dépenses qui visent la mobilité et la réinstallation, la reprise d'une formation professionnelle, ainsi que tous les services de placement et d'aide à la recherche d'emploi. D'autres aides non classées ailleurs, telles que le logement, les repas ou l'habillement sont également intégrées.

Les prestations **logement** comprennent les allocations de logement et les prestations en faveur des propriétaires occupant le logement.

Enfin, le risque **exclusion sociale** correspond aux compléments de ressources en espèces et aux aides destinées aux personnes indigentes et vulnérables versés pour les aider à surmonter la pauvreté ou certaines difficultés. Les prestations en nature correspondent aux prestations d'hébergement, aux traitements de désintoxication et aux services et biens de première nécessité.

CALCUL DES « DÉPENSES RELATIVES » POUR LES RISQUES VIEILLESSE, FAMILLE ET CHÔMAGE

Les comparaisons entre pays des dépenses de protection sociale consacrées aux différents risques sociaux ne permettent pas de prendre en compte les différences de structures démographiques et socio-économiques de ces pays, même lorsqu'elles sont exprimées en parts de PIB plutôt qu'en montants absolus. Aussi une meilleure comparabilité des résultats peut être obtenue en calculant des « dépenses relatives » de ces différents risques en neutralisant autant que faire se peut ces écarts. C'est pourquoi sont évaluées dans cet ouvrage les dépenses relatives des prestations vieillesse, famille et chômage, afin de refléter l'effort social pour chacun de ces risques.

Le calcul des « dépenses relatives » suppose en premier lieu de définir au préalable les groupes de population ciblés respectivement par ces trois risques. De manière schématique, pour le risque vieillesse, la population concernée est la population âgée de 60 ans et plus. Pour le risque famille, il s'agit de la population âgée de moins de 20 ans. Pour le risque chômage, la population visée est celle étant au chômage au sens du Bureau international du travail. Elle croise des critères d'âge (les 15-74 ans, assimilés aux personnes d'âges actifs) et d'activité effective (personnes n'étant pas en emploi durant la semaine de référence, en recherche active d'emploi depuis les quatre dernières semaines et susceptibles de débiter une activité professionnelle dans les deux semaines).

- La dépense relative se calcule en rapportant le ratio « prestations sur PIB » à la part des personnes concernées par chacun de ces risques dans la population totale. Dès lors, les dépenses relatives des prestations sociales en pourcentage du PIB par habitant sont calculées selon la formule suivante :

$$\text{Dépense relative} = \frac{\text{Prestations du risque}}{\text{PIB}} / \frac{\text{Population concernée}}{\text{Population totale}}$$

Dans le cas du risque famille, la population concernée étant la population âgée de moins de 20 ans, la formule devient :

$$\text{Dépense relative famille} = \frac{\text{Prestations du risque famille}}{\text{PIB}} / \frac{\text{Population de moins de 20 ans}}{\text{Population totale}}$$

De manière similaire, la « dépense relative vieillesse » s'obtient en remplaçant, dans la formule, les dépenses du risque famille par celles du risque vieillesse et en considérant cette fois la population cible des plus de 60 ans. Pour

le risque chômage, le ratio considéré, $\frac{\text{Population totale}}{\text{Population concernée}}$ correspond au taux de chômage, qui représente la part des personnes au chômage dans la population active. Il ne s'agit donc pas dans ce cas d'un ratio sur la population totale mais sur la population active.

- Pour chacun de ces risques, on souhaite décomposer l'évolution des dépenses en part du PIB qui y sont consacrées en un effet démographique et un effet dépense relative par tête, soit par exemple :

$$\begin{aligned} \text{Dépense famille} &= \frac{\text{Prestations du risque famille}}{\text{PIB}} \\ &= \frac{\text{Prestations du risque famille}}{\text{Population de moins de 20 ans}} \cdot \frac{\text{Population de moins de 20 ans}}{\text{Population totale}} \cdot \frac{\text{Population totale}}{\text{PIB}} \\ &= \left(\frac{\text{Prestations du risque famille}}{\text{Population de moins de 20 ans}} / \frac{\text{PIB}}{\text{Population totale}} \right) \cdot \frac{\text{Population de moins de 20 ans}}{\text{Population totale}} \end{aligned}$$

Le premier terme entre parenthèses correspond à la dépense relative par tête, le second à l'effet structure démographique.

L'évolution de ces dépenses en parts de PIB entre deux années se décompose selon la formule suivante :

$$\Delta(\text{Dépense}) = \Delta a * \text{moy}(b) + \Delta b * \text{moy}(a)$$

avec :

$$a = \left(\frac{\text{Prestations du risque}}{\text{Population concernée}} / \frac{\text{PIB}}{\text{Population totale}} \right),$$

$$b = \frac{\text{Population concernée}}{\text{Population totale}},$$

$$\Delta a = a(t_2) - a(t_1), \Delta b = b(t_2) - b(t_1),$$

$$\text{moy}(a) = \frac{1}{2}(a(t_2) + a(t_1)),$$

$$\text{moy}(b) = \frac{1}{2}(b(t_2) + b(t_1)),$$

t_1 et t_2 sont les deux années considérées pour le calcul de l'évolution.

Les 28 États membres de l'Union européenne sont représentés dans le rapport par les sigles suivants (les pays également membres de la zone euro en 2013 sont notés en italique) :

Union européenne des 15 :

<i>DE</i>	<i>Allemagne</i>
<i>AT</i>	<i>Autriche</i>
<i>BE</i>	<i>Belgique</i>
<i>DK</i>	<i>Danemark</i>
<i>ES</i>	<i>Espagne</i>
<i>FI</i>	<i>Finlande</i>
<i>FR</i>	<i>France</i>
<i>EL</i>	<i>Grèce</i>
<i>IE</i>	<i>Irlande</i>
<i>IT</i>	<i>Italie</i>
<i>LU</i>	<i>Luxembourg</i>
<i>NL</i>	<i>Pays-Bas</i>
<i>PT</i>	<i>Portugal</i>
<i>UK</i>	<i>Royaume-Uni</i>
<i>SE</i>	<i>Suède</i>

Nouveaux entrants avant 2013 :

<i>BG</i>	<i>Bulgarie</i>
<i>CY</i>	<i>Chypre</i>
<i>EE</i>	<i>Estonie</i>
<i>HU</i>	<i>Hongrie</i>
<i>LV</i>	<i>Lettonie¹</i>
<i>LT</i>	<i>Lituanie¹</i>
<i>MT</i>	<i>Malte</i>
<i>PL</i>	<i>Pologne</i>
<i>RO</i>	<i>Roumanie</i>
<i>SK</i>	<i>Slovaquie</i>
<i>SI</i>	<i>Slovénie</i>
<i>CZ</i>	<i>République Tchèque</i>

Nouvel entrant en 2013 :

<i>HR</i>	<i>Croatie</i>
-----------	----------------

¹ La Lettonie, qui a intégré la zone euro au 1^{er} janvier 2014, et la Lituanie, qui l'a intégrée au 1^{er} janvier 2015, ne sont pas comptabilisées comme en faisant partie dans les statistiques présentées dans ce rapport.

6. Contexte démographique européen

Espérance de vie à la naissance dans l'Union européenne

En années

	Femmes								Hommes							
	Observé		Projeté						Observé		Projeté					
	2002	2012	2020	2040	2060	2080	2002	2012	2020	2040	2060	2080				
Union européenne (28 pays)	80,9	83,1	-	-	-	-	74,5	77,5	-	-	-	-				
Allemagne	81,3	83,3	84,2	86,8	89,1	91,1	75,7	78,6	79,6	82,6	85,2	87,4				
Autriche	81,7	83,6	84,4	86,9	89,1	91,0	75,8	78,4	79,5	82,4	84,9	87,1				
Belgique	81,2	83,1	84,0	86,6	88,9	90,9	75,1	77,8	78,9	82,0	84,6	86,9				
Bulgarie	75,5	77,9	79,4	83,1	86,4	89,2	68,8	70,9	72,9	77,6	81,6	84,9				
Chypre	81,0	83,4	84,3	86,7	88,9	90,8	76,4	78,9	80,1	82,8	85,2	87,3				
Croatie	78,3	80,6	81,8	84,8	87,6	90,0	71,0	73,9	75,4	79,3	82,7	85,6				
Danemark	79,4	82,1	83,2	86,2	88,7	90,8	74,8	78,1	79,3	82,2	84,8	87,0				
Espagne	83,3	85,5	86,0	88,1	90,0	91,7	76,4	79,5	80,5	83,2	85,5	87,6				
Estonie	77,2	81,5	82,5	85,6	88,3	90,5	65,6	71,4	73,3	77,9	81,9	85,3				
Finlande	81,6	83,7	84,5	87,0	89,2	91,1	74,9	77,7	78,9	81,9	84,6	86,9				
France	83,0	85,4	85,8	88,1	90,0	91,7	75,7	78,7	79,8	82,7	85,2	87,4				
Grèce	81,7	83,4	84,2	86,7	89,0	91,0	76,3	78,0	79,2	82,2	84,9	87,2				
Hongrie	76,7	78,7	80,2	83,8	87,0	89,7	68,3	71,6	73,6	78,1	82,0	85,4				
Irlande	80,4	83,2	84,1	86,8	89,2	91,3	75,0	78,7	79,8	82,6	85,2	87,4				
Italie	83,2	84,8	85,5	87,7	89,7	91,5	77,4	79,8	80,8	83,3	85,5	87,6				
Lettonie	75,8	78,9	80,3	83,9	87,0	89,7	64,4	68,9	71,1	76,4	80,9	84,6				
Lituanie	77,4	79,6	80,9	84,4	87,4	90,0	66,1	68,4	70,8	76,3	80,9	84,7				
Luxembourg	81,5	83,8	84,6	87,3	89,5	91,4	74,6	79,1	80,2	83,0	85,4	87,5				
Malte	81,3	83,0	84,0	86,8	89,1	91,1	76,3	78,6	79,8	82,6	85,1	87,2				
Pays-Bas	80,7	83,0	83,9	86,6	88,9	90,9	76,0	79,3	80,3	82,9	85,2	87,3				
Pologne	78,8	81,1	82,2	85,3	88,1	90,4	70,3	72,7	74,5	78,8	82,6	85,7				
Portugal	80,8	83,6	84,4	86,9	89,2	91,1	73,9	77,3	78,6	81,7	84,5	86,9				
République tchèque	78,7	81,2	82,3	85,3	87,9	90,2	72,1	75,1	76,5	80,1	83,3	86,0				
Roumanie	74,7	78,1	79,7	83,5	86,7	89,5	67,4	71,0	73,0	77,8	81,8	85,2				
Royaume-Uni	80,6	82,8	83,9	86,6	89,0	91,0	76,0	79,1	80,2	82,9	85,3	87,4				
Slovaquie	77,7	79,9	81,1	84,5	87,4	89,9	69,8	72,5	74,3	78,6	82,3	85,5				
Slovénie	80,5	83,3	84,1	86,7	88,9	91,0	72,6	77,1	78,4	81,5	84,3	86,7				
Suède	82,1	83,6	84,5	87,0	89,2	91,1	77,7	79,9	81,0	83,4	85,6	87,5				

Note : l'espérance de vie à la naissance correspond au nombre moyen d'années qu'un nouveau-né vivra s'il se trouve tout au long de sa vie dans les conditions de mortalité du moment (quotients de mortalité par âge).

Champ : UE 28.

Sources : Eurostat, EuroPop2013 pour les projections (scénario central de projections basées sur la population au 1^{er} janvier 2013).

Espérance de vie à 65 ans dans l'Union européenne

En années

	Femmes						Hommes					
	Observé						Observé					
	1962	1972	1982	1992	2002	2012	1962	1972	1982	1992	2002	2012
Union européenne (28 pays)	-	-	-	-	19,5	21,1	-	-	-	-	15,8	17,7
Allemagne*	14,7	15,2	16,6	18,3	19,6	21,2	12,4	12,1	13,0	14,5	16,2	18,2
Autriche	-	15,4	16,6	18,2	19,8	21,3	-	12,1	13,2	14,6	16,3	18,1
Belgique	14,9	15,7	17,2	19,0	19,7	21,3	12,5	12,3	13,2	14,6	15,8	17,7
Bulgarie	14,4	14,4	14,8	15,5	15,7	17,3	13,0	12,8	12,7	12,9	13,0	13,9
Chypre	-	-	-	-	19,0	20,4	-	-	-	-	16,3	17,9
Croatie	-	-	-	-	17,0	18,7	-	-	-	-	13,5	15,0
Danemark	-	-	18,0	17,9	18,2	20,2	-	-	14,0	14,2	15,4	17,5
Espagne	-	-	18,5	19,9	21,0	22,8	-	-	15,2	16,0	16,9	18,7
Estonie	15,0	15,7	15,9	16,0	17,4	20,3	12,1	12,3	12,4	11,7	12,8	14,8
Finlande	-	-	17,6	18,2	19,8	21,6	-	-	13,3	14,0	15,8	17,8
France**	-	-	-	20,7	21,4	23,4	-	-	-	16,0	17,0	19,1
Grèce	16,0	16,7	17,5	17,8	19,5	21,0	14,7	14,9	15,4	15,7	16,6	18,1
Hongrie	13,7	14,9	14,9	15,6	17,0	18,1	12,0	12,3	11,8	11,9	13,2	14,3
Irlande	-	-	-	17,3	18,8	21,1	-	-	-	13,5	15,4	18,0
Italie	-	-	-	19,4	20,9	22,1	-	-	-	15,5	16,9	18,5
Lettonie	-	-	-	-	16,8	18,5	-	-	-	-	12,3	13,6
Lituanie	-	16,5	17,3	17,3	17,7	19,2	-	13,7	13,9	13,2	13,3	14,1
Luxembourg	-	15,3	16,9	18,3	20,0	21,4	-	12,0	13,1	14,0	15,9	18,4
Malte	-	-	-	-	19,1	21,0	-	-	-	-	15,3	17,6
Pays-Bas	-	-	-	19,3	19,3	21,0	-	-	-	14,7	15,6	18,0
Pologne	-	-	-	16,3	18,0	19,9	-	-	-	12,5	13,9	15,4
Portugal	14,8	14,5	16,7	17,8	19,4	21,3	12,5	12,3	13,6	14,5	15,7	17,6
République tchèque	14,1	14,7	14,8	16,0	17,3	19,2	11,4	11,5	11,4	12,2	13,9	15,7
Roumanie	-	14,6	14,7	15,0	15,7	17,7	-	12,9	13,0	12,6	13,1	14,5
Royaume-Uni	-	-	-	-	19,1	20,9	-	-	-	-	16,2	18,5
Slovaquie	14,2	15,3	15,5	16,1	16,9	18,5	12,6	12,6	12,4	12,4	13,2	14,6
Slovénie	-	-	16,0	17,2	19,0	21,1	-	-	12,5	13,3	14,5	17,1
Suède	-	17,2	18,5	19,5	20,1	21,1	-	14,1	14,6	15,6	16,9	18,5

* Incluant l'ancienne RDA.

** Métropole uniquement en 1992, France entière en 2002 et en 2012.

Note : l'espérance de vie à 65 ans correspond au nombre moyen d'années qu'il restera à vivre à un individu de 65 ans s'il se trouve tout au long du restant de sa vie dans les conditions de mortalité du moment (quotients de mortalité par âge).

