PANORAMAS DE LA DREES SOCIAL

La protection sociale en France et en Europe en 2014

Résultats des comptes de la protection sociale

ÉDITION 2016

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

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

Direction
de la recherche,
des études,
de l'évaluation
et des statistiques

PANORAMAS

La protection sociale en France et en Europe en 2014

Résultats des comptes de la protection sociale

ÉDITION 2016

PANORAMAS

La protection sociale en France et en Europe en 2014 – édition 2016

Résultats des comptes de la protection sociale

Sous la direction de **Magali Beffy, Romain Roussel, Julie Solard, Myriam Mikou et Carine Ferretti**

Coordination
Timothée Barnouin

Rédaction – France
Timothée Barnouin, Thibault Darcillon, Gaëlle Guibert,
Myriam Mikou, Antoine Sireyjol, Julie Solard

Rédaction – Europe
Carine Ferretti, Juliette Grangier, Audrey Lafon, Maria Rhomari

Comptes
Timothée Barnouin, Aurore Domps,
avec Marion Bouvet et Alexis Montaut

Directeur de la publication
Franck von Lennep

Responsable d'édition
Carmela Riposa

Secrétaire de rédaction
Sabine Boulanger

Logiciel de maquettage
Laurent Gaillard

Remerciements

La DREES tient à remercier les personnels des organismes privés et publics qui fournissent chaque année 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 l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).

AVANT-PROPOS

La protection sociale couvre, dans un cadre de solidarité nationale, les risques sociaux auxquels les ménages sont exposés. Les comptes de la protection sociale (CPS) visent à décrire à la fois les prestations versées et les opérations qui contribuent à leur financement. Ces comptes agrègent les interventions des administrations publiques et certaines interventions de la sphère privée.

La plupart des séries des comptes de la protection sociale couvrent la période allant de 1959 à 2014. Comptes satellites des comptes nationaux, ils permettent d'analyser la contribution de la protection sociale aux grands agrégats de finances publiques (déficit public, prélèvements obligatoires) et de mesurer son importance dans la richesse nationale.

Les comptes de la protection sociale sont la réponse de la France au système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS), supervisé par Eurostat. Ils permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales, de resituer la protection sociale française dans un contexte européen et d'en analyser plus particulièrement les évolutions récentes.

Enfin, ces comptes peuvent servir de base à des évaluations plus complètes des dépenses sociales et fiscales ciblant certaines populations. Une actualisation de l'évaluation globale du surcoût de la dépendance est ainsi proposée dans cette édition. Elle est complétée d'un éclairage sur l'évolution des dépenses médico-sociales en faveur des personnes handicapées.

SOMMAIRE

La protection sociale en France et en Europe en 2014

1

Vue d’ensemble <

Fiches thématiques France

Fiches thématiques Europe

Éclairages

Annexes

Tableaux détaillés

> La protection sociale en France en 2014

Timothée Barnouin

En France, la conjoncture économique demeure morose en 2014, marquée par une faible croissance du PIB (+0,6 %). Dans ce contexte dégradé, le déficit public au sens de Maastricht se stabilise à 4,0% du PIB en 2014.

En 2014, dernière année disponible des comptes de la protection sociale[1], les recettes progressent à un rythme un peu plus rapide que les dépenses. Ainsi, le déficit de la protection sociale continue de se résorber et s'élève à 7,9 milliards d'euros, soit 0,4 % du PIB, contre 8,2 milliards d'euros en 2013.

Les ressources de la protection sociale progressent de 2,5 % et s'établissent à 728,6 milliards d'euros en 2014. Cette croissance est plus faible que celles constatées en 2013 (+2,9 %) et en 2012 (+3,8 %). Pourtant, en 2014, les cotisations effectives continuent de progresser à un rythme significativement plus élevé que l'assiette des salaires, à la suite notamment de la hausse des taux de cotisation retraite. En revanche, la dynamique des impôts et taxes affectés ralentit, après plusieurs années de croissance soutenue suite aux mesures fiscales prises en vue de réduire le déficit de la protection sociale.

Les dépenses de protection sociale s'élèvent à 736,5 milliards d'euros en 2014, soit un taux de progression (+2,4 %) très proche de celui des ressources. Les prestations sociales constituent la majeure partie des dépenses (94 %, soit 689,8 milliards d'euros en 2014) et représentent 32,2 % du PIB. En raison notamment du faible niveau d'inflation, le rythme de croissance des prestations (+2,2 %) est le plus bas observé depuis 1981[2].

En Europe, après une année de récession en 2012 et de relative stabilité en 2013, l'activité économique reprend en 2014 avec un taux de croissance du PIB de 1,4 % au sein de l'UE 28. Le déficit moyen se réduit et s'établit à 3,0 % du PIB dans l'UE 28. Cependant, la crise financière et économique a aggravé les inégalités : le taux de population à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale atteint 24,4 % pour l'UE 27 en 2014, soit une hausse de 0,7 point par rapport à 2008.

La moindre progression des prestations sociales en France depuis la crise s'inscrit dans une tendance plus ou moins marquée au sein des États de l'UE 15 : les prestations y sont presque stables entre 2010 et 2013 (+0,2 % par an en euros constants). Au cours de cette période, dans les pays les plus touchés par la crise, comme l'Espagne ou l'Italie, les mesures de consolidation budgétaire mises en œuvre entraînent même une diminution des prestations sociales, annulant l'effet d'amortisseur des prestations.

En France, en 2014, la situation économique demeure atone

Le PIB progresse de 0,6 % en volume en 2014, soit au même rythme que celui observé en 2013 (fiche 1). Ces faibles taux de croissance font suite au point bas enregistré en 2009 (-2,9 %), puis à deux années d'embellie de la croissance économique (+2,1 % en 2011 et +2,0 % en 2010) et à une année 2012 morose (+0,2 %). Le nombre de demandeurs d'emploi des catégories A, B, C[3] poursuit sa hausse entamée mi-2008, de manière moins soutenue depuis mai 2013 bien que toujours forte (+5,1 % en moyenne annuelle en France entière en 2014, après +8,2 % en 2013). En 2014, le taux de chômage au sens du BIT s'élève à 10,3 % en moyenne annuelle en France entière, soit le même niveau que celui enregistré en 2013. Le faible taux d'inflation hors tabac (0,4 % sur 2014, après 0,7 % en 2013), est lié à la forte baisse des prix énergétiques.

1 La protection sociale couvre, dans un cadre de solidarité nationale, les risques sociaux auxquels les ménages sont exposés via le versement de prestations et la mise à disposition de services sociaux.

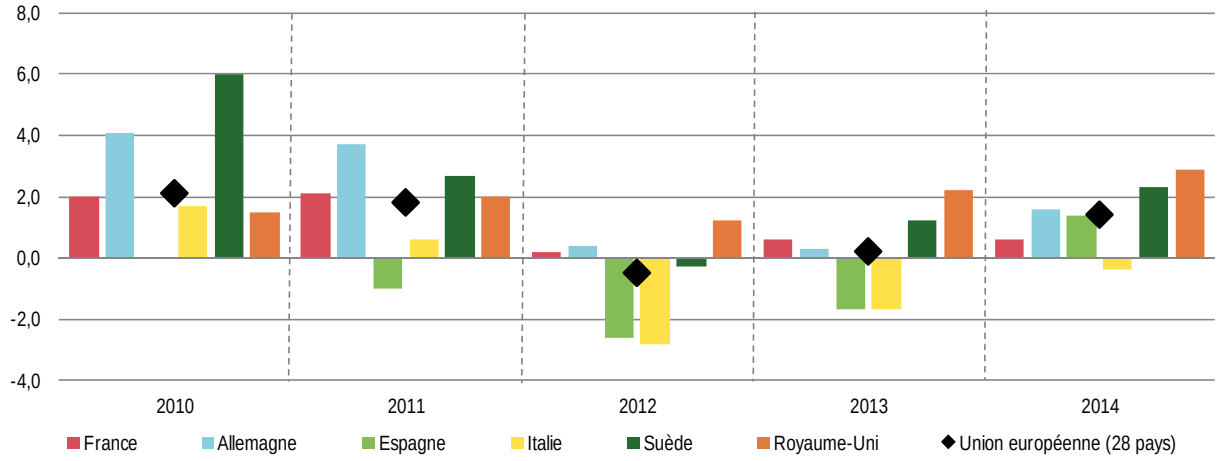
2 Les données homogènes de la DREES permettent de remonter jusqu'en 1981.

3 Demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, sans emploi (cat. A), ayant exercé une activité dite « réduite courte » (cat. B, de 78 heures ou moins au cours du mois) ou « réduite longue » (cat C., plus de 78 heures au cours du mois).

Dans ce contexte de faible croissance du PIB et des prix, la progression de la masse salariale du secteur privé demeure très contenue et s'établit à +1,5 % en 2014. En effet, les principaux déterminants de cette progression augmentent peu : la faible croissance économique tend à peser sur la dynamique du volume d'emploi, tandis que celle de l'inflation modère la revalorisation du SMIC.

Graphique 1 Croissance en volume du PIB au sein de l'Union européenne à 28 et dans 6 pays d'Europe

En %



Source > Eurostat.

Reprise contrastée de l'activité économique en 2014 dans l'Union européenne

Après une année de récession en 2012 (-0,5 %) et de relative stabilité en 2013 (0,2 %), l'activité économique reprend en Europe en 2014 (graphique 1) avec un taux de croissance du PIB de 1,4 % en volume dans l'UE 28 (fiche 18).

Dans la majorité des États membres, le PIB croît plus vite en 2014 qu'en 2013. Plusieurs pays (Espagne, Portugal, Grèce, Pays-Bas) renouent avec la croissance après deux à trois années de récession. Toutefois, les disparités entre États membres demeurent. En effet, l'Irlande, le Luxembourg et plusieurs pays de l'Est atteignent des taux de croissance d'au moins 3 %, alors que l'Italie, la Finlande, la Croatie et Chypre sont toujours en récession. Dans son ensemble, la zone euro a une croissance inférieure au reste de l'Union (0,9 %) et n'a toujours pas retrouvé en 2014 le niveau du PIB de 2008.

La France affiche un des plus faibles taux de pauvreté européen

Dans ce contexte, la situation de l'emploi s'améliore légèrement en 2014. Le taux de chômage des 15-64 ans s'élève à 10,4 % en 2014 dans l'UE 28 (après 11,0 % en 2013), mais demeure bien supérieur à celui de 2008 (7,1 %). Certains pays, notamment du sud de l'Europe, comme l'Espagne (24,6 % en 2014), demeurent bien plus touchés que d'autres (comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni, dont les taux de chômage descendent à respectivement 5,1 % et 6,3 %) et les différences entre les pays sont plus fortes en 2014 qu'en 2008. Cependant, la baisse du taux de chômage amorcée en 2013 permet d'atténuer les écarts entre États membres.

La reprise de l'emploi entraîne une hausse du revenu disponible des ménages, mais le taux de la population à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale est stable en 2014 en Europe, malgré l'objectif UE 2020 assigné de réduire d'au moins 20 millions le nombre de personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale[1] dans les pays de l'UE 27 entre 2008 et 2018. Conséquence de la crise et de mesures de restrictions budgétaires prises par certains États membres, les inégalités se sont accrues entre pays et au sein même des pays.

Entre 2008 et 2014, soit à mi-parcours de l'objectif UE 2020, le nombre de personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a augmenté de 4,8 millions dans les pays de l'UE 27, soit une hausse de 0,7 point du taux de pauvreté (qui s'établit à 24,4 % pour l'UE 27 en 2014). L'Italie (+2,8 points) et l'Espagne (+5,4 points) sont particulièrement touchés : l'Espagne affiche désormais un taux de pauvreté proche de 30 %. La France reste relativement protégée avec un taux de pauvreté stable à 18,5 %, soit l'un des plus faibles niveaux observés dans l'UE 27.

Les évolutions économiques et sociales en Europe sont suivies grâce à deux cadres (fiches 20 et 21) : d'une part, la « méthode ouverte de coordination » (MOC) dans les domaines de l'inclusion sociale, des pensions et des soins de santé, qui relèvent des compétences nationales ; d'autre part, le suivi renforcé de l'inclusion sociale lié à la stratégie Europe 2020 et aux lignes directrices pour l'emploi de 2010. S'ajoute à cela une sélection d'indicateurs permettant de

1 Les personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale sont soit à risque de pauvreté matérielle, soit en situation de privation matérielle sévère ou, enfin, vivent dans des ménages à faible intensité de travail.

mesurer les déséquilibres macro-économiques : ce mécanisme de surveillance a été instauré pour renforcer la coordination économique dans la zone euro. Le débat en cours au sein des institutions au sujet de la dimension sociale de l'Union économique et monétaire se traduit par un développement progressif de ces outils de suivi.

Un nombre croissant de pays respectent à nouveau le critère de Maastricht

La crise économique a détérioré la situation budgétaire des pays européens, avec un fort accroissement en 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 pour les pays de la zone euro (fiche 19). Entre 2010 et 2014, toutefois, la situation s'est peu à peu améliorée dans la plupart des pays de l'Union (graphique 2).

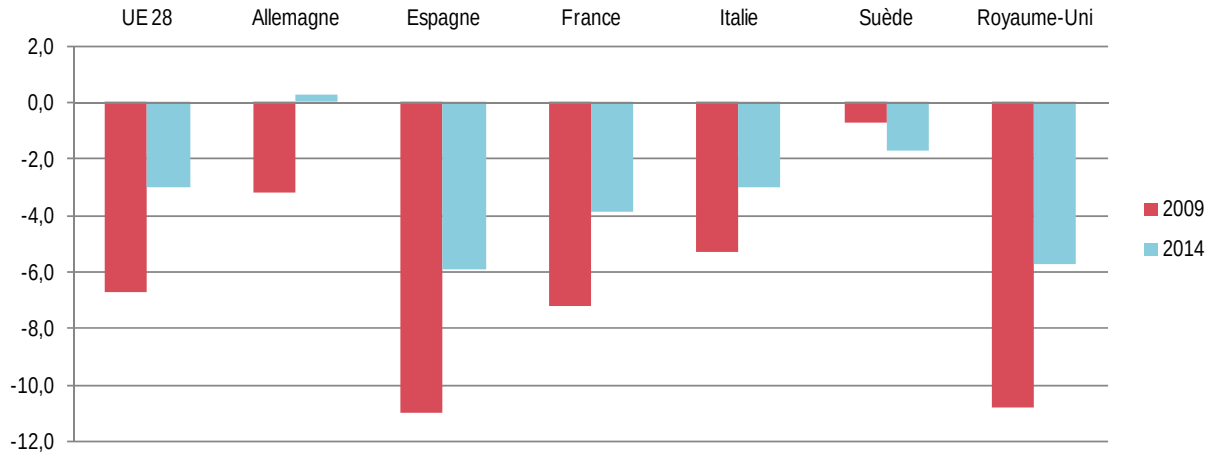
En 2014, 9 États membres de la zone euro sur 19 ont un déficit supérieur à celui prévu par le critère de Maastricht. En particulier, l'Espagne et, hors zone euro, le Royaume-Uni ont des déficits publics importants en 2014 (respectivement 5,9 % et 5,7 % du PIB). Ces niveaux sont toutefois bien moindres que les niveaux de déficits records (représentant plus de 10 % du PIB) constatés dans ces pays en 2009.

Depuis 2012, le déficit public de l'Italie est au niveau de la limite du critère de Maastricht, à 3 % du PIB. De même, l'Allemagne respecte ce critère depuis 2011 : ses administrations publiques sont même excédentaires depuis 2014 (+0,3 point de PIB).

Enfin, l'évolution budgétaire de la Suède fait exception : depuis 2010, année où les comptes des administrations publiques sont revenus à l'équilibre, le solde de ces administrations se dégrade à nouveau. Le déficit atteint -1,7 % du PIB en 2014, malgré la reprise de la croissance du PIB (+2,3 % en volume en 2014).

Graphique 2 Déficit public dans l'UE 28 et dans 6 pays de l'Union européenne

En % du PIB



Sources > Eurostat-Comptes nationaux.

En France, les administrations de Sécurité sociale cumulent le dixième du déficit public et de la dette publique

L'apathique contexte économique en France contribue au maintien du déficit public des administrations publiques (APU) à un niveau élevé, quoiqu'en légère amélioration par rapport à 2013. Il s'élève à 84,8 milliards d'euros en 2014 (soit 4,0 % du PIB), après 85,4 milliards en 2013 et 135,8 milliards en 2010 (graphique 3 – fiche 4).

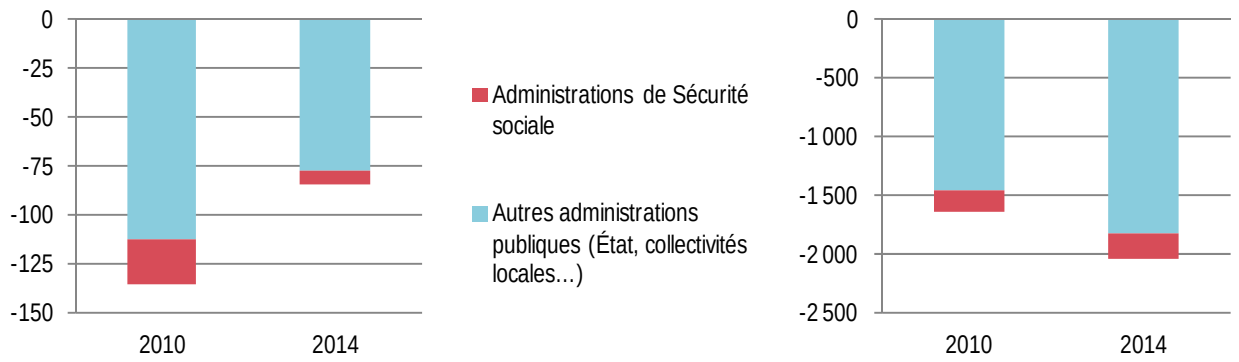
En 2014, 51 % des dépenses des administrations publiques correspondent au versement de prestations sociales. Une partie de leurs autres dépenses est également liée à la protection sociale : gestion des prestations, définition des politiques publiques, investissements, intérêts de la dette sociale…

Les prestations sociales versées par les administrations publiques (APU) représentent ainsi 29,3 % du PIB, tandis que l'ensemble des autres dépenses des APU s'élève à 28,0 % du PIB. Depuis 1990, l'ensemble des dépenses publiques a augmenté de 7,7 points de PIB : les prestations sociales versées par les administrations publiques ont progressé de 6,7 points de PIB, tandis que les autres dépenses publiques ont augmenté de 1,0 point de PIB.

Parmi les administrations publiques, l'activité des administrations de Sécurité sociale est presque entièrement consacrée à la protection sociale, tandis que celle des autres administrations (État, collectivités locales…) est plus diversifiée (enseignement, défense, etc.). Les administrations de Sécurité sociale versent ainsi les trois quarts des prestations sociales. En 2014, elles cumulent 9 % du déficit public et 11 % de la dette publique. Depuis 2010, le déficit des administrations de Sécurité sociale s'est réduit des deux tiers, et celui des autres administrations publiques d'un tiers. En revanche, la dette des administrations de Sécurité sociale comme celle des autres administrations publiques s'est alourdie d'un quart. La dette des administrations publiques dans leur ensemble dépasse en 2014 les 2 000 milliards d'euros, soit un niveau comparable à la valeur du PIB français (2 140 milliards d'euros en 2014).

Graphique 3 Déficit public (à gauche) et dette publique (à droite)

En milliards d'euros



Source > INSEE-CNA.

Poursuivant la tendance des années précédentes, le déficit global de la protection sociale[1] se réduit à nouveau en 2014, s'établissant à 7,9 milliards d'euros (soit 0,4 % du PIB), contre 8,2 milliards en 2013 et 22,4 milliards en 2010 (soit 1,1 % du PIB), année de déficit record (fiche 3). En effet, les ressources continuent de progresser à un rythme légèrement plus rapide que celui des emplois, même si l'écart se resserre en 2014 (2,5 % contre 2,4 % – tableau 1).

Tableau 1 Les comptes de la protection sociale, tous régimes

Montants en milliards d'euros, évolution en %

	2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Emplois	**660,8**	**676,5**	**702,7**	**719,0**	**736,5**	**2,4**
Prestations sociales	617,6	635,2	656,6	674,7	689,8	2,2
Autres (charges financières… y compris compte de capital)	43,2	41,2	46,1	44,3	46,7	5,5
Ressources	**638,4**	**666,0**	**691,1**	**710,8**	**728,6**	**2,5**
Cotisations effectives	350,7	363,2	374,3	385,6	396,8	2,9
Cotisations imputées	49,6	51,4	53,7	54,6	55,2	1,1
Impôts et taxes affectés	150,3	163,1	172,7	178,2	183,1	2,7
Contributions publiques	67,1	68,8	70,9	72,1	74,2	2,8
Autres ressources (y compris compte de capital)	20,7	19,6	19,4	20,3	19,4	-4,6
Solde	**-22,4**	**-10,5**	**-11,6**	**-8,2**	**-7,9**	

Note > Les emplois et ressources sont présentés ici hors transferts internes aux régimes de protection sociale.
Source > DREES-CPS.

Des recettes de la protection sociale à nouveau moins dynamiques en 2014

Les ressources de la protection sociale progressent de 2,5 % en 2014 et s'établissent à 728,6 milliards d'euros. Cette croissance est légèrement plus faible que celle enregistrée en 2013 (+2,9 % – graphique 4), mais reste sensiblement plus dynamique qu'en 2010 et 2009 (respectivement +1,8 % et 0,4 %). En effet, sur ces deux années, 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.

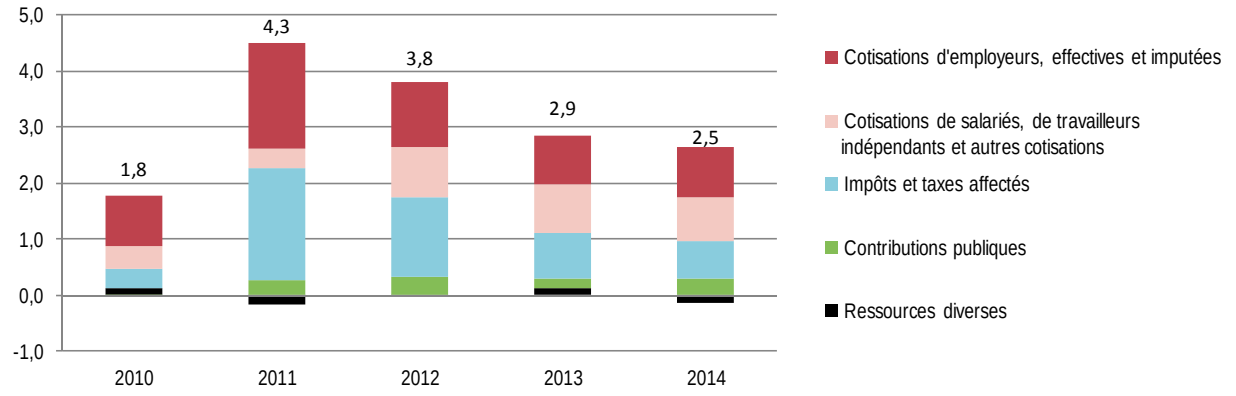
En 2014, cette moindre progression des recettes est liée à celle des impôts et taxes affectés (ITAF). Ces derniers, qui s'élèvent à 183,1 milliards d'euros en 2014, soit 25 % des ressources de la protection sociale, progressent de +2,7 % après +3,2 % en 2013 (fiche 8). Ce rythme est nettement plus faible que celui enregistré en 2011 et 2012, alors porté par des relèvements de taux et des élargissements d'assiettes.

Au sein des ITAF, les taxes de type TVA (12,5 milliards d'euros en 2014, soit 6,8 % des ITAF) augmentent très fortement en 2014 (+30,2 %) à la suite de la hausse de la fraction de TVA nette affectée à la Sécurité sociale, qui passe de 6,35 % en 2013 à 8,33 % en 2014. La contribution sociale généralisée (CSG), qui représente 50,5 % des ITAF, conserve un rythme de croissance proche de celui de 2013 (+1,1 % après +1,2 %). Cependant, les autres ITAF (hors CSG et taxes de type TVA) n'augmentent que légèrement en 2014 contrairement à 2013 (+1,3 % après +7,6 % en 2013). Cette évolution découle notamment de la faible hausse du rendement des taxes sur le tabac.

1 Il correspond au déficit des régimes dont la protection sociale constitue l'activité principale (administrations de Sécurité sociale, mutuelles et institutions de prévoyance…) ; les autres régimes sont équilibrés par convention entre emplois et ressources, et leur solde est donc nul.

Graphique 4 Évolution globale des ressources et contributions des différents postes

Évolutions en %



Note > Les ressources diverses incluent notamment les produits financiers, les ventes de biens et services, les indemnités d'assurance, les recours contre tiers, et les ressources du compte de capital.
Source > DREES-CPS.

Contrairement aux ITAF, les cotisations effectives, qui constituent 62 % des ressources, restent sur un rythme dynamique, proche de 3 %, et continuent de croître plus rapidement que la masse salariale (+1,5 % en 2014 – fiche 7).

Les cotisations sociales effectives liées à l'emploi salarié, qui représentent les trois quarts de l'ensemble des cotisations sociales, augmentent de 2,6 %, après +3,0 % en 2013. Cette croissance découle principalement de la hausse des taux de cotisation pour la retraite de base intervenue en janvier 2014 : +0,1 point pour la cotisation plafonnée (*cf.* décret du 2 juillet 2012) et +0,3 point pour la cotisation déplafonnée (dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des retraites de janvier 2014), réparties de manière égale entre salariés et employeurs. En outre, le taux des retraites complémentaires (AGIRC et ARRCO) augmente de 0,1 point, conformément à l'accord national interprofessionnel du 13 mars 2013. Cette hausse est cependant partiellement compensée par une baisse des cotisations familiales, dont le taux passe de 5,40 % à 5,25 %, en application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, et par l'augmentation en 2014 des exonérations ciblées de cotisations (suite au développement des emplois d'avenir).

Au niveau européen, des structures de financement de la protection sociale très liées à l'histoire des États

Au sein de l'UE 28, les cotisations sociales représentent 55 % du financement de la protection sociale en 2013 (fiche 25). Cette part varie fortement d'un pays à l'autre, selon le mode de financement des différents risques et selon leur part relative dans le total des prestations, de 20 % au Danemark à près de 70 % aux Pays-Bas.

Les prestations du risque vieillesse (premier des risques sociaux par son importance financière) sont souvent liées aux revenus d'activité passés et financées par cotisations. À l'inverse, les prestations logement et celles luttant contre la pauvreté et l'exclusion sociale relèvent plutôt d'une logique de solidarité nationale, et sont généralement financées par des contributions publiques ou des impôts et taxes affectés. Les modes de financement des prestations chômage, famille-enfants et surtout maladie sont plus hétérogènes, ce qui explique en grande partie les écarts de structures de financement de la protection sociale entre pays.

La part des cotisations sociales dans l'ensemble du financement de la protection sociale permet ainsi de retrouver la distinction historique entre systèmes bismarckiens (France, Allemagne, Espagne, Pays-Bas…) dans lesquels les cotisations prédominent, et systèmes beveridgiens (Royaume-Uni, Suède ou Danemark), où les contributions publiques sont prépondérantes.

Or, le niveau de cotisations sociales constitue un enjeu en termes d'emploi et de compétitivité : les cotisations sociales et autres coûts à la charge des employeurs représentent près d'un quart (24 %) du coût du travail salarié dans l'UE 28 (fiche 22). En France, où le financement de la protection sociale repose en grande partie sur les cotisations patronales, celles-ci représentent un tiers du coût horaire de la main-d'œuvre en 2014.

