

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



JUIN
2016
NUMÉRO
0962

Prestations sociales : depuis la crise, une croissance modérée en France et en Europe

En France, les prestations sociales augmentent moins vite depuis la crise que par le passé, mais à un rythme plus rapide que le PIB. Le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, voté chaque année par le Parlement, limite notamment la hausse des prestations santé, tandis que la réforme des retraites de 2010 ralentit la croissance des pensions. Les prestations du risque pauvreté, portées par le revenu de solidarité active (RSA), font exception et progressent désormais rapidement, prenant le relais des prestations emploi.

Cette moindre progression des prestations sociales en France s'inscrit dans une tendance plus ou moins marquée au sein de l'Europe des Quinze. Pour des raisons de consolidation budgétaire, les prestations maladie reculent même dans certains pays durement touchés par la crise. C'est le cas en Espagne et en Italie, où le volume des prestations sociales diminue depuis 2009.

Dans ce contexte économique morose, le nombre de personnes exposées à un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale s'accroît sensiblement dans plusieurs pays membres de l'Union européenne.

Timothée Barnouin, Magali Befly, Thibault Darcillon, Carine Ferretti, Juliette Grangier, Audrey Lafon, Myriam Mikou, Maria Rhomari, Romain Roussel, Julie Solard (DREES)

En 2014, les prestations sociales (encadré 1) s'élèvent à 689,8 milliards d'euros, soit 32,2 % du PIB. Elles augmentent de 2,2 % (graphique 1). En raison des mesures de maîtrise des dépenses et de l'inflation particulièrement faible en 2013 et 2014, sur laquelle sont indexées de nombreuses prestations, ce rythme de croissance est bien plus faible que par le passé : les prestations ont en effet progressé de 4,4 % par an entre 2000 et 2010 et de 2,8 % par an depuis 2010.

Entre moindres revalorisations et coups de pouce, des indexations variables selon les prestations

Parmi les mesures de modération de la dépense, la sous-indexation, soit une revalorisation moindre que ne le prévoit la règle, concerne plusieurs risques. Au cours de la période récente, plusieurs prestations ont été sous-indexées : pensions complémentaires des salariés du secteur privé en 2012, 2013 et 2014¹, allocations familiales en 2012, allocation de base et prime à la naissance de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) en 2014...

D'autres prestations ont été indirectement sous-indexées, *via* le report de la date d'effet de leur revalorisation : pour la pension de base du régime général du 1^{er} avril au 1^{er} octobre à partir de 2014, pour les allo-

...
1. Ces sous-indexations doivent perdurer jusqu'en 2018.

•••
 2. Les dépenses de santé dans le champ de l'ONDAM ont progressé de 4,3 % par an entre 1996 et 2009, puis de 2,6 % en 2010, de 2,7 % en 2011, de 2,3 % en 2012, de 2,2 % en 2013, de 2,6 % en 2014 et de 2,0 % en 2015.

cations familiales du 1^{er} janvier au 1^{er} avril à partir de 2012, pour les allocations logement du 1^{er} janvier au 1^{er} octobre à compter de 2014.

Parallèlement, diverses prestations sous condition de ressources ont fait l'objet de revalorisations exceptionnelles : certaines dans la continuité des objectifs de moyen terme pris avant la crise (revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés et du minimum vieillesse de 25 % entre 2007 et 2012), d'autres dans le cadre de coups de pouce décidés plus récemment (allocation de rentrée scolaire en 2012, complément familial et allocation de soutien familial en 2014). Enfin, les deux premières étapes de revalorisation du RSA socle de 10 % sur cinq ans, prévue dans le cadre de l'actuel plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, ont eu lieu en 2013 et 2014.

Des objectifs de croissance des dépenses d'assurance maladie resserrés mais respectés

Les prestations du risque maladie, principale composante du risque santé, progressent de 2,4 % par an depuis 2010. Les soins délivrés par l'Assurance maladie, qui en représentent les trois quarts, sont tirés à la baisse par le suivi d'un taux resserré de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), voté annuellement par le Parlement. Instauré en 1996, cet objectif est respecté depuis 2010, grâce au renforcement de son suivi et de son contrôle², bien qu'il soit de plus en plus ambitieux. Plusieurs mesures ont permis cette inflexion de la dynamique des prestations maladie : baisses de prix des médicaments, substitution croissante de génériques aux médicaments *princeps*, modifications du mode de calcul des indemnités journalières...

Les prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles, autre composante du risque santé, reculent au cours de la période 2010-2014, en raison de la diminution du nombre de pensionnés militaires d'invalidité et de la baisse continue du nombre d'accidents du travail. Cette dernière provient de la diminution de la part relative des secteurs industriels à fort risque d'accidents.