Champ : UE 28.

Sources : Eurostat.

	Observé						Projeté			
	1962	1972	1982	1992	2002	2012	2020	2040	2060	2080
Union européenne (28 pays)	-	-	-	-	1,5	1,6	-	-	-	-
Allemagne	-	-	-	-	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6	1,7
Autriche	2,8	2,1	1,7	1,5	1,4	1,4	1,5	1,6	1,6	1,7
Belgique	2,6	2,1	1,6	1,6	1,6	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9
Bulgarie	2,2	2,0	2,0	1,5	1,2	1,5	1,6	1,7	1,8	1,8
Chypre	-	-	2,5	2,5	1,5	1,4	1,4	1,5	1,6	1,7
Croatie	-	-	-	-	1,4	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7
Danemark	2,5	2,0	1,4	1,8	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9	1,9
Espagne	-	2,9	1,9	1,3	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6
Estonie	2,0	2,1	2,1	1,7	1,4	1,6	1,7	1,8	1,8	1,8
Finlande	2,7	1,6	1,7	1,8	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9
France*	2,8	2,4	1,9	1,7	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Grèce	2,2	2,3	2,0	1,4	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7
Hongrie	1,8	1,9	1,8	1,8	1,3	1,3	1,5	1,7	1,7	1,8
Irlande	3,9	3,8	2,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Italie	2,4	2,3	1,6	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6	1,7
Lettonie	-	-	-	-	1,3	1,4	1,6	1,7	1,8	1,8
Lituanie	-	2,3	2,0	2,0	1,2	1,6	1,7	1,8	1,8	1,8
Luxembourg	-	1,7	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,8	1,8
Malte	-	-	-	2,1	1,5	1,4	1,6	1,7	1,8	1,8
Pays-Bas	3,2	2,2	1,5	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8
Pologne	-	-	-	2,0	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7
Portugal	3,2	2,9	2,1	1,5	1,5	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6
République tchèque	2,1	2,1	2,0	1,7	1,2	1,5	1,6	1,8	1,8	1,8
Roumanie	-	-	2,2	1,5	1,3	1,5	1,7	1,8	1,8	1,8
Royaume-Uni	-	-	1,8	1,8	1,6	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
Slovaquie	2,8	2,5	2,3	1,9	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6
Slovénie	-	-	1,9	1,3	1,2	1,6	1,6	1,7	1,8	1,8
Suède	-	1,9	1,6	2,1	1,6	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9

* Métropole uniquement pour 1962-1992, France entière pour 2002-2080.

Note : l'indicateur conjoncturel de fécondité mesure le nombre moyen d'enfants (naissances vivantes) qu'aura une femme à la fin de sa vie si les conditions de fécondité du moment demeurent inchangées (quotients de fécondité par âge).

Champ : UE 28.

Sources : Eurostat, Europop2013 pour les projections (scénario central de projections basées sur la population au 1^{er} janvier 2013).

Solde migratoire dans l'Union européenne

En % de la population totale du pays

	Observé							Projeté			
	1962	1972	1982	1992	2002	2012	2013	2020	2040	2060	2080
Union européenne (28 pays)	2,4	0,9	-0,5	1,9	3,3	1,7	3,3	-	-	-	-
Allemagne*	3,7	4,2	-1,1	9,6	2,7	4,9	5,8	2,8	1,8	1,4	1,2
Autriche	0,2	4,7	-3,1	9,1	4,3	5,2	6,6	5,8	4,4	2,6	2,0
Belgique	2,1	1,3	-0,5	2,6	3,7	4,3	2,3	6,8	5,0	2,7	2,0
Bulgarie	0,0	-1,2	0,0	-10,7	0,1	-0,3	-0,2	-0,8	0,9	0,1	0,3
Chypre	-9,8	4,9	-8,9	16,4	7,7	-0,7	-13,9	-0,7	6,2	7,1	4,9
Croatie	0,0	0,0	2,0	-7,7	2,4	-0,9	-1,2	0,6	1,2	1,3	1,1
Danemark	0,8	1,4	0,0	2,2	1,8	3,0	3,8	3,3	2,6	1,5	1,1
Espagne	-4,1	-2,0	-0,9	1,6	17,9	-3,0	-5,5	-1,7	5,0	6,0	4,5
Estonie	8,0	5,7	3,6	-27,1	-2,2	-2,8	-2,0	-2,9	0,6	0,0	0,2
Finlande	-1,6	2,7	1,4	1,8	1,0	3,3	3,3	3,9	2,9	1,4	1,1
France**	18,4	2,0	1,1	0,6	3,1	0,8	0,8	1,3	1,2	0,9	0,7
Grèce	-6,6	-0,1	1,3	9,1	2,8	-4,0	-4,7	-2,1	0,1	0,5	0,6
Hongrie	-0,2	0,0	0,0	1,8	0,3	1,6	0,6	2,5	2,5	1,5	1,2
Irlande	-3,5	4,5	-3,8	0,5	8,6	-7,6	-5,6	-6,6	1,0	2,9	2,0
Italie	-1,3	0,4	-0,8	0,4	2,8	6,2	19,7	5,6	5,1	3,0	2,4
Lettonie	7,6	4,6	3,0	-20,5	-4,0	-5,8	-7,1	-7,6	0,6	0,0	0,2
Lituanie	0,2	2,1	2,6	-6,8	-3,4	-7,1	-5,7	-14,0	0,5	0,0	0,1
Luxembourg	8,7	9,3	-0,9	10,3	5,9	18,9	19,0	18,5	9,7	4,3	2,9
Malte	-18,7	-9,2	27,8	2,4	4,4	7,4	7,6	3,6	3,1	2,4	1,9
Pays-Bas	1,4	1,3	-0,1	2,8	1,7	0,8	1,2	1,4	0,7	0,5	0,4
Pologne	-0,3	-0,6	-0,9	-0,3	-0,5	-0,2	-0,5	0,1	0,7	0,3	0,4
Portugal	-8,2	-8,3	-0,2	-0,9	4,0	-3,6	-3,5	0,0	1,3	1,0	0,8
République tchèque	0,6	0,3	0,2	1,1	0,7	1,0	-0,1	2,6	3,7	1,9	1,6
Roumanie	-0,4	-0,4	-2,0	-1,2	-6,8	-1,1	-0,3	0,0	0,6	0,1	0,2
Royaume-Uni	3,0	-0,2	-1,4	-0,2	3,4	2,6	3,1	2,6	2,8	2,1	1,6
Slovaquie	-1,6	-0,7	-0,7	-0,6	-0,6	0,6	0,4	0,6	0,9	0,5	0,6
Slovénie	-2,9	2,4	2,3	-2,7	1,1	0,3	0,2	2,0	2,6	2,2	1,9
Suède	1,1	-1,8	0,3	2,3	3,5	5,4	6,9	5,5	4,2	2,4	1,7

* Incluant l'ancienne RDA.

** France métropolitaine pour 1962-1992, France entière pour 2002-2080.

Note : le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui entrent sur un territoire et le nombre de personnes qui en sortent une année donnée. Ce concept est indépendant de la nationalité : les nationaux entrants et les étrangers sortants sont également comptabilisés. Il est ici rapporté à 1 000 habitants, la population totale de chacun des États membres étant prise au 1^{er} janvier de l'année concernée.

Les taux affichés sont représentatifs non seulement du solde migratoire mais aussi des ajustements statistiques opérés par Eurostat. Cela peut conduire à des écarts notables avec les chiffres estimés par l'INSEE.

Champ : UE 28.

Sources : Eurostat, *Europop2013 pour les projections (scénario central de projections basées sur la population au 1^{er} janvier 2013)*.

	Observé							Projeté			
	1962	1972	1982	1992	2002	2012	2013	2020	2040	2060	2080
Union européenne (28 pays)*	-	-	-	21,1	23,9	26,9	27,5	31,8	45,9	50,2	51,0
Allemagne**	17,9	22,2	22,6	21,8	25,2	31,2	31,3	35,8	55,6	59,2	59,9
Autriche	19,3	23,2	22,8	22,1	22,8	26,3	26,8	29,3	44,3	50,4	54,2
Belgique	19,1	21,5	21,5	22,9	25,8	26,4	26,8	29,5	37,2	39,8	45,1
Bulgarie	11,7	14,8	17,7	20,8	24,9	27,8	28,5	33,5	45,3	58,7	53,4
Chypre	-	-	16,8	17,3	17,4	18,1	18,8	24,0	36,5	46,6	42,5
Croatie	-	-	-	-	24,6	26,7	27,1	31,7	43,7	52,2	54,6
Danemark	16,8	19,6	22,3	23,1	22,3	26,7	27,6	31,4	40,5	41,6	47,2
Espagne	13,0	15,6	18,0	21,0	24,8	25,7	26,3	30,4	53,5	53,7	48,3
Estonie	16,2	18,0	18,4	18,2	22,8	26,5	27,2	32,4	45,2	54,9	50,8
Finlande	11,9	14,3	17,9	20,3	22,7	27,7	28,9	35,8	41,2	44,9	49,8
France***	19,0	20,9	20,9	21,6	24,7	26,7	27,5	32,6	44,0	42,9	46,4
Grèce	14,2	17,6	20,5	21,0	25,8	30,0	30,9	34,3	53,2	61,1	56,8
Hongrie	14,3	17,4	19,9	20,4	22,3	24,6	25,1	30,5	39,8	52,4	52,9
Irlande	19,4	19,1	18,0	18,3	16,5	17,9	18,6	23,2	38,6	36,0	36,9
Italie	14,5	17,6	20,2	22,4	27,9	32,0	32,7	34,9	49,9	53,1	56,8
Lettonie	-	18,6	18,7	18,6	22,7	27,6	28,1	32,1	47,6	50,9	40,2
Lituanie	-	16,5	16,5	17,0	21,8	26,9	27,2	31,8	55,7	46,2	34,0
Luxembourg	-	19,3	19,8	19,7	20,8	20,3	20,2	21,6	29,2	35,3	44,0
Malte	-	-	11,8	16,0	18,5	23,9	25,1	32,7	40,7	50,7	49,0
Pays-Bas	15,0	16,4	17,5	18,8	20,2	24,4	25,5	30,8	47,1	47,7	52,3
Pologne	-	-	-	15,9	18,2	19,4	20,1	27,1	40,0	60,9	59,6
Portugal	12,7	15,7	18,2	20,9	24,6	28,8	29,4	34,3	54,9	63,9	68,2
République tchèque	14,9	18,7	20,3	19,1	19,7	23,4	24,6	31,3	40,2	50,3	47,8
Roumanie	-	13,5	16,0	16,6	20,4	23,7	23,9	28,4	41,3	51,9	49,6
Royaume-Uni	18,3	21,3	23,3	24,3	24,3	25,6	26,4	29,5	39,1	42,7	44,7
Slovaquie	11,7	14,6	15,8	16,0	16,3	17,8	18,4	24,3	40,0	65,9	68,7
Slovénie	-	-	16,4	16,1	20,6	24,4	25,0	31,7	47,4	52,8	49,7
Suède	18,2	21,6	25,7	27,7	26,6	29,2	29,9	33,0	37,4	41,4	44,5

* Sauf 1992 : Union européenne à 27 pays, hors Croatie.

** Incluant l'ancienne RDA.

*** France métropolitaine pour 1962-1982, France entière pour 1992-2080.

Note : le ratio de dépendance vieillesse est le rapport au 1^{er} janvier de l'année concernée entre le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus et le nombre de personnes de 15 à 64 ans.

Champ : UE 28.

Sources : Eurostat, EuroPop2013 pour les projections (scénario central de projections basées sur la population au 1^{er} janvier 2013).

7. Glossaire

Accidents du travail et maladies professionnelles

Ce risque correspond aux accidents liés au travail et au trajet domicile-travail ou encore aux maladies qualifiées de professionnelles par la réglementation de la Sécurité sociale.

Les prestations relatives à ce risque sont constituées des indemnités journalières et indemnités en capital, des rentes et pensions, de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA), des indemnités du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et des soins.

Administrations publiques

Elles regroupent, dans les Comptes nationaux, les unités institutionnelles dont la fonction économique principale est de produire des services non marchands destinés à toutes les unités ou d'effectuer des opérations de redistribution du revenu et des richesses nationales. Leurs ressources principales proviennent des prélèvements obligatoires. Le secteur des administrations publiques comprend les administrations publiques centrales (État et organismes divers d'administration centrale [ODAC]), les administrations publiques locales (communes, départements, régions, etc.), les administrations de Sécurité sociale (régimes d'assurance sociale et organismes divers dépendant des assurances sociales – hôpitaux publics, œuvres sociales de la CNAF, etc.).

Autres dépenses

Ce poste reprend toutes les dépenses qui n'ont pas de lien direct avec la gestion courante des caisses (cf. *nomenclature des emplois en annexe 10*).

Autres recettes

Ce poste regroupe des ressources de nature diverse (ventes de biens et services, indemnités d'assurance, recours contre tiers, etc. – cf. *nomenclature des ressources en annexe 10*).

Chômage

Subdivision du risque emploi, le risque chômage regroupe d'une part toutes les prestations versées à des personnes involontairement privées d'emploi qui ne remplissent pas les conditions normales de droit à la retraite et dont la cessation d'activité n'est pas envisagée comme définitive et, d'autre part, les préretraites.

Les principales prestations sont : les allocations de Pôle emploi, les allocations du régime de solidarité (allocation de solidarité spécifique, etc.), l'allocation de sécurisation professionnelle (ASP), les indemnités de licenciement et de départ à la retraite prises en charge par les employeurs, les indemnités de perte d'emploi versées par l'État, l'aide sociale aux chômeurs et les préretraites.

Consommation finale effective des ménages – dépense de consommation finale des ménages

La **dépense de consommation finale** des ménages se limite aux dépenses supportées par les ménages. Par exemple, seule la partie des médicaments non remboursée est comptée en dépense de consommation finale. En revanche, la **consommation finale effective** des ménages recouvre la globalité des biens et services qu'ils consomment effectivement, quel que soit leur mode de financement. Elle correspond ainsi à la somme de la consommation finale des ménages et de la consommation finale individualisable des administrations publiques (remboursements de Sécurité sociale, allocations logement, etc.).

Contributions publiques

Les contributions publiques sont des versements de l'État et des collectivités locales aux régimes de la protection sociale. Elles sont prélevées sur l'ensemble des recettes fiscales et ne constituent pas des recettes affectées.

Elles peuvent être décomposées en deux grandes rubriques :

- la contrepartie des dépenses des régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics non couvertes par d'autres ressources ;
- les autres contributions, catégorie hétérogène regroupant essentiellement des concours ou des subventions publiques aux régimes d'assurance sociale.

Cotisations sociales

Les Comptes de la protection sociale distinguent deux grandes catégories de cotisations sociales :

- les cotisations sociales effectives, qui comprennent tous les versements que les personnes assurées ou leurs employeurs font à des institutions octroyant des prestations sociales afin d'acquiescer et de maintenir le droit à ces prestations. Elles sont partagées entre cotisations à la charge des employeurs, cotisations à la charge des salariés, cotisations à la charge des travailleurs indépendants et d'autres cotisations (cotisations aux régimes de la mutualité et de la prévoyance, cotisations sur prestations, cotisations volontaires, etc.).
- les cotisations sociales imputées, qui mesurent la contribution des employeurs au financement du régime d'assurance sociale qu'ils organisent eux-mêmes pour leurs propres salariés ou ayants droit. Elles sont la contrepartie des prestations sociales versées par l'employeur.