Le coût horaire du travail s'élève à 24,60 € en moyenne dans l'UE 28 en 2014. La France fait partie des cinq pays européens ayant le coût horaire le plus élevé (34,60 €) mais se caractérise également par une progression de ce coût parmi les plus faibles d'Europe depuis 2012 (+0,4 % par an en moyenne de 2012 à 2014). Quoique supérieur à la moyenne européenne et progressant sensiblement plus vite au cours de la période récente, le coût du travail en Allemagne s'établit à un niveau inférieur de près de 10 % à celui de la France. Les coûts du travail se situent en revanche bien en dessous de la moyenne européenne dans plusieurs pays de l'UE 15, comme l'Espagne ou le Royaume-Uni.

Des prestations sociales moins dynamiques

Les dépenses de protection sociale, hors transferts, s'élèvent en France à 736,5 milliards d'euros en 2014, en hausse de 2,4 % par rapport à 2013 (tableau 2). La majeure partie des dépenses (94 %) est constituée des prestations

sociales, qui progressent de 2,2 % en 2014 (après +2,8 % en 2013 – fiche 3). Les administrations publiques versent la majeure partie de ces prestations (encadré 1).

Ce rythme de croissance est le plus bas observé aussi loin que les données homogènes de la DREES permettent de remonter, soit 1981. Le montant des prestations versées augmentait de 9 % par an lors des années 1980, dans un contexte marqué alors par une forte hausse des prix à la consommation (supérieure à 10 % annuels au début de la décennie avant de revenir autour de 3 % à partir de 1986), qui explique en grande partie ces taux d'évolution élevés du fait des mécanismes d'indexation. Par la suite, les prestations ont continué d'augmenter à des taux de l'ordre de 4,5 % par an, dans les années 1990 et 2000, pour une inflation alors proche de 2 % en moyenne. Depuis 2010, elles progressent de 3 % par an, sous l'effet des mesures de maîtrise des dépenses et du recul récent de l'inflation (inférieure à 1 % depuis 2013, en grande partie du fait de l'effondrement des cours du pétrole).

L'évolution des prestations sociales reste cependant plus rapide que celle du PIB à prix courant, qui augmente de 1,2 % en 2014 et +1,4 % en 2013.

Tableau 2 Évolution des prestations de protection sociale

Montants en milliards d'euros, évolution en %

	2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Santé	**217,7**	**223,4**	**230,0**	**235,4**	**241,4**	**2,6**
Maladie	178,4	182,2	187,0	191,2	196,1	2,6
Invalidité	32,0	33,9	35,7	37,0	38,3	3,4
AT-MP	7,3	7,3	7,2	7,2	7,1	-1,5
Vieillesse-survie	**277,0**	**288,0**	**298,0**	**307,1**	**313,4**	**2,1**
Vieillesse	241,8	252,0	261,1	269,5	275,5	2,2
Survie	35,1	36,0	36,9	37,5	37,8	0,8
Famille	**50,0**	**50,5**	**52,0**	**53,2**	**54,1**	**1,6**
Emploi	**38,6**	**38,3**	**40,7**	**42,2**	**42,8**	**1,5**
Chômage	35,2	34,9	37,3	38,9	39,3	1,2
Insertion et réinsertion prof.	3,4	3,4	3,4	3,3	3,5	4,8
Logement	**16,5**	**16,8**	**17,2**	**17,7**	**18,0**	**1,6**
Pauvreté-exclusion sociale	**17,9**	**18,2**	**18,7**	**19,1**	**20,1**	**5,2**
Ensemble des prestations	**617,6**	**635,2**	**656,6**	**674,7**	**689,8**	**2,2**

Source > DREES-CPS.

Les prestations du risque vieillesse-survie, qui représentent 45 % du total en 2014, augmentent de 2,1 % après 3,0 % en 2013. Ce ralentissement se retrouve de manière plus ou moins marquée pour les prestations famille (+1,6 % après +2,3 % en 2013), emploi (+1,5 % contre 3,5 % en 2013) et logement (+1,6 % contre 2,9 % en 2013).

En revanche, les prestations santé progressent de 2,6 % (après 2,4 % en 2013) et celles du risque pauvreté-exclusion sociale connaissent une accélération encore plus nette (+5,2 %, contre 2,5 % en 2013).

Encadré 1 Les administrations publiques versent la majorité des prestations sociales

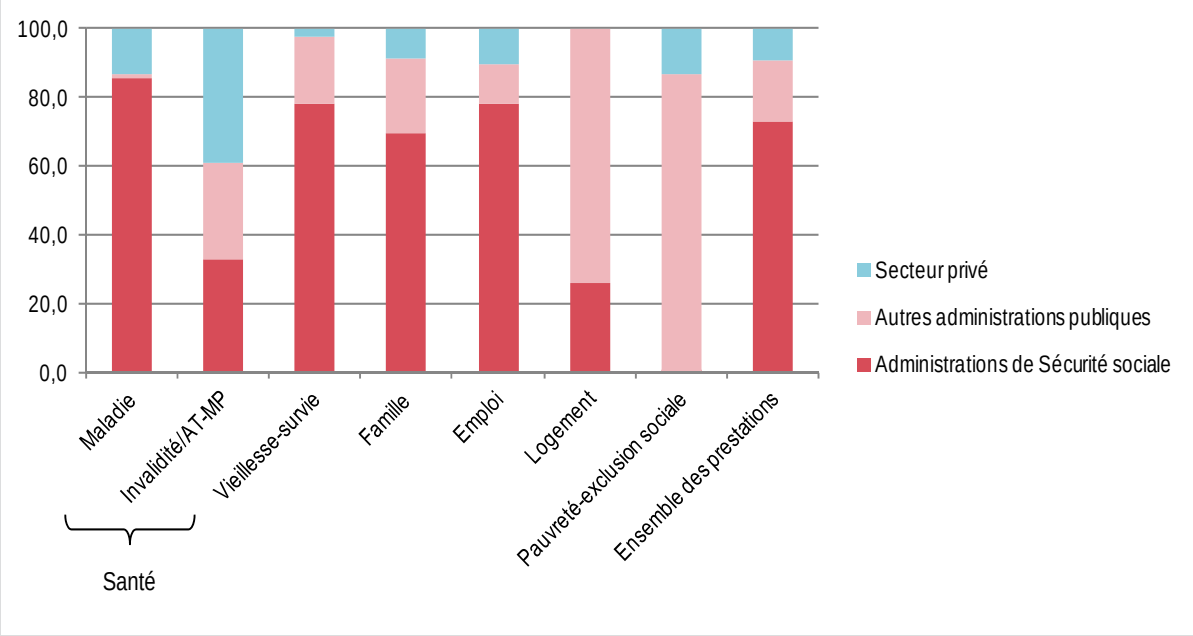
En 2014, les administrations publiques versent 91 % des prestations sociales (graphique de l'encadré et fiche 2) : 73 % pour les administrations de Sécurité sociale (ASSO – caisses d'assurance maladie, de retraite, d'allocations familiales…) et 18 % pour les autres administrations publiques (État, collectivités territoriales…), contre 9 % pour le secteur privé (associations, mutuelles et institutions de prévoyance, employeurs).

En 2014, les ASSO versent 502,7 milliards d'euros de prestations, soit les trois quarts du total des prestations. Elles participent à la prise en charge de l'ensemble des risques sociaux, à l'exception du risque pauvreté-exclusion sociale plutôt pris en charge par les autres administrations publiques. Les prestations versées par les ASSO obéissent majoritairement à une logique professionnelle (accidents du travail, retraites, chômage…) mais également à une logique universelle, telles que les prestations familiales ou de santé.

Les autres administrations publiques, qu'elles soient centrales ou locales (124,0 milliards d'euros en 2014), jouent un rôle prépondérant dans les risques logement, pauvreté-exclusion sociale et invalidité. Elles couvrent aussi les autres risques (couverture maladie universelle complémentaire en santé, minimum vieillesse, aide sociale à l'enfance, prestations de solidarité chômage...).

Graphique Les prestations sociales versées par les différents acteurs en 2014, par risque social

En pourcentage de l'ensemble des prestations versées



Source > DREES-CPS.

Les régimes privés participent à la protection sociale à hauteur de 63,1 milliards d'euros en 2014. Parmi eux, les mutuelles et les institutions de prévoyance versent des prestations au titre de la complémentaire santé et de la retraite supplémentaire principalement. Dans le cadre de conventions collectives ou d'accords d'entreprises, les sociétés versent des prestations en complément des prestations légales (en particulier, des compléments d'indemnités journalières, des indemnités de licenciement et des indemnités de départ à la retraite). Enfin, les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) interviennent principalement au titre de l'accueil et de l'hébergement des personnes handicapées, des enfants de l'aide sociale à l'enfance, et des personnes en situation d'exclusion.

Les traitements innovants soutiennent le dynamisme des dépenses de santé

Les prestations liées à la **santé**, soit environ 35 % de l'ensemble des prestations de protection sociale, sont plus dynamiques en 2014 : elles augmentent de 2,6 % (+2,4 % en 2013). Parmi elles, les dépenses **maladie** (fiche 10), principale composante du risque santé, s'élèvent à 196,1 milliards d'euros. Elles augmentent de 2,6 % en 2014, après +2,2 % en 2013.

En particulier, les soins pris en charge par l'Assurance maladie et par l'État, qui représentent environ les trois quarts du risque maladie, ont progressé de 2,9 % en 2014 (après +2,3 % en 2013). Cette hausse est portée par un plus grand dynamisme des dépenses de médicaments. En effet, la rétrocession hospitalière a été marquée par l'arrivée de nouveaux traitements contre le virus de l'hépatite C qui ont généré à eux seuls une dépense supplémentaire estimée à 1,1 milliard d'euros en 2014.

Après deux années de baisse, les indemnités journalières (IJ) versées par les régimes d'assurance sociale au titre de la maladie et des AT-MP progressent de 4,0 %. Malgré une épidémie de grippe moins marquée qu'en 2013, les volumes des IJ reprennent en 2014, en lien avec la mise en œuvre de mesures nouvelles (assouplissement des conditions d'ouverture de droits aux IJ de longue durée, création d'IJ « maladie » pour les exploitants agricoles…).

Les prestations liées à **l'invalidité** (fiche 11) représentent 38,3 milliards d'euros. Elles sont principalement composées de pensions et rentes, de prestations de ressources et de compensation du handicap, et de prestations d'accueil et d'hébergement en établissements et services médico-sociaux (encadré 2). Elles ont augmenté de 3,4 % (après +3,7 % en 2013). Cette progression est toutefois moindre que la tendance observée ces dernières années (+4,6 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2012). En effet, au cours de 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 prestations afférentes au risque **accidents du travail et maladies professionnelles** (fiche 12) s'élèvent à 7,1 milliards d'euros en 2014, soit une diminution de 1,5 % (après -0,8 % en 2013). Ce recul est lié à la baisse en 2014 des dépenses liées à l'amiante que sont l'ACAATA et les indemnisations du FIVA ainsi qu'à la diminution tendancielle des pensions militaires d'invalidité depuis plusieurs années, que ne compense pas la faible hausse des dépenses de rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles en 2014.

Encadré 2 Les dépenses en faveur des personnes handicapées et dépendantes

L'Assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont consacré, en 2014, 9,3 milliards d'euros aux soins en établissements et services médico-sociaux (ESMS) en faveur des personnes handicapées. Ces dépenses, retracées dans l'éclairage « La dépense de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux », concernent l'accompagnement d'adultes ou d'enfants et adolescents en milieu ordinaire de vie ou au sein d'institutions. Ces dépenses médico-sociales augmentent sensiblement chaque année, mais à un rythme moindre depuis 2010 : la croissance annuelle moyenne s'élève à 3,0 % entre 2010 et 2014, contre +4,6 % entre 2006 et 2010.

En 2014, 67 % de cette dépense, soit 6,2 milliards euros, concernent des établissements et services en faveur des enfants et adolescents handicapés. Depuis 2009, la structure de la dépense des ESMS en faveur des enfants handicapés est restée relativement stable. Les établissements représentent toujours la grande majorité des dépenses par rapport aux services (85 % en 2009 ; 83 % en 2014). Toutefois, la progression des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), qui interviennent dans le milieu de vie des enfants handicapés, a été importante, à la suite du programme pluriannuel 2008-2012 de soutien de la scolarisation et du développement de l'autonomie des enfants mis en place par la CNSA. Les instituts médico-éducatifs (IME) sont les établissements pour enfants et adolescents handicapés qui occupent la place la plus importante à la fois en termes de capacité d'accueil (44,3 %) et de dépenses (45,3 %).

La structure de la dépense des ESMS en faveur des adultes handicapés (2,9 milliards d'euros en 2014) est également restée stable au cours du temps. Les établissements représentent toujours la grande majorité des dépenses (94 % en 2014 comme en 2009), loin devant les services. Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil spécialisés (FAM) occupent une place centrale, que ce soit en termes de capacité d'accueil ou de dépenses. Ces structures continuent à se développer, tout comme les services permettant le maintien des adultes handicapés en milieu ordinaire.

Au-delà de la seule analyse des prestations de protection sociale par risque, une approche transversale, intégrant notamment les dépenses fiscales et celles relevant de plusieurs risques sociaux, permet d'avoir une vue d'ensemble des différents volets de la dépense publique sur des champs ciblés. Adoptant cette approche élargie, l'éclairage « Le compte de la dépendance de 2010 à 2014 » évalue le coût annuel de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées pour les ménages, les pouvoirs publics et les organismes complémentaires dans l'ensemble de ses dimensions (santé, aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie et hébergement). En 2014, ce coût est estimé à 34,2 milliards d'euros, soit 1,6 % du produit intérieur brut (PIB), hors aidants informels. Le coût de la dépendance a augmenté de 0,1 point de PIB depuis 2010.

Les trois grandes composantes de la dépense (santé, aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie et hébergement) représentent chacune environ un tiers du coût. L'hébergement en établissement constitue la composante la plus dynamique depuis 2010. Les pouvoirs publics (Sécurité sociale, État et collectivités locales) participent pour près de 70 % au financement du coût total, le reste représentant l'effort consenti par les ménages.

La baisse des départs à la retraite et la faible inflation modèrent l'augmentation des prestations vieillesse-survie

En 2014, le montant des prestations du risque **vieillesse-survie** (fiche 13), qui représente à lui seul environ 45 % de l'ensemble des prestations de protection sociale, s'élève à 313,4 milliards d'euros. Ces prestations progressent de 2,1 % (après +3,0 % en 2013).

Les prestations de **vieillesse** (275,5 milliards d'euros) couvrent la retraite et les besoins liés à l'avancée en âge (la prise en charge de la perte d'autonomie notamment). Les pensions de retraite des régimes obligatoires représentent 94 % de ce montant global, en augmentation de +2,3 % en 2014 (après +3,4 % en 2013). L'évolution des dépenses de retraite servies découle de celles du nombre de retraités et de la pension moyenne.

Le ralentissement observé résulte, d'une part, de départs à la retraite moins nombreux en 2014 qu'en 2013, et d'autre part, d'une moindre progression de l'avantage principal de droit direct versé par les régimes obligatoires. Le nombre de nouveaux pensionnés de droit direct diminue en effet de 7,4 % en 2014 (après une hausse exceptionnelle de +25,8 % en 2013), à la suite notamment de l'effet de la réforme de 2010[1]. Avec la stagnation de l'inflation, les pensions de retraite n'ont par ailleurs pas été revalorisées en 2014. La hausse de la pension moyenne de 2014 est donc exclusivement portée par l'écart de niveau de pension entre nouveaux retraités et personnes décédées (dit effet de « noria »).

1 *Cf.* fiche « Les nouveaux retraités de droit direct » dans Solard G., 2016, Les retraités et les retraites – édition 2016, coll. Panoramas, DREES, avril.

Les montants versés au titre des allocations du minimum vieillesse de droit direct (ASV et ASPA) versées par les administrations de Sécurité sociale n'augmentent que de 0,5 % en 2014, malgré la revalorisation exceptionnelle de 1,0 % en octobre 2014 (portant le montant de l'ASPA à 800 €) en sus de la revalorisation usuelle d'avril (0,6 %). En effet, les effectifs de bénéficiaires continuent de diminuer, sous l'effet du recul de l'âge légal de départ en retraite qui marque l'entrée dans le dispositif en cas d'inaptitude au travail, et de l'amélioration permanente des carrières féminines.

Les prestations de **survie** (37,8 milliards d'euros) couvrent les besoins résultant de la disparition d'un membre de la famille et sont composées principalement de pensions de réversion en cas de décès du conjoint. Elles comprennent également les compensations de charges principalement gérées par les régimes de la mutualité et de la prévoyance en cas de souscription de contrats spécifiques (capitaux décès et rentes pour conjoints et enfants). Les prestations du risque survie sont en hausse de 0,8 % en 2014 : en particulier, la masse des pensions de droit dérivé des régimes obligatoires augmente de 0,9 %, l'augmentation du nombre de bénéficiaires compensant la baisse du montant moyen du droit dérivé.

La faible inflation impacte aussi les prestations famille…

La dynamique des prestations **famille** (fiche 14), qui représentent 54,1 milliards d'euros, est de moins en moins marquée (+1,6 % en 2014, après +2,3 % en 2013 et +3,0 % en 2012). Cela découle de la faible évolution de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF – 0,75 % en moyenne annuelle sur 2014, après +1,2 % en 2013) qui sert de référence au calcul de la majorité des prestations du risque famille.

En particulier, les composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui représentent 13,0 milliards d'euros en 2014, sont en baisse de 0,7 % (après +1,1 % en 2013). En 2014 la PAJE a en effet été aménagée à la suite de la loi de financement de la Sécurité sociale.

À contrario, le montant servi au titre du complément familial et de l'allocation de soutien familial (3,2 milliards d'euros en 2014) augmente à un rythme plus élevé en 2014 (+6,1 %, après +1,1 % en 2013), sous l'effet de la mise en œuvre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Celui-ci instaure en 2014 une majoration de 10 % du complément familial pour les ménages situés sous le seuil de pauvreté et une augmentation de 5 % de l'allocation de soutien familial.

…et les prestations logement

Les prestations **logement** (fiche 16) s'élèvent en 2014 à près de 18,0 milliards d'euros. Ces aides progressent moins rapidement en 2014 (+1,6 %) que sur les dernières années (+2,9 % en 2013 et +2,1 % en 2011 et 2012). Le risque logement est en quasi-totalité constitué de trois prestations : l'aide personnalisée au logement (APL), l'allocation de logement à caractère familial (ALF) et l'allocation de logement à caractère social (ALS).

La moindre croissance de 2014 fait suite à une revalorisation annuelle des barèmes d'aide au logement nettement plus faible (+0,14 %) qu'en 2013 (+2,15 %). Cette inflexion résulte du décalage de la date de revalorisation du 1er janvier au 1er octobre, mais également d'un net ralentissement de l'indice de référence des loyers (IRL), constaté au troisième trimestre de l'année précédente, sur lequel le montant des aides est indexé. Cet IRL correspond à la moyenne, sur les douze derniers mois, de l'inflation mensuelle hors tabac et hors loyers.

Par ailleurs, le nombre de bénéficiaires progresse globalement à un rythme inférieur à 2013 (+0,7 % en glissement annuel à fin décembre 2014, contre +1,9 % un an plus tôt). Cette évolution s'explique par la moindre hausse du chômage, mais également par la plus faible revalorisation des barèmes d'aide au logement qui détermine le nombre de personnes éligibles (plus la revalorisation est forte, plus le nombre de nouveaux bénéficiaires potentiels est important).

Le nombre de chômeurs augmente moins, les prestations d'emploi aussi

Les prestations liées à l'**emploi** (fiche 15) représentent 42,8 milliards d'euros en 2014 soit une augmentation de +1,5 % en 2014, après +3,5 % en 2013 et +6,4 % en 2012.

Parmi elles, les prestations **chômage** augmentent de 1,2 %, après +4,1 % en 2013. Les dépenses de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE), qui représentent près des trois quarts du risque chômage, progressent toujours moins vite (+1,4 %, après +4,1 % en 2013 et +5,7 % en 2012) en lien avec la légère amélioration de la conjoncture économique en France. En effet, la hausse du nombre de chômeurs indemnisés par l'assurance chômage ralentit, bien que celle-ci soit plus forte à la suite de l'entrée en vigueur en octobre des nouvelles règles de la convention du 14 mai 2014 (qui porte notamment sur les droits rechargeables ou le cumul ARE-rémunération).

En revanche, les prestations d'**insertion et réinsertion professionnelle** repartent à la hausse (+4,8 % en 2014 après -3,3 % en 2013). Cette augmentation est à relier aux politiques en faveur de la formation mises en place en 2014 comme le « Plan 100 000 », orienté vers des métiers à fort potentiel d'emploi pour lesquels les employeurs rencontrent des difficultés à recruter.

Une croissance des dépenses de pauvreté-exclusion sociale portée par les dépenses de RSA

Les prestations du risque **pauvreté-exclusion sociale** (fiche 17), qui s'élèvent à 20,1 milliards d'euros en 2014, augmentent à un rythme plus rapide qu'en 2013 (+5,2 % après +2,5 % en 2013). Représentant 61 % des dépenses du risque, les dépenses de RSA augmentent de 9,6 % (après +8,3 % en 2013).

Cette dynamique fait suite à la revalorisation exceptionnelle de +2,0 % intervenue le 1er septembre 2014 en plus de la revalorisation annuelle de janvier (+1,3 %). En effet, dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013, une revalorisation de 10 % sur cinq ans du RSA socle (en plus de l'indexation annuelle du barème sur l'inflation) est en cours. Le barème du RSA activité, articulé avec celui du RSA socle, est également touché par ce relèvement. De plus, le relèvement du montant forfaitaire du RSA socle a conduit à une hausse du nombre total de bénéficiaires en 2014 à la suite du relèvement des plafonds.

Cependant, la prime pour l'emploi (PPE) contribue négativement à l'évolution de la masse globale des prestations servies. Cette évolution s'explique par la baisse continue du nombre de foyers fiscaux bénéficiant de la PPE, en raison du gel de son barème depuis 2008 consécutive à l'instauration du RSA.

Sur longue période, ce risque est le plus dynamique, traduction de l'importance grandissante des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale au cours des dernières décennies, mais aussi de la persistance du chômage de longue durée.

En Europe, la dynamique des prestations ralentit plus ou moins brutalement 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 5).

Les prestations 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 %).

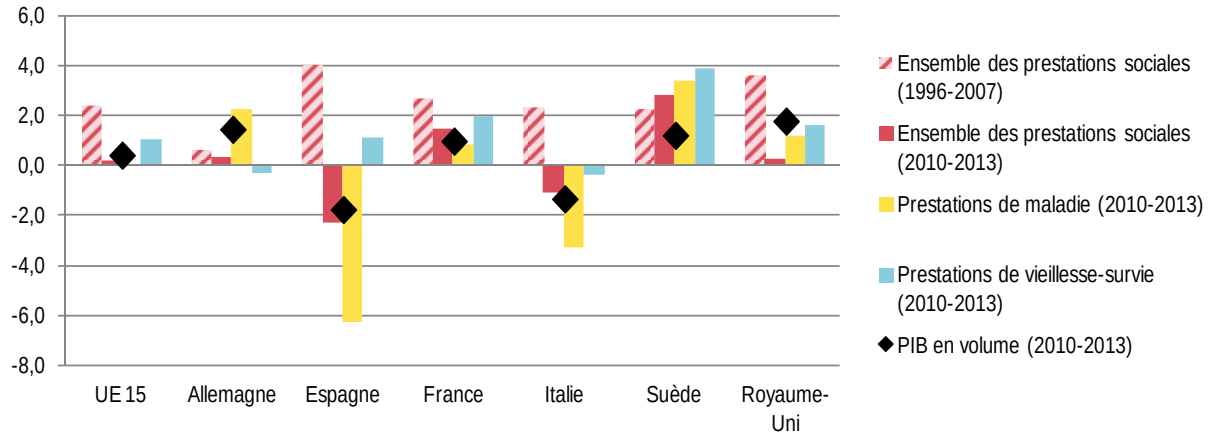
Dans un contexte économique dégradé, les prestations sociales (encadré 3), en continuant d'augmenter, soutiennent normalement le revenu des ménages et amortissent les impacts sociaux et économiques de la crise. Or, entre 2010 et 2013, dans les pays les plus affectés par la crise, les mesures de consolidation budgétaire mises en œuvre entraînent une diminution des prestations sociales qui annule l'effet amortisseur des prestations[1].

Encadré 3 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 (11e 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.

Graphique 5 Évolution des prestations sociales et du PIB en volume dans 6 pays de l'Union européenne

Évolutions en moyenne annuelle en euros constants en %



Source > Eurostat-SESPROS, calculs DREES.

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

Un recul historique 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-crise[1]. L'évolution des prestations maladie est restée positive en Suède, en Allemagne, au Royaume-Uni et en France (graphique 5). Elle est en revanche 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. En parallèle, 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.

Une hausse structurelle des prestations vieillesse-survie sous l'effet du vieillissement, une diminution globale des dépenses de chômage

Depuis la crise et les coupes opérées dans les systèmes de soins de nombreux 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 en particulier 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 chômage[2], 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.

Entre 2010 et 2013, la croissance des prestations de pauvreté et d'exclusion sociale diminue 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.

Des enjeux de long terme pour la protection sociale

Les systèmes de protection sociale européens font aujourd'hui face à plusieurs défis de long terme, que constituent notamment la démographie et leur soutenabilité financière (fiche 23).

Comment adapter les différents systèmes de santé afin de préserver l'accès aux soins et une longue espérance de vie sans incapacité ? L'accroissement de la durée de vie pose en effet l'enjeu d'accroître le nombre d'années de vie en bonne santé. Cela suppose de poursuivre les adaptations des systèmes sanitaires et sociaux, en renforçant la prévention des expositions aux risques (liés aux conditions de vie, de travail, etc.), tout en garantissant et en améliorant l'accès à des soins de qualité à une population de plus en plus nombreuse et âgée, dans un contexte budgétaire fragilisé par les années de crise.

Les pays européens devront également faire face au vieillissement des générations du baby-boom et améliorer la prise en charge de la dépendance pour réduire les inégalités entre ménages pauvres et ménages plus aisés, mais aussi entre femmes et hommes. En effet, l'espérance de vie des femmes étant plus élevée et la part de leur espérance de vie en bonne santé plus faible, elles constituent la majorité de la population en situation de perte d'autonomie ; elles constituent par ailleurs la majorité des aidants. Leur carrière et leur taux d'activité pourraient en être affectés. Le taux de couverture et la professionnalisation de la prise en charge de la dépendance qu'assure le système de protection sociale devront donc être d'un niveau suffisant.

Mécaniquement, la part de la population âgée de 15 à 64 ans diminue sous l'effet de l'allongement de la durée de vie et de l'augmentation de la part de la population âgée de 65 ans. Maintenir, voire augmenter, le taux d'activité de la population en âge de travailler contribue à assurer la viabilité financière du système de retraite tout en préservant un taux de remplacement décent afin de protéger les personnes plus âgées du risque de pauvreté et d'exclusion sociale.

1 Padieu Y., Roussel R., « L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins », dans l'ouvrage *France Portrait Social – édition 2015*, INSEE.
2 Diminution de près de 2 points du taux de chômage entre 2010 et 2013.

2

> La protection sociale en France

La section de l'ouvrage portant sur la protection sociale en France est constituée de trois ensembles de fiches thématiques.

La première partie (fiches 1 à 6) donne des éléments sur le contexte économique français et synthétise les grands agrégats de recettes et de dépenses du système de protection sociale français, que ce soit en 2014 ou sur longue période. Elle analyse également les effets de la protection sociale en termes de prélèvements obligatoires et de déficit public.