Au contraire, les dépenses d'invalidité, dernière composante du risque santé, res-

ENCADRÉ 1 Les risques santé et vieillesse-survie totalisent 80 % du total des prestations

Dans un cadre de solidarité nationale, la protection sociale couvre les risques sociaux auxquels les ménages sont exposés via le versement de prestations et la fourniture de services sociaux.

Les prestations sociales peuvent être réparties par risque selon le besoin principal qu'elles couvrent. Santé et vieillesse-survie en sont les deux principales composantes en termes de montants financiers. Elles représentent respectivement 35 % et 45 % du total des prestations. Le risque santé couvre, pour 241 milliards d'euros, la prise en charge des soins (en ville, à l'hôpital ou en établissement médico-social), les indemnités journalières, les pensions et rentes d'accidents du travail ou d'invalidité, l'allocation aux adultes handicapés (AAH)... Les prestations de vieillesse-survie s'élèvent à 313 milliards d'euros, dont la grande majorité correspond au versement des pensions de retraite ou de réversion, loin devant les dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Le risque famille assure les besoins liés à l'entretien des enfants et à la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle (prestations familiales, garde des jeunes enfants, suppléments familiaux de rémunération versés par les employeurs...) et représente 8 % des prestations. Le risque emploi, qui comprend principalement les allocations chômage et des prestations de réinsertion professionnelle, totalise 6 % des prestations. Enfin, les risques logement (allocations logement) et pauvreté-exclusion sociale (revenu de solidarité active...) représentent chacun 3 % des prestations.

GRAPHIQUE 1 Évolution des prestations sociales par risque et évolution du PIB en valeur

Année	Ensemble des prestations	Santé (maladie, invalidité, AT-MP)	Vieillesse-survie	Famille	Emploi	Logement	Pauvreté-exclusion sociale	PIB en valeur
2011	2,8	2,6	4,0	1,0	0,0	2,2	2,0	3,0
2012	3,4	2,9	3,5	3,0	6,4	2,2	2,5	1,4
2013	2,8	2,4	3,0	2,3	3,5	2,9	2,5	1,4
2014	2,2	2,6	2,1	1,6	1,5	1,6	5,2	1,2

AT-MP : accident du travail (AT), maladie professionnelle (MP).
Lecture • En 2014, l'ensemble des prestations croissent de 2,2 % (le PIB, de 1,2 % en valeur). Parmi elles, celles du risque santé augmentent de 2,6 %.
Source • DREES-CPS.

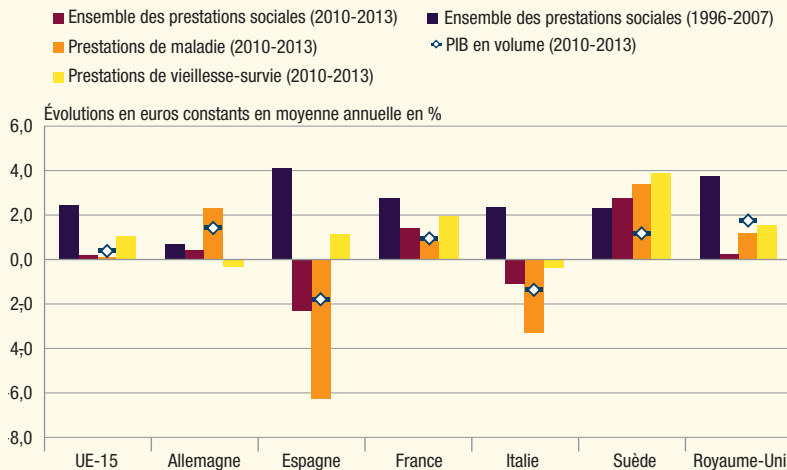
tent dynamiques, portées par les mesures prises pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées depuis 2005. Les budgets alloués aux structures médico-sociales ont une croissance soutenue, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) a été fortement revalorisée, le remplacement progressif de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) par la prestation de compensation du handicap (PCH) se traduit par des dépenses

plus importantes. La réforme des retraites de 2010 induit également une croissance du risque invalidité : le recul de l'âge de la retraite entraîne un allongement de la durée passée en invalidité et une augmentation du nombre d'invalides, puisque la prévalence de l'invalidité s'élève avec l'âge. Entre 2010 et 2014, les prestations de vieillesse-survie ont progressé en moyenne de 3,1 % par an (contre 4,6 % par an entre 2006 et 2010). Ce rythme est contenu,



GRAPHIQUE 2

Évolution des prestations sociales et du PIB en volume dans six pays de l'Union européenne



Lecture • Entre 2010 et 2013, l'ensemble des prestations croît de 0,2 % par an en volume dans l'UE-15 (le PIB, de 0,4 % en volume).