Dépense totale de santé

La dépense totale de santé (DTS) constitue l'un des principaux agrégats utilisés en comparaison internationale. Elle s'évalue à partir de la dépense courante de santé (DCS) au sens français, à laquelle on retranche les dépenses d'indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention et de recherche-formation mais où l'on ajoute la formation brute de capital fixe (FBCF) du secteur santé et certaines dépenses médico-sociales liées à la dépendance et au handicap.

Droits constatés

Contrairement à un enregistrement en termes d'encaissement-décaissement, le principe général des bases récentes des Comptes nationaux est une comptabilisation sur la base des droits constatés (*i.e.* rattachée à la date de l'événement qui a donné naissance au flux monétaire en question). Ainsi, les prestations sociales sont enregistrées selon la date du fait générateur et les cotisations sociales pour leur montant dû.

Famille

Les prestations famille couvrent les besoins résultant de l'éducation des enfants, dans un cadre familial ou non. Les principales prestations sont :

- les prestations familiales au sens strict suivantes : allocations familiales (AF), complément familial (CF), allocation de base de la PAJE, ancienne APJE « longue », aides à la garde d'enfants, complément libre choix d'activité de la PAJE (CLCA, y compris COLCA), allocation de soutien familial (ASF) et de rentrée scolaire (ARS). Il faut mentionner que la mise en place de la PAJE a légèrement modifié la frontière entre le risque famille et le risque maternité : seule la partie « prime de naissance », correspondant aux derniers mois de grossesse, est comptabilisée au sein du risque maternité, alors que les versements effectués après la naissance sont intégrés à l'allocation de base et augmentent donc les prestations du risque famille. La mise en place du revenu de solidarité active (RSA) en 2009 (intégrant l'allocation de parent isolé [API]) modifie encore le partage entre les risques, le RSA étant rattaché au risque pauvreté-exclusion sociale ;
- les bourses d'études hors enseignement supérieur (aide à la scolarité) ;
- les suppléments familiaux de rémunération versés par les employeurs à leurs salariés ;

- l'accueil des jeunes enfants en crèche ;
- les aides dispensées dans le cadre de l'action sociale : aide sociale à l'enfance et action sociale des caisses.

Frais non financiers

Les frais non financiers sont des frais administratifs liés au versement des prestations. Ils comprennent les rémunérations (salaires et cotisations sociales), la consommation de biens et services (hors services rendus entre organismes de Sécurité sociale classés en transferts entre régimes), et d'autres frais non financiers. Le compte n'enregistre pas de frais non financiers pour les régimes d'employeurs, les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, des hôpitaux publics et des ISBLSM, faute de pouvoir isoler au sein des dépenses de ces régimes la part afférente à la protection sociale.

Impôts et taxes affectés (ITAF)

Cette rubrique comprend l'ensemble de la fiscalité et parafiscalité affectée aux dépenses sociales : contribution sociale généralisée (CSG) et contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), taxes sur les salaires, les tabacs, les alcools, taxe de prévoyance, taxe sur les assurances automobiles et autres contributions sociales, etc.

Insertion et réinsertion professionnelle

Ce risque correspond à la recherche et à l'adaptation à un nouvel emploi et aux versements compensant la perte de salaire due à l'absence de travail pour cause de formation professionnelle.

Les principales prestations sont : les indemnités et stages de formation (notamment au titre de l'ARE formation), les aides aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise.

Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)

Il s'agit de l'ensemble des unités privées dotées de la personnalité juridique et qui produisent des biens et services non marchands au profit des ménages. Leurs ressources proviennent principalement de subventions.

Invalidité

Ce risque recouvre l'inaptitude permanente ou durable, lorsqu'elle n'est pas la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, à exercer une activité professionnelle ou à mener une vie sociale normale. Les soins reçus par les invalides ou les infirmes sont classés dans le risque maladie, faute de pouvoir les isoler spécifiquement.

Les principales prestations sont : l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), la garantie de ressources aux personnes handicapées, la prestation de compensation du handicap (PCH), l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), les dépenses relatives aux établissement et services d'aide par le travail (ESAT), les rentes et les pensions d'invalidité, les frais d'hébergement et l'accueil sans hébergement des personnes handicapées¹.

Logement

Les prestations logement comprennent principalement les allocations de logement et accessoirement des prestations extra-légales des régimes spéciaux.

Les allocations de logement sont : l'allocation de logement à caractère familial (ALF), l'allocation de logement à caractère social (ALS) et l'aide personnalisée au logement (APL).

Maladie

Les prestations afférentes à ce risque comprennent l'ensemble des dispositifs qui visent à compenser les diminutions de revenus ou les augmentations de charges pour les ménages, consécutives à une détérioration de l'état de santé.

Les principales prestations afférentes à ce risque sont : la prise en charge de soins (y compris à travers la CMU complémentaire), les indemnités journalières et les congés maladie de longue durée, ainsi que les prestations médico-sociales (personnes âgées, toxicologie, alcoolologie).

Sont exclus :

- les soins médicaux accordés à un accidenté du travail ou à un travailleur atteint d'une maladie professionnelle (risque accidents du travail-maladies professionnelles) ;
- les soins médicaux prénataux, obstétricaux ou postnataux (risque maternité) ;
- les indemnités versées à la suite d'une incapacité permanente de travail (risque accidents du travail-maladies professionnelles ou invalidité) ;
- les prestations correspondant à l'hébergement des personnes handicapées (classées au sein du risque invalidité).

Maternité

Ce risque correspond aux besoins supplémentaires et à l'augmentation de charges résultant de la conception et de la mise au monde d'enfants (naissance vivante ou non) ainsi que de l'interruption volontaire de grossesse.

Les prestations comprennent les soins, les indemnités et les primes liées à la maternité (prime de naissance de la PAJE).

Parité de pouvoir d'achat

La parité de pouvoir d'achat (PPA) est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies. Ce taux exprime le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaires dans des pays différents pour se procurer le même « panier » de biens et de services.

Pauvreté-exclusion sociale

Ce risque regroupe des prestations diverses qui relèvent soit de l'assistance sociale en faveur des personnes démunies, notamment les dépenses liées au RSA et au RMI (avant 2009) ou à l'hébergement dans des centres pour personnes en difficulté sociale, soit de la protection de catégories particulières (anciens combattants, anciens détenus, victimes de crimes, d'événements politiques ou de catastrophes naturelles).

Prélèvements obligatoires

En comptabilité nationale, il s'agit de l'ensemble des impôts (après transferts des recettes fiscales) et des cotisations sociales effectives perçus par les administrations publiques et l'Union européenne. Le taux de prélèvements obligatoires est le rapport des prélèvements obligatoires au PIB.

Les prélèvements obligatoires sont scindés en trois parties dans les Comptes de la protection sociale :

- les prélèvements obligatoires directement affectés à la protection sociale regroupent les cotisations effectives versées aux administrations publiques et les impôts et taxes affectés ;
- les autres prélèvements obligatoires finançant la protection sociale englobent les contributions publiques, les cotisations imputées du régime des agents de l'État et les prestations extra-légales financées par les administrations publiques ;
- les autres prélèvements obligatoires sont obtenus par solde.

Prélèvements sociaux

Les prélèvements sociaux englobent l'ensemble des financements obligatoires de la protection sociale, c'est-à-dire, pour les régimes d'assurance sociale et les régimes d'intervention des pouvoirs publics : les cotisations sociales effectives et imputées ainsi que les impôts et taxes affectés au financement de la protection sociale. Ce champ est plus large que celui des prélèvements obligatoires finançant la protection sociale.

¹ Ces frais correspondent à l'accueil des personnes handicapées dans des foyers, des centres d'unités de long séjour ou des maisons d'accueil spécialisées pour des personnes gravement handicapées.

Prestations sociales

Il s'agit de transferts effectifs attribués personnellement à des ménages sans contrepartie équivalente ou simultanée. On distingue les prestations en espèces (retraites, prestations familiales, allocations de chômage, etc.) et les prestations en nature (remboursement d'une dépense – soins, allocations logement –, prise en charge d'une dépense liée à un risque social – comme l'aide ménagère –, accès à des services en relation avec un risque social, à prix réduit ou gratuitement – prestations de soins par le secteur public hospitalier notamment).

Produit intérieur brut (PIB)

Le PIB est le principal agrégat de la comptabilité nationale. Il est égal à la somme des emplois finals, moins les importations. Il est aussi égal à la somme des rémunérations des salariés versées par les unités résidentes, des excédents bruts d'exploitation de ces unités et des impôts liés à la production et à l'importation versés, nets des subventions d'exploitation reçues.

Protection sociale

La protection sociale recouvre, selon les concepts retenus au niveau européen de comptabilité nationale, tous les mécanismes institutionnels, publics ou privés, prenant la forme d'un système de prévoyance collective ou mettant en œuvre un principe de solidarité sociale, et qui couvrent les charges résultant pour les individus ou les ménages de l'apparition ou de l'existence de certains risques sociaux identifiés (santé, vieillesse-survie, maternité-famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale). Elle implique le versement de prestations aux individus ou aux ménages confrontés à la réalisation de ces risques. Ces mécanismes compensent tout ou partie de la diminution de ressources ou de l'augmentation de charges, sans qu'il n'y ait contrepartie simultanée et équivalente des bénéficiaires. Ce dernier terme implique en particulier que le bénéficiaire n'est pas soumis, contrairement au cas des assurances classiques, au versement de primes ou de cotisations établies en fonction des risques spécifiques qu'il présente (âge, morbidité antérieure, antécédents familiaux, etc.).

Conformément à cette définition, la protection sociale recouvre non seulement les régimes obligatoires tels que le régime général de la Sécurité sociale, les institutions chargées de l'indemnisation du chômage ou les régimes de retraite complémentaires, mais aussi les assurances collectives telles que les contrats gérés par les institutions de prévoyance. Les prestations versées par les mutuelles régies par le code de la mutualité, à adhésion individuelle, entrent également dans le champ de la protection sociale car leur tarification est essentiellement indépendante des caractéristiques individuelles des assurés.

Ratio de dépendance

Ce ratio rapporte le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus à celui des personnes de 15 à 64 ans et

constitue ainsi un indicateur synthétique du rapport entre population âgée inactive et population en âge de travailler. Son suivi permet de mesurer l'ampleur de la déformation de la structure de la population liée au vieillissement. L'évolution de moyen terme de ce ratio dépend de l'espérance de vie, du taux de natalité et des flux migratoires.

Régimes

Il s'agit des organismes ou institutions qui gèrent un système de prévoyance collective en relation avec un ou plusieurs risques de la protection sociale. On peut distinguer deux groupes de régimes : ceux dont le financement principal est constitué de prélèvements obligatoires et ceux dont les ressources sont essentiellement issues de cotisations volontaires ou de dons.

1 Les régimes financés principalement par des prélèvements obligatoires

a) Les régimes d'assurance sociale

Ce sont des régimes obligatoires au sens où leur existence a été imposée par les pouvoirs publics. L'affiliation à ces régimes est obligatoire pour les individus en vertu de la législation.

Au sein des régimes d'assurance sociale, on distingue les régimes directs d'employeurs. Les prestations de ces régimes sont directement versées par l'employeur, qui assure l'équilibre du compte. Dans cette catégorie sont classés les régimes de retraite des fonctionnaires ou des salariés de certaines entreprises publiques (RATP, industries électriques et gazières).

b) Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics

Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics, financés principalement par l'impôt, développent des actions de solidarité nationale en faveur de populations ciblées (familles, personnes âgées, personnes handicapées, victimes de guerre, etc.) et aussi sur certains domaines, comme le logement ou la formation.

c) Le régime d'intervention sociale des ISBLSM

Il est constitué des organismes privés sans but lucratif dont le financement provient à titre principal de subventions. Il intervient essentiellement dans les risques invalidité et pauvreté-exclusion sociale.

d) Le régime d'intervention sociale des hôpitaux publics

Il regroupe les hôpitaux publics mais aussi les hôpitaux privés sans but lucratif, qui prennent en charge les missions de service public hospitalier. Ce régime est financé par des transferts, en provenance principalement des régimes d'assurance sociale.

2 Les autres régimes

a) Les régimes d'employeurs (prestations extra-légales)

Ce sont les régimes organisés par l'employeur sans que la législation en impose l'existence : ils versent des prestations extra-légales. Celles-ci sont liées au contrat de travail en raison de conventions collectives ou d'accords d'entreprise et versées directement par l'employeur : suppléments familiaux de rémunération, compléments d'indemnités journalières, indemnités de licenciement, etc. Ces régimes sont uniquement financés par des cotisations imputées.

b) Les régimes de la mutualité et de la prévoyance

Les prestations servies par ces régimes complètent celles versées par les régimes d'assurance sociale (par exemple, dans le domaine de la santé, prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier, d'une partie des dépassements, etc.). Ces régimes comprennent :

- les mutuelles régies par le code de la mutualité. L'adhésion y est, en général, facultative, l'assuré acquitte une cotisation volontaire. Elles interviennent principalement dans le risque santé et, dans une moindre mesure, dans le risque vieillesse-survie ;
- les institutions de prévoyance (IP)². Ce sont des caisses complémentaires pratiquant des opérations non obligatoires de prévoyance collective. Ce sont des organismes à but non lucratif à gestion paritaire, financés par des cotisations contractuelles versées par les salariés et leurs employeurs. Ils interviennent principalement dans les risques santé et vieillesse-survie.

Régimes gérés par la caisse des dépôts et consignation

Il s'agit de petits régimes spéciaux, dont certains ne comptent plus d'actifs cotisants. En base 2010, ces régimes sont les suivants : Assistance publique de Paris, allocation temporaire complémentaire des ingénieurs civils de la navigation aérienne, chemins de fer de l'Hérault, complément de pension de la Compagnie générale de l'eau, chemins de fer d'outre-mer, établissement public des fonds de prévoyance militaire et de l'aéronautique, Fonds de compensation de la cessation progressive d'activité, Fonds pour l'emploi hospitalier, Fonds de la mairie de Fort-de-France, Fonds national de compensation du supplément familial de traitement, Imprimerie nationale, mairie de Paris, département de Paris, préfecture du Haut-Rhin,

remboursement des indemnités liées au congé de paternité des fonctionnaires, complément de pension de la Société des eaux de Versailles et de Saint-Cloud et pension et complément de pension de la société urbaine de distribution d'air comprimé.

Rémunération des salariés

Ensemble des rémunérations en espèces et en nature que les employeurs versent à leurs salariés en paiement du travail accompli par ces derniers : salaires et traitements bruts en espèces et en nature, cotisations sociales effectives et imputées à la charge des employeurs.

Revenu disponible brut, revenu disponible brut ajusté

En comptabilité nationale, le **revenu disponible brut** est le solde du compte de distribution secondaire du revenu. Pour les ménages, il représente le revenu courant après impôt qui peut être réparti entre dépense de consommation finale et épargne. Le compte de redistribution du revenu retrace le passage du **revenu disponible au revenu disponible ajusté**. Alors qu'au premier correspond la dépense de consommation, au second correspond la consommation finale effective (incluant les transferts sociaux en nature).