La deuxième partie (fiches 7 à 9) dresse un panorama détaillé des ressources du système de protection sociale : cotisations sociales, impôts et taxes affectés, contributions publiques et autres recettes.

La troisième partie (fiches 10 à 17) mesure et analyse la dépense sociale consacrée à chaque risque social : maladie, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse-survie, famille, emploi, logement, et enfin, pauvreté-exclusion sociale.

La protection sociale en France : contexte général

1 Éléments de contexte économique et social en 2014

La croissance de l'économie française demeure faible en 2014

Le PIB ne progresse que de 0,6 % en volume en 2014[1], soit le même niveau que celui enregistré en 2013 (tableau 1). Les dépenses de consommation des ménages augmentent légèrement (+0,7 % en volume, après +0,5 % en 2013). Cette contribution positive à la croissance du PIB est atténuée de nouveau en 2014 par la diminution de la formation brute de capital fixe, qui mesure l'investissement (-0,3 % en volume, après -0,8 % en 2013). De même, les échanges extérieurs pèsent sur la croissance du PIB en 2014, les importations (+4,7 %) progressant de nouveau à un rythme plus soutenu que les exportations (+3,3 %).

En 2014, le PIB progresse de +1,2 % en valeur (après +1,4 % en 2013 et +1,3 % en 2012 – graphique 1). Ces faibles taux font suite à deux années d'embellie de la croissance économique (+3,1 % en 2010 et +3,0 % en 2011), après le point bas enregistré en 2009 (-2,8 %).

Le marché du travail continue de se dégrader

Le nombre de demandeurs d'emploi des catégories A, B, C[2] poursuit sa hausse entamée mi-2008, mais de manière moins soutenue depuis mai 2013 (+5,1 % en moyenne annuelle en France entière sur 2014 après +8,2 % en 2013)[3].

En 2014, le taux de chômage au sens du BIT[4] s'élève à 10,3 % en moyenne annuelle en France entière, soit le même niveau que celui enregistré en 2013. Au 4e trimestre 2014, il s'établit à 10,5 %, en hausse de 0,2 point par rapport au trimestre précédent. Sur un an, le taux de chômage augmente de 0,4 point.

Sur le champ de la France métropolitaine, le taux d'emploi au sens du BIT est resté quasiment stable, à 50,9 % en 2013 puis à 50,8 % en 2014.

L'année 2014 est marquée par une faible inflation

Le faible taux d'inflation (0,4 % enregistré en 2014, après 0,7 % en 2013 – tableau 2) est lié à la forte baisse des prix énergétiques. La chute des cours du pétrole a un effet direct et quasi immédiat sur l'inflation totale à travers la composante énergie.

Le contexte macroéconomique tend à ralentir la croissance de la masse salariale…

Dans ce contexte de faibles croissances du PIB et des prix, la progression de la masse salariale du secteur privé demeure très contenue et s'établit à +1,5 % en 2014. En effet, la faible croissance du PIB tend à ralentir l'évolution du volume d'emplois, tandis que celle de l'inflation modère la revalorisation du SMIC. L'évolution de la masse salariale constitue le principal déterminant de la croissance des cotisations sociales, première ressource de la protection sociale (62 % du total – *cf.* fiche 9).

… et celle des prestations versées aux ménages

Les revalorisations annuelles des prestations sociales se différencient par leurs modes de calculs, par les indices de référence retenus mais également par la date à laquelle elles interviennent. La grande majorité des prestations sociales sont revalorisées en fonction de l'inflation (prestations familiales, pensions de retraite et d'invalidité, RSA, ASS…) et ce, afin de garantir le pouvoir d'achat des ménages. Dans certains cas, la revalorisation s'applique aux paramètres utilisés pour définir le montant ou le droit à prestation (plafonds de ressources…).

En 2014, le faible niveau d'inflation contribue directement au ralentissement du rythme de croissance des prestations de protection sociale versées aux ménages (+2,2 %, après +2,8 % en 2013), compte tenu de son impact sur leur taux de revalorisation. En particulier, les prestations revalorisées annuellement (pensions de retraite, d'invalidité, prestations familiales, rentes d'accidents du travail…) dépendent de la progression des prix. Leur taux de revalorisation est indexé sur l'inflation estimée pour l'année en cours (N) à laquelle s'ajoute un correctif correspondant à l'écart éventuel entre la prévision de l'année précédente (N-1) et l'inflation effectivement constatée en N-1.

L'effet modérateur des moindres revalorisations sur le niveau des prestations versées aux ménages est amplifié par l'effet de certaines mesures mises en œuvre en 2014 (report du calendrier de revalorisation des pensions de retraite, diverses mesures relatives aux allocations familiales,…).

La situation économique en 2015

En 2015, selon des données INSEE encore provisoires, la croissance du PIB est plus dynamique (+1,3 % en volume, soit +1,9 % en valeur). En France entière, le taux de chômage au sens du BIT s'élève à 10,3 % en moyenne annuelle. Les dépenses de consommation des ménages progressent de +1,5 % en volume. La masse salariale s'améliore légèrement pour s'établir à +1,7 % en lien avec une légère amélioration de l'emploi. L'évolution des prix hors tabac est quasi nulle (+0,1 %).

1 « Comptes nationaux annuels », *Informations rapides*, INSEE, n° 127, mai 2016.

2 Demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, sans emploi (cat. A), ayant exercé une activité dite « réduite courte » (cat. B, de 78 heures ou moins au cours du mois) ou « réduite longue » (cat C., plus de 78 heures au cours du mois).

3 « Emploi, chômage, population active en 2014 », *Dares Analyses*, n°050, juillet 2015.

4 Personne sans emploi en âge de travailler (âgée de 15 ans ou plus) qui n'a pas travaillé au cours de la semaine donnée, disponible pour travailler dans les deux semaines et qui a entrepris des démarches actives de recherche d'emploi dans le mois précédent (ou qui a trouvé un emploi qui commence dans les trois mois).

Tableau 1 Le PIB et ses composantes en France

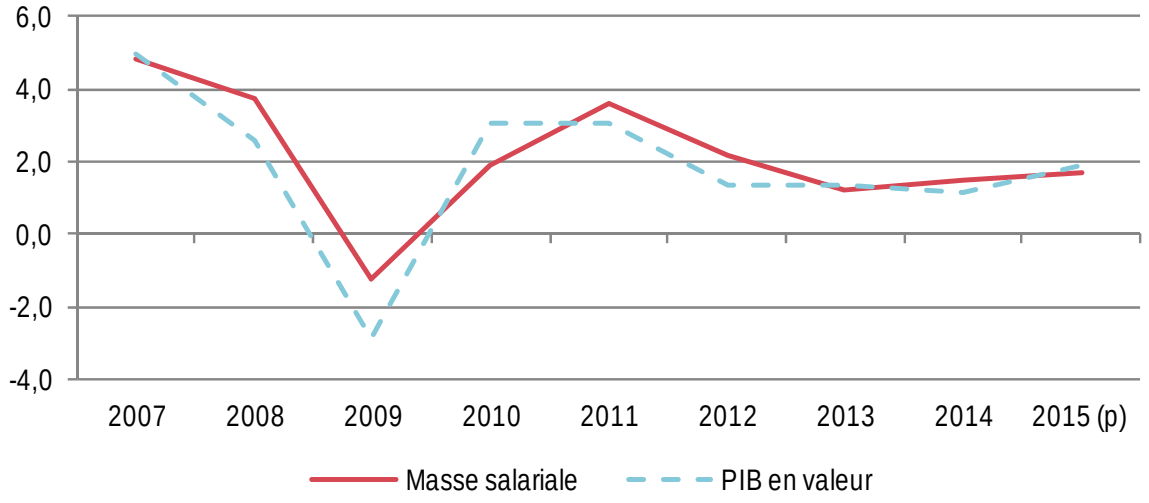
Évolutions en volume aux prix de l'année précédente en %, montants en milliards d'euros

	Évolution en volume			Valeur	
	13/12	14/13	15/14	2013	2014
Produit intérieur brut (PIB)	**0,6**	**0,6**	**1,3**	**2 115**	**2 140**
Importations	2,1	4,7	6,6	645	662
Consommation des ménages	0,5	0,7	1,5	1 132	1 141
Consommation des administrations publiques	1,5	1,2	1,4	508	516
Formation brute de capital fixe	-0,8	-0,3	1,0	467	466
Variations de stocks	0,2	0,5	0,1	5	15
Exportations	1,9	3,3	6,1	605	619

Source > INSEE-CNA.

Graphique 1 Évolutions du PIB et de la masse salariale du secteur privé

Évolutions en % des agrégats en valeur



Sources > INSEE-CNA, ACOSS.

Tableau 2 Taux d'évolution des principales grandeurs macroéconomiques

En % et en moyenne annuelle

	2012	2013	2014	2015 (p)
Masse salariale privée	2,1	1,2	1,5	1,7
Emploi (effectifs moyens)	*0,0*	*-0,6*	*0,0*	*0,1*
Salaire (moyen par tête - SMPT)	*2,2*	*1,8*	*1,6*	*1,6*
Inflation hors tabac	1,9	0,7	0,4	0,1
Revalorisation des pensions	2,1	1,5	0,3	0,0
Revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF)	0,7	1,2	0,7	0,1

(p) : données provisoires.
Sources > INSEE, ACOSS, CNAF.

2 Le périmètre de la protection sociale

La protection sociale couvre, dans un cadre de solidarité nationale, les risques sociaux auxquels les ménages sont exposés *via* le versement de prestations sociales. En 2014, celles-ci s'élèvent à 689,8 milliards d'euros, soit 32,2 % du PIB (graphique 1).

Les risques santé et vieillesse-survie totalisent 26 % du PIB et 80 % du total des prestations

Les prestations sociales sont réparties en six grands risques sociaux, reflétant le besoin principal qu'elles couvrent. Les deux principaux risques, santé (241,4 milliards d'euros en 2014) et vieillesse-survie (313,4 milliards d'euros) représentent respectivement 35 % et 45 % des prestations totales. Les risques famille et emploi représentent respectivement 8 % et 6 % des prestations. Enfin, les risques logement et pauvreté-exclusion sociale totalisent chacun 3 % des prestations.

Les administrations publiques versent 91 % des prestations

En 2014, près de 91 % des prestations sont versées par les administrations publiques (APU), soit 626,7 milliards d'euros (graphique 2). Cela représente environ la moitié de leurs dépenses (*cf.* fiche 4).

En comptabilité nationale, ce secteur est subdivisé entre administrations centrales (APUC), locales (APUL) et de Sécurité sociale (ASSO).

Les administrations de Sécurité sociale englobent à la fois l'ensemble des régimes d'assurances sociales (l'ensemble des régimes obligatoires auxquels les assurés sont affiliés pour la couverture de leurs risques), à l'exception des régimes directs d'employeurs (État ou entreprises), et les organismes divers dépendant des assurances sociales, dont le régime des hôpitaux publics.

En 2014, les ASSO versent 502,7 milliards d'euros de prestations, soit les trois quarts du total des prestations. Elles participent à la prise en charge de l'ensemble des risques sociaux. Les prestations qu'elles versent obéissent majoritairement à une logique professionnelle (accidents du travail, retraites, chômage…) mais également à une logique universelle, telles que les prestations familiales ou de santé.

Les administrations publiques centrales (État et organismes divers d'administration centrale [ODAC]) versent 13 % des prestations. Elles 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-légales (supplément familial de traitement).

En tant que puissance publique garante de la solidarité nationale, les administrations centrales versent également des prestations sans condition de contribution ou d'affiliation à des régimes sociaux. Ces prestations peuvent être délivrées *via* le système fiscal (les crédits d'impôts sont intégrés au champ des prestations, contrairement aux autres dépenses fiscales) ou non. Dans ce dernier cas, elles sont souvent soumises à des conditions de ressources.

Les administrations publiques locales versent 5 % des prestations. À l'instar de l'action de l'État, celle des régions, des départements et des communes correspond majoritairement à des besoins de solidarité.

Les administrations publiques centrales et locales jouent un rôle prépondérant dans les risques logement, pauvreté-exclusion sociale et invalidité. Elles couvrent aussi les autres risques (couverture maladie universelle complémentaire en santé, minimum vieillesse, aide sociale à l'enfance, prestations de solidarité chômage...).

Le secteur privé assure 9 % des prestations

Si la protection sociale est assurée majoritairement par les administrations publiques, certaines interventions de la sphère privée répondent également au critère de solidarité, soit en répondant aux besoins de personnes fragiles (ISBLSM), soit en suivant une logique de prévoyance collective (SF et SNF).

Le secteur des **sociétés financières (SF) et non financières (SNF)** représente 40,3 milliards d'euros de prestations en 2014.

En son sein, les mutuelles et les institutions de prévoyance versent 27,6 milliards d'euros de prestations, au titre de la complémentaire santé et de la retraite supplémentaire principalement. L'activité des sociétés d'assurances est en revanche exclue du champ des comptes de la protection sociale (*cf.* annexe 1).

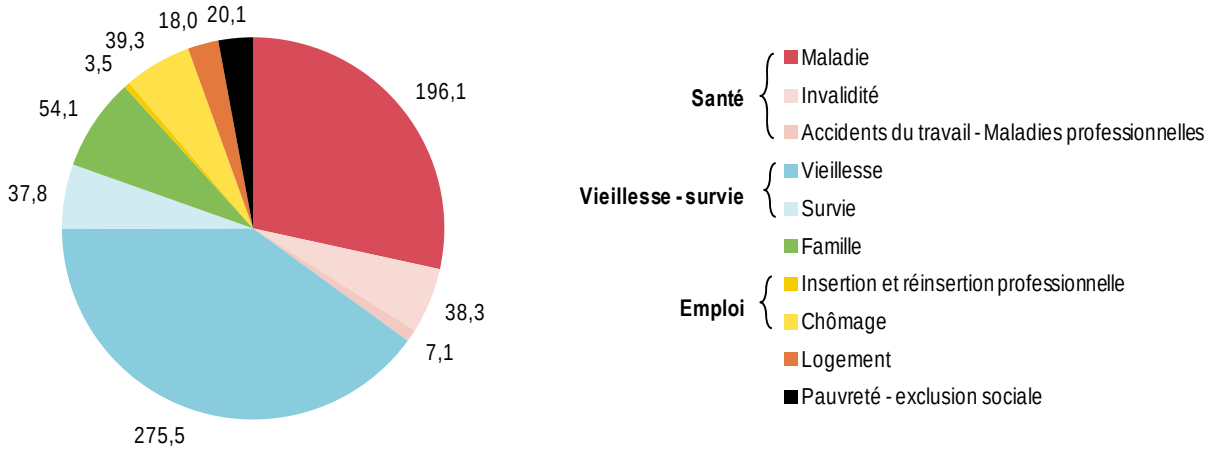
Par ailleurs, certaines grandes entreprises comme la RATP interviennent en lieu et place du régime général, pour le risque vieillesse principalement, dans le cas des régimes directs d'employeurs.

Enfin, dans le cadre de conventions collectives ou d'accords d'entreprises, les sociétés versent des prestations en complément des prestations légales (en particulier, des compléments d'indemnités journalières, des indemnités de licenciement et des indemnités de départ à la retraite).

Le secteur des **institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)** désigne les organismes privés non lucratifs : associations caritatives, organismes humanitaires, institutions tournées vers la protection de publics fragiles. Ce régime sert 22,8 milliards d'euros de prestations en 2014. Il s'agit principalement de l'accueil et de l'hébergement des personnes handicapées, des enfants de l'aide sociale à l'enfance, et des personnes en situation d'exclusion. Les subventions des administrations publiques sont leur principale source de financement.

Graphique 1 Les prestations sociales versées en 2014 par risque

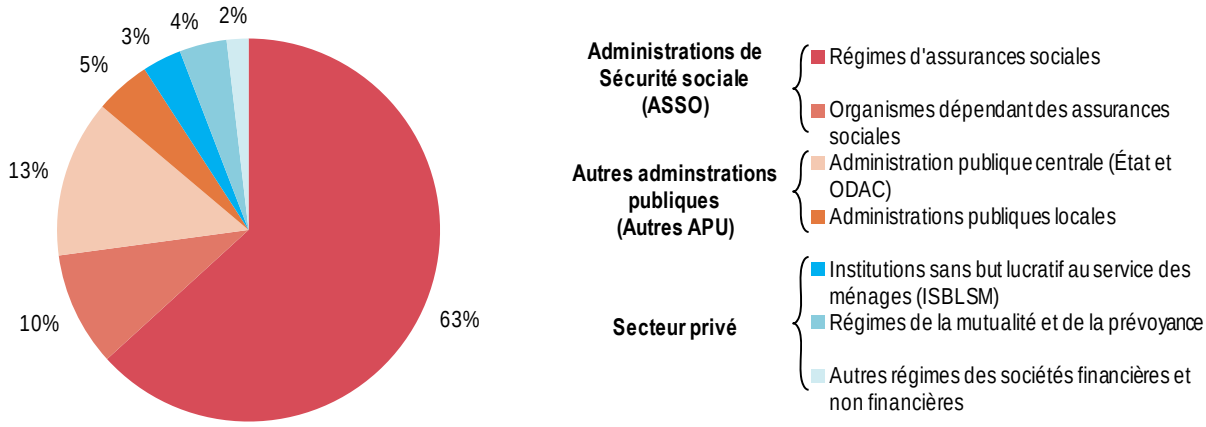
En milliards d'euros



Source > DREES-CPS.

Graphique 2 Les prestations sociales versées par les différents secteurs institutionnels en 2014

En pourcentage de l'ensemble des prestations versées



Note > *Cf.* annexe 1 pour une description détaillée des secteurs institutionnels et des liens entre comptes de la protection sociale et comptes nationaux.
Source > DREES-CPS.

Risque social
Événement incertain, facteur d'insécurité, pouvant affecter les conditions de vie d'un ménage en provoquant une augmentation de ses besoins ou une diminution de ses revenus. Par convention, la liste des risques sociaux correspond aux six items suivants : santé, vieillesse-survie, famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale.

Protection sociale
Ensemble des mécanismes couvrant les risques sociaux dans un cadre de solidarité sociale. En particulier, si des cotisations sont dues, elles ne sont pas proportionnelles à l'exposition individuelle au risque des personnes protégées (âge, morbidité, antécédents familiaux…).

Prestation sociale
Transfert en espèces ou en nature attribué personnellement à un ménage par l'activation d'un mécanisme de protection sociale, pour alléger la charge liée au risque social qui l'affecte.

Régime de protection sociale
Organisme public ou privé gérant un système de protection sociale. Chaque régime est rattaché à un des secteurs institutionnels de la comptabilité nationale, c'est-à-dire à un regroupement d'unités ayant des comportements économiques similaires.

Les prestations constituent l'essentiel de la dépense des régimes

Au-delà du versement des prestations, les comptes de la protection sociale retracent l'ensemble des dépenses et recettes directement imputables à la protection sociale (*cf.* annexe 1).

Les dépenses de protection sociale s'élèvent en 2014 à 736,5 milliards d'euros, soit 34,4 % du PIB (tableau 1). Les recettes afférentes s'établissent à 728,6 milliards d'euros, soit 34,0 % du PIB.

Les prestations constituent la majeure partie des dépenses (94 %). Le reste de la dépense est constitué pour l'essentiel de frais de gestion, de frais financiers et d'emplois du compte de capital.

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

Les **cotisations sociales** représentent à elles seules 62 % des ressources totales (graphique 3). Elles comprennent les cotisations effectives (396,8 milliards d'euros) et les cotisations imputées (55,2 milliards). Ces dernières correspondent à l'équivalent monétaire de prestations versées directement aux salariés par leurs employeurs, comme, par exemple, le supplément familial de traitement.

Les **impôts et taxes affectés** (ITAF) s'élèvent à 183,1 milliards d'euros, soit 25 % du total des ressources. Il s'agit de prélèvements obligatoires explicitement affectés au financement de la protection sociale. La contribution sociale généralisée (CSG) en représente à elle seule un peu plus de la moitié, soit 13 % du total des ressources. 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 assurée par l'État.

Les **contributions publiques** s'élèvent à 74,2 milliards d'euros, soit 10 % du total des ressources. Elles correspondent aux dotations directes au financement des prestations en provenance des budgets de l'État et des collectivités locales. Les contributions publiques diffèrent des impôts et taxes affectés. En effet, pour les premières, la ressource est une dotation financée sur le 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 19,4 milliards d'euros, regroupent les produits financiers, les ventes de biens et services…

Des ressources différenciées selon les régimes

Les régimes d'assurance et les régimes de la mutualité et de la prévoyance sont pour plus de moitié financés par des cotisations sociales effectives, tandis que les cotisations sociales imputées représentent une part importante des ressources des administrations publiques centrales et la quasi-totalité des ressources des autres sociétés financières et non financières.

Les impôts et taxes affectés viennent abonder les régimes d'assurances sociales et les administrations publiques centrales et locales. Ces dernières sont également grandement financées par des contributions publiques.

Enfin, les ISBLSM et les hôpitaux publics sont presque intégralement financés par des transferts des régimes d'assurances sociales et des autres administrations publiques.

Le déficit de la protection sociale s'établit à 7,9 milliards d'euros en 2014

Le solde des régimes de protection sociale correspond à un besoin ou à une capacité de financement en comptabilité nationale.

Le solde des régimes issus des administrations de Sécurité sociale est déficitaire, de 5,8 milliards d'euros pour les régimes d'assurances sociales, et de 1,5 milliard d'euros pour les régimes en dépendant (intervention sociale des hôpitaux publics, Pôle emploi, etc.).

Les régimes de la mutualité et de la prévoyance présentent également un déficit, de 0,6 milliard d'euros en 2014.

Pour les autres régimes, la protection sociale n'étant pas leur activité essentielle, un compte partiel est élaboré, retraçant uniquement les prestations versées et leur financement (*cf.* annexe 2). Leur solde est conventionnellement équilibré *via* l'affectation de ressources imputées (contributions publiques, cotisations sociales imputées).

Ainsi, le solde des comptes de la protection sociale s'établit à -7,9 milliards d'euros en 2014, contre -8,2 milliards en 2013 (*cf.* fiche 3).

Comptes de la protection sociale, comptes nationaux et comptes de la Sécurité sociale

Les comptes de la protection sociale (CPS) s'inscrivent dans le cadre des comptes nationaux. Ils ne diffèrent de ces derniers que dans leur présentation synthétique, puisqu'ils se limitent aux organismes versant ou finançant des prestations de protection sociale, et ne présentent que les comptes en dépenses et recettes. Néanmoins, ils suivent les mêmes méthodes et aboutissent, sur les champs comparables, aux mêmes chiffrages (à quelques exceptions près).

Cette articulation aux comptes nationaux fait différer les CPS des comptes de la Sécurité sociale, dont le champ, est, en outre, plus restreint.

Ces différences sont détaillées en annexe 1.

Pour en savoir plus

Les données détaillées des comptes de la protection sociale sont présentées en dernière partie de ce rapport, rubrique « tableaux détaillés ».

L'action sociale des départements fait l'objet de publications annuelles spécifiques de la DREES. *Cf.* Amar E., 2016, « Dépenses d'aide sociale départementale : une hausse de 9 % depuis 2010 », *Études et Résultats*, n°950, février.

Tableau 1 Emplois, ressources et solde des régimes selon leur secteur institutionnel d'appartenance

En milliards d'euros

	Secteur public				Secteur privé			Ensemble
	Régimes d'assurances sociales	Organismes dépendant des assurances sociales	Administr. publique centrale	Administr. publiques locales	ISBLSM	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Autres SF & SNF	
Emplois	**664,5**	**73,1**	**94,1**	**44,1**	**22,8**	**41,6**	**13,1**	**736,5**
Prestations sociales	436,2	66,5	91,6	32,4	22,8	27,6	12,7	**689,8**
en espèces	*330,3*	*0,7*	*74,4*	*13,4*	*0,3*	*6,3*	*12,5*	***438,2***
en nature	*105,9*	*65,7*	*17,2*	*19,0*	*22,5*	*21,3*	*0,1*	***251,7***
Emplois divers*	26,2	6,4	-	-	-	14,1	-	**46,7**
Transferts versés	202,1	0,2	2,5	11,7	-	-	0,4	
Ressources	**658,7**	**71,6**	**94,1**	**44,1**	**22,8**	**41,1**	**13,1**	**728,6**
Cotisations effectives	358,5	-	7,8	-	-	30,3	0,2	**396,8**
Cotisations d'employeurs	*244,3*	-	*2,0*	-	-	-	-	***246,3***
Cotisations de salariés	*85,3*	-	*5,8*	-	-	-	*0,2*	***91,3***
Cotisations de travailleurs indépendants	*25,4*	-	-	-	-	-	-	***25,4***
Autres cotisations effectives	*3,5*	-	-	-	-	*30,3*	-	***33,8***
Cotisations imputées	0,2	0,7	40,7	0,8	-	-	12,7	**55,2**
Impôts et taxes affectés	167,4	-	9,1	6,5	-	-	-	**183,1**
Contributions publiques	10,9	1,8	31,1	30,3	-	-	-	**74,2**
Ressources diverses*	5,5	1,5	-	1,2	0,5	10,8	-	**19,4**
Transferts reçus	116,2	67,6	5,3	5,3	22,3	-	0,1	
Solde	**-5,8**	**-1,5**	**-**	**-**	**-**	**-0,6**	**-**	**-7,9**

* Les emplois divers sont constitués des frais financiers et non financiers, des emplois du compte de capital et d'autres dépenses. Les ressources diverses incluent notamment les produits financiers, les ventes de biens et services, les indemnités d'assurance, les recours contre tiers et les ressources du compte de capital.

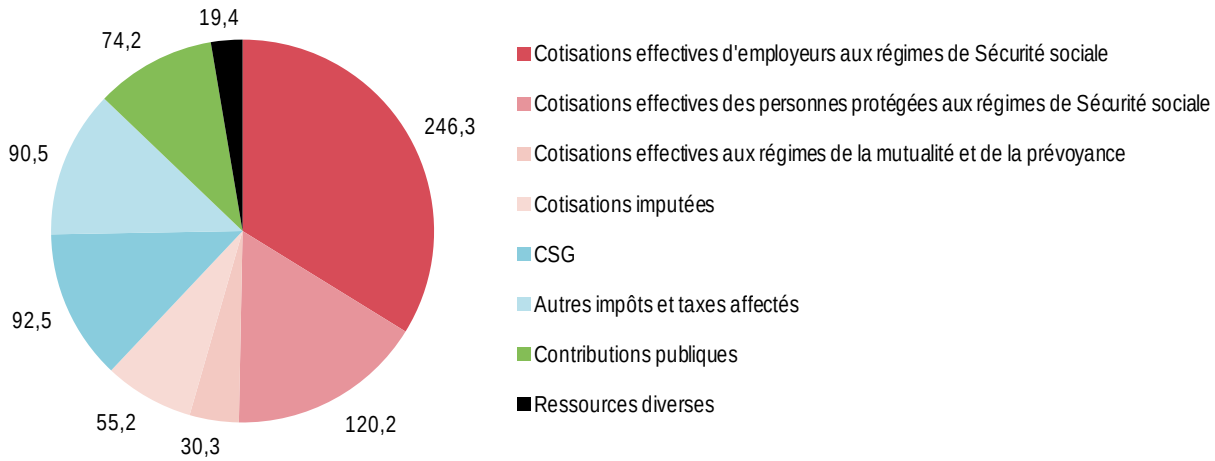
Notes > Les cotisations imputées correspondent à l'équivalent monétaire de prestations versées directement aux salariés par leurs employeurs.