Source • Eurostat – SESPROS, calculs DREES.

d'une part, par l'effet de la réforme de 2010, qui repousse progressivement l'âge légal d'ouverture des droits de 60 à 62 ans et, d'autre part, par les moindres indexations opérées. Cependant, les dépenses de retraite sont structurellement tirées à la hausse par l'augmentation du montant moyen des pensions (en raison de carrières plus favorables et, s'agissant des femmes, plus complètes que par le passé) et par la démographie (croissance des effectifs de retraités et allongement de l'espérance de vie).

Sous l'effet de la hausse des dépenses du RSA, les prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sont les plus dynamiques en 2014

Dans un contexte de légère baisse du nombre de naissances³, les prestations liées à la famille progressent de 2,0 % par an depuis 2010, sous l'effet d'une inflation faible et de la sous-indexation de 2012. En revanche, plusieurs prestations sous condition de ressources ont connu des revalorisations exceptionnelles au cours de la période.

Les prestations pour l'emploi, et en particulier l'allocation de retour à l'emploi, dépendent fortement de la situation du marché du travail et affichent une croissance heurtée entre 2010 et 2014. La

moindre progression du chômage, combinée aux nouvelles mesures de la convention d'assurance chômage de mai 2014, limite par exemple la hausse des prestations pour l'emploi en 2014 (+1,5 %). Quant aux allocations logement, leur montant progresse de 2,2 % par an depuis 2010, porté par l'augmentation du nombre de bénéficiaires en lien avec la crise. Enfin, les prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sont dynamiques en 2014 (+5,2 %). En 2014, elles sont portées par la revalorisation de 2,0 % du revenu de solidarité active (RSA) intervenue en septembre dans le cadre du plan pauvreté, en sus de la revalorisation annuelle. Par ailleurs, au-delà de la montée en charge du dispositif en début de période, les effectifs de bénéficiaires du RSA ont progressé de 7,3 % par an entre 2010 et 2014, en raison du contexte de crise prolongée et de la revalorisation exceptionnelle (qui a induit une augmentation du nombre de nouveaux éligibles en augmentant le plafond de ressources).

En Europe, le ralentissement du rythme de croissance des prestations est plus ou moins brutal depuis la crise

Si le rythme de croissance des prestations sociales en France est moindre depuis la

crise, d'autres pays d'Europe ont connu des évolutions plus radicales de leurs prestations. En moyenne dans l'UE-15, les prestations sont stables : +0,2 % par an en euros constants entre 2010 et 2013, contre +2,4 % par an entre 1996 et 2007 (graphique 2).

Elles évoluent ainsi très peu depuis 2010 en Allemagne et au Royaume-Uni. En France, et plus encore en Suède, qui connaît une reprise économique notable, les prestations gardent une croissance plus forte (respectivement +1,4 % et +2,8 %). En revanche, le total des prestations versées connaît une diminution historique dans les pays les plus durement touchés par la crise, comme l'Espagne (-2,3 %) ou l'Italie (-1,1 %).

Dans un contexte économique dégradé, les prestations sociales (encadré 2), en continuant d'augmenter, soutiennent normalement le revenu des ménages et amortissent les retombées sociales et économiques de la crise. Or, entre 2010 et 2013, dans les pays les plus affectés par la crise, les mesures de consolidation budgétaire mises en œuvre entraînent une diminution des prestations sociales qui annule leur effet d'amortisseur⁴.

Un net recul des prestations maladie dans les pays les plus touchés par la crise

En moyenne, au sein de l'UE-15, les prestations maladie se stabilisent (-0,1 % par an) entre 2010 et 2013. Toutefois, leur évolution est très disparate au sein de l'Union européenne dans la période post-crise⁵. L'évolution des prestations maladie est restée positive en Suède, en Allemagne, au Royaume-Uni et en France (graphique 2). En revanche, elle est en net recul en Espagne (-6,3 %) et en Italie (-3,3 %). La maîtrise de la dépense de santé est passée par la réduction du budget du Service national de santé en Italie et par des coupes budgétaires et des réformes structurelles en Espagne, qui ont reporté une partie notable de la charge des dépenses sur les ménages. Parallèlement, depuis 2010, les prestations d'invalidité tendent à diminuer dans plusieurs pays, comme en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni sous l'effet d'ajustements. Depuis la crise et les coupes opérées dans les systèmes de soins de nom-

•••

3. Hors Mayotte, les naissances sont passées de près de 833 000 en 2010 à un peu plus de 811 000 en 2014.

4. Cf. Befly M., Roussel R., 2015, « L'emploi et les politiques sociales à l'épreuve de la crise », dans *Les comptes de la protection sociale en France et en Europe en 2013 – édition 2015*, DREES.

5. Padiou Y., Roussel R., 2015, « L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins », dans *France Portrait Social – édition 2015*, INSEE.