Risques

Les prestations sociales sont définies comme couvrant des risques ou des besoins sociaux, conventionnellement regroupés en domaines.

Six grandes catégories de risques sont distinguées, parfois subdivisées en risques secondaires :

- le risque santé, comprenant la maladie, l'invalidité et les accidents du travail et maladies professionnelles ;
- le risque vieillesse-survie ;
- le risque maternité-famille ;
- le risque emploi, comprenant le chômage et l'insertion et la réinsertion professionnelle ;
- le risque logement ;
- le risque pauvreté-exclusion sociale.

Standards de pouvoir d'achat

Les standards de pouvoir d'achat (SPA) sont une unité monétaire artificielle qui élimine les différences de niveaux de prix entre les pays. Cette unité permet des comparaisons des indicateurs économiques entre les pays. Ces indicateurs, exprimés en SPA, sont calculés en divisant les agrégats à prix courant et en monnaie nationale, par les parités de pouvoir d'achat (PPA).

² Comprennent également une partie des anciennes institutions de retraite supplémentaire (IRS). Ces régimes non légalement obligatoires, créés par les entreprises, financés majoritairement par les employeurs et gérant des contrats collectifs intervenant dans le risque vieillesse-survie, ont tous dû changer de statut ou se dissoudre en 2009.

Afin de définir une valeur de référence pour la procédure de calcul de la PPA, on choisit habituellement un pays de référence (une monnaie) dont la valeur est fixée à 1. Dans le cas de l'Union européenne, le choix d'un pays (ou d'une monnaie) ne semble pas pertinent. En conséquence, l'Institut européen des statistiques (Eurostat) se réfère au SPA comme unité monétaire commune fictive de référence.

Survie

Le risque survie comprend principalement les pensions de réversion au conjoint survivant calculées, dans la plupart des régimes, en pourcentage de la pension de retraite de l'assuré. Les autres droits dérivés sont les sommes versées au titre du capital décès. Ce risque intègre aussi le minimum vieillesse et d'autres prestations qui permettent de couvrir des frais ponctuels (par exemple les frais d'obsèques).

Taux d'emploi

Le taux d'emploi est obtenu en divisant le nombre de personnes occupées âgées de 20 à 64 ans par la population totale de la même tranche d'âge. La population occupée comprend les personnes qui, durant la semaine de référence et pendant une heure au moins, ont accompli un travail pour une rémunération ou un profit ou qui, n'ayant pas travaillé, avaient néanmoins un emploi dont elles étaient temporairement absentes.

Taux de chômage

Le taux de chômage représente le pourcentage de chômeurs dans la population active, sur la base de la définition de l'Organisation internationale du travail (OIT). La population active représente le nombre total des personnes ayant un emploi ou étant au chômage. Les chômeurs sont les personnes âgées de 15 à 74 ans qui :

- sont sans travail pendant la semaine de référence ;
- sont disponibles pour commencer à travailler dans les deux semaines suivantes ;
- ont été à la recherche active d'un travail pendant les quatre semaines précédentes ou ont trouvé un travail à commencer dans les trois mois suivants.

Taux de pauvreté monétaire (ou taux de risque de pauvreté)

Le taux de pauvreté monétaire est la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur à 60 % du revenu médian équivalent. Le revenu médian équivalent peut être calculé avant ou après transferts.

Taux de remplacement agrégé

Le taux de remplacement agrégé est le rapport des revenus de pensions des personnes âgées entre 65 et 74 ans et des revenus provenant du travail de personnes âgées entre 50 et 59 ans.

Taux de risque de pauvreté ou d'exclusion

Le taux de risque de pauvreté ou d'exclusion désigne la proportion de personnes sur la population totale qui sont touchées par au moins une des trois formes de pauvreté évaluées par Eurostat : la pauvreté monétaire, la privation matérielle ou l'appartenance à un ménage à faible intensité de travail.

Transferts

Ce sont des opérations internes à la protection sociale (*annexe 4*). Les CPS opèrent une double distinction des transferts selon les organismes impliqués et le type de transfert.

L'existence des transferts répond à une double logique. La première vise à garantir l'équilibre des régimes au moyen de transferts ou compensations entre régimes ; la seconde concerne le financement par un régime tiers des dépenses (prestations, frais non financiers) ou des recettes (cotisations) d'un régime donné. Les transferts à destination des ISBLSM et ceux à destination des hôpitaux publics sont notamment inclus dans cette seconde logique.

Vieillesse

Le risque vieillesse distingue deux grands types de prestations :

- les pensions de droits directs sont versées par les régimes de base et les régimes complémentaires aux anciens actifs en fonction de leurs antécédents professionnels (durée et niveau de salaire ayant donné lieu au paiement de cotisations) ;
- les prestations non contributives sont versées sous conditions de ressources pour assurer un minimum de ressources à leurs bénéficiaires (minimum vieillesse) mais regroupent aussi d'autres prestations versées au titre de l'aide sociale ou au titre de la prise en charge de certaines dépenses (majoration pour tierce personne, allocation personnalisée d'autonomie, etc.).

8. Liste des sigles et abréviations

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACA	Aide aux chômeurs âgés
ACCRE	Aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (Fonds de solidarité)
ACOSS	Agence centrale des organismes de Sécurité sociale
ACPR	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ACRE	Aide à la création ou à la reprise d'entreprise (régime d'assurance chômage)
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AED	Action éducative à domicile
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AEMO	Action éducative en milieu ouvert
AER	Allocation équivalent retraite
AF	Allocations familiales
AFPA	Association pour la formation professionnelle des adultes
AGFF	Association pour la gestion financière du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
AGS/FNGS	Association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés/Fonds national de garantie des salaires
AJPP	Allocation journalière de présence parentale
ALD	Affection de longue durée
ALF	Allocation de logement à caractère familial
ALS	Allocation de logement à caractère social
AME	Aide médicale d'État
ANGR/ANGDM	Association nationale pour la gestion des retraités de charbonnages de France/Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
APA	Allocation personnalisée pour l'autonomie
APL	Aide personnalisée au logement
APU	Administrations publiques
APUC	Administrations publiques centrales
APUL	Administrations publiques locales
ARE	Allocation d'aide au retour à l'emploi
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaire
ARS	Allocation de rentrée scolaire
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASF	Allocation de soutien familial
ASF	Association pour la structure financière
ASH	Aide sociale à l'hébergement
ASP	Allocation de sécurisation professionnelle
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées (ex-minimum vieillesse)
ASR	Allocation spécifique de reclassement
ASS	Allocation de solidarité spécifique
ASSO	Administrations de Sécurité sociale

ATA	Allocation temporaire d'attente
ATI	Allocation temporaire d'invalidité
ATIACL	Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
AT-MP	Accidents du travail-maladies professionnelles
C3S	Contribution sociale de solidarité des sociétés
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAINAGOD	Caisse nationale de garantie des ouvriers dockers
CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (désormais RSI)
CANCAVA	Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale (désormais RSI)
CANSSM	Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines
CAS	Compte d'affectation spéciale
CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCIP	Caisse autonome de la chambre de commerce et d'industrie de Paris
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCPMA	Caisse centrale de prévoyance de la mutualité agricole
CCSS	Commission des Comptes de la Sécurité sociale
CF	Complément familial
CFFE	Chemin de fer franco-éthiopien
CGRPCE	Caisse générale de retraite du personnel des caisses d'épargne
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CI BTP	Union des caisses de France Congés intempéries Bâtiments et travaux publics
CLCA	Complément de libre choix d'activité
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNA	Comptes nationaux annuels
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNBF	Caisse nationale des barreaux français
CNIEG	Caisse nationale des industries électriques et gazières
CNMSS	Caisse nationale militaire de Sécurité sociale
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNS	Comptes nationaux de la santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COLCA	Complément optionnel de libre choix d'activité
CPO	Conseil des prélèvements obligatoires
CPR-SNCF	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français
CPS	Comptes de la protection sociale
CRAF	Caisse de retraite du personnel d'Air France
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale

CREPA-UNIRS	Caisse de retraite du personnel des avocats et des avoués-Union nationale interprofessionnelle des retraités solidaires
CRP	Convention de reclassement personnalisé
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CRPNPAC	Caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
CSG	Contribution sociale généralisée
CSS	Comptes de la Sécurité sociale
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGCL	Direction générale des collectivités locales
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DG Trésor	Direction générale du Trésor
DOM	Départements d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIR	Échantillon inter-régimes des retraités
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
ERFS	Enquête revenus fiscaux et sociaux
ESAT	Établissements et services d'aide par le travail
ESSPROS	Sigle anglais pour SESPROS : Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale
ETP	Équivalent temps plein
EU-SILC	Survey on Income and Living Conditions (enquête européenne – Statistiques sur les ressources et les conditions de vie [SRCV] en français)
FCAATA	Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FCAT	Fonds commun des accidents du travail
FCATA	Fonds commun des accidents du travail agricoles
FCOSS	Fonds de compensation des organismes de Sécurité sociale
FFIPSA	Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (ex BAP-SA)
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FMCP	Fonds de modernisation des cliniques privées
FMES	Fonds de modernisation des établissements sanitaires
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNAL	Fonds national d'aide au logement
FNSA	Fonds national des solidarités actives
Fonds CMU	Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
FOREC	Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FS	Fonds de solidarité – régime de solidarité d'indemnisation du chômage
FSPOEIE	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État
FSV	Fonds de solidarité vieillesse

GRTH	Garantie de ressources des travailleurs handicapés
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
HCF	Haut Conseil de la famille
HCFiPS	Haut Conseil du financement de la protection sociale
IJ	Indemnités journalières
INES	Modèle de microsimulation INSEE-DREES
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP	Institution de prévoyance
IR	Impôt sur le revenu
Ircantec	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques
ISBLSM	Institutions sans but lucratif au service des ménages
ITAF	Impôts et taxes affectés
MSA	Mutualité sociale agricole
n.a.	Non applicable
n.c.a.	Non classé ailleurs
n.d.	Non déterminé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
ODAC	Organismes divers d'administration centrale
ODAL	Organismes divers d'administration locale
ODASS	Organismes dépendant des administrations de Sécurité sociale
ONDAM	Objectif national des dépenses d'Assurance maladie
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
Organic	Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (désormais RSI)
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PCH	Prestation de compensation du handicap
PEEC	Participation des employeurs à l'effort de construction (appelé également « 1 % logement »)
PIB	Produit intérieur brut
PLF	Projet de loi de finances
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PO	Prélèvements obligatoires
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PPE	Prime pour l'emploi
QF	Quotient familial
RAFP	Régime additionnel de la fonction publique
RATOCEM	Rentes d'accident du travail des ouvriers civils des établissements militaires
RATP	Régie autonome des transports parisiens
RDB/RDBA	Revenu disponible brut/revenu disponible brut ajusté
RETREP-REGREP	Régime temporaire de retraites des enseignants du privé
RG	Régime général (de la Sécurité sociale)
RISP	Régime indemnitaires des sapeurs-pompiers militaires
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active

RSI	Régime social des indépendants
RSTA	Revenu supplémentaire temporaire d'activité
SASPA	Service de l'allocation spéciale aux personnes âgées
SASV	Service de l'allocation spéciale vieillesse
SEITA	Société nationale d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes
SESPROS	Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale
SILC	Survey on Income and Living Conditions (enquête européenne – Statistiques sur les ressources et les conditions de vie [SRCV] en Français)
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SPA	Standard de pouvoir d'achat
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
T2A	Tarification à l'activité hospitalière
TEPA	Travail, emploi et pouvoir d'achat
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UE 15	Les 15 États membres de l'Union européenne en 2003
UE 28	Les 28 États membres actuels de l'Union européenne
UNEDIC	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
2013SD	Données semi-définitives portant sur l'année 2013

9. Nomenclature des régimes

000.00	TOUS RÉGIMES		
100.00	RÉGIMES D'ASSURANCE SOCIALE		
110.00	RÉGIMES GÉNÉRAUX		
111.00	Régime général de la Sécurité sociale		
111.01	CNAMTS – Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	113.10	FMCP – Fonds de modernisation des cliniques privées
111.02	CNAF – Caisse nationale des allocations familiales	113.11	ONIAM – Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
111.03	CNAVTS – Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés	113.12	CNSA – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
111.04	ACOSS – Agence centrale des organismes de Sécurité sociale	113.13	FFIPSA – Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles
111.05	Autres organismes	113.14	CNIEG – Caisse nationale des industries électriques et gazières
112.00	Régimes d'indemnisation du chômage	113.15	FRR – Fonds de réserve pour les retraites
112.01	Unédic – Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce	113.16	CADES – Caisse d'amortissement de la dette sociale
112.02	AGS/FNGS – Association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés	113.91	FMES – Fonds de modernisation des établissements sanitaires
112.03	ASF – Association pour la structure financière	120.00	RÉGIMES PARTICULIERS DE SALARIÉS
112.04	AGCC – Agence centrale des conventions de conversion	121.00	Régimes directs d'employeurs
112.05	Pôle emploi	121.10	Agents de l'État et FSPOEIE
113.00	Fonds spéciaux	121.20	Agents des grandes entreprises publiques (depuis 2006, ne contient que le régime direct des entreprises électriques et gazières hors adossement à la CNAVTS et le régime direct de la RATP)
113.01	SASPA – Service de l'allocation spéciale aux personnes âgées	122.00	Régime des salariés agricoles
113.02	FCAT – Fonds commun des accidents du travail	122.01	Régime des salariés agricoles (Mutualité sociale agricole)
113.03	FCATA – Fonds commun des accidents du travail agricoles	123.00	Autres régimes particuliers de salariés
113.04	FCOSS – Fonds de compensation des organismes de Sécurité sociale	123.01	CANSSM – Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines
113.05	FSV – Fonds de solidarité vieillesse	123.02	ENIM – Établissement national des invalides de la marine
113.06	FCAATA – Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	123.03	CRPCEN – Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
113.07	FOREC – Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales	123.04	CAINAGOD – Caisse nationale de garantie des ouvriers dockers
113.08	FMESPP – Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés	123.05	CI BTP – Union des caisses de France Congés intempéries BTP
113.09	FIVA – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	123.06	CAMAC – Caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes
		123.07	CAMAVIC – Caisse d'assurance vieillesse des cultes

123.08	CNMSS – Caisse nationale militaire de Sécurité sociale	124.06	CGRPCE – Caisse générale de retraite du personnel des caisses d'épargne
123.09	FSPOEIE – Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État	124.08	CREPA-UNIRS – Caisse de retraite du personnel des avocats et des avoués – Union nationale interprofessionnelle des retraités solidaires
123.10	CNRACL – Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	124.09	CCPMA – Caisse centrale de prévoyance de la mutualité agricole
123.11	CRP-SNCF – Caisse de prévoyance de la SNCF	124.10	AGFF – Association pour la gestion financière du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO
123.12	ANGR/ANGDM – Salariés des charbonnages de France	124.11	RAFP – Régime additionnel de la fonction publique
123.13	Banque de France	124.81	CRPNPAC – Caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile
123.14	SEITA – Régime de retraite d'Altadis (ex-Seita)	124.82	RETREP – REGREP – Régime temporaire de retraites des enseignants du privé
123.15	Caisses de retraite du personnel des théâtres nationaux (Opéra et Comédie française)	124.83	CRAF – Caisse de retraite du personnel d'Air France
123.16	CCIP – Régimes spéciaux de retraite et de maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris	130.00	RÉGIMES DE NON-SALARIÉS
123.17	Régimes divers gérés par la caisse des dépôts et consignations (périmètre base 2000)	131.00	Régime des exploitants agricoles
123.18	Fonds routiers	131.01	Régime des exploitants agricoles (Mutualité sociale agricole)
123.19	CAVIMAC – Caisse d'assurance vieillesse, invalidité, maladie des cultes	132.00	Régimes des non-salariés non agricoles
123.20	Régimes divers gérés par la caisse des dépôts et consignations ¹	132.01	CANAM – Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
123.21	RATOCEM – Rentes d'accidents du travail des ouvriers civils des établissements militaires	132.02	ORGANIC – Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce
123.22	ATIACL – Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales	132.03	CANCAVA – Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale
123.23	RISP – Régime indemnitaire des sapeurs-pompiers volontaires	132.04	CNAVPL – Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
123.24	CAMIEG – Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières	132.05	CNBF – Caisse nationale des barreaux français
123.25	CRP-RATP – Caisse de retraites du personnel de la régie autonome des transports parisiens	132.06	RSI – Régime social des indépendants
124.00	Régimes complémentaires de salariés	133.00	Régimes complémentaires des non-salariés
124.01	AGIRC – Association générale des institutions de retraite des cadres	133.01	MSA complémentaire
124.02	ARRCO – Association des régimes de retraite complémentaire	133.02	RSI complémentaire
124.03	IRCANTEC – Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques	133.03	CNBF complémentaire
		133.04	CNAVPL complémentaire

¹ Cf. glossaire pour la liste des régimes.