Afin d'éliminer les doubles comptes, le total des emplois et des ressources, tous secteurs confondus, exclut les transferts internes entre les régimes (les transferts internes reçus étant égaux aux transferts internes versés).

Source > DREES-CPS.

Graphique 3 Structure des ressources de la protection sociale en 2014

En milliards d'euros



Notes > Hors transferts internes à la protection sociale.

Les ressources diverses incluent notamment les produits financiers, les ventes de biens et services, les indemnités d'assurance, les recours contre tiers et les ressources du compte de capital.

Source > DREES-CPS.

3 La protection sociale en 2014

Un ralentissement des prestations sociales notamment lié à la faible inflation

Les prestations de protection sociale progressent de 2,2 % en 2014 (graphique 1). Ce rythme de croissance est le plus bas observé depuis 1981 : après avoir progressé de 9 % par an lors de la décennie 1980, les prestations ont crû de 4,5 % par an dans les années 1990 et 2000, et ont ralenti à 3 % par an depuis 2010, en raison d'abord des mesures de maîtrise des dépenses, puis, en 2013, de la faible inflation.

Ce rythme de croissance, inférieur aux années précédentes, recouvre des évolutions annuelles différenciées par risque.

Les prestations du risque **vieillesse-survie**, qui représente 45 % du total en 2014, augmentent de 2,1 % après 3,0 % en 2013. D'une part, la pension moyenne de retraite croît peu, dans un contexte d'inflation basse, inférieure à sa prévision. D'autre part les effectifs de retraités augmentent moins qu'en 2013 (*cf.* fiche 13).

Le faible niveau d'inflation enregistré en 2014 ainsi que les mesures de gel des montants d'allocations de la PAJE réduisent la croissance des prestations **famille**. Ces effets modérateurs sont toutefois atténués par le relèvement en 2014 du complément familial et de l'allocation de soutien familial. Au total, les prestations famille progressent de 1,6 % (*versus* 2,3 % en 2013 – *cf.* fiche 14).

Les prestations relevant du risque **emploi** augmentent de 1,5 %, contre 3,5 % en 2013. Le nombre de chômeurs indemnisés par l'assurance chômage ou le régime de solidarité augmente en effet plus modérément en 2014. Par ailleurs, la mise en œuvre des nouvelles dispositions de la convention d'assurance chômage de mai 2014 a contribué à cette moindre hausse des prestations chômage (*cf.* fiche 15).

Les prestations du risque **logement** progressent de 1,6 % (contre 2,9 % en 2013). Ce faible rythme de croissance est à rapprocher, d'une part, de la progression modérée de l'indice de référence des loyers, servant de base à la revalorisation des barèmes, et des effets du report du 1er janvier au 1er octobre de leur revalorisation annuelle. D'autre part, le nombre de bénéficiaires d'allocations logement progresse moins vite en 2014 qu'en 2013 (*cf.* fiche 16).

En revanche, les prestations du risque **santé** et, plus encore, celles du risque pauvreté – exclusion sociale sont plus dynamiques qu'en 2013.

Les prestations **santé** progressent de 2,6 %, après 2,4 % en 2013. Elles sont tirées à la hausse par le dynamisme des dépenses de médicaments, mais restent sur un rythme de croissance bien inférieur à 3,0 % en raison notamment des mesures de maîtrise médicalisée (*cf.* fiches 10 à 12).

Enfin, les dépenses du risque **pauvreté-exclusion sociale** progressent de 5,2 % (contre 2,5 % en 2013), tirées par celles du revenu de solidarité active (RSA : +9,6 %, après +8,3 % en 2013). Cela découle d'une part de la revalorisation de 10 % du RSA socle sur cinq ans, instaurée par le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de mars 2013, et d'autre part, de l'augmentation, toujours forte, du nombre de bénéficiaires du RSA (+5,8 % en 2014 après +5,5 % en 2013 – *cf.* fiche 17).

Les ressources progressent plus vite que les emplois

En 2014, comme en 2013, la croissance des ressources est supérieure à celle des emplois.

En effet, le rythme de progression des emplois, +2,4 % en 2014, est porté par celui des prestations, qui en constituent la grande majorité (94 %).

Les ressources de la protection sociale progressent de 2,5 % en 2014 (graphique 2). Cette croissance est plus faible que celle constatée en 2013 (+2,9 %) et les années précédentes.

Ce ralentissement est lié à la moindre progression des impôts et taxes affectés (ITAF), malgré l'affectation de nouvelles recettes fiscales, et à la baisse des ressources diverses (*cf.* note du graphique 2). Le dynamisme des ITAF depuis plusieurs années était lié à des relèvements de taux et à des élargissements d'assiettes.

En revanche, les cotisations effectives, qui constituent 62 % des ressources, restent sur un rythme dynamique, proche de 3 %, et continuent de croître plus rapidement que l'assiette des salaires (+1,5 % – *cf.* fiche 1). Elles sont portées par la hausse des taux de cotisation retraite, partiellement compensée par la baisse du taux de cotisation famille et la hausse des allégements de cotisations sociales sur les bas salaires.

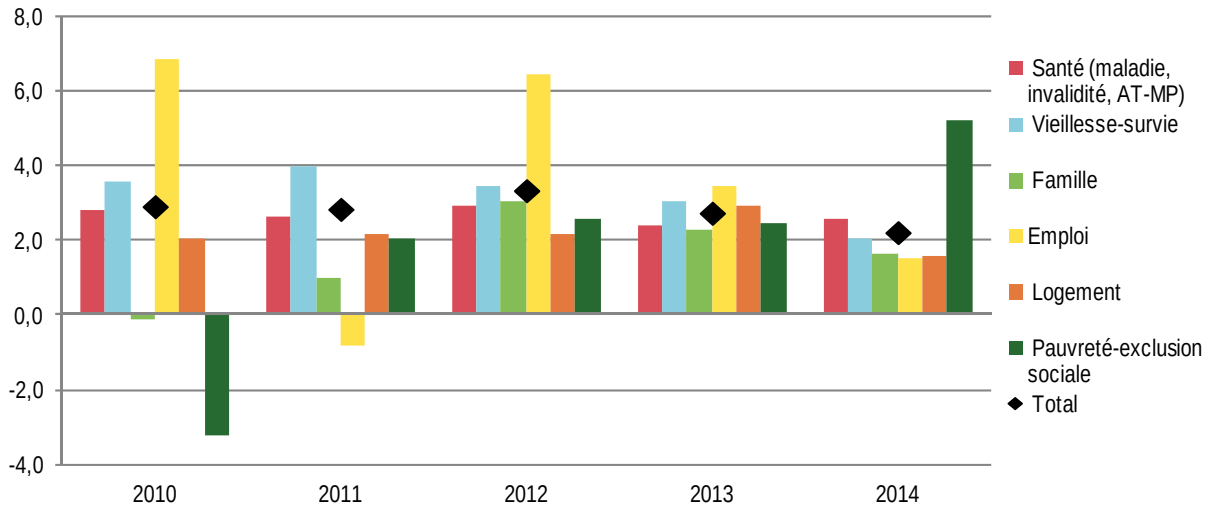
Le déficit de la protection sociale continue à se résorber

Conséquence de la croissance plus forte des ressources que des emplois, le déficit de la protection sociale se réduit à nouveau en 2014 : il s'élève à 7,9 milliards d'euros, contre 8,2 milliards en 2013 et 11,6 milliards en 2012 (graphique 3).

En particulier, le déficit du sous-secteur institutionnel des régimes d'assurances sociales est de 5,8 milliards en 2014, soit un niveau près de quatre fois plus faible que celui enregistré en 2010 (21,5 milliards), en raison de l'amélioration du solde du régime général.

Graphique 1 Évolution des prestations de protection sociale par risque

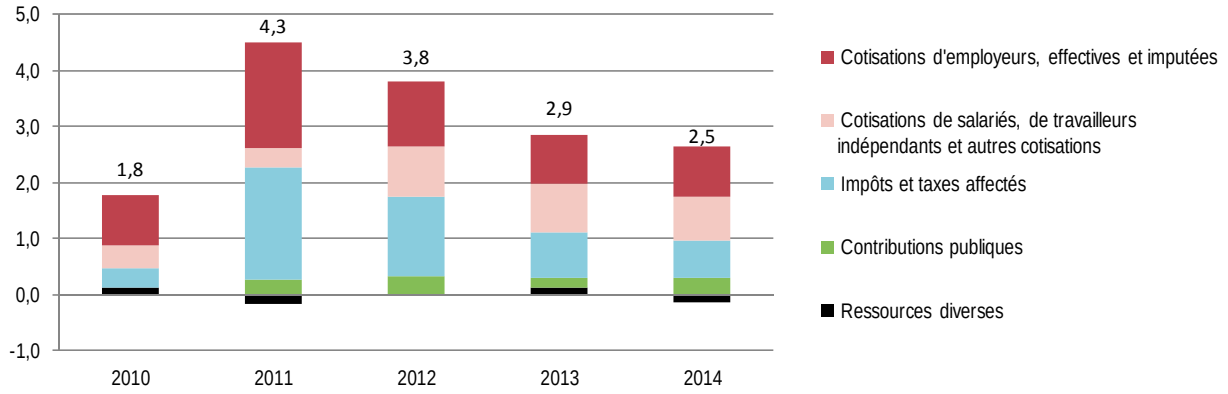
Évolutions en %



Lecture > En 2014, l'ensemble des prestations croissent de 2,2 %. Parmi elles, celles du risque santé augmentent de 2,6 %.
Source > DREES-CPS.

Graphique 2 Évolution globale des ressources et contributions des différents postes

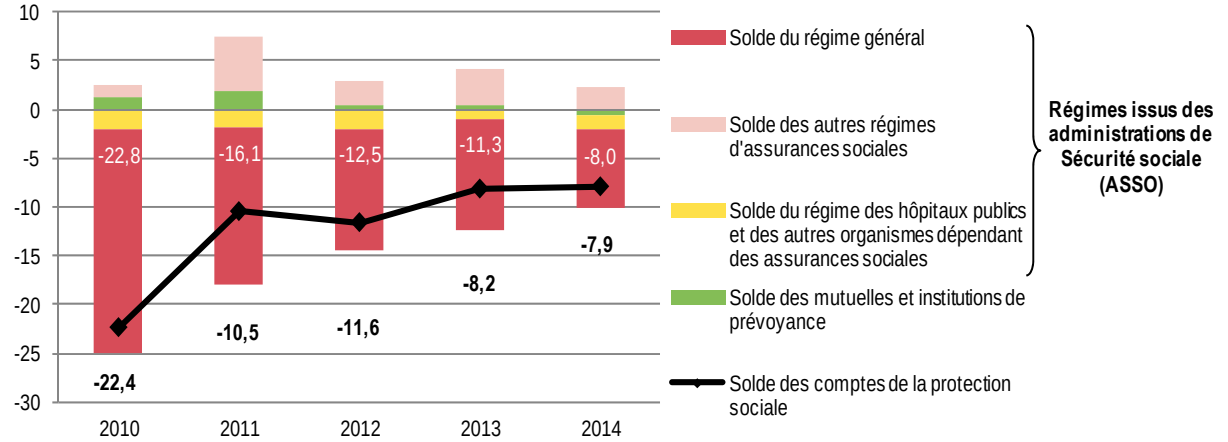
Évolutions en %



Lecture > En 2014, l'ensemble des ressources croît de 2,5 %, dont 1,7 % est dû aux cotisations (employeurs et salariés), 0,7 % aux ITAF, 0,3 % aux contributions publiques et -0,1 % aux ressources diverses.
Note > Les ressources diverses incluent notamment les produits financiers, les ventes de biens et services, les indemnités d'assurance, les recours contre tiers, et les ressources du compte de capital.
Source > DREES-CPS.

Graphique 3 Évolution du déficit de la protection sociale

En milliards d'euros



Note > Sont inscrits les montants des soldes du régime général (en blanc) et de l'ensemble des comptes de la protection sociale (en gras).
Lecture > En 2014, des déficits sont constatés au régime général (-8,0 milliards d'euros), dans les organismes dépendant des assurances sociales (y compris notamment les hôpitaux) et dans les régimes de la mutualité et de la prévoyance. À l'inverse, les autres régimes d'assurances sociales sont excédentaires. Les autres régimes de la protection sociale sont équilibrés par convention (*cf.* annexe 1). Au total, le déficit de la protection sociale s'élève à 7,9 milliards en 2014.
Source > DREES-CPS.

4 La protection sociale dans les finances publiques

La croissance des dépenses de la protection sociale, plus rapide que celle de la richesse nationale, constitue un enjeu de soutenabilité en termes de finances publiques. En effet, les administrations publiques jouent un rôle prépondérant dans la protection sociale : en 2014, elles versent 91 % des prestations sociales, contre 9 % pour le secteur privé (associations, mutuelles et institutions de prévoyance, employeurs… – *cf.* fiche 2). Cette fiche se concentre sur les 626,7 milliards de prestations versées par les administrations publiques.

Les prestations sociales constituent la moitié des dépenses publiques

Parmi les administrations publiques, l'activité des administrations de Sécurité sociale (ASSO : caisses d'assurance maladie, de retraite, d'allocations familiales, hôpitaux publics…) est presque entièrement consacrée à la protection sociale, tandis que celle des autres administrations est plus variée. Le versement de prestations sociales en espèce ou en nature constitue 87 % des dépenses totales des administrations de Sécurité sociale, 19 % de celles de l'administration publique centrale et 13 % de celles des administrations publiques locales en 2014. Au total, 51 % des dépenses des administrations publiques sont des prestations sociales (graphique 1).

Une partie des autres dépenses des administrations publiques est également liée à la protection sociale : gestion des prestations, définition des politiques publiques, investissements, transferts vers le secteur privé pour financer leurs prestations, etc.

En 2014, les dépenses publiques représentent 57,3 % du PIB et, parmi elles, les prestations sociales, 29,3 %. Depuis 1990, l'ensemble des dépenses publiques ont augmenté de 7,7 points de PIB : les prestations versées par les administrations publiques ont crû de 6,7 points, et les autres dépenses publiques (éducation, défense, etc) de 1,0 point. La part des prestations versées dans le total des dépenses publiques est ainsi passée de 45 % en 1990 à 51 % en 2014 (graphique 2), faisant de la protection sociale un enjeu majeur de maîtrise des dépenses publiques, au-delà de ses rôles stabilisateur et redistributif.

En particulier, en 2014, les prestations sociales versées par les administrations publiques progressent de 2,3 %, soit plus rapidement que l'ensemble des dépenses publiques (+1,8 %). Les prestations sociales publiques expliquent ainsi la quasi-totalité de l'augmentation de 0,3 point de PIB des dépenses publiques.

Deux tiers des prélèvements obligatoires financent la protection sociale

Principale composante des recettes publiques, les prélèvements obligatoires (PO)[1] sont très suivis. En 2014, ils s'établissent à 44,8 % du PIB (graphique 3), comme en 2013, soit leur niveau le plus haut depuis 1980, dépassant le point haut enregistré en 1999 (43,6 %). En 2014, les effets haussiers de certaines nouvelles mesures (hausse des taux de TVA, majoration de l'impôt sur les sociétés pour les grandes entreprises...) sont minorés par la montée en charge du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et la réduction de l'impôt sur le revenu des ménages à revenus modestes et moyens.

67 % de ces PO financent la protection sociale. En particulier, 54 % des PO sont prélevés au profit direct des administrations de Sécurité sociale.

Les prélèvements obligatoires finançant la protection sociale représentent, en 2014, 30,0 % du PIB. Ils croissent depuis le début des années 1990, et progressent de 0,4 point de PIB en 2014 (après +0,5 point en 2013), tirés par de nouvelles mesures comme la hausse de la fraction de TVA affectée à la Sécurité sociale, ou celle des taux de cotisation vieillesse, etc.– *cf.* fiches 7 et 8). À l'inverse, les prélèvements obligatoires ne finançant pas la protection sociale mais le reste des dépenses publiques diminuent de 0,4 point de PIB.

Les administrations de Sécurité sociale cumulent le dixième du déficit public et de la dette publique

Les administrations de Sécurité sociale, qui versent les trois quarts des prestations sociales et dont l'activité est entièrement consacrée à la protection sociale, cumulent 9 % du déficit public et 11 % de la dette publique en 2014 (graphique 4). Depuis 2010, le déficit des administrations de Sécurité sociale s'est réduit des deux tiers, et celui du reste des administrations publiques a diminué d'un tiers. En revanche, la dette des administrations de Sécurité sociale comme celle des autres administrations publiques s'est alourdie d'un quart.

Finances publiques en Europe

D'après Eurostat, par rapport au reste de l'Union européenne, la France se classe :

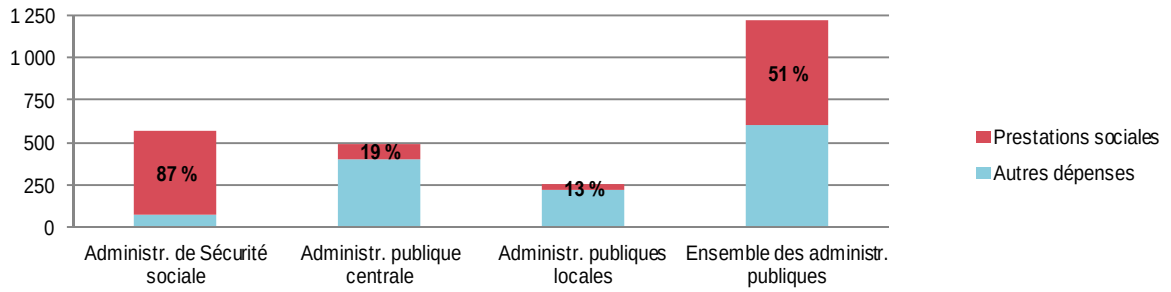
- en deuxième position pour la part des dépenses publiques dans le PIB en 2014, derrière la Finlande ;
- en troisième position pour le taux de PO dans le PIB (au sens d'Eurostat : y compris cotisations imputées) en 2013, derrière le Danemark et la Belgique ;
- en huitième position pour le poids de la dette, proche de la moyenne de la zone euro.

1 Ensemble des impôts et des cotisations sociales effectives perçus par les administrations publiques et l'Union européenne.

Pour en savoir plus, *cf.* INSEE, *Tableaux de l'économie française – édition 2016*, fiches 13.1 « Dette et déficit public », 13.2 « Prélèvements obligatoires » et 13.3 « Dépense publique ».

Graphique 1 Prestations sociales dans les dépenses, par sous-secteur des administrations publiques*

En milliards d'euros



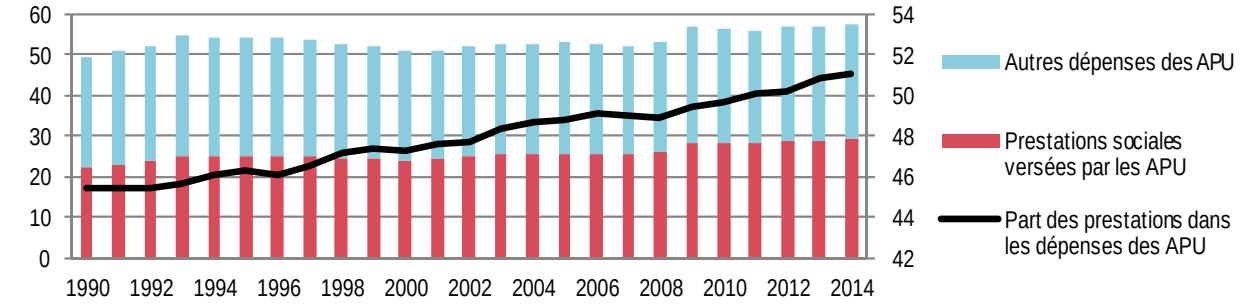
* En comptabilité nationale, les administrations publiques sont subdivisées en 3 sous-secteurs :

- administrations de Sécurité sociale (régimes d'assurance sociale [caisses] et organismes en dépendant [hôpitaux publics…]) ;
- administration publique centrale (État et organismes en dépendant [ODAC]) ;
- administrations publiques locales (régions, départements, communes, et organismes divers dépendant de ces échelons territoriaux).

Note > Les prestations sociales sont rapportées à l'ensemble des dépenses, hors éléments imputés, consolidées des transferts internes.
Sources > DREES-CPS, INSEE-CNA.

Graphique 2 Part des prestations sociales dans les dépenses des administrations publiques (APU)

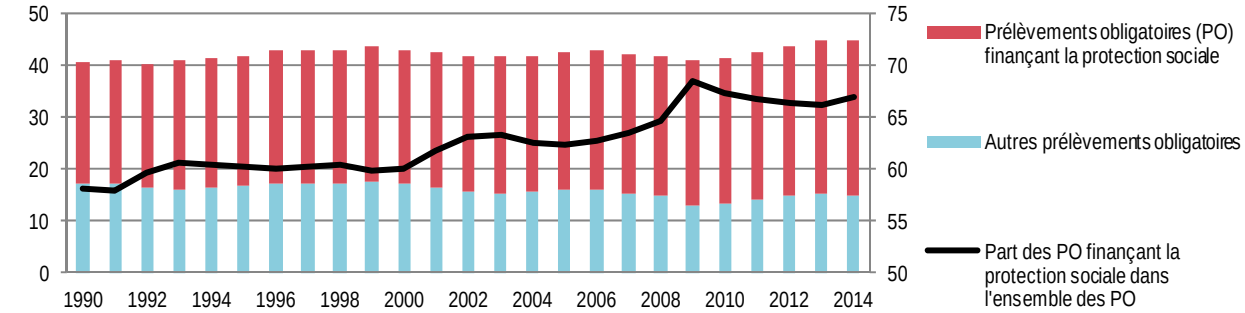
En % du PIB (échelle de gauche) et en % du total des dépenses des APU (échelle de droite)



Note > Les prestations sociales sont rapportées à l'ensemble des dépenses, hors éléments imputés, consolidées des transferts internes.
Sources > DREES-CPS, INSEE-CNA.

Graphique 3 Part du financement de la protection sociale dans les prélèvements obligatoires

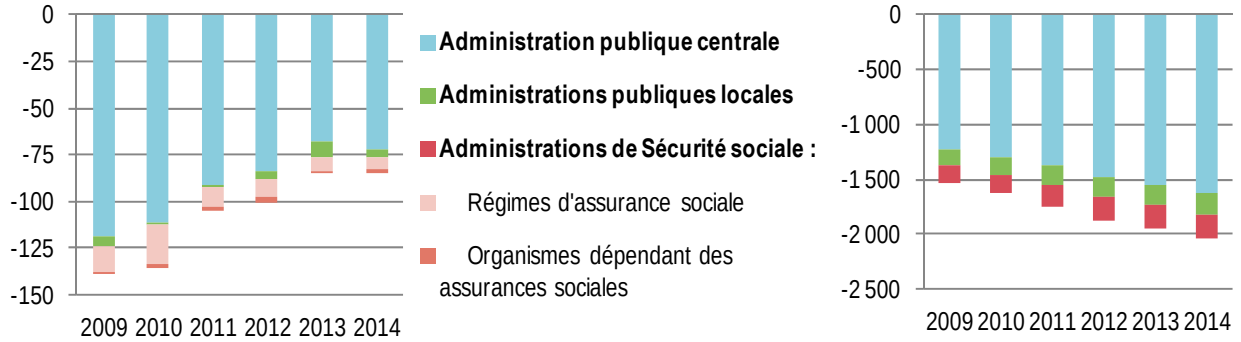
En % du PIB échelle de gauche) et en % du total des prélèvements obligatoires (échelle de droite)



Sources > DREES-CPS, INSEE-CNA.

Graphique 4 Déficit public (à gauche) et dette publique (à droite), par sous-secteur institutionnel

En milliards d'euros



Source > INSEE-CNA.

5 La redistribution opérée par la protection sociale en France en 2014

Selon leurs revenus, les ménages ne cotisent pas dans les mêmes proportions et ne perçoivent pas les mêmes montants de prestations sociales. Bien que ce ne soit pas son seul objectif, la protection sociale contribue ainsi à redistribuer les revenus des plus aisés vers les plus modestes.

La part des cotisations et des contributions sociales augmente avec le niveau de vie

En 2014, les cotisations sociales (patronales et salariales) et les contributions (contribution sociale généralisée [CSG], contribution pour le remboursement de la dette sociale [CRDS] et contributions additionnelles sur le patrimoine) atteignent 11 % du revenu disponible des ménages du 1er décile de niveau de vie, contre 52 % de celui du dernier décile (tableau 1). En moyenne, les cotisations sociales et les contributions représentent 42 % du revenu disponible des ménages.

Les parts de cotisations et de contributions sont particulièrement basses dans les ménages à plus faible niveau de vie et tout particulièrement pour le premier décile. Les ménages concernés sont en effet plus touchés par le chômage et cotisent donc moins en moyenne que les autres. De plus, les réductions de cotisations patronales sur les salaires inférieurs à 1,6 SMIC diminuent très significativement la part de cotisations patronales acquittées en bas de la distribution de revenu (elles sont ramenées à 5 % pour le 1er décile, contre environ 30 % à partir du 6e décile).

Le taux de cotisations sociales et de contributions payées par les ménages augmente rapidement avec le décile de niveau de vie. Toutefois, le dernier décile de niveau de vie a un taux légèrement en dessous de celui du 9e décile (52 % contre 54 %). En effet, la part des cotisations sociales est plus basse (40 % de cotisations salariales et patronales pour le dernier décile de niveau de vie contre 43 % pour le 9e décile). Cela s'explique par le plafonnement et la variation du taux de certaines cotisations sociales au-delà du plafond de la Sécurité sociale. Cet effet est également dû à un changement de la structure des revenus, les revenus du patrimoine (non soumis aux cotisations sociales) ayant un poids plus important au sein du dernier décile. Les contributions sociales continuent d'augmenter (13 % pour le dernier décile de niveau de vie contre 11 % pour le 9e décile), les revenus du patrimoine étant soumis à la fois à la CSG et à la CRDS et à des contributions additionnelles sur le patrimoine.

Selon le décile, les prestations sociales représentent 24 % à 71 % du niveau de vie des ménages

La part des prestations sociales (hors prestations d'assurance maladie mais y compris retraites) dans le revenu disponible des ménages atteint 39 % en moyenne (tableau 2). Cette part varie beaucoup selon le niveau de vie des ménages : elle est de 71 % pour les ménages du 1er décile de niveau de vie et de 24 % pour les ménages du dernier décile de niveau de vie.

Les minima sociaux et les allocations logement sont très concentrés sur les deux premiers déciles. Ce sont en effet des prestations sous condition de ressources. La revalorisation exceptionnelle du revenu de solidarité active (RSA) en septembre 2014 (2 % au-delà de l'inflation) et du minimum vieillesse (hausse du montant du plafond en octobre 2014, en plus de la revalorisation intervenue au 1er avril) ont contribué à augmenter le revenu des ménages les plus modestes, le report de la revalorisation des allocations logement à le diminuer (Cazenave *et al.*).

Les prestations familiales ont également un fort effet redistributif puisqu'elles représentent 17 % du revenu disponible des ménages du 1er décile, contre seulement 1 % de celui du dernier décile. En effet, mécaniquement, les allocations familiales, d'un montant identique en 2014 quel que soit le revenu, représentent une part décroissante de celui-ci au fur et à mesure qu'il s'élève. Cet effet devrait s'accroître en 2015, avec la modulation du niveau des allocations familiales en fonction du revenu. De plus, les familles nombreuses, qui perçoivent davantage de prestations familiales, sont surreprésentées parmi les ménages modestes. Enfin, certaines prestations familiales sont réduites, ou non servies, au-delà d'un certain seuil de revenus.