ENCADRÉ 2

Niveau des prestations sociales en Europe

En 2013, les prestations sociales, tous risques confondus, atteignent près de 28 % du PIB dans l'UE-28, ce qui correspond à un montant de 7 200 SPA par habitant. Les prestations sociales en part de PIB reflètent l'importance économique globale de la protection sociale des pays ; celles en standard de pouvoir d'achat (SPA) par habitant indiquent le supplément de revenu qu'elles représentent pour leur population. Le Danemark a le niveau de prestations le plus élevé en part du PIB (32,0 %). Bien que la France occupe le deuxième rang en pourcentage de PIB consacré aux prestations sociales (31,9 %), elle se place en sixième position pour les dépenses de prestations sociales en standard de pouvoir d'achat par habitant (9 500 SPA, soit 10 300 euros). L'écart de classements résulte à la fois d'un niveau de PIB en SPA par habitant relativement moyen en France en comparaison européenne (11^e rang sur 28 en 2014 en SPA) et d'un coût de la vie plus élevé que dans d'autres pays européens comme l'Allemagne. L'Espagne, qui consacre 25,2 % de son PIB aux prestations sociales (soit 6 000 SPA par habitant), est en queue de classement des six pays analysés ici.

breux pays européens, les prestations de vieillesse-survie sont désormais les prestations les plus dynamiques (+1,0 % par an en moyenne dans l'UE-15 de 2010 à 2013). Elles augmentent sous l'effet conjugué du vieillissement et de la hausse de la pension moyenne servie. *A contrario*, en Allemagne, en raison du mode d'indexation des pensions (mécanisme tenant notamment compte de l'évolution des salaires bruts ainsi que du rapport entre actifs et retraités), les prestations vieillesse-survie baissent de 0,3 % par an depuis 2010, malgré une population âgée plus nombreuse. De même, en Italie, les prestations vieillesse diminuent de 0,4 % par an malgré l'effet démographique, en raison des effets de la réforme entrée en vigueur en 2012 et de la suspension (hormis pour les petites pensions) de l'indexation des pensions sur le coût de la vie en 2012 et en 2013.

De 2010 à 2013, le montant des prestations versées au titre du chômage est en baisse de 2,2 % par an dans l'UE-15, en dépit d'un taux de chômage des 15-64 ans demeurant souvent élevé (11,2 % en moyenne en 2013 dans l'UE-15). Dans ce domaine, la tendance des réformes est aussi à la maîtrise des montants d'indemnisation dans un contexte budgétaire tendu. Cette baisse des prestations chômage est particulièrement visible en Allemagne, au Royaume-Uni et en Espagne, mais pour des raisons différentes. Alors qu'en Allemagne, la baisse des montants versés au titre du chômage est avant tout synonyme de baisse du taux de chômage⁶, elle s'explique en Espagne par l'intensité et la durabilité de la crise : les chômeurs ayant épuisé leurs droits sortent des systèmes d'indemnisation classiques du chômage et basculent

dans les dispositifs de solidarité, qui relèvent cette fois du risque exclusion sociale.

Toujours plus de personnes touchées par un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale

Entre 2010 et 2013, les prestations de pauvreté et d'exclusion sociale diminuent de 1,2 % par an dans l'UE-15. En nette baisse en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni, ces aides progressent de 3 % par an en Suède.

Conséquence de la durée de la crise et, dans certains pays, des mesures de restrictions budgétaires associées, les inégalités se sont accrues entre pays et au sein même des pays. Entre 2008 et 2014, le nombre de personnes exposées à un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a augmenté de 4,8 millions dans les pays de l'UE-27, avec des évolutions très contrastées selon les pays : la hausse atteint 8,3 millions dans l'UE-15, tandis que les douze nouveaux entrants avant 2013 enregistrent un recul de 3,5 millions du nombre de personnes pauvres ainsi mesuré. Le taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a ainsi crû de 1,7 point dans l'UE-15 et s'établit à 18,5 % en 2014. La hausse est particulièrement forte en Italie (+2,8 points) et en Espagne (+5,4 points), pays où le taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale est proche de 30 %. En France, le taux reste stable et l'un des plus faibles de l'Union.

•••
6. Diminution de près de 2 points du taux de chômage entre 2010 et 2013.

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Beffy M. et al.**, 2016, *La protection sociale en France et en Europe en 2014 – édition 2016*, DREES, coll. Panoramas.
- **Mikou M. avec la participation de Barnouin T.**, 2015, « Compte provisoire des prestations de protection sociale en 2014 : première estimation », *Études et Résultats*, DREES, n° 941, novembre.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site
drees.social-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur
www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution
drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable d'édition : Carmela Riposa

Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger et Laurence Grivet

Composition et mise en pages : Stéphane Jeandet

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384