200.00	RÉGIMES DES PRESTATIONS EXTRA-LÉGALES D'EMPLOYEURS	400.00	RÉGIMES D'INTERVENTION SOCIALE DES POUVOIRS PUBLICS
200.01	Prestations extra-légales versées aux agents de l'État	410.00	Régime d'intervention sociale de l'État
200.02	Prestations extra-légales versées aux agents des organismes divers d'administration centrale	420.00	Régime d'intervention sociale des organismes divers d'administration centrale (ODAC)²
200.03	Prestations extra-légales versées aux agents des collectivités locales	430.00	Régimes d'intervention sociale des administrations publiques locales (APUL)
200.04	Prestations extra-légales versées aux agents des organismes de Sécurité sociale	430.10	Régime d'intervention sociale des communes
200.05	Prestations extra-légales versées aux agents des organismes divers de Sécurité sociale	430.20	Régime d'intervention sociale des départements
200.06	Prestations extra-légales versées aux salariés des entreprises non financières	430.30	Régime d'intervention sociale des régions
200.07	Prestations extra-légales versées aux salariés des entreprises financières	430.90	Régime d'intervention sociale des autres APUL
300.00	RÉGIMES DE LA MUTUALITE ET DE LA PREVOYANCE	500.00	RÉGIME D'INTERVENTION SOCIALE DES ISBLSM
300.11	Groupements mutualistes	500.01	Régime d'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages
300.12	Institutions de retraite supplémentaire	600.00	RÉGIME D'INTERVENTION SOCIALE DES HÔPITAUX PUBLICS
300.13	Institutions de prévoyance	600.01	Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics

² La liste des ODAC est définie dans l'*annexe 1*.

10. Nomenclature des opérations

EMPLOIS

E1 – Prestations sociales

E2 – Frais non financiers

- E21 – Rémunérations
 - E211 – Salaires et traitements bruts
 - E212 – Cotisations sociales effectives
 - E213 – Cotisations sociales imputées
- E22 – Consommation de biens et services
- E23 – Autres frais non financiers
 - E231 – Primes d'assurance-dommage
 - E232 – Impôts
 - E2321 – Impôts sur les salaires et la main-d'œuvre
 - E2322 – Impôts divers sur la production
 - E233 – Transferts divers liés à la gestion
 - E234 – Subventions

E7 – Frais financiers

- E71 – Intérêts effectifs
- E72 – Autres frais financiers

E8 – Autres dépenses

- E81 – Impôts
- E82 – Amendes et pénalités
- E83 – Subventions et autres transferts
- E84 – Coopération internationale courante
- E85 – Autres emplois

E9 – Transferts

- E91 – Compensations
- E92 – Prise en charge de cotisations
- E93 – Prise en charge de prestations
- E94 – Autres transferts
- E95 – Transferts aux hôpitaux
- E99 – Transferts fictifs internes aux caisses

RESSOURCES

R1 – Cotisations sociales

- R11 – Cotisations sociales effectives
 - R111 – Cotisations d'employeurs
 - R112 – Cotisations de salariés
 - R113 – Cotisations de travailleurs indépendants
 - R114 – Cotisations sur prestations

R119 – Autres cotisations

R12 – Cotisations imputées

R2 – Impôts et taxes affectés

- R21 – Autres impôts sur les produits
- R22 – Impôts sur les salaires et la main-d'œuvre
- R23 – Impôts divers sur la production
- R24 – Impôts sur le revenu
 - R241 – CSG
 - R249 – Autres impôts sur le revenu
- R25 – Taxes de type TVA
- R29 – Transferts de recettes fiscales

R3 – Contributions publiques

- R31 – Contributions publiques des APUC
- R32 – Contributions publiques des APUL

R7 – Produits financiers

- R71 – Produits des biens immobiliers
 - R711 – Produits des biens immobiliers
 - R712 – Loyers
- R72 – Produits de valeurs mobilières
 - R721 – Intérêts effectifs
 - R722 – Dividendes
 - R723 – Revenus de la propriété attribués aux assurés

R8 – Autres ressources

- R81 – Production marchande et pour emploi final propre
 - R811 – Ventes de biens et services
 - R812 – Production pour emploi final propre
- R82 – Indemnités d'assurance
- R83 – Coopération internationale courante
- R84 – Amendes et pénalités
- R85 – Recours contre tiers
- R86 – Dons aux ISBLSM
- R89 – Autres transferts divers aux autres secteurs

R9 – Transferts

- R91 – Compensations
- R92 – Prise en charge de cotisations
- R93 – Prise en charge de prestations
- R94 – Autres transferts
- R95 – Transferts aux hôpitaux
- R99 – Transferts fictifs internes aux caisses

11. Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes, de 2009 à 2013

11 a Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes, en 2009

En millions d'euros

	Régimes d'assurance sociale													
	Ensemble des régimes	Régimes de la Sécurité sociale												
		Ensemble	Ensemble	Régime général	Autres régimes de salariés et fonds	Régimes de non-salariés	Régimes complémentaires	Régimes d'indemnisation du chômage	Régimes de prestations extra-légales d'employeurs	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	Régimes d'intervention sociale des ISBLSM	Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	
TOTAL DES EMPLOIS	823 470	629 429	593 352	322 188	145 561	40 505	85 098	36 077	12 915	36 541	66 279	19 278	59 028	
Prestations de protection sociale	593 736	425 292	397 684	214 938	86 460	25 070	71 215	27 608	12 915	24 127	55 317	19 278	56 807	
<i>Prestations sociales en espèces</i>	375 168	330 513	303 800	135 997	79 597	17 119	71 088	26 712	12 915	5 340	26 109	292	0	
<i>Prestations sociales en nature</i>	218 568	94 780	93 884	78 942	6 864	7 951	128	896	0	18 787	29 208	18 986	56 807	
Frais non financiers	28 524	20 128	16 580	10 200	1 941	1 832	2 606	3 548	0	8 190	0	0	205	
Transferts	189 056	178 044	173 372	95 089	53 923	13 393	10 967	4 672	0	0	10 962	0	50	
Frais financiers	6 400	3 653	3 577	76	3 437	16	48	76	0	2 264	0	0	483	
Autres emplois	3 799	1 575	1 569	1 193	138	152	86	6	0	1 683	0	0	541	
Emplois du compte de capital	1 956	737	570	692	-339	41	176	167	0	277	0	0	942	
TOTAL DES RESSOURCES	810 417	616 101	580 873	302 687	151 159	40 910	86 116	35 228	12 915	37 408	66 279	19 278	58 437	
Cotisations sociales	391 888	353 212	322 643	170 379	69 378	17 327	65 560	30 569	12 915	25 761	0	0	0	
<i>Cotisations sociales effectives</i>	343 490	317 729	287 160	170 379	33 894	17 327	65 560	30 569	0	25 761	0	0	0	
<i>Cotisations sociales d'employeurs</i>	215 494	215 494	196 220	134 503	22 732	0	38 985	19 274	0	0	0	0	0	
<i>Cotisations sociales de salariés</i>	77 597	77 597	66 302	29 894	10 893	0	25 515	11 295	0	0	0	0	0	
<i>Autres cotisations sociales</i>	50 399	24 638	24 638	5 982	269	17 327	1 060	0	0	25 761	0	0	0	
<i>Cotisations sociales imputées</i>	48 398	35 483	35 483	0	35 483	0	0	0	12 915	0	0	0	0	
Impôts et taxes affectés	147 921	135 835	135 835	94 165	27 528	14 142	0	0	0	0	12 086	0	0	
Contributions publiques	61 655	16 721	15 369	3 481	10 977	426	485	1 352	0	0	44 934	0	0	
Transferts	189 056	104 744	101 472	33 855	40 633	8 909	18 075	3 272	0	0	8 122	18 769	57 420	
Produits financiers	7 674	4 296	4 175	481	1 354	857	1 483	121	0	3 229	0	0	149	
Autres recettes	15 732	5 304	5 152	3 002	819	355	975	152	0	8 419	1 136	509	364	
Recettes du compte de capital	-3 509	-4 012	-3 774	-2 676	470	-1 106	-462	-238	0	-1	0	0	504	
SOLDE	-13 053	-13 329	-12 480	-19 501	5 598	406	1 018	-849	0	867	0	0	-591	

Note : les transferts internes ne sont pas consolidés.
Sources : DREES-CPS, base 2010.

11 b Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes, en 2010

En millions d'euros

Ensemble des régimes	Régimes d'assurance sociale												
	Ensemble	Régimes de la Sécurité sociale						Régimes d'indemnisation du chômage	Régimes de prestations extra-légales d'employeurs	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	Régimes d'intervention sociale des ISBLSM	Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics
		Ensemble	Régime général	Autres régimes de salariés et fonds	Régimes de non-salariés	Régimes complémentaires							
TOTAL DES EMPLOIS	852 032	651 778	613 016	332 481	150 328	41 801	88 406	38 762	13 337	38 175	68 022	20 041	60 679
Prestations de protection sociale	613 250	440 198	410 420	222 029	88 538	25 491	74 362	29 778	13 337	25 050	56 798	20 041	57 826
<i>Prestations sociales en espèces</i>	387 754	342 131	313 325	140 078	81 628	17 388	74 231	28 806	13 337	5 541	26 439	305	0
<i>Prestations sociales en nature</i>	225 495	98 066	97 094	81 951	6 910	8 103	131	972	0	19 508	30 358	19 736	57 826
Frais non financiers	30 139	21 410	17 398	10 208	2 666	1 849	2 676	4 011	0	8 506	0	0	223
Transferts	195 610	184 328	179 563	97 849	56 429	14 048	11 237	4 765	0	0	11 224	0	59
Frais financiers	6 267	3 070	2 978	266	2 633	15	64	92	0	2 658	0	0	539
Autres emplois	4 079	1 813	1 778	1 411	131	145	91	35	0	1 764	0	0	503
Emplois du compte de capital	2 686	960	879	717	-68	254	-24	81	0	198	0	0	1 528
TOTAL DES RESSOURCES	830 118	630 072	594 809	309 642	155 114	42 079	87 974	35 263	13 337	39 369	68 022	20 041	59 277
Cotisations sociales	400 510	360 427	329 841	174 214	70 646	18 090	66 891	30 586	13 337	26 745	0	0	0
<i>Cotisations sociales effectives</i>	350 732	323 986	293 400	174 214	34 206	18 090	66 891	30 586	0	26 745	0	0	0
<i>Cotisations sociales d'employeurs</i>	219 853	219 853	200 583	137 926	22 902	0	39 755	19 270	0	0	0	0	0
<i>Cotisations sociales de salariés</i>	78 700	78 700	67 384	30 383	11 000	0	26 001	11 316	0	0	0	0	0
<i>Autres cotisations sociales</i>	52 179	25 434	25 434	5 905	304	18 090	1 135	0	0	26 745	0	0	0
<i>Cotisations sociales imputées</i>	49 778	36 441	36 441	0	36 441	0	0	0	13 337	0	0	0	0
Impôts et taxes affectés	150 136	137 211	137 211	95 175	27 904	14 132	0	0	0	0	12 925	0	0
Contributions publiques	63 186	17 609	16 095	3 559	11 738	263	534	1 514	0	0	45 577	0	0
Transferts	195 610	109 294	106 036	36 277	42 213	9 013	18 534	3 258	0	0	8 355	19 511	58 450
Produits financiers	7 608	3 774	3 652	172	1 186	747	1 547	123	0	3 734	0	0	99
Autres recettes	15 814	4 846	4 721	2 737	663	341	980	125	0	8 890	1 164	530	384
Recettes du compte de capital	-2 746	-3 090	-2 747	-2 492	764	-507	-512	-343	0	0	0	0	344
SOLDE	-21 914	-21 706	-18 207	-22 839	4 786	278	-432	-3 499	0	1 194	0	0	-1 402

Note : les transferts internes ne sont pas consolidés.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

11 c Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes, en 2011

En millions d'euros

	Régimes d'assurance sociale												
	Régimes de la Sécurité sociale												
	Ensemble	Ensemble	Régime général	Autres régimes de salariés et fonds	Régimes de non-salariés	Régimes complémentaires	Régimes d'indemnisation du chômage	Régimes de prestations extra-légales d'employeurs	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	Régimes d'intervention sociale des ISBLSM	Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	
TOTAL DES EMPLOIS	873 189	671 424	632 872	342 669	157 342	41 522	91 340	38 552	13 258	35 055	70 203	21 036	62 214
Prestations de protection sociale	631 476	454 252	424 702	229 427	92 042	26 068	77 165	29 550	13 258	25 727	58 076	21 036	59 128
Prestations sociales en espèces	399 512	353 743	325 060	145 076	85 223	17 736	77 026	28 683	13 258	5 624	26 575	312	0
Prestations sociales en nature	231 964	100 509	99 642	84 351	6 820	8 332	139	867	0	20 103	31 500	20 724	59 128
Frais non financiers	27 903	20 838	16 838	10 219	2 032	1 903	2 683	4 000	0	6 839	0	0	226
Transferts	200 642	188 463	183 835	100 453	58 983	13 333	11 066	4 628	0	0	12 127	0	52
Frais financiers	6 538	4 323	4 199	129	4 001	32	37	124	0	1 726	0	0	489
Autres emplois	3 571	2 284	2 268	1 649	294	137	188	16	0	723	0	0	564
Emplois du compte de capital	3 059	1 264	1 030	792	-11	48	201	234	0	40	0	0	1 755
TOTAL DES RESSOURCES	863 157	660 953	624 086	326 601	165 566	41 341	90 577	36 867	13 258	36 950	70 203	21 036	60 758
Cotisations sociales	414 711	375 077	342 834	182 769	72 683	18 133	69 249	32 243	13 258	26 376	0	0	0
Cotisations sociales effectives	363 152	336 776	304 533	182 769	34 382	18 133	69 249	32 243	0	26 376	0	0	0
Cotisations sociales d'employeurs	230 049	230 049	209 665	145 808	22 678	0	41 179	20 384	0	0	0	0	0
Cotisations sociales de salariés	81 423	81 423	69 564	31 265	11 354	0	26 945	11 859	0	0	0	0	0
Autres cotisations sociales	51 680	25 304	25 304	5 696	350	18 133	1 125	0	0	26 376	0	0	0
Cotisations sociales imputées	51 559	38 301	38 301	0	38 301	0	0	0	13 258	0	0	0	0
Impôts et taxes affectés	162 909	149 706	149 706	98 550	36 030	15 126	0	0	0	0	13 203	0	0
Contributions publiques	65 258	18 234	16 616	2 840	13 080	230	466	1 618	0	0	47 025	0	0
Transferts	200 642	111 496	108 455	40 524	41 505	7 773	18 653	3 041	0	0	8 842	20 494	59 811
Produits financiers	7 542	4 129	4 012	81	1 460	801	1 670	116	0	3 335	0	0	78
Autres recettes	14 352	4 778	4 678	2 634	527	323	1 194	101	0	7 443	1 133	542	456
Recettes du compte de capital	-2 258	-2 467	-2 215	-797	281	-1 045	-654	-252	0	-204	0	0	413
SOLDE	-10 032	-10 471	-8 786	-16 067	8 224	-181	-762	-1 685	0	1 895	0	0	-1 456

Note : les transferts internes ne sont pas consolidés.
Sources : DREES-CPS, base 2010.