Les mesures prises en 2014 vont dans le sens d'une plus grande redistribution : la revalorisation de l'allocation de soutien familial (ASF) et la création d'un montant majoré pour le complément familial (CF) ont permis de soutenir le revenu des familles modestes nombreuses ou monoparentales tandis que la modulation de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a réduit le montant perçu par certaines familles au-delà d'un seuil de ressources.

Les prestations de chômage et de préretraites ont également un effet redistributif fort. Elles représentent ainsi 9 % du niveau de vie des ménages du 1er décile de niveau de vie, contre 2 % du niveau de vie des ménages du dernier décile. Les pensions de retraite ont un poids relativement moins important parmi les ménages du 1er décile. Cela est dû à un effet de composition : les retraités sont protégés de la pauvreté par leur pension et sont donc moins représentés au sein de ce décile que les autres ménages. Au sein des autres déciles, la part des retraites varie peu – entre 21 % et 27 % du niveau de vie – en raison du caractère fortement contributif des pensions, c'est-à-dire du fait que la perception et le montant des pensions soient conditionnés aux cotisations versées.

Tableau 1 Part des cotisations et des contributions sociales rapportées au niveau de vie en 2014

Montants en euros annuels

	Décile de niveau de vie										Ensemble des ménages
	1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	
Niveau de vie moyen	**8 917**	**12 796**	**15 188**	**17 405**	**19 628**	**21 938**	**24 672**	**28 193**	**33 812**	**57 859**	**24 041**
Part des cotisations patronales (en %)	5	16	20	23	26	29	31	32	32	30	25
Part des cotisations salariales (en %)	3	7	8	9	10	11	11	11	11	10	9
Part des contributions (en %)	3	5	7	8	9	9	10	10	11	13	9
Total des cotisations et contributions rapporté au revenu disponible (en %)	**11**	**28**	**35**	**41**	**45**	**49**	**52**	**54**	**54**	**52**	**42**

Lecture > Le niveau de vie moyen des ménages du 1er décile est de 8 917 € par an. Les cotisations et contributions sociales payées par ces ménages et leurs employeurs représentent au total 11 % de leur revenu disponible.
Champ > France métropolitaine, population des ménages ordinaires dont la personne de référence n'est pas étudiante et dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul.
Sources > Modèle INES (INSEE-DREES), enquête Revenus fiscaux et sociaux 2012 actualisée 2014, calculs DREES.

Tableau 2 Part des prestations sociales rapportées au niveau de vie en 2014 (hors prestations d'assurance maladie)

Montants en euros annuels

	Décile de niveau de vie										Ensemble des ménages
	1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	
Niveau de vie moyen	**8 917**	**12 796**	**15 188**	**17 405**	**19 628**	**21 938**	**24 672**	**28 193**	**33 812**	**57 859**	**24 041**
Part de chômage et préretraites (en %)	9	7	6	5	4	4	3	2	2	2	4
Part des retraites (en %)	15	23	26	27	27	24	23	22	24	21	23
Part des prestations familiales (dont allocations familiales - en %)	17	10	7	5	4	4	3	3	2	1	6
Part des allocations logement (en %)	18	8	3	1	1	0	0	0	0	0	3
Part des minima sociaux (en %)	13	5	3	2	1	1	0	0	0	0	3
Total des prestations sociales rapportées au revenu disponible (en %)	**71**	**53**	**46**	**41**	**37**	**32**	**29**	**28**	**28**	**24**	**39**

Lecture > Le niveau de vie moyen des ménages du 1er décile est de 8 917 € par an. Pour ces ménages, les prestations sociales simulées représentent 71 % de leur revenu disponible.
Note > Les prestations ne prennent pas en compte les prestations versées par l'Assurance maladie, le modèle de microsimulation ne permettant pas de les calculer.
Champ > France métropolitaine, population des ménages ordinaires dont la personne de référence n'est pas étudiante et dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul.
Sources > Modèle INES (INSEE-DREES), enquête Revenus fiscaux et sociaux 2012 actualisée 2014, calculs DREES.

Revenu disponible (au sens microéconomique)

Le revenu disponible d'un ménage est défini comme la somme des revenus bruts d'activité (salaires bruts, revenus d'indépendants), de remplacement (pensions de retraite, allocations chômage, indemnités journalières maladie et maternité) et du patrimoine (intérêt, dividendes, loyers) de chacun de ses membres perçus au cours de l'année, diminuée des cotisations salariales et contributions sociales assises sur ces revenus de l'impôt payé cette même année portant sur les revenus de l'année antérieure et de la taxe d'habitation, et augmentée des prestations familiales, des minima sociaux et des allocations logement.

Niveau de vie et déciles

Le niveau de vie est le ratio entre le revenu disponible du ménage et le nombre d'unités de consommation le composant. Il permet de tenir compte de la taille du ménage. La population est scindée en 10 groupes de même taille, appelés déciles. Le 1er décile comprend les 10 % de personnes les plus pauvres, le dernier décile les 10 % de personnes les plus aisées.

Précisions méthodologiques

Les minima sociaux simulés ici sont le revenu de solidarité active (RSA) – dans ses composantes « socle » et « activité » – ainsi que la prime de Noël, l'allocation adulte handicapé (AAH) et ses compléments, l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Les prestations familiales sont composées des allocations familiales (AF), des prestations destinées à la garde d'enfant (l'allocation de base et la prime à la naissance ou l'adoption de la PAJE, ses compléments de libre choix d'activité (CLCA) et de mode de garde (CMG), et la subvention aux crèches) et des autres prestations (l'allocation de soutien familial (ASF), l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), le complément familial (CF), l'allocation de rentrée scolaire (ARS) et les bourses de l'enseignement du second degré). Certaines prestations familiales ne sont pas simulées ici : l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) et la prime de déménagement.

Les transferts sociaux tirent le revenu disponible brut des ménages vers le haut

La redistribution opérée par les prestations sociales et par le système fiscal peut également être quantifiée au niveau macroéconomique grâce aux données des comptes nationaux. Le revenu disponible brut ajusté des ménages (RDBA) peut être désagrégé entre revenus primaires (salaires, revenus des indépendants, revenus de la propriété), et transferts sociaux et fiscaux (retraites, allocations familiales, cotisations sociales, impôts… – *cf.* encadré, schéma 1 et tableau 3).

Les transferts sociaux et fiscaux viennent augmenter au total le revenu primaire d'environ 173 milliards d'euros, soit d'un peu plus de 11 %, en 2014. En effet, les prestations sociales et transferts sociaux majorent de 847 milliards d'euros les revenus primaires, qui s'élèvent à 1 538 milliards d'euros en 2014. À l'inverse, les cotisations sociales et les impôts courants minorent ces revenus primaires de 671 milliards d'euros.

En 2014, les revenus primaires des ménages progressent faiblement (+1,1 %), pour la troisième année consécutive. Le RDBA progresse au même rythme : s'il est tiré vers le haut par l'évolution des prestations sociales en espèces (+2,2 %) et des transferts sociaux en nature (+2,3 %), ces évolutions sont compensées par la hausse des prélèvements et cotisations sociales (+2,6 %) et des impôts courants (+1,5 %). Ces derniers enregistrent une progression beaucoup plus faible que celles observées depuis 2010, qui intégraient alors de nombreuses nouvelles mesures fiscales.

Le pouvoir d'achat augmente légèrement en 2014

Le revenu disponible brut (RDB), qui correspond au RDBA diminué des transferts sociaux en nature, est légèrement plus dynamique en 2014 (+0,8 %) qu'en 2013 (+0,3 %) et en 2012 (+0,5 %). Le pouvoir d'achat du RDB par ménage stagne en 2014 (-0,1 %), après avoir progressivement reculé depuis 2010. Cette stagnation du pouvoir d'achat découle de celle des prix (mesurée par l'indice des prix à la consommation – *cf.* fiche 1).

Les transferts sociaux et fiscaux représentent une part croissante du revenu disponible brut ajusté

Entre 1981 et 2014, les montants prélevés et ceux redistribués aux ménages ont crû plus rapidement que leurs revenus primaires. Les transferts sociaux et fiscaux représentent donc une part croissante de leur RDBA.

Les prestations sociales en espèces représentent ainsi 27 % du RDBA en 2014, contre 21 % en 1981 (graphique 1). La part des transferts sociaux en nature est également passée de 17 % à 22 %.

Symétriquement, les impôts courants sur le revenu et le patrimoine représentent une part croissante du RDBA (12 % en 2014 contre 6 % en 1981). En revanche, les cotisations sociales sont relativement stables, fluctuant entre 25 % et 28 % du RDBA au cours de la période.

Le système socio-fiscal redistribue davantage aux ménages qu'il ne leur prélève

En 2014, en agrégé, les prestations et transferts sociaux versés aux ménages sont plus élevés de 26 % que les prélèvements directs qui portent sur leurs revenus, à savoir les cotisations sociales et les impôts courants.

Ce rapport a fluctué entre 18 % et 32 % au cours de la période 1981-2014. En 2014, il est proche de son niveau de 1981 (23 %). En effet, en moyenne sur cette période, l'ensemble des prestations et transferts sociaux versés aux ménages et l'ensemble des prélèvements directs portés par eux ont augmenté à un rythme proche, d'un peu plus de 2 % par an en volume.

Revenu disponible brut, revenu disponible brut ajusté (au sens macroéconomique)

En comptabilité nationale, le revenu des ménages peut être décomposé en trois ensembles :

- les revenus primaires, tirés de la participation des ménages au processus de production : rémunération des salariés, bénéfices des entrepreneurs et revenus de la propriété ;
- les opérations de redistribution en espèces : impôts courants, cotisations et prestations sociales en espèces, etc. ;
- les opérations de redistribution en nature : transferts sociaux en nature (composés de prestations et de transferts de biens et services).

Le revenu disponible brut (RDB) correspond à la somme des deux premiers items. Il représente ainsi le revenu courant après impôt qui peut être réparti par les ménages entre dépense de consommation finale et épargne. Le revenu disponible brut ajusté (RDBA) correspond à la somme des trois items : il prend ainsi en compte des éléments non monétaires.

Prestations sociales en espèces et transferts sociaux en nature en comptabilité nationale

Les prestations sociales au sens des comptes nationaux sont plus larges que celles des comptes de la protection sociale (alignées sur le système européen SESPROS), puisqu'elles incluent un risque supplémentaire, le risque « éducation ». Hormis ce qui a trait à l'éducation, les prestations sociales en espèces (opération D62 du européen de comptes – SEC 2010) correspondent aux prestations sociales en espèces des CPS. En revanche, les transferts sociaux en nature (opération D63) incluent, outre les prestations sociales en nature des CPS (soins de santé à l'hôpital public, allocations logement), l'ensemble des biens et services non marchands produits par les administrations publiques et les ISBLSM sur les fonctions santé, services récréatifs, sportifs et culturels, enseignement et protection sociale.

Pour en savoir plus

Cazenave M.-C. *et al.*, « Les réformes des prestations et prélèvements intervenues en 2014 pénalisent les 50 % des ménages les plus aisés et épargnent les 10 % les plus modestes » dans *France, portrait social*, Insee Références, édition 2015.

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

Schéma 1 La formation du revenu des ménages en comptabilité nationale

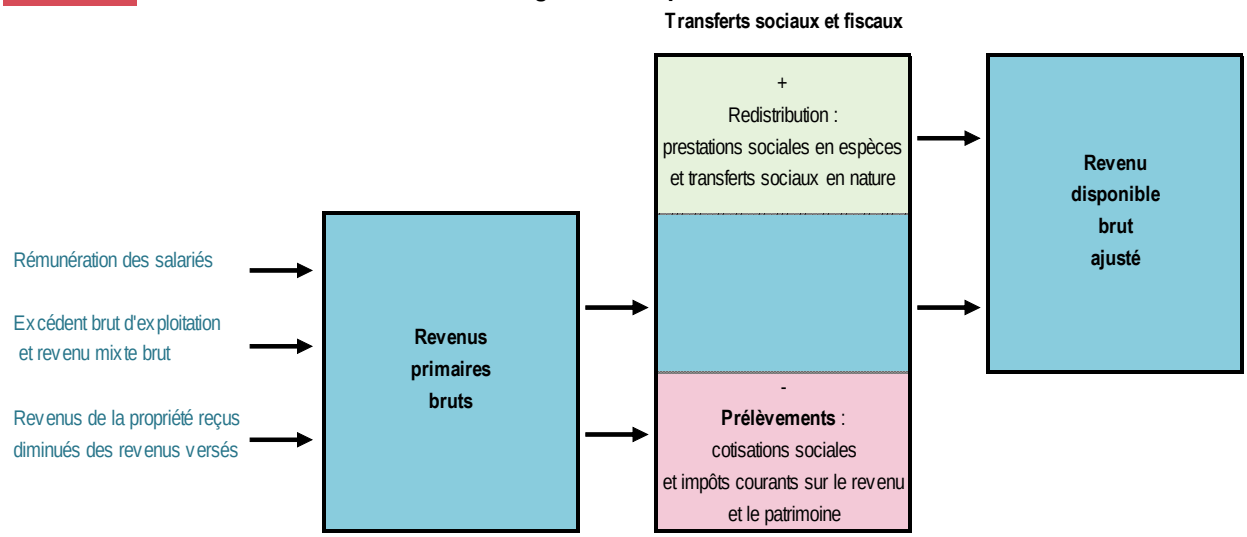


Tableau 3 Le revenu des ménages en 2014

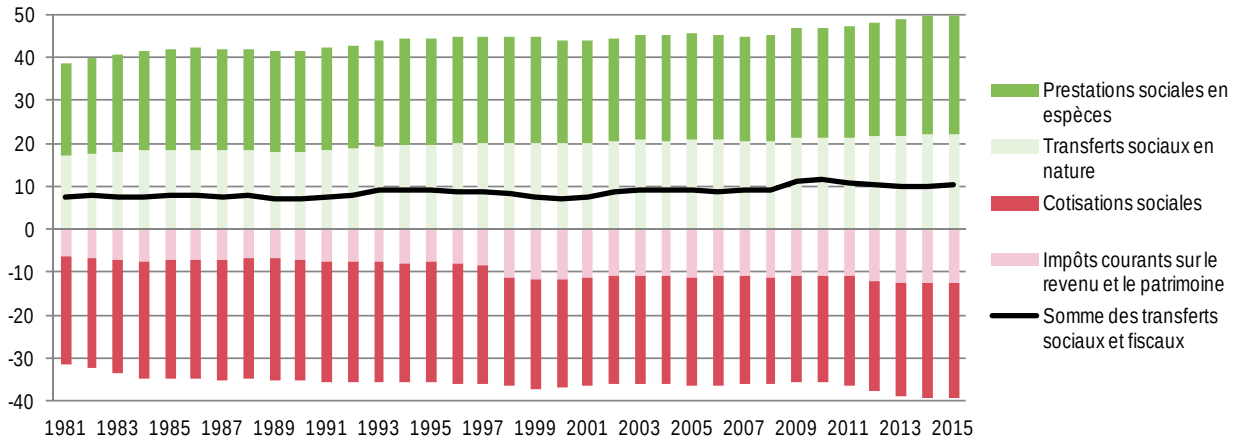
Montants en milliards d'euros, évolutions en %

	2014	2011/10	2012/11	2013/12	2014/13	2015/14
Revenus primaires bruts :	**1 538**	**2,7**	**1,6**	**0,9**	**1,1**	**1,2**
Excédent brut d'exploitation et revenu mixte brut	289	2,0	1,1	-1,0	0,6	1,1
Rémunération des salariés	1 139	2,9	2,2	1,5	1,4	1,4
Revenus de la propriété reçus diminués des revenus versés	110	2,8	-3,7	0,5	-0,1	-1,2
Transferts sociaux et fiscaux :	**173**	**-3,1**	**-4,7**	**-1,7**	**1,3**	**4,4**
Prestations sociales en espèces	468	2,3	3,8	2,9	2,2	1,9
Transferts sociaux en nature	379	2,1	2,2	2,1	2,3	1,6
Cotisations sociales	-459	3,3	3,2	3,1	2,6	1,3
Impôts courants sur le revenu et le patrimoine	-212	5,4	9,0	4,9	1,5	1,7
Solde des autres transferts courants (reçus moins versés)	-2					
Revenu disponible brut ajusté (RDBA)	**1 711**	**2,0**	**0,9**	**0,7**	**1,1**	**1,5**
Revenu disponible brut (RDB)	**1 333**	**2,0**	**0,5**	**0,3**	**0,8**	**1,4**
Évolution du pouvoir d'achat du RDB par ménage		-0,7	-1,7	-1,2	-0,1	0,9

Note > L'indice du prix de la dépense de consommation finale des ménages est le déflateur utilisé dans l'ensemble de cette fiche : pour l'évolution du pouvoir d'achat du RDB dans ce tableau, et pour le calcul des croissances en volume dans le texte.
Source > INSEE-CNA.

Graphique 1 Évolution de la part des transferts sociaux et fiscaux dans le revenu disponible brut ajusté

En % du RDBA



Lecture > En 2014, les prestations sociales en espèces et transferts sociaux en nature versés aux ménages (en vert) représentent près de 50 % de leur revenu disponible brut ajusté (RDBA). Ils en représentaient un peu moins de 40 % en 1981. À l'inverse, l'équivalent de près de 40 % du revenu disponible brut ajusté est prélevé aux ménages en cotisations sociales ou en impôts directs (en rouge). Les prélèvements représentaient un peu plus de 30 % du RDBA en 1981. La différence entre les transferts sociaux et fiscaux reçus et les transferts versés représente un peu plus de 10 % du RDBA en 2014 (courbe noire).
Note > Le solde des autres transferts courants n'est pas représenté. Il est inférieur à 8 milliards d'euros en valeur absolue sur l'ensemble de la période.
Source > INSEE-CNA.

6 La protection sociale depuis 1981

La progression des dépenses de prestations sociales est moins soutenue au fur et à mesure des années : leur croissance annuelle à prix[1] constant est en effet passée de 3,3 % entre 1981 et 1992, à 2,5 % entre 1992 et 2003, puis à 2,2 % entre 2003 et 2014.

Néanmoins, toujours plus dynamiques que le PIB, ces dépenses ont franchi deux plafonds depuis 1981, à la suite des récessions de 1993 et de 2009. Autour de 25-26 points de PIB dans les années 1980, les prestations ont avoisiné 28 points de PIB dans les années 1990 et 2000 et sont supérieures à 30 points depuis 2009 (graphique 1). L'augmentation de la part des prestations sociales dans le PIB lors de phases conjoncturellement dégradées est en partie mécanique, puisque la majorité des dépenses sociales (retraites, santé) poursuivent leur évolution indépendamment de la conjoncture et qu'une fraction de la dépense s'accroît en période de crise (tableau 1).

Outre l'impact de la situation économique, la part des prestations dans le PIB est sensible aux actions politiques menées, qu'il s'agisse d'étendre le champ de la protection sociale ou de maîtriser les dépenses.

Sous l'impulsion des grandes réformes, les dépenses des deux grands risques santé et vieillesse-survie sont désormais maîtrisées

Au sein du risque santé, les prestations maladie ont été impactées par de nombreux plans de réformes, comme le plan de 1982-1983 (réduction du remboursement de certains médicaments, création du forfait journalier hospitalier...), le plan de 1986 ou celui de 1993 (qui tous deux augmentent la part des dépenses restant à la charge des ménages). Instauré en 1996, l'Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) vise à encadrer les dépenses des régimes de base, mais est régulièrement dépassé jusqu'en 2009. La loi maladie de 2004 et le renforcement continu des dispositifs de contrôle et de suivi permettent son respect depuis 2010, bien qu'il soit de plus en plus ambitieux.

Au contraire, les dépenses d'invalidité, autre composante du risque santé, gardent une croissance soutenue dans la dernière décennie, à la suite de la loi de février 2005 en faveur des personnes handicapées. Enfin, la part du PIB consacrée aux prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles, dernière composante, diminue depuis 1981, en raison de la baisse des pensions militaires d'invalidité et du recul de l'emploi dans les secteurs industriels à fort risque d'accidents.

La période connaît quatre grandes réformes du système de retraite, en 1993, 2003, 2008 et 2010, qui entérinent le principe d'indexation des pensions sur l'inflation et non plus sur les salaires, prévoient son calcul à partir des 25 meilleures années au lieu des 10, relèvent le nombre d'années nécessaires pour bénéficier du taux plein, et repoussent l'âge légal d'ouverture des droits de 60 à 62 ans. Cependant, les prestations de vieillesse-survie sont toujours dynamiques : le montant moyen des pensions augmente en raison de carrières plus favorables et plus complètes en particulier pour les femmes ; les retraités sont par ailleurs plus nombreux avec l'arrivée des générations du baby-boom et l'allongement de l'espérance de vie.

La progression modérée du risque famille depuis 1981 va de pair avec une réorientation des dépenses en faveur des prestations liées à la garde d'enfant. La priorité, donnée en début de période à l'aide financière aux familles, s'est déplacée vers les questions de conciliation famille-travail et d'équité femme-homme.

Les risques emploi, logement et pauvreté-exclusion sociale sont les plus conjoncturels

Ces trois risques contracycliques augmentent dans les périodes de faible activité économique afin de soutenir le revenu des ménages. Pour l'emploi, depuis 1981, les partenaires sociaux ont mis en œuvre des mesures de baisse ou de durcissement des conditions d'indemnisation pour assurer sa viabilité financière. Les politiques de l'emploi se sont également traduites par de nombreuses mesures sur l'offre, avec la réduction du temps de travail, la création d'emplois publics…

Peu de modifications majeures sont intervenues sur les prestations logement, hormis l'unification à la hausse des barèmes de ces aides à partir de 2001-2002.

Enfin, les dépenses du risque pauvreté-exclusion sociale ont fortement augmenté depuis 1981. À l'époque, ce risque était très limité : la mise en place du revenu minimum d'insertion (RMI) puis du revenu de solidarité active (RSA) a contribué au dynamisme de ces dépenses dans un contexte de montée du chômage de masse, notamment de longue durée. Plus récemment, les revalorisations du RSA dans le cadre du plan pauvreté contribuent au dynamisme de ce risque.

Une part croissante du secteur public dans les prestations sociales

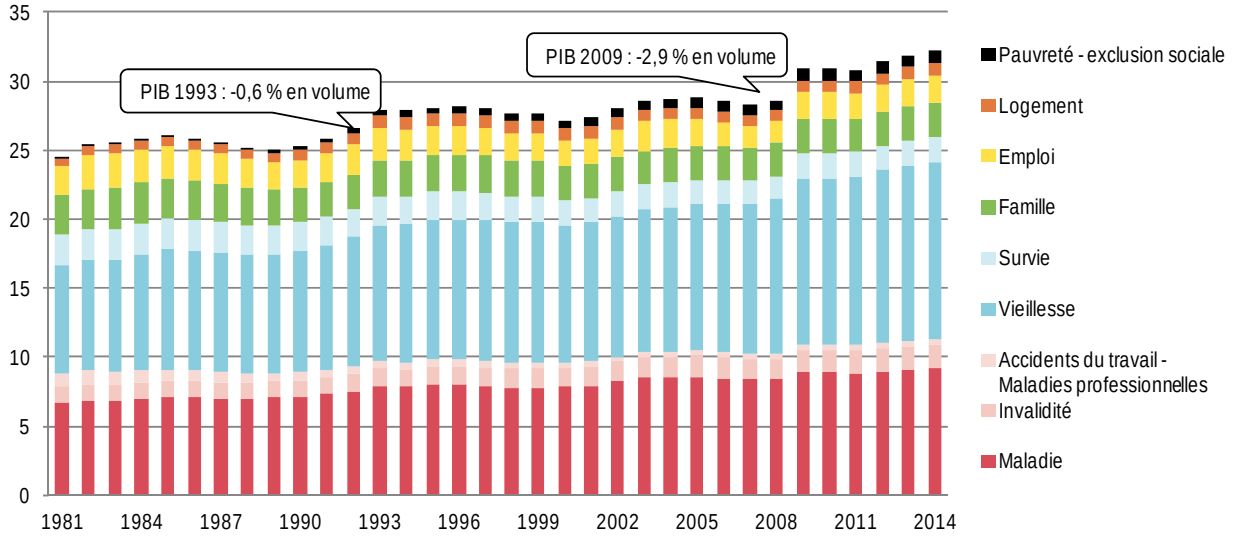
Les administrations publiques versent 91 % des prestations sociales en 2014, contre 89 % en 1990 (tableau 2). Cette augmentation est portée par la montée en charge des prestations d'assistance des collectivités locales. Parmi les régimes d'assurances sociales, la progression du régime général s'explique par celle du nombre de personnes couvertes, à la faveur notamment de la salarisation accrue de la population active et par l'intégration de certains régimes spéciaux.

Alors que la part du secteur privé tend à se réduire, celle de la mutualité et de la prévoyance progresse en lien avec la croissance de la population couverte par une complémentaire santé.

1 Prix de la dépense de consommation finale.

Graphique 1 Part des prestations sociales dans la richesse nationale depuis 1981

En % du PIB



Sources > DREES-CPS, INSEE-CNA pour le PIB.

Tableau 1 Rythme d'évolution des prestations par risque à prix constant

Évolutions annuelles moyennes en %

	1981-2007	2007-2009	2009-2014
Maladie	3,1	2,4	1,5
Invalidité	3,1	2,9	3,6
Accidents du travail - Maladies professionnelles	-1,6	-1,3	-1,6
Vieillesse	3,5	4,0	2,4
Survie	1,2	0,8	1,1
Famille	1,5	1,7	0,6
Emploi	1,0	7,7	2,5
Logement	4,1	3,8	1,2
Pauvreté - exclusion sociale	10,7	8,6	0,8
Total	**2,8**	**3,4**	**1,9**

Lecture > Entre 1981 et 2007, les prestations ont crû de 2,8 % par an à prix constant. Ce rythme était plus fort durant la crise (3,4 % par an entre 2007 et 2009). Au cours des cinq dernières années, les prestations sociales évoluent de 1,9 % par an à prix constant.
Sources > DREES-CPS, INSEE-CNA pour le prix de la dépense de consommation finale, utilisé comme déflateur.

Tableau 2 Part des différents régimes et organismes dans la protection sociale depuis 1990

En % du total des prestations sociales versées

	1990	2000	2010	2014
Secteur public	**89,2**	**89,1**	**90,8**	**90,9**
Régimes d'assurances sociales	62,6	62,4	63,2	63,2
Organismes dépendant des assurances sociales	9,9	10,1	9,7	9,6
Administration publique centrale	14,4	14,5	13,4	13,3
Administrations publiques locales	2,3	2,2	4,5	4,7
Secteur privé	**10,8**	**10,9**	**9,2**	**9,1**
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	2,7	3,1	3,2	3,3
Régimes de la mutualité et de la prévoyance	3,4	4,1	4,1	4,0
Autres sociétés financières et non financières	4,7	3,7	1,9	1,8
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Note > *Cf.* fiche 2 et annexe 1 pour une description de ces différentes entités.
Source > DREES-CPS.

Pour en savoir plus

Barnouin T., Domps A., 2016, « Les prestations sociales de 1981 à 2014 : trois décennies de maîtrise des dépenses de santé et de vieillesse », *Études et Résultats*, DREES, n° 949, février.

Koubi M., Simon C., Solard J., Zaidman C., 2012, « Une comparaison sur longue période de la dynamique des assiettes de prélèvement finançant la protection sociale », dans *La protection sociale en France et en Europe en 2010*, DREES.

Programme de qualité et d'efficience « Financement » annexé au PLFSS pour 2016.

Depuis les années 1970, avec son élargissement progressif, le système de protection sociale français est régulièrement confronté aux enjeux de son financement, qui a cherché à concilier différents objectifs : équilibre des comptes, accompagnement de la croissance économique, équité sociale, soutien à l'emploi (notamment non qualifié)...