11 d Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes, en 2012

En millions d'euros

Ensemble des régimes	Régimes d'assurance sociale												
	Régimes de la Sécurité sociale												Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics
	Ensemble	Ensemble	Régime général	Autres régimes de salariés et fonds	Régimes de non-salariés	Régimes complémentaires	Régimes d'in demmission du chômage	Régimes de prestations extra-légales d'employeurs	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	Régimes d'intervention sociale des ISBLSM		
TOTAL DES EMPLOIS	904 665	693 857	653 179	353 749	161 955	43 005	94 469	40 678	13 744	38 199	73 094	21 705	64 067
Prestations de protection sociale	652 531	469 539	438 308	237 493	94 290	26 529	79 996	31 232	13 744	26 499	60 406	21 705	60 638
<i>Prestations sociales en espèces</i>	414 568	366 430	336 068	150 609	87 572	18 041	79 846	30 362	13 744	5 908	28 166	320	0
<i>Prestations sociales en nature</i>	237 963	103 109	102 240	86 884	6 718	8 488	150	870	0	20 591	32 240	21 385	60 638
Frais non financiers	29 030	21 549	17 484	10 610	2 073	2 032	2 768	4 065	0	7 269	0	0	212
Transferts	206 076	193 334	188 378	102 215	60 683	14 049	11 430	4 956	0	0	12 689	0	54
Frais financiers	8 471	5 220	5 031	17	4 927	24	63	189	0	2 598	0	0	653
Autres emplois	5 386	3 054	3 018	2 632	209	91	86	36	0	1 667	0	0	666
Emplois du compte de capital	3 172	1 161	961	782	-226	280	125	200	0	166	0	0	1 845
TOTAL DES RESSOURCES	893 064	683 479	645 486	341 278	168 433	43 032	92 742	37 993	13 744	38 717	73 094	21 705	62 326
Cotisations sociales	427 754	385 947	353 060	188 511	75 005	19 072	70 472	32 887	13 744	28 063	0	0	0
<i>Cotisations sociales effectives</i>	374 338	346 275	313 388	188 511	35 333	19 072	70 472	32 887	0	28 063	0	0	0
<i>Cotisations sociales d'employeurs</i>	235 332	235 332	214 363	149 291	23 249	0	41 823	20 969	0	0	0	0	0
<i>Cotisations sociales de salariés</i>	84 003	84 003	72 085	32 896	11 736	0	27 453	11 918	0	0	0	0	0
<i>Autres cotisations sociales</i>	55 003	26 940	26 940	6 324	348	19 072	1 196	0	0	28 063	0	0	0
<i>Cotisations sociales imputées</i>	53 416	39 672	39 672	0	39 672	0	0	0	13 744	0	0	0	0
Impôts et taxes affectés	172 485	158 430	158 430	105 766	37 510	15 154	0	0	0	0	14 055	0	0
Contributions publiques	67 142	18 621	16 703	2 614	13 278	393	417	1 919	0	0	48 521	0	0
Transferts	206 076	114 463	111 335	43 385	40 488	7 899	19 562	3 128	0	0	9 346	21 149	61 118
Produits financiers	8 097	4 676	4 508	430	1 463	822	1 793	168	0	3 352	0	0	69
Autres recettes	15 289	5 573	5 476	3 052	580	309	1 535	97	0	7 302	1 173	556	685
Recettes du compte de capital	-3 778	-4 232	-4 026	-2 481	108	-616	-1 037	-206	0	0	0	0	454
SOLDE	-11 601	-10 378	-7 693	-12 471	6 477	27	-1 727	-2 685	0	518	0	0	-1 741

Note : les transferts internes ne sont pas consolidés.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

11 e Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes, en 2013

En millions d'euros

	Régimes d'assurance sociale												
	Ensemble des régimes	Régimes de la Sécurité sociale											
		Ensemble	Ensemble	Régime général	Autres régimes de salariés et fonds	Régimes de non-salariés	Régimes complémentaires	Régimes d'indemnisation du chômage	Régimes de prestations extra-légales d'employeurs	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	Régimes d'intervention sociale des ISBLSM	Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics
TOTAL DES EMPLOIS	928 895	712 553	670 257	363 462	165 773	43 518	97 504	42 296	13 834	38 820	76 396	22 368	64 924
Prestations de protection sociale	672 000	482 919	450 398	244 250	96 659	26 855	82 634	32 520	13 834	27 388	63 090	22 368	62 401
Prestations sociales en espèces	427 508	377 413	345 695	155 089	89 902	18 219	82 485	31 718	13 834	6 281	29 652	327	0
Prestations sociales en nature	244 492	105 506	104 703	89 161	6 757	8 636	149	802	0	21 107	33 438	22 041	62 401
Frais non financiers	28 907	21 331	17 190	10 526	2 037	1 920	2 707	4 141	0	7 375	0	0	201
Transferts	213 377	200 016	194 769	105 248	62 870	14 765	11 887	5 247	0	0	13 306	0	55
Frais financiers	7 466	4 420	4 255	20	4 110	25	100	165	0	2 499	0	0	547
Autres emplois	4 938	2 979	2 917	2 422	308	114	74	62	0	1 276	0	0	684
Emplois du compte de capital	2 206	888	727	996	-212	-160	103	161	0	282	0	0	1 036
TOTAL DES RESSOURCES	920 960	704 911	666 339	352 146	174 363	44 536	95 294	38 572	13 834	39 777	76 396	22 368	63 675
Cotisations sociales	440 054	397 744	364 345	194 293	77 839	20 300	71 913	33 399	13 834	28 476	0	0	0
Cotisations sociales effectives	385 550	357 074	323 675	194 293	37 169	20 300	71 913	33 399	0	28 476	0	0	0
Cotisations sociales d'employeurs	240 645	240 645	219 288	152 271	24 398	0	42 619	21 357	0	0	0	0	0
Cotisations sociales de salariés	88 300	88 300	76 258	35 832	12 445	0	27 981	12 042	0	0	0	0	0
Autres cotisations sociales	56 605	28 129	28 129	6 190	326	20 300	1 313	0	0	28 476	0	0	0
Cotisations sociales imputées	54 504	40 670	40 670	0	40 670	0	0	0	13 834	0	0	0	0
Impôts et taxes affectés	178 001	162 570	162 570	108 290	38 690	15 590	0	0	0	0	15 431	0	0
Contributions publiques	68 836	18 615	16 831	2 599	13 460	327	445	1 784	0	0	50 221	0	0
Transferts	213 377	119 857	116 441	45 815	41 875	8 335	20 416	3 416	0	0	9 595	21 800	62 126
Produits financiers	7 481	4 087	3 928	240	1 363	830	1 496	159	0	3 308	0	0	86
Autres recettes	16 644	5 939	5 775	3 523	533	365	1 353	164	0	8 103	1 149	568	885
Recettes du compte de capital	-3 433	-3 901	-3 551	-2 613	602	-1 211	-329	-350	0	-110	0	0	578
SOLDE	-7 935	-7 642	-3 918	-11 315	8 590	1 018	-2 210	-3 724	0	957	0	0	-1 250

Note : les transferts internes ne sont pas consolidés.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

12. Prestations de protection sociale par type de risques et type de régimes, de 2009 à 2013

12 a Prestations de protection sociale par type de risques et type de régimes, en 2009

En millions d'euros

Ensemble des régimes	Régimes d'assurance sociale												
	Ensemble	Régimes de la Sécurité sociale						Régimes d'indemnisation du chômage	Régimes de prestations extra-légales d'employeurs	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	Régimes d'intervention sociale des ISBLSM	Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics
		Ensemble	Régime général	Autres régimes de salariés et fonds	Régimes de non-salariés	Régimes complémentaires							
TOTAL DES PRESTATIONS	593 736	425 292	397 684	214 938	86 460	25 070	71 215	27 608	12 915	24 127	55 317	19 278	56 807
SANTÉ	208 345	104 486	104 486	84 612	11 239	8 249	387	0	4 610	20 649	11 011	13 188	54 401
<i>Maladie</i>	165 518	87 357	87 357	72 492	6 710	8 155	0	0	3 465	19 093	1 633	0	53 970
<i>Invalidité</i>	30 577	7 425	7 425	5 102	1 927	15	381	0	62	1 352	8 551	13 188	0
<i>Accidents du travail</i>	12 250	9 704	9 704	7 018	2 602	79	5	0	1 083	204	827	0	431
VIEILLESSE-SURVIE	267 508	253 283	253 279	91 746	74 118	16 586	70 829	4	1 719	3 424	9 082	0	0
<i>Vieillesse</i>	233 348	221 260	221 260	82 261	64 882	13 845	60 272	0	1 719	2 037	8 331	0	0
<i>Survie</i>	34 160	32 022	32 018	9 485	9 236	2 740	10 557	4	0	1 387	751	0	0
MATERNITÉ-FAMILLE	52 532	34 806	34 806	34 419	171	216	0	0	3 361	20	8 128	3 811	2 406
<i>Maternité</i>	7 245	4 825	4 825	4 482	127	216	0	0	0	14	0	0	2 406
<i>Famille</i>	45 288	29 981	29 981	29 937	43	0	0	0	3 361	7	8 128	3 811	0
EMPLOI	35 816	28 241	638	0	638	0	0	27 604	3 173	34	4 322	46	0
<i>Insertion et réinsertion professionnelle</i>	3 091	2 062	13	0	13	0	0	2 049	0	0	983	46	0
<i>Chômage</i>	32 725	26 180	625	0	625	0	0	25 554	3 173	34	3 338	0	0
LOGEMENT	16 004	4 456	4 456	4 162	295	0	0	0	5	0	11 542	0	0
PAUVRETÉ-EXCLUSION SOCIALE	13 530	19	19	0	0	19	0	0	46	0	11 231	2 233	0

Sources : DREES-CPS, base 2010.

12 b Prestations de protection sociale par type de risques et type de régimes, en 2010

En millions d'euros

	Régimes d'assurance sociale													
	Ensemble des régimes	Régimes de la Sécurité sociale												
		Ensemble	Ensemble	Régime général		Autres régimes de salariés et fonds	Régimes de non-salariés	Régimes complémentaires	Régimes d'indemnisation du chômage	Régimes de prestations extra-légales d'employeurs	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	Régimes d'intervention sociale des ISBLSM	Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics
				Régime général	Autres régimes de salariés et fonds									
TOTAL DES PRESTATIONS	613 250	440 198	410 420	222 029	88 538	25 491	74 362	29 778	13 337	25 050	56 798	20 041	57 826	
SANTÉ	214 282	107 127	107 127	87 048	11 300	8 393	386	0	4 760	21 439	11 929	13 689	55 338	
<i>Maladie</i>	169 979	89 982	89 982	74 898	6 778	8 306	0	0	3 578	19 826	1 716	0	54 877	
<i>Invalidité</i>	31 903	7 305	7 305	4 985	1 928	8	385	0	63	1 402	9 443	13 689	0	
<i>Accidents du travail</i>	12 400	9 840	9 840	7 165	2 594	80	1	0	1 118	212	770	0	460	
VIEILLESSE-SURVIE	277 141	262 490	262 485	95 605	76 078	16 826	73 975	5	1 773	3 554	9 325	0	0	
<i>Vieillesse</i>	241 974	229 477	229 477	85 701	66 755	14 031	62 991	0	1 773	2 115	8 609	0	0	
<i>Survie</i>	35 167	33 013	33 008	9 905	9 323	2 795	10 985	5	0	1 439	716	0	0	
MATERNITÉ-FAMILLE	52 957	35 546	35 546	35 145	166	235	0	0	3 473	21	7 474	3 954	2 489	
<i>Maternité</i>	7 843	5 340	5 340	4 979	126	235	0	0	0	14	0	0	2 489	
<i>Famille</i>	45 113	30 205	30 205	30 165	40	0	0	0	3 473	7	7 474	3 954	0	
EMPLOI	37 979	30 490	717	0	717	0	0	29 773	3 280	35	4 127	47	0	
<i>Insertion et réinsertion professionnelle</i>	3 444	2 438	16	0	16	0	0	2 421	0	0	959	47	0	
<i>Chômage</i>	34 536	28 052	701	0	701	0	0	27 352	3 280	35	3 168	0	0	
LOGEMENT	16 344	4 507	4 507	4 231	276	0	0	0	5	0	11 832	0	0	
PAUVRETÉ-EXCLUSION SOCIALE	14 546	37	37	0	0	37	0	0	47	0	12 111	2 351	0	

Sources : DREES-CPS, base 2010.

12 c Prestations de protection sociale par type de risques et type de régimes, en 2011

En millions d'euros

	Régimes d'assurance sociale												
	Ensemble des régimes	Régimes de la Sécurité sociale							Régimes de prestations extra-légales d'employeurs	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	Régimes d'intervention sociale des ISL/SM	Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics
		Ensemble	Ensemble	Régime général	Autres régimes de salariés et fonds	Régimes de non-salariés	Régimes complémentaires	Régimes d'indemnisation du chômage					
TOTAL DES PRESTATIONS	631 476	454 252	424 702	229 427	92 042	26 068	77 165	29 550	13 258	25 727	58 076	21 036	59 128
SANTÉ	220 431	109 830	109 830	89 496	11 273	8 628	433	0	4 706	22 200	12 492	14 410	56 793
<i>Maladie</i>	174 238	92 197	92 197	76 888	6 772	8 537	0	0	3 536	20 484	1 617	0	56 404
<i>Invalidité</i>	33 764	7 655	7 655	5 241	1 974	9	431	0	66	1 489	10 144	14 410	0
<i>Accidents du travail</i>	12 429	9 977	9 977	7 367	2 527	82	1	0	1 105	228	731	0	389
VIEILLESSE-SURVIE	288 344	273 684	273 679	100 099	79 680	17 169	76 732	5	1 755	3 471	9 433	0	0
<i>Vieillesse</i>	252 290	239 784	239 784	89 864	70 158	14 356	65 407	0	1 755	2 002	8 750	0	0
<i>Survie</i>	36 054	33 900	33 895	10 235	9 522	2 813	11 325	5	0	1 470	684	0	0
MATERNITÉ-FAMILLE	53 468	35 961	35 961	35 543	161	257	0	0	3 502	22	7 534	4 115	2 335
<i>Maternité</i>	7 680	5 330	5 330	4 951	122	257	0	0	0	15	0	0	2 335
<i>Famille</i>	45 788	30 631	30 631	30 591	39	0	0	0	3 502	7	7 534	4 115	0
EMPLOI	37 336	30 228	683	0	683	0	0	29 545	3 243	33	3 783	48	0
<i>Insertion et réinsertion professionnelle</i>	3 400	2 453	10	0	10	0	0	2 444	0	0	899	48	0
<i>Chômage</i>	33 936	27 775	674	0	674	0	0	27 101	3 243	33	2 884	0	0
LOGEMENT	16 676	4 534	4 534	4 289	245	0	0	0	6	0	12 136	0	0
PAUVRETÉ-EXCLUSION SOCIALE	15 221	15	15	0	0	15	0	0	46	0	12 697	2 463	0

Sources : DREES-CPS, base 2010.

12 d Prestations de protection sociale par type de risques et type de régimes, en 2012

En millions d'euros

	Régimes d'assurance sociale													
	Ensemble des régimes	Ensemble	Régimes de la Sécurité sociale						Régimes d'indemnisation du chômage	Régimes de prestations extra-légales d'employeurs	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	Régimes d'intervention sociale des ISBLSM	Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics
			Ensemble	Régime général	Autres régimes de salariés et fonds	Régimes de non-salariés	Régimes complémentaires							
TOTAL DES PRESTATIONS	652 531	469 539	438 308	237 493	94 290	26 529	79 996	31 232	13 744	26 499	60 406	21 705	60 638	
SANTÉ	226 791	112 617	112 617	92 914	10 485	8 786	431	0	4 901	22 941	13 225	14 847	58 260	
<i>Maladie</i>	178 719	94 475	94 475	79 039	6 744	8 693	0	0	3 687	21 193	1 573	0	57 792	
<i>Invalidité</i>	35 696	8 239	8 239	5 769	2 032	9	430	0	62	1 581	10 966	14 847	0	
<i>Accidents du travail</i>	12 376	9 903	9 903	8 107	1 710	85	1	0	1 152	167	687	0	467	
VIEILLESSE-SURVIE	298 373	283 409	283 404	103 697	82 716	17 427	79 565	5	1 831	3 497	9 636	0	0	
<i>Vieillesse</i>	261 472	248 596	248 596	93 160	72 992	14 593	67 851	0	1 831	2 049	8 996	0	0	
<i>Survie</i>	36 901	34 813	34 808	10 536	9 724	2 834	11 714	5	0	1 448	640	0	0	
MATERNITÉ-FAMILLE	55 124	37 012	37 012	36 599	138	275	0	0	3 576	17	7 860	4 280	2 379	
<i>Maternité</i>	7 770	5 381	5 381	5 007	99	275	0	0	0	11	0	0	2 379	
<i>Famille</i>	47 353	31 631	31 631	31 591	40	0	0	0	3 576	6	7 860	4 280	0	
EMPLOI	39 411	31 950	723	0	723	0	0	31 227	3 385	44	3 983	49	0	
<i>Insertion et réinsertion professionnelle</i>	3 465	2 367	6	0	6	0	0	2 361	0	0	1 049	49	0	
<i>Chômage</i>	35 946	29 583	717	0	717	0	0	28 866	3 385	44	2 935	0	0	
LOGEMENT	17 045	4 511	4 511	4 283	228	0	0	0	5	0	12 529	0	0	
PAUVRETÉ-EXCLUSION SOCIALE	15 788	41	41	0	0	41	0	0	46	0	13 171	2 529	0	

Sources : DREES-CPS, base 2010.

12 e Prestations de protection sociale par type de risques et type de régimes, en 2013

En millions d'euros

	Régimes d'assurance sociale												
	Ensemble des régimes	Régimes de la Sécurité sociale							Régimes de prestations extra-légales d'employeurs	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	Régimes d'intervention sociale des ISL/SM	Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics
		Ensemble	Ensemble	Régime général	Autres régimes de salariés et fonds	Régimes de non-salariés	Régimes complémentaires	Régimes d'indemnisation du chômage					
TOTAL DES PRESTATIONS	672 000	482 919	450 398	244 250	96 659	26 855	82 634	32 520	13 834	27 388	63 090	22 368	62 401
SANTÉ	232 797	115 190	115 190	95 109	10 674	8 961	447	0	4 929	23 559	13 886	15 312	59 921
<i>Maladie</i>	183 631	96 758	96 758	81 070	6 823	8 865	0	0	3 701	21 786	1 820	0	59 566
<i>Invalidité</i>	36 960	8 519	8 519	5 997	2 069	9	445	0	72	1 635	11 422	15 312	0
<i>Accidents du travail</i>	12 207	9 914	9 914	8 042	1 782	87	2	0	1 157	138	644	0	355
VIEILLESSE-SURVIE	307 541	292 249	292 245	107 605	84 894	17 559	82 188	4	1 835	3 781	9 675	0	0
<i>Vieillesse</i>	269 973	256 822	256 822	96 807	75 071	14 752	70 193	0	1 835	2 240	9 075	0	0
<i>Survie</i>	37 568	35 427	35 422	10 798	9 823	2 807	11 995	4	0	1 541	600	0	0
MATERNITÉ-FAMILLE	56 269	37 581	37 581	37 140	145	295	0	0	3 618	9	8 229	4 352	2 480
<i>Maternité</i>	7 888	5 405	5 405	5 006	104	295	0	0	0	3	0	0	2 480
<i>Famille</i>	48 381	32 175	32 175	32 134	41	0	0	0	3 618	7	8 229	4 352	0
EMPLOI	40 913	33 252	736	0	736	0	0	32 516	3 401	39	4 172	50	0
<i>Insertion et réinsertion professionnelle</i>	3 352	2 224	3	0	3	0	0	2 220	0	0	1 078	50	0
<i>Chômage</i>	37 561	31 028	732	0	732	0	0	30 296	3 401	39	3 094	0	0
LOGEMENT	17 656	4 607	4 607	4 396	211	0	0	0	5	0	13 045	0	0
PAUVRETÉ-EXCLUSION SOCIALE	16 824	40	40	0	0	40	0	0	46	0	14 084	2 654	0

Sources : DREES-CPS, base 2010.

13. Ventilation détaillée par risque des prestations de protection sociale, de 2009 à 2013

En millions d'euros

Prestation	2009	2010	2011	2012	2013 semi-définitif
PRESTATIONS DE PROTECTION SOCIALE	593 736	613 250	631 476	652 531	672 000
SANTÉ	208 345	214 282	220 431	226 791	232 797
MALADIE	165 518	169 979	174 238	178 719	183 631
Remplacement de revenu temporaire	8 084	8 447	8 662	8 854	9 037
Indemnités journalières	6 354	6 672	6 806	6 786	6 813
Congés maladie de longue durée des agents de l'Etat	252	242	240	247	249
Maintien de salaire / complément d'IJ des mutuelles et institutions de prévoyance	1 477	1 532	1 616	1 821	1 975
Soins de santé maladie pris en charge par l'assurance maladie et l'Etat	126 474	129 079	132 303	135 567	139 288
Soins de ville	60 558	61 886	63 383	64 738	66 247
Prestations de soins du secteur public hospitalier	52 845	53 964	55 462	56 822	58 578
Prestations de soins en USLD du secteur public hospitalier	1 124	914	942	970	988
Transferts aux hôpitaux militaires	396	429	435	489	486
Soins en clinique privée	11 551	11 887	12 082	12 548	12 989
Soins de santé complémentaires	19 015	19 722	20 292	20 829	21 483
Prestations maladie prises en charge par le Fonds CMU	1 173	1 218	1 198	1 226	1 440
Remboursements de soins des mutuelles et institutions de prévoyance	17 615	18 293	18 868	19 372	19 810
Remboursements de soins de la CAMIEG	227	212	227	231	233
Prestations médico-sociales (hors personnes handicapées)	7 671	8 385	8 768	9 123	9 505
Médico-social - Personnes âgées (EHPA et EHPAD)	5 939	6 556	6 845	7 109	7 393
Médico-social - Personnes âgées (SSIAD)	1 268	1 290	1 352	1 435	1 493
Prestations médico-sociales diverses (alcoologie, toxicomanie...)	411	475	527	538	578
Autres prestations médico-sociales	52	66	45	41	41
Autres prestations santé	4 274	4 345	4 213	4 345	4 318
INVALIDITÉ	30 577	31 903	33 764	35 696	36 960
Remplacement de revenu (pensions et rentes)	7 692	7 790	8 125	8 749	9 018
Allocations temporaires d'invalidité	55	55	57	60	60
Pensions d'invalidité (y compris majorations enfant et tierce personne)	6 311	6 377	6 649	7 192	7 420
Rentes d'invalidité des mutuelles et institutions de prévoyance (y compris majorations enfant et tierce personne)	1 155	1 198	1 274	1 363	1 414
Allocation temporaire d'invalidité (fonction publique)	7	7	6	6	6
Pensions militaires d'invalidité - victimes civiles	164	153	140	128	117
Autres prestations de ressources	7 395	7 830	8 419	9 217	9 663
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	5 965	6 446	7 020	7 779	8 178
Garantie de ressources aux personnes handicapées (GRTH)	1 174	1 158	1 162	1 204	1 249
Allocation supplémentaire d'invalidité	256	226	237	234	236
Prestations de compensation du handicap	1 974	2 162	2 275	2 412	2 479
Prestation de compensation du handicap (PCH) moins de 60 ans	724	906	1 033	1 127	1 204
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) moins de 60 ans	414	417	394	370	345
Allocation journalière de présence parentale (AJPP)	50	52	57	61	64
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	669	680	714	775	782
Allocation d'éducation spéciale (AES)	1	1	1	1	1
Autres allocations liées au handicap	115	106	76	77	83
Accueil et hébergement des personnes handicapées (y compris prestations médico-sociales)	11 549	12 120	12 830	13 228	13 638
Aide par le travail (ESAT)	1 648	1 677	1 696	1 717	1 744
Autres prestations invalidité (y compris mutuelles et institutions de prévoyance)	319	324	417	373	418

Prestation	2009	2010	2011	2012	2013 semi-définitif
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	12 250	12 400	12 429	12 376	12 207
Remplacement de revenu temporaire	2 744	2 859	3 001	2 964	2 899
Indemnités journalières AT-MP	2 540	2 648	2 773	2 798	2 761
Maintien de salaire / complément d'IJ des mutuelles et institutions de prévoyance	204	212	228	167	138
Remplacement de revenu définitif	7 150	7 124	7 092	6 968	6 978
Rentes AT-MP	4 953	4 991	5 063	5 230	5 249
Pensions militaires d'invalidité - victimes militaires	811	767	728	685	641
Pensions d'invalidité diverses, suite à accident	124	101	101	96	94
Prestations du FCAATA	903	879	847	0	0
Indemnisations du FIVA	359	386	353	387	469
Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)	0	0	0	569	525
Soins de santé AT-MP	1 190	1 224	1 166	1 234	1 113
Soins de ville	633	633	643	630	627
Prestations de soins du secteur public hospitalier	431	460	389	467	355
Transferts aux hôpitaux militaires	11	12	11	13	12
Soins en clinique privée	115	119	123	123	119
Autres prestations AT-MP	1 165	1 192	1 171	1 210	1 217
VIEILLESSE-SURVIE	267 508	277 141	288 344	298 373	307 541
VIEILLESSE	233 348	241 974	252 290	261 472	269 973
Pensions vieillesse	219 568	227 851	237 987	246 711	255 231
Pensions normales	133 540	138 720	145 939	152 205	158 024
Pensions d'incapacité	9 088	9 067	9 112	8 892	8 745
Pensions d'invalidité (y compris ATI définitive aux retraités et rentes viagère d'invalidité après 60 ans)	8 096	8 366	8 650	8 773	8 977
Retraites du combattant	737	749	755	759	771
Indemnités temporaires de la Fonction publique	143	143	145	146	145
Pensions de vieillesse complémentaires obligatoires	60 038	62 767	65 183	67 625	69 972
Pensions de vieillesse complémentaires facultatives	1 478	1 535	1 507	1 469	1 638
Majorations sur pensions de base - enfant	5 682	5 742	5 949	6 119	6 262
Majorations sur pensions de base - tierce personne	340	347	353	350	347
Majorations sur pensions de base - conjoint à charge	306	287	268	248	227
Majorations sur pensions de base - assurés handicapés	1	1	2	4	5
Majorations sur pensions de base - autres	37	39	42	45	47
Autres pensions vieillesse	83	88	82	77	70
Minimum vieillesse	2 704	2 812	2 900	2 963	2 971
Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)	447	628	791	928	1 064
Majorations L814-2 ancien	606	572	540	512	479
Majorations L815-2 ancien (allocation supplémentaire)	1 442	1 417	1 387	1 357	1 275
Allocations spéciales	176	164	153	140	128
Autres composantes du minimum vieillesse nca	33	31	28	27	25
Indemnités de départ à la retraite (mutuelles et institutions de prévoyance...)	549	565	481	548	563
Prestations liées à la dépendance	7 487	7 761	7 888	8 133	8 210
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) plus de 60 ans	110	123	128	135	139
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	5 058	5 196	5 277	5 423	5 439
Prestation de compensation du handicap (PCH) plus de 60 ans	126	190	230	278	312
Prestations dépendance des mutuelles et institutions de prévoyance	35	36	33	32	39
Hébergement des personnes âgées dépendantes	2 158	2 216	2 221	2 266	2 281
Autres prestations vieillesse	3 041	2 985	3 035	3 117	2 997