La part des cotisations sociales dans l'ensemble des ressources de la protection sociale a nettement diminué…

Lors de la décennie 1980, la protection sociale a été financée essentiellement par des cotisations sociales (trois quarts des ressources – graphique 2) et des contributions publiques (un sixième des ressources). En 2014, les cotisations sociales ne représentent plus que 62 % des ressources et les contributions publiques, 10 %. Cela reflète la forte montée en charge des impôts et taxes affectés depuis les années 1990, passés de 3 % des ressources en 1990 à 25 % en 2014. D'une part, la contribution sociale généralisée (CSG) a remplacé dans les années 1990 une partie des cotisations sociales salariales ; d'autre part, la mise en place d'exonérations de cotisations patronales sur les bas salaires a conduit à un repli des cotisations sociales à la charge des employeurs, compensé par des impôts et taxes affectés ; enfin, lors de la dernière décennie, de nouveaux prélèvements sur diverses assiettes (contribution de solidarité pour l'autonomie, forfait social, etc.) ont été introduits et développés.

… mais les prélèvements sur les salaires demeurent la principale source de financement

Cette évolution de la structure des ressources de la protection sociale a modifié sensiblement la répartition du financement par assiette. Les prélèvements sur les salaires demeurent, toutefois, la principale source de financement de la protection sociale, même si leur part dans les ressources totales s'est réduite de 10 points. Ils représentent un peu plus de 70 % du financement en 1981 et un peu plus de 60 % en 2014 (graphique 3).

À l'opposé, les prélèvements assis sur les revenus de remplacement et ceux portant sur les revenus de la propriété, négligeables en 1981 (de l'ordre de 2 % des ressources), représentent aujourd'hui une part importante du financement (de l'ordre de 8 % à eux deux). Malgré la nette hausse des prélèvements sur ces revenus, leur poids relativement faible, comparé à celui des autres assiettes, n'a pas permis une substitution importante avec les prélèvements sur les salaires.

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

La substitution partielle de cotisations par des impôts s'est doublée d'une évolution de la structure des cotisations (graphique 4), entraînant plus de redistribution (*cf.* fiche 5).

À la création de la Sécurité sociale, les premières cotisations sociales ne portaient que sur les salaires plafonnés. Le taux de cotisations sociales était donc à l'origine plus réduit pour les salariés les mieux rémunérés. Des cotisations au-delà du plafond sont apparues très rapidement pour les cadres[1] avec la signature de la convention de 1947 créant l'AGIRC, mais seulement une décennie plus tard pour les non-cadres, 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 travail[2] et la création de 1,7 points de cotisation de vieillesse de base déplafonnée.

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 le plafond et du salaire juste supérieur au plafond d'un salarié non-cadre n'est plus que de 2,65 points en 2015 contre 34,95 points en 1981[3]. Cet écart est même inversé pour les non-cadres lorsque l'on tient compte des exonérations portant sur les 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.

Le contexte de crise économique mondiale de ces dernières années a accru l'importance portée aux questions de compétitivité, d'emploi, de coût du travail et de simplification administrative pour les entreprises et le lien établi avec la problématique du financement de la protection sociale. Pour la France, cela s'est notamment traduit par des mesures en direction des entreprises et des ménages dans le cadre du pacte de solidarité et de responsabilité.

Les séries des comptes de la protection sociale remontent jusqu'en 1959, mais ne sont disponibles qu'à un niveau agrégé avant 1981. Le découpage par secteur institutionnel n'est possible que depuis 1990.

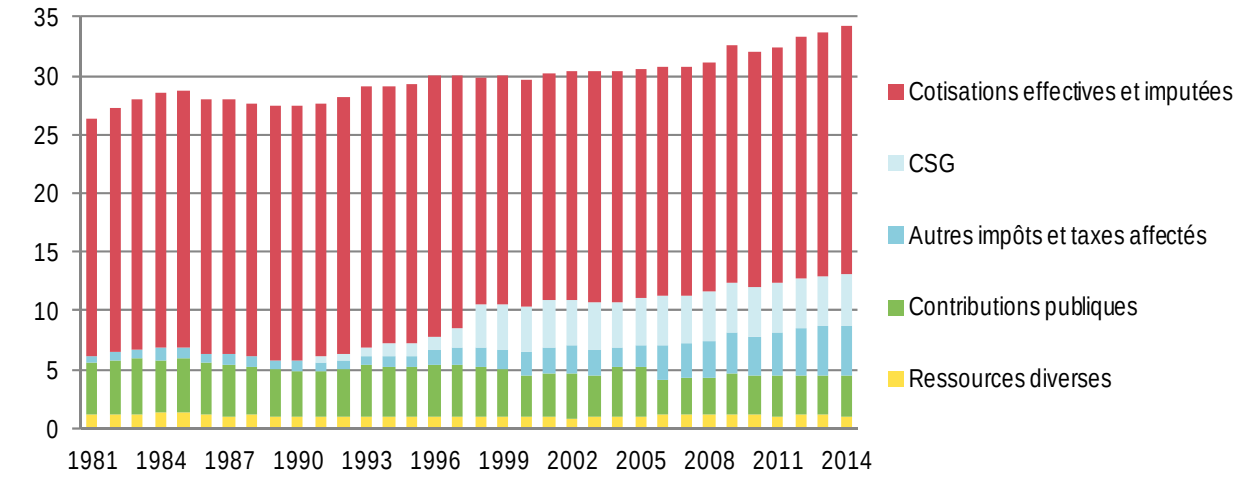
1 La tranche C (de 4 à 8 plafonds) apparaît en 1988.

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 le taux des cotisations plafonnées de la « vieillesse de base » et les taux des cotisations des tranches 1 et 2 de la « vieillesse complémentaire » (AGFF et ARRCO).

Graphique 2 Diversification des ressources de la protection sociale

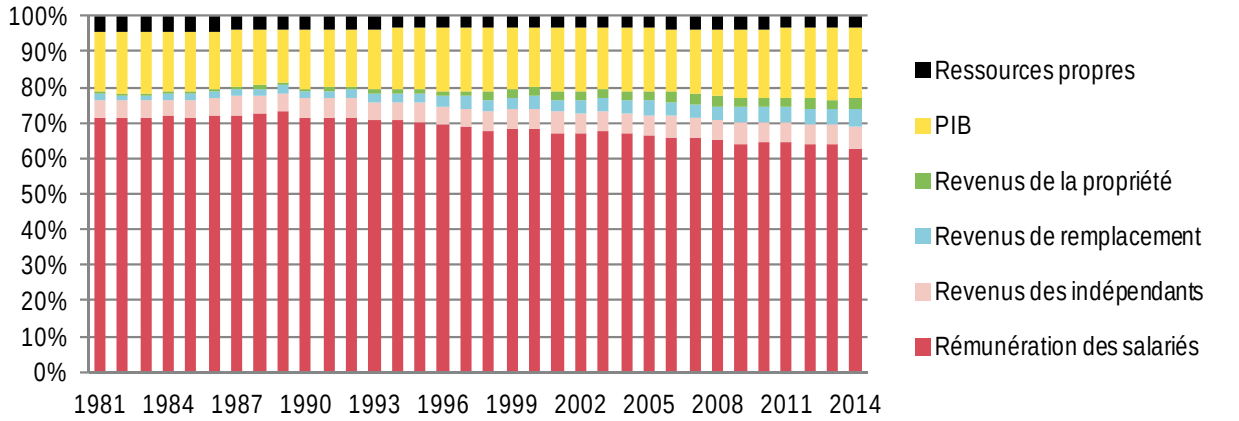
En % du PIB



Note > Hors recettes du compte de capital (disponibles seulement pour les années récentes), et hors transferts internes à la protection sociale. Les ressources diverses incluent notamment les produits financiers, les ventes de biens et services, les indemnités d'assurance, les recours contre tiers et les ressources du compte de capital.
Sources > DREES-CPS, INSEE-CNA pour le PIB.

Graphique 3 Répartition des ressources de la protection sociale par type d'assiette

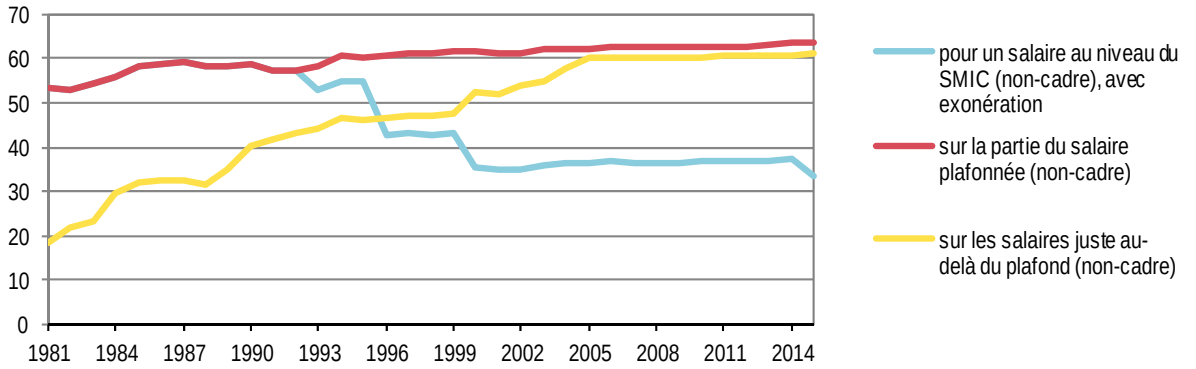
En % du total



Notes > Hors recettes du compte de capital, et hors transferts internes à la protection sociale.
Ce graphique constitue une approximation dans laquelle chaque ressource est affectée à l'une des quatre assiettes du compte des ménages en comptabilité nationale. Les ressources qu'il est impossible d'affecter à une de ces quatre assiettes sont affectées au PIB. Les ressources propres à la protection sociale ne sont pas affectées à une assiette, mais mises à part.
Sources > DREES-CPS, DSS-CCSS pour la répartition des ITAF par assiette, INSEE-CNA.

Graphique 4 Taux de cotisation au régime général et aux régimes obligatoires de chômage et de vieillesse complémentaire entre 1981 et 2014

En % du salaire brut



Lecture > Sur la partie plafonnée du salaire, c'est-à-dire sur la partie du salaire inférieure à 2,2 SMIC, les taux de cotisations, salariés et employeurs, sont passés de 53 % en 1981 à près de 64 % en 2015. Sur la partie du salaire juste au-delà du plafond, les taux sont en 2015 de l'ordre de 61 %. Pour les bas salaires, les allégements réduisent le taux de cotisation global ; il est d'environ 32 % en 2015.
Note > Y compris CSG et CRDS (en toute rigueur, ce sont des ITAF et non des cotisations). Hors CICE.
Champ > Salariés non-cadres du secteur privé, en entreprises de plus de 20 salariés.
Sources > DREES, DSS, Légifrance.

Les ressources de la protection sociale en France

7 Cotisations sociales

En 2014, les cotisations sociales finançant les régimes de protection sociale s'élèvent à 451,9 milliards d'euros (graphique 1). Rapportées à la population active occupée, ces cotisations sociales représentent, en 2014, environ 1 460 euros par actif occupé et par mois[1].

Les trois quarts des cotisations sociales sont liées à l'emploi salarié

Les cotisations effectives sont constituées des versements effectués au nom d'un ménage, par lui-même ou par autrui, afin d'acquérir ou de maintenir un droit à prestations. Elles représentent 87,8 % des cotisations sociales en 2014 (396,8 milliards d'euros).

Parmi les cotisations effectives, 85,1 % sont liées à l'emploi salarié (pour un quart, des cotisations salariales, et, pour les trois quarts, des cotisations employeurs) et 6,4 % aux travailleurs indépendants. Le reste, soit 8,5 % du total, est constitué des cotisations des 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 principalement les administrations de Sécurité sociale (ASSO), à hauteur de 358,5 milliards d'euros (soit 90,4 % du total de ces cotisations en 2014), ainsi que les mutuelles et institutions de prévoyance (30,3 milliards d'euros, soit 7,6 %). Ces cotisations représentent la moitié des ressources des ASSO et les trois quarts de celles des mutuelles et institutions de prévoyance (*cf.* fiche 2 et tableaux détaillés).

Lorsque l'employeur ne cotise pas effectivement à un régime d'assurance sociale mais fournit directement à ses propres salariés ou ayants droit des prestations, le montant versé par l'employeur est enregistré en cotisations imputées. Celles-ci représentent 55,2 milliards d'euros, soit 12,2 % du montant total des cotisations. Ces prestations peuvent concerner des dispositifs légaux de protection sociale (comme les prestations du régime de retraite des agents titulaires de la fonction publique de l'État) ou des 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).

La croissance des cotisations en 2014 s'explique notamment par la hausse des taux de cotisation retraite

La croissance des cotisations sociales reste sur un rythme proche de 3 %, bien qu'elle tende à ralentir depuis 2012 (+2,7 % en 2014 après +2,8 % en 2013, +3,3 % en 2012 et +3,5 % en 2011 – graphique 2). Cette croissance est tirée par celle des cotisations effectives, qui augmentent de 2,9 % en 2014, soit un rythme proche de celui de 2013 (+3,0 %). En revanche, les cotisations sociales imputées progressent seulement de 1,1 %, soit un ralentissement par rapport à l'année précédente (+1,5 % en 2013).

Les cotisations sociales effectives liées à l'emploi salarié croissent de +2,6 %, après +3,0 % en 2013. Leur croissance est pour la troisième année consécutive supérieure à celle de la masse salariale brute (+1,5 % en 2014 – graphique 3).

En 2012 et 2013, cela est dû à la baisse, à compter du 1er septembre 2012, des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires.

La croissance de 2014 est principalement imputable à la hausse des taux de cotisation pour la retraite de base intervenue en janvier : +0,1 point pour la cotisation plafonnée (*cf.* décret du 2 juillet 2012) et +0,3 point pour la cotisation déplafonnée (dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des retraites de janvier 2014), réparties de manière égale entre salariés et employeurs. En outre, le taux des retraites complémentaires (AGIRC et ARRCO) augmente de 0,1 point, conformément à l'accord national interprofessionnel du 13 mars 2013.

Cette hausse est cependant partiellement compensée par une baisse des cotisations familiales, dont le taux passe de 5,40 % à 5,25 %, à la suite de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, et par l'augmentation de +4,8 %[2] en 2014 des exonérations ciblées de cotisations (liées au développement des emplois d'avenir).

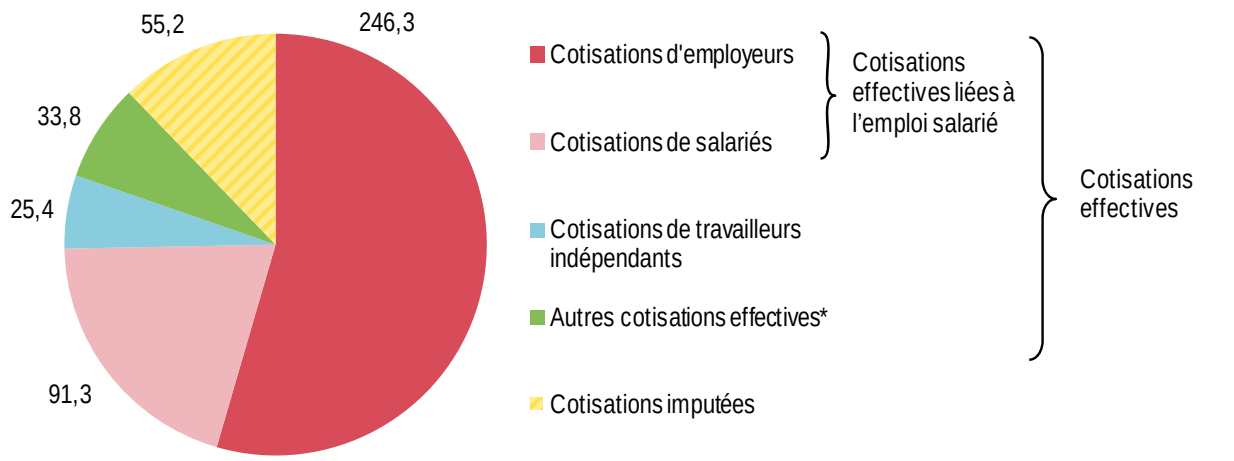
Les cotisations des travailleurs indépendants augmentent de 2,7 %, après +4,7 % en 2013. Cette croissance plus faible que celle de l'année précédente reste malgré tout dynamique, en raison de la création d'une cotisation vieillesse déplafonnée au taux de 0,2 % pour les affiliés au Régime social des indépendants (RSI), qui vient s'ajouter à la cotisation d'assurance vieillesse de base calculée dans la limite du plafond de la Sécurité sociale. L'année 2013 a été marquée par la forte progression des cotisations perçues par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (après la hausse de 1,12 point à partir de 2013), ainsi que par les mesures de la LFSS pour 2013 ayant un impact à la hausse sur les cotisations du RSI (notamment le déplafonnement de la cotisation maladie).

Enfin, les cotisations des régimes de la mutualité et de la prévoyance reviennent à un rythme de croissance élevé (+6,3 % en 2014, +1,5 % en 2013 et +6,4 % en 2012), après une année 2013 ralentie en raison d'un transfert de portefeuille du secteur mutualiste vers celui des sociétés d'assurance (hors champ de la protection sociale).

1 Ce ratio est communiqué à titre indicatif, certaines cotisations sociales n'étant pas portées par les actifs occupés.
2 *Cf.* Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2015.

Graphique 1 Les cotisations sociales en 2014

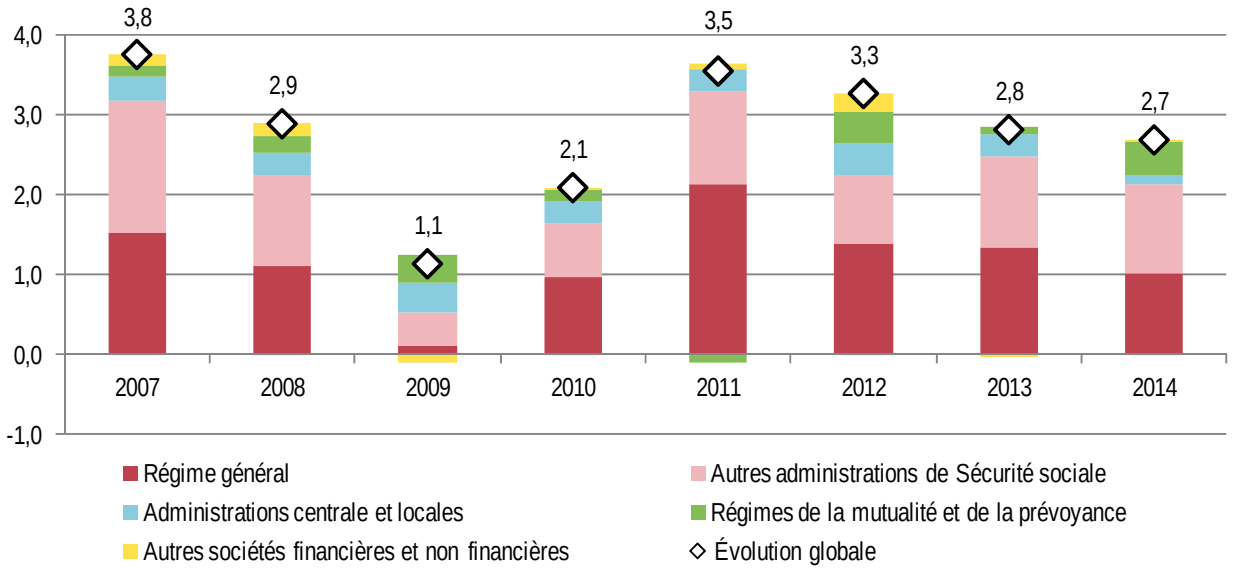
En milliards d'euros



* 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.
Source > DREES-CPS.

Graphique 2 Contributions des différents régimes à l'évolution des cotisations sociales

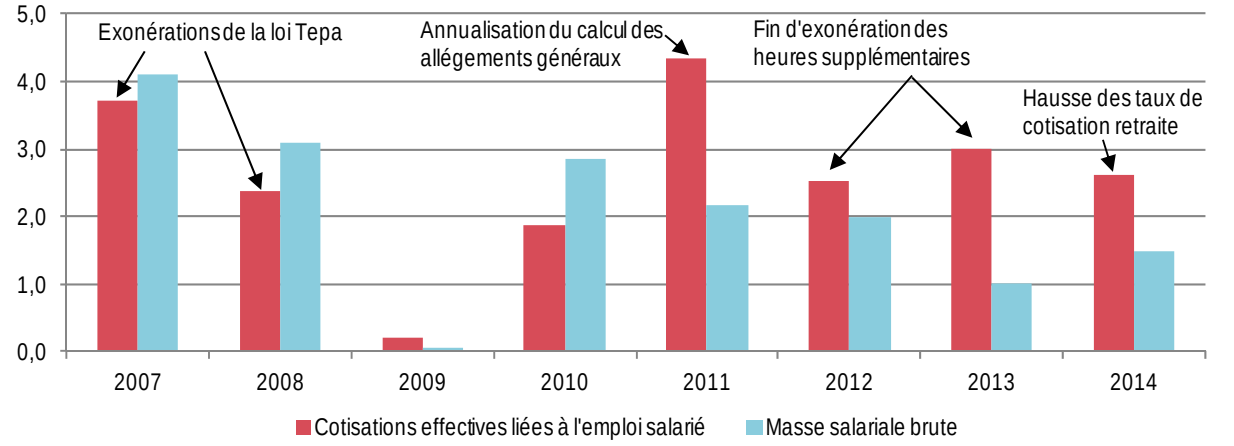
Évolutions en %



Source > DREES-CPS.

Graphique 3 Croissances comparées de la masse salariale et des cotisations effectives liées à l'emploi salarié

Évolutions en %



Note > La baisse exceptionnelle en 2009 est due à la récession (recul du PIB de -2,8 % en 2009).
Sources > DREES-CPS pour les cotisations ; INSEE-CNA pour la masse salariale.

8 Impôts et taxes affectés

Les régimes de protection sociale perçoivent des impôts et taxes qui leur sont spécifiquement affectés (ITAF) pour 183,1 milliards d'euros en 2014.

La contribution sociale généralisée (CSG) représente à elle seule un peu plus de la moitié de ce montant (92,5 milliards d'euros – graphique 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).

Une croissance des ITAF plus faible en 2014

En 2014, les ITAF progressent de 2,7 %, après +3,2 % en 2013 (graphique 2). Ce rythme est nettement plus faible que celui observé en 2011 et 2012, alors porté par des relèvements de taux et des élargissements d'assiettes.

Les **taxes de type TVA** (12,5 milliards d'euros en 2014) augmentent très fortement en 2014 (+30,2 %) à la suite de la hausse de la fraction de TVA nette affectée à la Sécurité sociale, qui passe de 6,35 % en 2013 à 8,33 % en 2014. Ce transfert de recettes de l'État à la Sécurité sociale a un double objectif : compenser la perte de recettes induite par la baisse du taux de cotisation famille (*cf.* fiche 7) et attribuer à la Sécurité sociale le rendement supplémentaire de l'impôt sur le revenu découlant de la réforme du quotient familial[1], ainsi que celui de la fiscalisation des contributions des employeurs aux contrats d'assurance santé complémentaire[2].

Les **autres impôts sur les produits** (y compris les transferts de recettes fiscales – 28,6 milliards d'euros en 2014), qui comprennent principalement les taxes sur les boissons et les tabacs, augmentent légèrement en 2014 (+1,7 % après +3,5 % en 2013). Cette évolution découle de la faible hausse du rendement des taxes sur le tabac et d'un plus grand dynamisme du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (après la hausse du taux appliqué aux contrats non responsables, qui passe de 9 % à 14 %).

En 2014, le rythme de croissance de la **CSG** est proche de celui de 2013 (+1,1 % après +1,2 %) malgré une croissance de la masse salariale brute plus dynamique (+1,5 % après +1,2 % en 2013), les revenus d'activité représentant 70 % de l'assiette de la CSG. La progression de la CSG est ralentie en raison de la constitution, en 2014, d'importantes provisions pour litiges à la suite de l'arrêt de Ruyter de la Cour de justice de l'Union européenne[3].

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'élèvent à 19,4 milliards d'euros en 2014, augmentent de 4,5 % (après +5,2 % en 2013). Cette croissance en 2014 est notamment due à l'effet en année pleine de la mise en place de la CASA (à partir d'avril 2013) et à la hausse du montant de taxes perçues sur les médicaments.

Les **impôts sur les salaires et la main-d'œuvre** (23,5 milliards d'euros en 2014), tels que la taxe sur les salaires, la contribution solidarité autonomie (CSA) ou le forfait social, restent constants (+0,2 % après +17,6 % en 2013), en raison de la stabilité du rendement de la taxe sur les salaires. La forte évolution en 2013 était due à des modifications de la taxe sur les salaires et à l'impact en année pleine du relèvement du taux du forfait social à 20 % intervenu en août 2012.

Enfin, les **impôts divers liés à la production** (6,6 milliards d'euros en 2014), qui comprennent notamment la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), reculent en 2014 (-5,6 % après +0,3 % en 2013). Cette baisse est liée au moindre rendement de la C3S, ainsi qu'à la diminution du produit de la taxe sur les véhicules de société liée au renouvellement du parc de véhicules.

Le régime général, principal bénéficiaire des ITAF

Le régime général de la Sécurité sociale, et en particulier sa caisse d'assurance maladie, est le principal bénéficiaire des impôts et taxes affectés avec 113,1 milliards d'euros (graphique 3). Les fonds spéciaux reçoivent 33,7 milliards d'euros d'impôts et taxes affectés : 15,7 milliards d'euros pour le FSV, majoritairement sous forme de CSG ; 14,1 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 ; 3,8 milliards pour la CNSA, sous forme de CSG, d'impôts sur les salaires et *via* la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

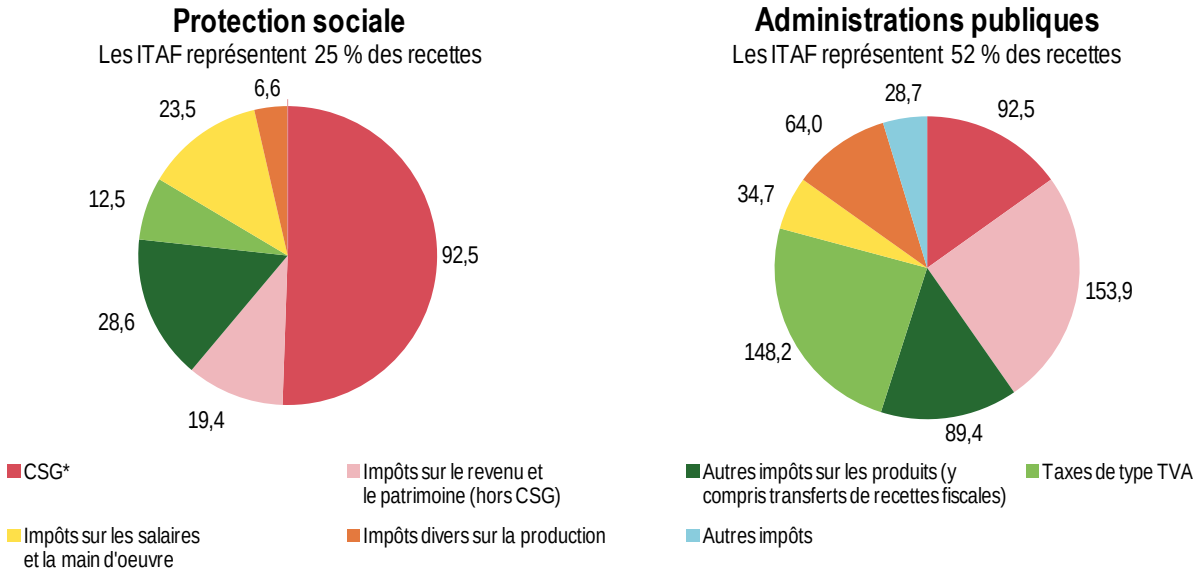
Les impôts et taxes perçus par le Fonds national d'aide au logement (FNAL), le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) et le Fonds de solidarité, qui font partie du secteur des administrations publiques, s'élèvent à 9,1 milliards d'euros. Enfin, 6,5 milliards d'euros de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques sont affectés aux départements.

L'année 2014 a été marquée par de nombreux changements sur la répartition des ITAF entre les différents régimes, notamment pour le forfait social, le prélèvement social sur les revenus du capital et la CSG.

1 En 2014, le plafond du quotient familial a été abaissé de 2 000 euros à 1 500 euros par demi-part supplémentaire.
2 La contribution patronale sur les contrats d'assurance santé complémentaire devient imposable sur le revenu depuis la loi de finances 2014.
3 Cet arrêt statue que la France n'a plus le droit de prélever de contributions sur les revenus du patrimoine (notamment la CSG) des contribuables non résidents domiciliés en France qui sont affiliés aux caisses de Sécurité sociale de leur propre pays.

Graphique 1 Comparaison de la structure des impôts et taxes affectés à la protection sociale et des recettes fiscales générales des administrations publiques en 2014

En milliards d'euros



* Le préciput est inclus dans la CSG dans les comptes nationaux, mais a été basculé, pour le graphique de droite, dans les autres impôts sur le revenu, afin que les montants de CSG des comptes nationaux soient comparables à ceux enregistrés dans les CPS.

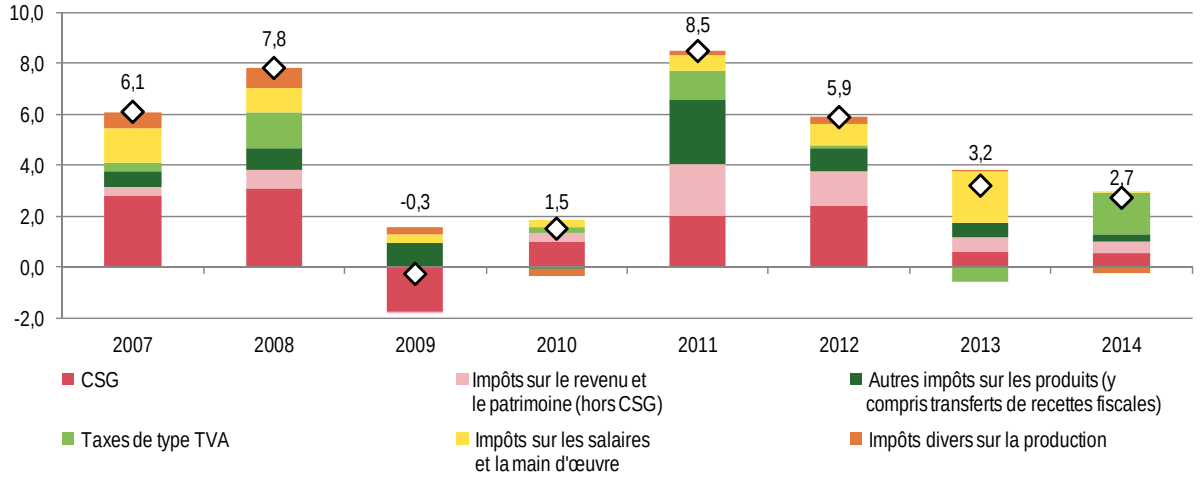
Lecture > Les taxes de type TVA représentent 12,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de la protection sociale (administrations de Sécurité sociale, régimes d'intervention sociale des administrations publiques, secteur privé…) ; elles représentent 148,2 milliards d'euros pour l'ensemble des administrations publiques, y compris en dehors du champ de la protection sociale.

Note > Les recettes fiscales des administrations publiques indiquées ici correspondent au compte semi-définitif de l'année 2014 pour le secteur S13 de l'INSEE (*cf.* annexe 4). Les autres impôts sont nets des impôts et cotisations dus non recouvrables. Le total des recettes des APU intègre les éléments imputés.

Sources > DREES-CPS, INSEE-CNA.

Graphique 2 Contribution des différents impôts et taxes affectés à l'évolution globale des ITAF

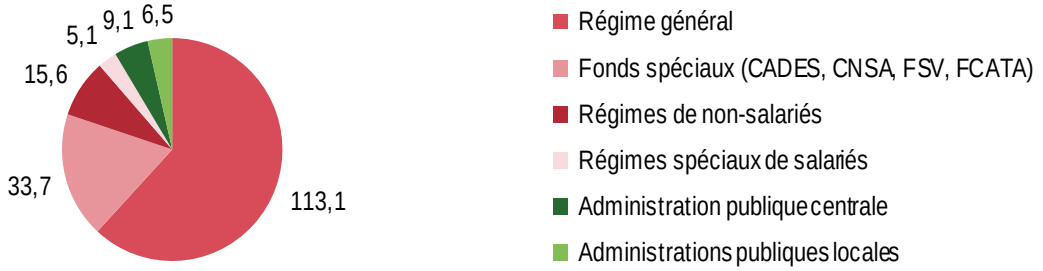
Évolutions en %



Source > DREES-CPS.

Graphique 3 Régimes bénéficiaires des impôts et taxes affectés à la protection sociale en 2014

En milliards d'euros



Note > *Cf.* tableaux détaillés pour la liste précise des régimes.

Source > DREES-CPS.

9 Les autres ressources finançant la protection sociale

En plus des cotisations sociales et des impôts et taxes affectés (ITAF), les régimes de la protection sociale sont financés par d'autres ressources, qui s'élèvent à 93,6 milliards d'euros en 2014 (tableau 1).

En particulier, les contributions publiques, qui correspondent aux dotations directes au financement de la protection sociale en provenance des budgets de l'administration, s'élèvent à 74,2 milliards d'euros. Elles diffèrent des impôts et taxes affectés (ITAF – fiche 8) : une contribution publique est une dotation financée par une administration sur son budget global, alors qu'un ITAF est une ressource prédéfinie. Les contributions publiques augmentent de 2,8 % en 2014, soit une évolution plus dynamique qu'en 2013 (+1,7 %).

Les autres recettes se répartissent entre produits financiers (intérêts, dividendes, etc.) pour un montant de 7,7 milliards d'euros ; ressources du comptes de capital qui représentent -3,7 milliards d'euros (ces ressources sont nettes des capitaux à payer et peuvent être positives comme négatives) et d'autres ressources diverses (ventes de biens et services, recours contre tiers, reprises sur successions, etc.) pour 15,4 milliards d'euros en 2014.

Les administrations publiques locales et centrales, premières bénéficiaires de contributions publiques

Les contributions publiques financent les administrations publiques locales et centrales ainsi que les administrations de Sécurité sociale. Elles sont notamment composées :

- des compensations calculées dans les comptes de la protection sociale afin d'équilibrer les régimes des administrations publiques locales et centrales (*cf.* encadré). Les ressources qui sont explicitement affectées à l'intervention sociale des régimes des administrations publiques centrales et locales ne couvrent en effet pas leurs dépenses de protection sociale. La part des ressources de ces régimes prises sur le budget global de l'administration concernée dans leur financement est particulièrement élevée (graphique 1) ;
- des compensations de certains allégements de cotisations sociales consentis aux entreprises (en faveur de certaines zones géographiques, de certaines catégories de salariés ou de l'emploi à domicile). La majeure partie des exonérations est cependant compensée, depuis 2006, par des ITAF ;
- 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…) ;
- de diverses subventions de fonctionnement.

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 (CPS) : seules les prestations et les financements explicites et connus (cotisations, ITAF, transferts…) sont retracés dans les CPS. Les comptes dévolus à la protection sociale des régimes des administrations publiques centrales et locales sont ensuite équilibrés par des contributions publiques afin de combler l'écart entre dépenses et ressources affectées à la protection sociale.

D'importants transferts entre régimes de protection sociale

Les différents régimes de protection sociale sont liés par un système complexe de transferts internes, qui sont retracés dans les comptes de la protection sociale. Ces flux sont équilibrés[1]. S'ils peuvent être une composante importante des ressources d'un régime, ils sont consolidés au niveau global et ne sont donc pas comptabilisés dans les ressources totales de la protection sociale.

En 2014, l'ensemble des transferts internes s'élève à 216,9 milliards d'euros (tableau 2), en progression de +1,4 %. Ces flux correspondent notamment :

- à des transferts entre régimes de Sécurité 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. Entrent également en ligne de compte des mécanismes de prise en charge de cotisations (comme le versement de la CNAF à la CNAV des cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer) 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 fonds spéciaux et les régimes de Sécurité sociale, ainsi qu'avec les administrations publiques centrales et locales, qui mettent en œuvre une solidarité nationale. Parmi ceux-ci figure la prise en charge par le FSV des cotisations d'assurance vieillesse des demandeurs d'emploi et des majorations de pensions pour charges de famille ;
- au financement du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics, principalement par les assurances sociales ;
- aux transferts des administrations publiques aux établissements et services qui relèvent du secteur associatif (institutions sans but lucratif au service des ménages).

1 Le montant total de transferts reçus par les régimes de la protection sociale est égal au montant versé par ces mêmes régimes (soit 216,9 milliards d'euros).

Tableau 1 Les ressources de la protection sociale en 2014

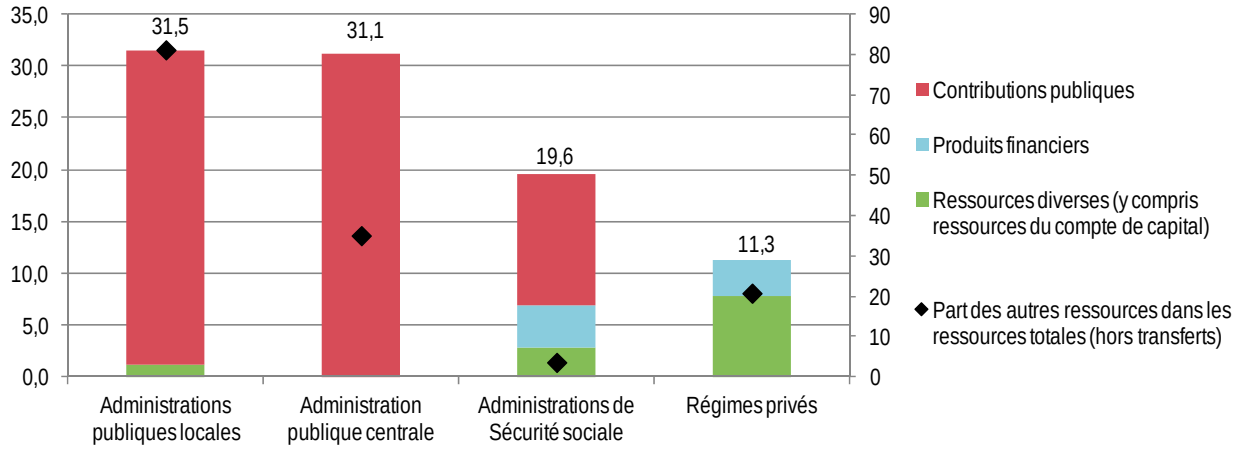
Montants en milliards d'euros, évolutions et parts en %

	Montant	Évolution 14/13	Part dans le total des ressources
Cotisations sociales	451,9	2,7	62,0
ITAF	183,1	2,7	25,1
Autres ressources	93,6	1,2	12,8
Contributions publiques	*74,2*	*2,8*	*10,2*
Produits financiers	*7,7*	*4,2*	*1,1*
Ressources diverses (y compris ressources du compte de capital)	*11,7*	*-9,6*	*1,6*
TOTAL	***728,6***	***2,5***	***100,0***

Note > Les ressources indiquées ici s'entendent hors transferts internes à la protection sociale.
Source > DREES-CPS.

Graphique 1 Montant et part des autres ressources finançant les régimes de la protection sociale en 2014

Montants en milliards d'euros (échelle de gauche), parts en % (échelle de droite)



Source > DREES-CPS.

Tableau 2 Bilan des transferts internes aux régimes de la protection sociale en 2014

En milliards d'euros

		Transferts reçus	Transferts versés
Public	Régime général de la Sécurité sociale	47,6	108,1
	Fonds spéciaux	31,3	54,0
	Autres régimes d'assurance sociale	37,3	40,0
	Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	63,9	0,0
	Autres organismes dépendants des assurances sociales	3,7	0,2
	Administrations publiques centrales et locales	10,7	14,2
Privé	Institutions sans but lucratif au service des ménages	22,3	0,0
	Autres régimes des sociétés financières et non financières	0,1	0,4
	TOTAL	216,9	216,9

Source > DREES-CPS.

Couverture des risques par la protection sociale en France

10 Le risque maladie en France

Les prestations du risque maladie s'élèvent à 196,1 milliards d'euros en 2014 (tableau 1). Ces dépenses sont constituées (*cf.* annexe 3) :

- 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 148,7 milliards d'euros ;
- des soins pris en charge par d'autres acteurs (fonds CMU, mutuelles, institutions de prévoyance et Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières [CAMIEG]), qui représentent 21,9 milliards d'euros ;
- des prestations médico-sociales en direction des personnes âgées[1] et des personnes toxicomanes ou alcooliques pour 8,8 milliards d'euros ;
- des dépenses au titre du remplacement temporaire de revenu (indemnités journalières, maintien de salaire…), soit 11,8 milliards d'euros ;
- des autres prestations (prestations extra-légales d'employeurs, prestations de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux [ONIAM], actions de prévention, action sociale des caisses…), qui s'élèvent à 4,8 milliards d'euros.

85 % des prestations sont assurées par les régimes d'assurance sociale et le secteur public hospitalier

L'ensemble des administrations publiques assure le versement de 86,6 % des prestations relevant du risque maladie. Parmi elles, les régimes d'assurance sociale et du secteur public hospitalier assurent à eux seuls plus de 85 % du total de ces prestations.

Les régimes privés servent 13,4 % des prestations du risque maladie. Parmi eux, les mutuelles et institutions de prévoyance[2] occupent une place croissante dans le financement du risque maladie depuis 1990. Néanmoins, en 2014, leur part dans le financement global diminue de 0,3 point pour s'établir à 11,2 %, en lien notamment avec la baisse des remplacements de revenus temporaires servis par ces régimes et la stabilité de certaines dépenses (optique, prothèses, matériels, pansements… – *cf.* l'ouvrage *Les dépenses de santé en 2014*).

Une légère accélération des dépenses du risque maladie en 2014

Depuis le début des années 1990, la part des dépenses du risque maladie dans le PIB a augmenté de 1,8 point, passant de 7,2 % à 9,0 % entre 1990 et 2012. Après une relative stabilité entre 2009 et 2012, la part de ces dépenses dans le PIB s'accroît de 0,1 point en 2013 et en 2014 (graphique 1 et fiche 6).

En effet, les dépenses relatives au risque maladie augmentent de 2,6 % en 2014, après +2,2 % en 2013, soit des rythmes de croissance sensiblement plus rapides que celui du PIB à prix courant (+1,2 % en 2014, après +1,4 %).

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 pour 85 % à la croissance globale (graphique 2), ont progressé de +2,9 % en 2014, après +2,3 % en 2013. Parmi ceux-ci, les prestations de soins effectuées en ville ont augmenté de 2,9 % en 2014 (après +2,7 % en 2013). La dépense de soins de ville est principalement portée en 2014 par un plus grand dynamisme des dépenses de médicaments. En effet, la rétrocession hospitalière[3] a été marquée par l'arrivée de nouveaux traitements contre le virus de l'hépatite C qui ont généré une dépense supplémentaire estimée à 1,1 milliard d'euros en 2014.

Après deux années de baisse, les indemnités journalières (IJ) versées par les régimes d'assurance sociale au titre de la maladie et des AT-MP progressent de 4,0 % et contribuent pour près de 8 % à la croissance globale. Malgré une épidémie de grippe moins marquée qu'en 2013, les volumes des IJ reprennent en 2014. Cette hausse est notamment à rapprocher des effets de la mise en œuvre de mesures nouvelles (assouplissement des conditions d'ouverture de droits aux IJ de longue durée, création d'IJ « maladie » pour les exploitants agricoles…).

Les prestations médico-sociales, qui contribuent à hauteur de 6 % à l'augmentation globale, sont en hausse de 3,6 % (après +3,8 % en 2018). Les dépenses liées aux établissements pour personnes âgées, dépendantes ou non (EHPAD et EHPA), qui représentent près de 83 % de ce poste, progressent de +3,8 %.

Les soins de santé complémentaires, qui progressent de 8,0 %, contribuent pour 3 % à la croissance globale. Cette progression est imputable notamment à la hausse de 8,6 % des prestations maladie prises en charge par le fonds CMU. Cette augmentation est liée à la hausse du nombre de bénéficiaires de cette aide due au contexte économique dégradé et aux revalorisations des plafonds d'éligibilité à la CMU-C intervenues les 1ers juillet 2013 et 2014 (respectivement 8,3 % et 0,6 %).

À l'inverse, les soins pris en charge par les mutuelles et institutions de prévoyance diminuent de 0,2 % (après +2,6 % en 2013) et minorent de 1 % la croissance globale du risque maladie en 2014. Cette baisse, due au recul de 6,6 % des maintiens de salaires et compléments d'indemnités journalières, est liée à un transfert de portefeuille du secteur mutualiste vers celui des sociétés d'assurance, extérieur au champ de la protection sociale.

1 Les prestations médico-sociales en faveur des personnes handicapées sont classées en santé au sein du risque invalidité (fiche 11).
2 Hors sociétés d'assurances, non prises en compte dans les CPS, par cohérence avec les conventions de comptabilité nationale (annexe 1).
3 Il s'agit de la vente de médicaments par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés.

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

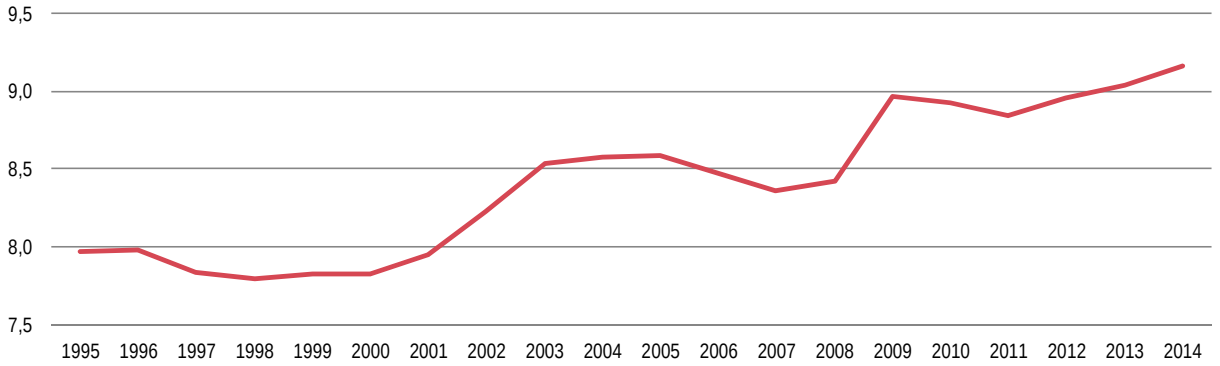
Montants en milliards d'euros, évolutions en %

		2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Public	**Administrations publiques**	**153 728**	**156 992**	**161 114**	**164 833**	**169 759**	**3,0**
	Soins de santé maladie pris en charge par l'assurance maladie et l'État*	134 694	137 493	141 301	144 558	148 729	2,9
	Prestations maladie complémentaires**	1 698	1 685	1 668	1 888	2 040	8,0
	Indemnités journalières ***	9 315	9 573	9 467	9 431	9 811	4,0
	Prestations médico-sociales (hors personnes handicapées)	7 407	7 721	8 186	8 496	8 799	3,6
	dont EHPA et EHPAD	6 145	6 422	6 814	7 029	7 299	3,8
	dont Services de soins infirmiers à domicile	1 207	1 266	1 344	1 420	1 453	2,3
	Autres (action de prévention, action sociale des caisses…)	612	519	493	459	381	-17,0
Privé	**Mutuelles et institutions de prévoyance**	**20 040**	**20 714**	**21 365**	**21 924**	**21 883**	**-0,2**
	Maintien de salaire / complément d'indemnités journalières	1 737	1 840	1 977	2 114	1 974	-6,6
	Remboursements des mutuelles et institutions de prévoyance	18 303	18 874	19 388	19 810	19 909	0,5
	Autres sociétés financières et non financières (SF et SNF)****	**4 627**	**4 463**	**4 526**	**4 442**	**4 458**	**0,4**
	Maladie	**178 395**	**182 169**	**187 005**	**191 199**	**196 100**	**2,6**

* Ce poste de dépense recouvre les soins délivrés en ville et en établissement de santé.
** Soins de santé pris en charge par la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et le fonds CMU.
*** IJ pour maladie et AT-MP, y compris congés maladie de longue durée des agents de l'État.
**** Comprend principalement les prestations extra-légales d'employeurs.
Note > Le périmètre du risque maladie a été modifié par rapport à l'édition précédente des comptes de la protection sociale : il intègre désormais les soins de santé liés aux risques maternité et AT-MP ainsi que les indemnités journalières AT-MP (*cf.* annexe 1 pour plus de détails).
Source > DREES-CPS.

Graphique 1 Évolution du risque maladie sur longue période

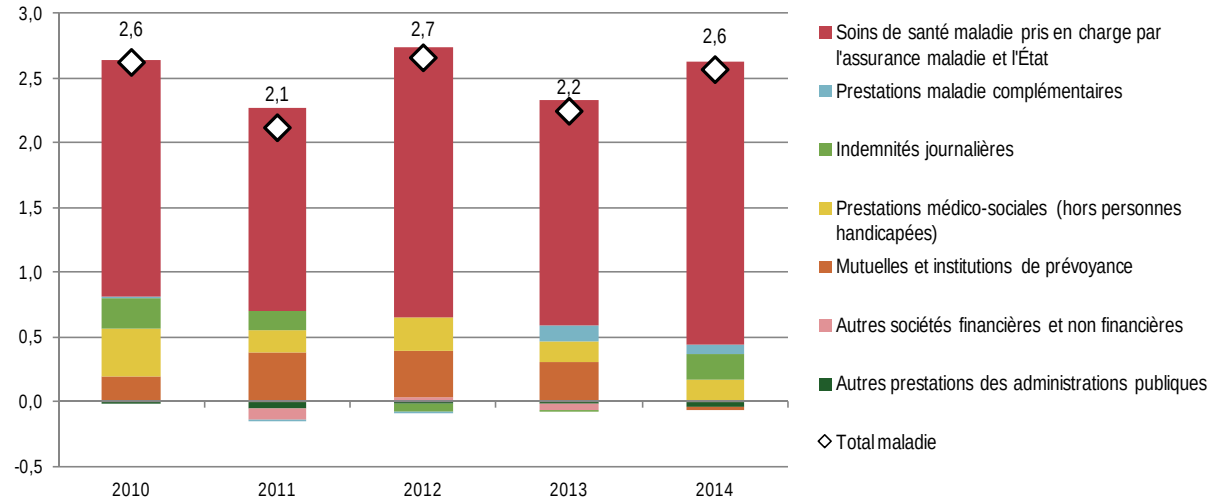
En % du PIB



Note > Le ressaut de la part des soins dans le PIB observé en 2009 est dû à la contraction exceptionnelle du PIB cette année-là.
Sources > DREES-CPS, INSEE-CNA.

Graphique 2 Évolution globale du risque maladie et contributions des différents postes de dépenses

Évolutions en %



Source > DREES-CPS.

11 Le risque invalidité en France

Les prestations liées au risque invalidité s'élèvent, en 2014, à près de 38,3 milliards d'euros (tableau 1). Elles représentent 5,6 % du total des prestations sociales en 2014.

Une grande diversité d'aides et de financeurs

Les administrations publiques (APU) assurent au total 54 % des prestations du risque invalidité en 2014 :

- les pensions et rentes d'invalidité, de nature contributive et essentiellement versées par les régimes d'assurances sociales, s'élèvent à 7,9 milliards d'euros ;
- les prestations de ressources et de compensation du handicap représentent 12,4 milliards d'euros en 2014. Les administrations de Sécurité sociale versent l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), pour 900 millions d'euros. L'administration publique centrale finance l'allocation adulte handicapé (AAH, y compris ses compléments, pour 8,5 milliards d'euros), la garantie de ressources s'adressant aux travailleurs handicapés (1,3 milliard d'euros) et l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). Enfin, les départements versent l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et la prestation de compensation du handicap (PCH) pour près de 1,6 milliard d'euros à elles deux. Depuis 2006, la PCH remplace progressivement l'ACTP qui ne concerne plus que les personnes bénéficiaires avant cette date et ayant choisi de la conserver ;
- les autres prestations des administrations publiques s'élèvent à 0,4 milliard d'euros.

Les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) assurent 41 % des prestations d'invalidité : prestations d'accueil et d'hébergement des personnes handicapées – 14,0 milliards d'euros, pour lesquelles elles reçoivent des financements de l'Assurance maladie et des collectivités locales, et dépenses relatives aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT, 1,8 milliards d'euros) majoritairement financés par l'État.

Enfin, les mutuelles et institutions de prévoyance versent 5 % des prestations du risque, principalement sous forme de rentes.

Des dépenses d'invalidité à nouveau moins dynamiques en 2014

Les prestations liées à l'invalidité augmentent en 2014 de 3,4 % (après +3,7 % en 2013 – graphique 1). Ces augmentations sont à nouveau plus faibles que celles observées ces dernières années (+4,6 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2012).

Ces prestations sont portées par les pensions et rentes d'invalidité versées par les administrations publiques (+4,3 % en 2014, après +2,7 % en 2013). Cette forte augmentation s'explique par une plus forte croissance du montant – assis sur les revenus antérieurs – servi par bénéficiaire (+3,9 % en 2014, après 2,3 % en 2013), malgré la plus faible revalorisation de ces rentes et pensions (+0,6 % en 2014, contre +1,3 % en 2013). Cet effet contrebalance la relative stagnation des effectifs de pensionnés d'invalidité de 2013 et 2014 (+0,6 % après +3,2 % en 2012 – tableau 2). Cette stabilisation reflète le moindre effet du recul de l'âge de la retraite observé depuis deux ans ; 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 (en raison de la plus forte prévalence de ce risque chez les travailleurs âgés). Au total, les pensions et rentes d'invalidité versées par les APU contribuent pour près de 26 % à la hausse des dépenses du risque constatée en 2014.

Les montants versés au titre de l'AAH augmentent de 3,4 % (après +5,1 % en 2013). Cette moindre progression s'explique à la fois par une progression moins marquée du nombre de bénéficiaires (+1,9 % en 2014, contre 2,6 % en 2013) et par une moindre revalorisation du montant de l'aide en 2014 (+1,3 % au 1er septembre 2014, après +1,7 % au 1er septembre 2013). L'AAH et ses compléments contribuent pour 22 % à la croissance globale du risque invalidité en 2014.

Les montants de la PCH et de l'ACTP des moins de 60 ans ont augmenté de 2,0 %. La PCH progresse à un rythme moins rapide en 2014 (+4,8 %, après 6,9 % en 2013), malgré une progression toujours forte du nombre de bénéficiaires (+8,7 % en 2014 après 8,9 % en 2013). En effet, les personnes qui entrent actuellement dans le dispositif ont des plans d'aide moins importants que celles qui en ont bénéficié au début de sa mise en place [1]. Parallèlement, les dépenses d'ACTP ont diminué plus fortement en 2014 (-7,7 % après -6,3 % en 2013), en lien avec la baisse des effectifs (-9,0 % après -8,3 % en 2013). Les autres prestations des APU progressent plus rapidement en 2014 (+3,3 %) qu'en 2013 (+2,6 %).