Prestation	2009	2010	2011	2012	2013 semi-définitif
SURVIE	34 160	35 167	36 054	36 901	37 568
Pensions de droit dérivé	32 173	33 134	34 003	34 928	35 526
Pensions de réversion sans conditions de ressources	8 812	8 145	8 226	8 311	8 297
Pensions de réversion avec conditions de ressources	5 750	6 679	7 011	7 314	7 581
Pensions d'accidents du travail (ayants droit)	34	35	35	36	36
Pensions d'invalidité (ayants droit)	562	570	585	649	659
Pensions militaires d'invalidité (ayants droit)	750	715	683	639	599
Pensions de conjoint survivant, d'orphelins, d'ascendants au titre des retraites et de l'invalidité (y compris mutuelles et institutions de prévoyance)	4 874	4 953	5 063	5 168	5 263
Autres droits dérivés	119	118	112	111	107
Majorations sur pensions de réversion de base	889	1 105	1 132	1 154	1 165
Indemnités temporaires de la Fonction publique (ayants cause)	9	9	9	9	9
Pensions complémentaires obligatoires	10 374	10 807	11 147	11 538	11 810
Minimum vieillesse	280	273	268	258	244
Autres prestations survie	1 707	1 760	1 783	1 714	1 798
MATERNITÉ-FAMILLE	52 532	52 957	53 468	55 124	56 269
MATERNITÉ	7 245	7 843	7 680	7 770	7 888
Remplacement de revenu temporaire	3 084	3 212	3 218	3 255	3 257
Indemnités journalières	2 828	2 952	2 952	2 996	3 005
Congés de naissance	243	246	251	248	249
Maintien de salaire / complément d'U des mutuelles et institutions de prévoyance	14	14	15	11	3
Soins de santé maternité	3 505	3 970	3 808	3 864	3 974
Soins de ville	576	943	945	963	998
Prestations de soins du secteur public hospitalier	2 406	2 489	2 335	2 379	2 480
Transferts aux hôpitaux militaires	2	2	2	2	2
Soins en clinique privée	522	536	527	521	493
Allocations liées à la maternité	649	654	649	646	653
Paje - Prime de naissance	648	654	649	646	653
Autres prestations maternité	7	7	5	5	5
FAMILLE	45 288	45 113	45 788	47 353	48 381
Prestations en faveur de la famille	20 217	19 721	19 689	20 026	20 345
Allocations familiales (AF)	12 533	12 402	12 438	12 712	12 988
Complément familial (CF)	1 627	1 635	1 649	1 660	1 682
Allocation de soutien familial (ASF)	1 255	1 254	1 266	1 289	1 302
Allocation de parent isolé (API)	544	147	0	0	0
Paje - Prime d'adoption	4	5	4	3	2
Paje - Base	4 207	4 232	4 275	4 305	4 314
Paje - Allocation d'adoption	16	16	15	13	11
Allocation différentielle	17	18	31	34	34
Allocation jeune enfant "longue" (APJE longue)	7	5	5	4	4
Prestations nuptialité/natalité versées par les mutuelles et institutions de prévoyance	7	7	7	6	7
Prestations liées à la scolarité	2 813	2 317	2 329	2 745	2 809
Allocation de rentrée scolaire (ARS)	1 494	1 491	1 488	1 878	1 918
Bourses d'études hors enseignement supérieur	849	815	833	858	887
Prime exceptionnelle de rentrée scolaire	463	0	0	0	0
Autres prestations liées à l'éducation nca	6	11	9	9	4
Prestations liées à la garde d'enfants	11 657	12 101	12 582	13 100	13 533
Allocation de garde d'enfant à domicile (AGED)	7	0	0	0	0
Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle (AFEAMA)	43	0	0	0	0
Paje - CLCA et COLCA	2 252	2 176	2 113	2 069	2 026
Paje - Assistante maternelle	4 557	4 933	5 244	5 488	5 659
Paje - Employée à domicile	335	369	391	401	408
Accueil des jeunes enfants	4 463	4 622	4 833	5 142	5 441

Prestation	2009	2010	2011	2012	2013 semi-définitif
Aide sociale à l'enfance (ASE)	5 989	6 226	6 385	6 648	6 818
Prestations d'hébergement et d'accueil	4 609	4 772	4 902	5 087	5 217
AED/AEMO	363	371	380	393	403
Prévention spécialisée	236	242	239	243	249
Dépenses diverses liées à l'ASE (bourses, subventions, frais de placement...)	781	842	864	925	948
Complément de rémunération	2 449	2 543	2 575	2 613	2 655
Supplément familial de traitement et supplément familial de solde	1 840	1 884	1 901	1 929	1 963
Majorations familiales	609	659	674	684	692
Autres prestations famille	2 164	2 206	2 226	2 221	2 220
EMPLOI	35 816	37 979	37 336	39 411	40 913
INSERTION ET REINSERTION PROFESSIONNELLE	3 091	3 444	3 400	3 465	3 352
Formation professionnelle	1 709	1 861	1 898	2 026	2 050
Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) - Formation	948	1 045	1 061	1 060	1 056
Stages de formation professionnelle des régions	723	779	795	910	960
Autres dépenses de formation	38	37	41	56	35
Insertion professionnelle	1 324	1 525	1 447	1 362	1 224
Aide à la création et à la reprise d'entreprise	690	991	979	844	736
Bourses et subventions diverses	52	53	54	54	56
Insertion professionnelle des jeunes	163	79	1	0	0
Autres prestations liées à l'insertion professionnelle	420	402	413	463	432
Insertion et réinsertion professionnelle nca	58	58	56	76	77
CHÔMAGE	32 725	34 536	33 936	35 946	37 561
Allocation chômage	29 103	30 862	30 285	32 154	33 796
Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE)	24 082	25 407	25 583	27 047	28 156
Allocation spécifique de reclassement (ASR)	1 127	1 553	1 182	289	3
Aide aux chômeurs âgés (ACA)	48	21	8	4	2
Prestations du Fonds de solidarité	2 730	2 533	2 345	2 454	2 606
Dépenses de placement de Pôle Emploi	442	511	384	347	298
Aides de Pôle Emploi et de l'Unédic	140	187	205	180	192
Prestations chômage versées par les mutuelles et institutions de prévoyance	7	7	6	6	6
Allocation de sécurisation professionnelle (ASP)	0	0	61	1 320	1 984
Prime de Noël des bénéficiaires de l'ASS, l'AER et l'ATS (comptabilisée dans les prestations du Fonds de solidarité avant 2013)	0	0	0	0	82
Prestations de chômage partiel	348	352	97	135	130
Fonds d'investissement social	177	289	0	0	0
Autres prestations chômage nca	3	3	413	372	337
Prétraitements	622	578	588	598	562
Autres prestations chômage	3 000	3 096	3 062	3 193	3 203
LOGEMENT	16 004	16 344	16 676	17 045	17 656
Allocation de logement à caractère familial (ALF)	4 084	4 149	4 205	4 255	4 367
Aide personnalisée au logement (APL)	6 720	6 873	7 173	7 426	7 767
Allocation de logement à caractère social (ALS)	4 821	4 957	4 961	5 102	5 276
Autres prestations logement	380	365	338	263	246
PAUVRETÉ-EXCLUSION SOCIALE	13 530	14 546	15 221	15 788	16 824
Revenu minimum d'insertion (RMI)	3 316	747	19	0	3
Revenu de solidarité active (RSA)	5 075	8 541	9 883	10 378	11 236
RSA socle	3 343	6 820	7 970	8 416	9 152
RSA activité	849	1 343	1 550	1 578	1 684
Prime de solidarité active (avril 2009) et primes de Noël	883	379	363	384	400
Autres prestations pauvreté-exclusion (CCAS, hébergement...)	5 139	5 258	5 319	5 410	5 585

Sources : DREES-CPS, base 2010.

14. Ventilation détaillée par régime des prestations de protection sociale, de 2009 à 2013

En millions d'euros

Régime	2009	2010	2011	2012	2013 semi-définitif
TOUS RÉGIMES	593 736	613 250	631 476	652 531	672 000
RÉGIMES D'ASSURANCE SOCIALE	425 292	440 198	454 252	469 539	482 919
RÉGIMES GÉNÉRAUX	244 523	253 791	260 937	269 894	278 013
RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	214 938	222 029	229 427	237 493	244 250
CNAMTS - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	87 401	90 309	92 664	96 067	98 254
CNAF - Caisse nationale des allocations familiales	35 474	35 790	36 310	37 365	38 038
CNAVTS - Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés	91 573	95 431	99 924	103 527	107 430
Autres organismes	490	498	529	533	527
RÉGIMES D'INDEMNISATION DU CHÔMAGE	27 608	29 778	29 550	31 232	32 520
UNEDIC - Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce	26 716	28 806	28 683	30 362	31 718
Pôle Emploi	892	972	867	870	802
FONDS SPÉCIAUX	1 977	1 984	1 960	1 170	1 242
SASPA - Service de l'allocation spéciale aux personnes âgées	525	549	578	578	576
FCAT - Fonds commun des accidents du travail	32	28	25	22	19
FCATA - Fonds commun des accidents du travail agricoles	89	84	81	78	73
FCAATA - Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	903	879	847	0	0
FIVA - Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	359	386	353	387	469
ONIAM - Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales	69	58	76	105	105
RÉGIMES PARTICULIERS DE SALARIÉS	150 599	155 498	161 498	167 053	171 653
RÉGIMES DIRECTS D'EMPLOYEURS	46 919	48 148	50 559	52 467	53 912
Agents de l'État et FSPOEIE	45 261	46 726	48 782	50 580	51 913
Agents des grandes entreprises publiques	1 658	1 422	1 778	1 886	1 999
RÉGIME DES SALARIÉS AGRICOLES	8 398	8 400	8 471	8 494	8 463
Régime des salariés agricoles (Mutualité sociale agricole)	8 398	8 400	8 471	8 494	8 463
AUTRES RÉGIMES PARTICULIERS DE SALARIÉS	29 166	30 006	31 051	32 159	33 042
CANSSM - Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines	2 984	2 937	2 889	2 848	2 790
ENIM - Établissement national des invalides de la marine	1 387	1 381	1 399	1 424	1 496
CRPCEN - Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires	879	905	937	967	996
CI BTP - Union des caisses de France Congés intempéries BTP	106	147	97	135	130
CNMSS - Caisse nationale militaire de Sécurité sociale	1 290	1 330	1 334	1 354	1 360
CNRACL - Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	13 198	13 919	14 974	15 906	16 687
CRP-SNCF - Caisse de prévoyance de la SNCF	6 159	6 220	6 239	6 303	6 356
ANGR / ANGDM - Salariés des charbonnages de France	736	691	613	570	526
Banque de France	406	414	427	440	449
SEITA - Régime de retraite d'Altadis (ex-Seita)	157	159	164	168	170
Caisses de retraite du personnel des théâtres nationaux (Opéra et Comédie française)	26	27	28	28	29
CCIP - Régimes spéciaux de retraite et de maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris	13	14	14	12	0
Fonds Routiers	209	212	240	251	258
CAVIMAC - Caisse d'assurance vieillesse, invalidité, maladie des cultes	376	383	367	365	366
Régimes divers gérés par la caisse des dépôts et consignations*	7	21	20	15	13
ATIAACL - Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales	134	138	142	150	155

Régime	2009	2010	2011	2012	2013 semi-définitif
CAMIEG - Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières	227	212	227	231	233
CRP RATP - Caisse de retraites du personnel de la régie autonome des transports parisiens	871	896	940	992	1 027
RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES DE SALARIÉS	66 116	68 945	71 416	73 934	76 236
AGIRC - Association générale des institutions de retraite des cadres	21 529	22 449	23 025	23 803	24 369
ARRCO - Association des régimes de retraite complémentaire	41 658	43 480	45 205	46 921	48 471
IRCANTEC - Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques	1 930	2 040	2 181	2 192	2 317
RAFP - Régime additionnel de la fonction publique	166	217	224	211	275
CRPNPAC - Caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile	483	489	501	523	536
RETREP - REGREP - Régime temporaire de retraites des enseignants du privé	276	270	280	284	268
CRAF - Caisse de retraite du personnel d'Air France	75	0	0	0	0
RÉGIMES DE NON-SALARIÉS	30 170	30 908	31 817	32 591	33 253
RÉGIME DES EXPLOITANTS AGRICOLES	13 213	13 214	13 309	13 271	13 210
Régime des exploitants agricoles (Mutualité sociale agricole)	13 213	13 214	13 309	13 271	13 210
RÉGIMES DES NON-SALARIÉS NON AGRICOLES	11 857	12 277	12 760	13 259	13 645
CNAVPL - Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales	898	974	1 053	1 149	1 248
CNBF - Caisse nationale des barreaux français	85	95	105	120	123
RSI - Régime social des indépendants	10 874	11 208	11 602	11 990	12 274
RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES DES NON-SALARIÉS	5 099	5 417	5 748	6 062	6 398
MSA complémentaire	513	535	542	553	565
RSI complémentaire	1 548	1 647	1 742	1 824	1 906
CNBF complémentaire	124	142	194	179	185
CNAVPL complémentaire	2 914	3 092	3 271	3 507	3 741
RÉGIMES DES PRESTATIONS EXTRA-LÉGALES D'EMPLOYEURS	12 915	13 337	13 258	13 744	13 834
Prestations extra-légales versées aux agents de l'État	1 035	1 029	1 026	1 026	1 031
Prestations extra-légales versées aux agents des organismes divers d'administration centrale	234	265	280	289	300
Prestations extra-légales versées aux agents des collectivités locales	707	722	731	757	777
Prestations extra-légales versées aux agents des organismes de Sécurité sociale	195	193	196	199	198
Prestations extra-légales versées aux agents des organismes divers de Sécurité sociale (hôpitaux notamment)	625	687	698	704	723
Prestations extra-légales versées aux salariés des entreprises non financières	9 282	9 598	9 466	9 868	9 919
Prestations extra-légales versées aux salariés des entreprises financières (banques et assurances)	837	844	860	901	885
RÉGIMES DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES	24 127	25 050	25 727	26 499	27 388
Groupements mutualistes	15 710	16 322	16 487	16 909	17 141
Institutions de prévoyance	8 417	8 728	9 240	9 590	10 247
RÉGIMES D'INTERVENTION SOCIALE DES POUVOIRS PUBLICS	55 317	56 798	58 076	60 406	63 090
Régime d'intervention sociale de l'État	25 317	25 264	25 781	26 811	27 728
Régime d'intervention sociale des organismes divers d'administration centrale (ODAC)**	5 150	4 986	4 804	4 917	5 324
Régime d'intervention sociale des communes	5 645	5 808	6 053	6 362	6 719
Régime d'intervention sociale des départements	18 186	19 647	20 331	21 068	22 011
Régime d'intervention sociale des régions	1 020	1 093	1 106	1 248	1 308
RÉGIME D'INTERVENTION SOCIALE DES ISBLSM	19 278	20 041	21 036	21 705	22 368
Régime d'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages	19 278	20 041	21 036	21 705	22 368
RÉGIME D'INTERVENTION SOCIALE DES HÔPITAUX PUBLICS	56 807	57 826	59 128	60 638	62 401
Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	56 807	57 826	59 128	60 638	62 401

* Cf. glossaire pour la liste des régimes.

** La liste des ODAC est définie dans l'annexe 1.

Sources : DREES-CPS, base 2010.

L'ouvrage *La protection sociale en France et en Europe en 2013 – édition 2015* présente les principaux résultats des comptes de la protection sociale en France en 2013, dernière année disponible, et analyse les évolutions récentes des dépenses sociales en Europe. En France, les recettes de la protection sociale progressent plus rapidement que ses dépenses en 2013. De ce fait, le déficit de la protection sociale se résorbe : il s'élève à 7,9 milliards d'euros en 2013, soit 0,4 % du PIB, contre 11,6 milliards en 2012. Ce rapport propose, en outre, plusieurs éclairages sur la protection sociale en France : perception par les Français du système de protection sociale, activité des organismes d'assurance, dépenses départementales d'aide sociale, évaluation complète des dépenses sociales et fiscales en faveur des familles, analyse du financement des différents risques sociaux. Enfin, les éclairages Europe donnent un aperçu de la situation de l'emploi et des inégalités sociales dans plusieurs pays voisins, ainsi que des effets redistributifs des systèmes sociaux-fiscaux européens.



www.drees.sante.gouv.fr

N° DICOM : 15-028

N° ISBN : 978-2-11-138976-2

N° ISSN : 1295-6570