Les prestations versées par les ISBLSM (dépenses d'accueil et d'hébergement et ESAT) ont progressé plus faiblement en 2014 (+2,5 % après 3,6 % en 2013) mais contribuent malgré tout pour 31 % à la croissance globale en 2014.

En revanche, les prestations versées par les sociétés financières et non financières (notamment les pensions et les rentes versées par les mutuelles et institutions de prévoyance) ont connu une progression plus rapide en 2014 (8,6 % après 3,7 % en 2013) et ont contribué pour 12 % à la croissance globale en 2014.

Pour en savoir plus

[1] Amar E., 2016, « Dépenses d'aide sociale départementale : une hausse de 9 % depuis 2010 », *Études et Résultats*, DREES, n°950.

« Le risque invalidité en Europe », dans cet ouvrage, qui correspond aux risques français invalidité et AT-MP.

Tableau 1 Montant et évolution de la dépense du risque invalidité par secteur institutionnel et par grand poste

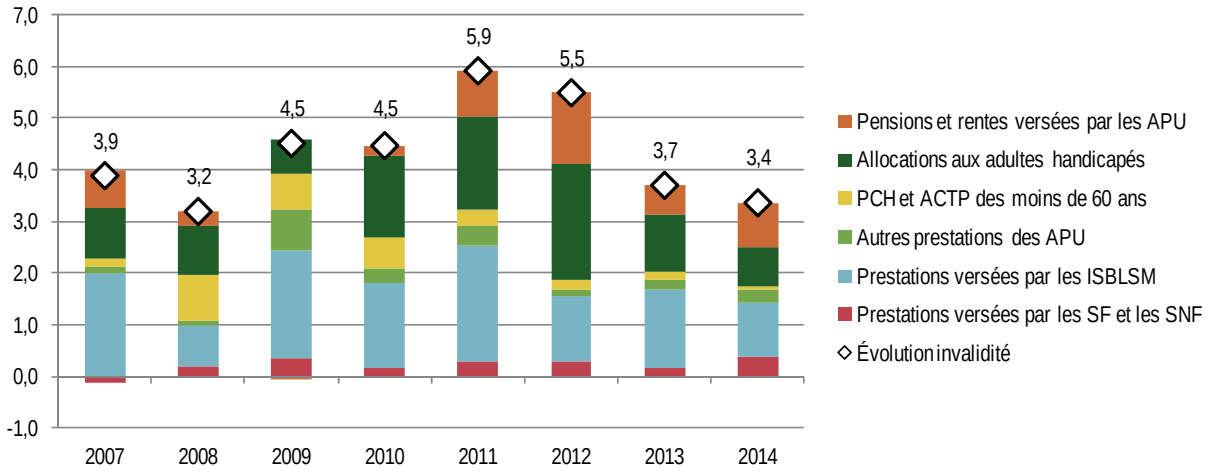
Montants en millions d'euros, évolutions en %

		2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Public	**Administrations de Sécurité sociale**	**6 989**	**7 376**	**7 894**	**8 160**	**8 586**	**5,2**
	Pensions et rentes	6 103	6 411	6 896	7 114	7 457	4,8
	AJPP, APP et AEEH	732	773	835	847	894	5,5
	Autres prestations (SSIAD Personnes handicapées ...)	154	191	163	199	236	18,6
	Autres administrations publiques	**9 871**	**10 565**	**11 376**	**11 831**	**12 122**	**2,5**
	Pensions et rentes	498	477	456	436	416	-4,5
	Allocations aux adultes handicapés (AAH)	6 446	7 020	7 779	8 178	8 453	3,4
	Garantie de ressources s'adressant aux travailleurs handicapés	1 158	1 162	1 204	1 249	1 265	1,2
	Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	259	270	267	268	260	-3,2
	PCH et ACTP des moins de 60 ans	1 323	1 427	1 497	1 552	1 583	2,0
	Autres prestations	188	208	173	148	146	-1,6
Privé	**Institutions sans but lucratif au service des ménages**	**13 689**	**14 410**	**14 847**	**15 387**	**15 771**	**2,5**
	Accueil et hébergement des personnes handicapées	12 012	12 714	13 130	13 643	14 015	2,7
	Aide par le travail (ESAT)	1 677	1 696	1 717	1 744	1 756	0,7
	Sociétés financières et non financières	**1 422**	**1 511**	**1 604**	**1 664**	**1 807**	**8,6**
	Prestations des mutuelles et institutions de prévoyance	1 400	1 487	1 578	1 635	1 776	8,6
	Autres prestations des régimes directs d'employeurs	22	24	26	29	31	7,4
TOTAL		31 970	33 862	35 721	37 042	38 287	3,4

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.
Source > DREES-CPS.

Graphique 1 Évolution globale du risque invalidité et contributions des différents postes de prestations

Évolutions en %



Source > DREES-CPS.

Tableau 2 Effectifs de bénéficiaires des principales prestations liées au risque invalidité

Effectifs en milliers, évolutions en %

	2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Pensions d'invalidité***	868	879	907	913	918	0,6
Allocation pour adultes handicapés (AAH)	915	957	963	988	1 007	1,9
Complément d'AAH*	193	200	205	210	210	0,0
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)**	169	191	204	215	225	4,7
ACTP moins de 60 ans**	70	65	60	55	50	-9,0
PCH moins de 60 ans**	128	151	167	182	198	8,7
Allocation journalière de présence parentale (AJPP)	5	5	5	5	6	5,7

* 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'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA ».

12 Le risque accidents du travail et maladies professionnelles en France

Les dépenses liées aux accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) représentent 7,1 milliards d'euros (tableau 1) et continuent de diminuer en 2014 (de -1,5 %, après -0,8 % en 2013).

Sur moyenne période, la dynamique de ces dépenses se distingue de celle des autres prestations du risque santé par sa diminution, en lien notamment avec la baisse continue du nombre d'accidents du travail (-2,7 % en moyenne annuelle entre 2010 et 2014). Ce recul tient principalement à la baisse de la part relative des secteurs industriels, au sein desquels les risques d'accidents sont les plus élevés. Il 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.

Les rentes AT-MP représentent plus des trois quarts des prestations versées

Plus de 75 % des prestations du risque AT-MP (soit 5,3 milliards d'euros) consistent en des rentes d'incapacité permanente partielle (IPP) de travail, versées par les administrations de Sécurité sociale. À la suite d'un accident du travail, un médecin de la caisse statue sur le taux d'IPP du bénéficiaire en fonction de son état général, de la nature de son infirmité, etc. Si ce taux est inférieur à 10 %, il se voit alors verser une indemnité sous forme de capital ; s'il est supérieur, il touchera une rente viagère jusqu'à son décès.

Les régimes d'assurances sociales incluent également les dispositifs spécifiques aux maladies de l'amiante que sont le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Le FCAATA finance l'allocation de cessation anticipée d'activité (ACAATA), assimilée à une allocation de préretraite en faveur des travailleurs de l'amiante âgés de 50 ans ou plus, pour un montant de 0,5 milliard d'euros en 2014.

Le FIVA indemnise l'ensemble des victimes de l'amiante ainsi que leurs ayants droit, en fonction des préjudices économiques et personnels qu'ils ont subis. Un taux d'incapacité est calculé par le FIVA à partir d'un barème spécifique, qui prend en compte le préjudice professionnel, les soins de santé pris en charge par la victime ou encore le préjudice moral résultant de l'exposition à l'amiante. L'indemnisation par le FIVA est ensuite servie sous forme de rente dont la valeur est croissante en fonction du taux d'incapacité calculé. En 2014, le montant total des indemnisations du FIVA s'élève à 0,4 milliard d'euros.

Le risque AT-MP comprend également les pensions d'invalidité servies par l'État aux victimes militaires pour un montant de 0,6 milliard d'euros en 2014. Ce droit est ouvert pour les militaires souffrant de blessures ou maladies contractées en lien avec leur service, dès lors que les infirmités atteignent un taux d'invalidité de 10 %.

Enfin, les sociétés financières et non financières contribuent de manière très limitée (0,1 milliard d'euros) au risque AT-MP par le biais des rentes AT-MP versées par les régimes directs d'employeurs (RATP et industries électriques et gazières).

Les dépenses liées à l'amiante tirent l'évolution du risque à la baisse malgré le regain de dynamisme des rentes AT-MP

Les dépenses liées à l'amiante que sont l'ACAATA et les indemnisations du FIVA diminuent de -8,6 % en 2014. Malgré leur poids important, la hausse de 0,6 % des dépenses de rentes AT-MP ne permet pas d'inverser cette tendance à la baisse, accentuée par celle des pensions militaires d'invalidité. Au total, les dépenses d'AT-MP diminuent ainsi de 1,5 % en 2014 (graphique 1).

Les dépenses versées au titre de l'ACAATA continuent leur forte diminution avec une baisse de 8,5 % (après -8,1 % en 2013). Depuis plusieurs années, le nombre de sorties du dispositif est en effet plus élevé que le nombre de nouvelles acceptations : le nombre d'allocations versées s'établit ainsi à 21 500 en 2014 après 23 800 en 2013, soit une baisse de 9,7 % (tableau 2).

Les indemnisations du FIVA diminuent également de manière prononcée (-8,7 %), après une forte hausse en 2013 (+21,2 %). Les nouveaux dossiers enregistrés par le FIVA en 2014 (-15,3 %) reprennent la tendance à la baisse constatée depuis 2010, après une année 2013 marquée par une augmentation significative du nombre des nouvelles demandes d'indemnisation (+17,9 % en 2013).

En 2014, les dépenses de rentes AT-MP augmentent de 0,6 %, après une baisse de -0,9 % en 2013 (malgré une revalorisation des pensions de +1,3 % en avril 2013). Le volume des rentes d'accidents du travail étant relativement stable en 2014, cette hausse modérée s'explique en particulier par la revalorisation des pensions de +0,6 % en avril. La diminution en 2013 découlait notamment de celle du nombre des rentes d'incapacité permanente d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Les pensions militaires d'invalidité sont en baisse constante depuis plusieurs années : en 2014, ces prestations diminuent de 7,3 %. Les effectifs de pensionnés régressent depuis 2006, le montant annuel moyen de pension diminuant quant à lui depuis 2007 (respectivement -4,5 % et -1,0 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2014).

Pour en savoir plus

« Le risque invalidité en Europe », fiche 28 de cet ouvrage, qui correspond aux risques français invalidité et AT-MP.

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

En millions d'euros, évolutions en %

		2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Public	**Administrations de Sécurité sociale**	**6 368**	**6 436**	**6 365**	**6 355**	**6 302**	**-0,8**
	Rentes AT-MP	5 028	5 170	5 351	5 305	5 338	0,6
	Prestations du FCAATA	879	847	0	0	0	-
	Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)*	0	0	569	523	478	-8,5
	Indemnisations du FIVA	386	353	387	469	428	-8,7
	Autres	75	67	58	59	58	-1,9
	Autres administrations publiques	**867**	**828**	**780**	**734**	**680**	**-7,3**
	Pensions militaires d'invalidité	767	728	685	641	594	-7,3
	Pensions d'invalidité diverses	100	100	95	93	86	-7,4
Privé	**Sociétés financières et non financières**	**77**	**77**	**81**	**80**	**79**	**-1,3**
	TOTAL	7 312	7 341	7 225	7 169	7 061	-1,5

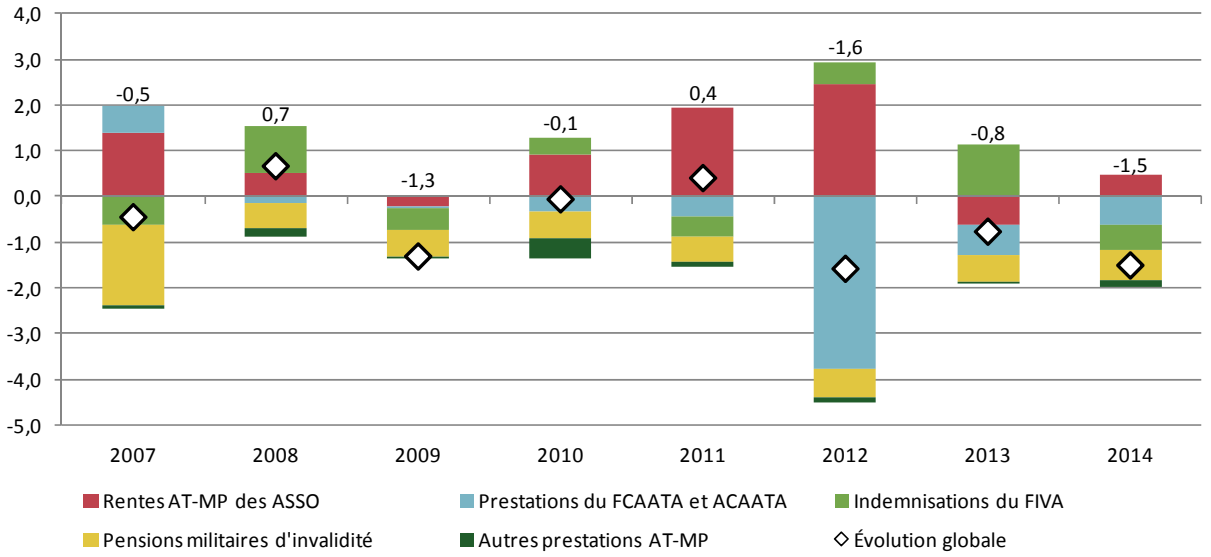
***** À partir de 2012, les comptes du FCAATA ont été consolidés avec ceux de la branche AT-MP de la Caisse nationale d'assurance maladie. Dès lors, ne sont plus retracées dans les comptes de la protection sociale l'ensemble des charges de prestations du FCAATA mais uniquement les dépenses servies au titre de l'ACAATA.

Note > Le périmètre du risque AT-MP a été modifié par rapport à l'édition précédente des comptes de la protection sociale : les soins de santé et les indemnités journalières AT-MP ont été basculées dans le risque maladie (*cf.* annexe 1 pour plus de détails).

Source > DREES-CPS.

Graphique 1 Évolution globale et contributions des différents postes de dépenses du risque AT-MP

Évolutions en %



Note > Les ASSO correspondent aux administrations de Sécurité sociale.

Source > DREES-CPS.

Tableau 2 Effectifs de bénéficiaires des pensions militaires d'invalidité et de l'ACAATA et nombre de nouveaux dossiers enregistrés par le FIVA

Effectifs de bénéficiaires et nombre de nouveaux dossiers traités

	2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Bénéficiaires des pensions militaires d'invalidité	213 677	204 503	195 562	186 614	179 027	-4,1
Bénéficiaires de l'ACAATA	30 595	28 618	26 204	23 796	21 484	-9,7
Nouveaux dossiers FIVA	6 010	5 508	4 414	5 202	4 404	-15,3

Sources > Service des retraites de l'État ; rapports d'activité du FCAATA et du FIVA.

13 Le risque vieillesse-survie en France

Les prestations assurant la couverture du risque vieillesse-survie s'élèvent, en 2014, à 313,4 milliards d'euros (tableau 1). Elles représentent 45,4 % de l'ensemble des prestations de protection sociale. Le total des prestations vieillesse-survie augmente de 2,1 % en 2014, soit moins vite que les trois années précédentes (+3,0 % en 2013, +3,5 % en 2012 et +4,0 % en 2011).

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

Le **risque vieillesse** (275,5 milliards d'euros) couvre la retraite et les besoins liés à l'avancée en âge. Il se compose :

- des pensions de droit direct des régimes obligatoires, qui en représentent 94,1 %. Ces pensions se composent principalement des pensions de base, des pensions complémentaires obligatoires, des pensions d'invalidité des 60 ans ou plus, des pensions d'inaptitude et des majorations pour enfants des pensions de base ;
- des allocations versées au titre du minimum vieillesse pour 3,0 milliards d'euros (1,1 % du total vieillesse) ;
- des prestations liées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées (notamment au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie [APA] et de l'aide sociale à l'hébergement), qui s'élèvent au total à 8,4 milliards en 2014 (3,0 % du total vieillesse) dont 8,3 milliards pour les administrations publiques (principalement les départements) ;
- des prestations versées par les mutuelles et institutions de prévoyance (retraite supplémentaire et indemnités de fin de carrière), pour 2,3 milliards d'euros ;
- d'autres prestations (2,7 milliards d'euros) qui incluent notamment des dépenses d'action sociale et des prestations extra-légales d'employeurs.

Le **risque survie** (37,8 milliards d'euros) couvre les besoins résultant de la disparition d'un membre de la famille (conjoint principalement). Il se compose :

- des pensions versées au titre de droits dérivés par les régimes obligatoires (35,8 milliards d'euros). Elles comprennent des pensions au titre de la retraite, de l'invalidité et des accidents du travail et maladies professionnelles ;
- des allocations du minimum vieillesse en complément d'une pension de réversion, pour 0,2 milliard d'euros ;
- des prestations versées par les mutuelles et institutions de prévoyance (capitaux décès notamment), pour 1,3 milliard d'euros ;
- d'autres prestations (0,5 milliard d'euros), qui incluent certaines compensations de charges (notamment frais funéraires) et des capitaux décès financés par les caisses de la Sécurité sociale.

Au total, les administrations de Sécurité sociale versent 78 % des prestations du risque vieillesse-survie.

Une plus faible revalorisation des pensions et une baisse du nombre de départs à la retraite

La masse des pensions de droit direct des régimes de retraite obligatoires progresse de +2,3 % en 2014 (après +3,4 % en 2013). Ce ralentissement résulte de départs à la retraite moins nombreux en 2014 qu'en 2013, et d'une moindre progression de l'avantage principal de droit direct versé par les régimes obligatoires.

Le nombre de nouveaux pensionnés de droit direct diminue de 7,4 % en 2014 (après +25,8 % en 2013 – graphique 1) en lien notamment avec les effets de la réforme de 2010, le recul de l'âge légal ayant occasionné un report des départs à la retraite plus élevé de 2014 vers 2015 que de 2013 vers 2014.

L'avantage principal de droit direct s'établit en moyenne à 1 322 euros par mois, soit une hausse de 1,2 % en un an. Les pensions n'ont pas été revalorisées en 2014[1], en raison de la faible inflation observée et d'une inflation prévue plus forte que l'inflation observée (*cf.* fiche 1 et ouvrage *Les retraités et les retraites*). La hausse de la pension moyenne en 2014 est donc exclusivement portée par l'écart de niveau de pension entre nouveaux retraités et personnes décédées (effet de *noria*).

La masse des pensions de droit dérivé des régimes obligatoires augmente de 0,9 % en 2014, la hausse du nombre de bénéficiaires (+0,5 %) compensant la baisse du montant moyen du droit dérivé.

Les montants versés au titre des allocations du minimum vieillesse de droit direct (ASV et ASPA) versées par les administrations de Sécurité sociale n'augmentent que de 0,5 % en 2014, malgré la revalorisation exceptionnelle de 1,0 % en octobre 2014 (portant le montant de l'ASPA à 800 euros) en sus de la revalorisation usuelle d'avril (0,6 %) : les effectifs de bénéficiaires continuent de diminuer en raison notamment du recul de l'âge légal de départ en retraite qui marque l'entrée dans le dispositif en cas d'inaptitude au travail.

Les dépenses liées à la perte d'autonomie versées par les administrations publiques augmentent de 1,8 % en 2014, en raison de la hausse des dépenses d'APA et, plus marginalement, des prestations de compensation du handicap (PCH) en faveur des personnes âgées.

1 Les retraités ayant une pension inférieure à 1 200 euros mensuels ont toutefois perçu une prime de 40 euros début 2015.

Pour en savoir plus

Darcillon, T. « Le compte de la dépendance en 2013 et en 2014 », dans cet ouvrage.
Solard G., 2016, *Les retraités et les retraites – édition 2016*, coll. Panoramas, DREES, en particulier les fiches 4 à 6.
« Le risque vieillesse-survie en Europe », dans cet ouvrage.

Tableau 1 Évolution des prestations de vieillesse-survie par poste

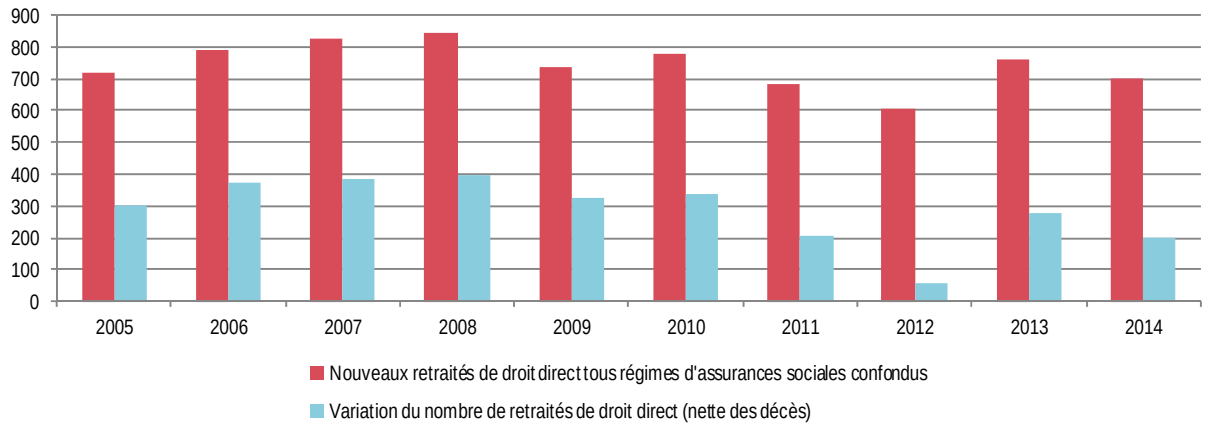
Montants en millions d'euros courants, évolutions en %

		2010	2011	2012	2013	2014	14/13
	VIEILLESSE	**241 815**	**252 001**	**261 078**	**269 544**	**275 548**	**2,2**
Public	**Administrations de Sécurité sociale**	**187 854**	**195 831**	**202 830**	**209 718**	**214 683**	**2,4**
	Pensions de droit direct	183 969	191 804	198 740	205 705	210 724	2,4
	Régime général	*9 721*	*10 052*	*10 372*	*10 620*	*10 783*	*1,5*
	Régimes spéciaux	*13 892*	*14 277*	*14 675*	*14 908*	*15 008*	*0,7*
	Régimes complémentaires de salariés	*11 673*	*11 981*	*12 329*	*12 552*	*12 689*	*1,1*
	Régimes de non-salariés	*2 097*	*2 152*	*2 208*	*2 241*	*2 276*	*1,6*
	Minimum vieillesse (ASV et ASPA)	2 809	2 899	2 963	2 992	3 007	0,5
	Autres prestations (action sociale ...)	1 076	1 127	1 127	1 021	952	-6,8
	Autres administrations publiques	**49 245**	**51 360**	**53 315**	**54 630**	**55 524**	**1,6**
	Pensions de droit direct	41 354	43 337	45 047	46 307	47 059	1,6
	Régime direct des agents de l'Etat	*4 994*	*5 094*	*5 207*	*5 285*	*5 317*	*0,6*
	Régime d'intervention sociale de l'Etat	*715*	*683*	*639*	*599*	*561*	*-6,3*
	Perte d'autonomie	7 755	7 883	8 132	8 190	8 336	1,8
	Autres prestations	136	141	136	133	129	-2,6
Privé	**Sociétés financières et non financières**	**4 716**	**4 810**	**4 933**	**5 196**	**5 342**	**2,8**
	Prestations versées par les mutuelles et les institutions de prévoyance	2 114	2 001	2 049	2 240	2 293	2,4
	Pensions de droit direct des régimes directs d'employeurs	969	1 266	1 368	1 467	1 556	6,0
	Autres prestations des régimes directs d'employeurs	1 632	1 542	1 516	1 489	1 493	0,3
	SURVIE	**35 140**	**36 031**	**36 901**	**37 519**	**37 819**	**0,8**
Public	**Administrations de Sécurité sociale**	**27 836**	**28 586**	**29 398**	**29 874**	**30 142**	**0,9**
	Pensions de droit dérivé	27 070	27 819	28 693	29 191	29 495	1,0
	Minimum vieillesse (ASV et ASPA)	272	267	257	243	228	-6,4
	Autres prestations (capitaux décès, ...)	495	500	447	439	419	-4,6
	Autres administrations publiques	**5 710**	**5 778**	**5 847**	**5 885**	**5 880**	**-0,1**
	Pensions de droit dérivé	5 661	5 732	5 801	5 843	5 839	-0,1
	Autres prestations	48	45	46	42	40	-3,6
Privé	**Sociétés financières et non financières**	**1 593**	**1 667**	**1 656**	**1 761**	**1 798**	**2,1**
	Prestations versées par les mutuelles et les institutions de prévoyance	1 439	1 470	1 448	1 541	1 570	1,8
	Pensions de droit dérivé des régimes directs d'employeurs	151	193	205	216	225	4,0
	Autres prestations des régimes directs d'employeurs	3	4	3	3	3	0,9
TOTAL		**276 955**	**288 031**	**297 979**	**307 064**	**313 368**	**2,1**

Source > DREES-CPS.

Graphique 1 Nouveaux retraités et variation du nombre de retraités de droit direct

Effectifs en milliers au 31 décembre



Note > Les données relatives à l'année 2012 ont été révisées par rapport à la précédente publication.
Champ > Retraités de droit direct résidant en France ou à l'étranger.
Source > *Les retraités et les retraites – édition 2016*, DREES, coll. Panoramas.

14 Le risque famille en France

Les prestations famille, qui représentent 54,1 milliards d'euros en 2014[1] (tableau 1) augmentent de 1,6 % en 2014 (graphique 1). Les administrations publiques assurent le versement de 91 % du total de ces prestations. Les instituts sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) prennent en charge le volet accueil et hébergement, qui représente 8 % du total. Le reste des prestations est financé par les sociétés financières et non financières.

Les prestations famille 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, d'indemnités journalières et assimilées (congés maternité et paternité) et d'autres prestations en faveur des familles.

Les prestations familiales croissent de plus en plus lentement

Les prestations du risque famille sont à nouveau moins dynamiques (+1,6 % en 2014, après +2,3 % en 2013 et +3,0 % en 2012). Cette moindre progression en 2014 est liée à la faible évolution de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF – 0,75 % en moyenne annuelle sur 2014, après +1,2 % en 2013) qui sert de référence à la majorité des prestations du risque famille (voir fiche 1).

Les **allocations familiales,** qui représentent 13,2 milliards d'euros en 2014, contribuent pour 24,0 % à la croissance des prestations du risque famille. Elles progressent également moins fortement qu'en 2013 (+1,6 %, après +2,1 %) à la suite d'une moindre hausse du nombre de bénéficiaires (+ 0,6 % en 2014, après +0,7 % en 2013 – tableau 2).

Le montant versé au titre de l'**aide sociale à l'enfance** (ASE) s'élève en 2014 à 7,0 milliards d'euros[2], soit 13 % des prestations famille. Sa croissance ralentit également en 2014 (+1,6 % après +2,6 % en 2013). L'ASE contribue pour 13 % à la croissance du risque famille en 2014.

De même, les prestations liées à la scolarité, (**allocation de rentrée scolaire** [ARS], bourses d'études…), qui s'élèvent à 2,9 milliards d'euros en 2014 et contribuent pour 6 % à la croissance globale, progressent à un rythme moins soutenu en 2014 (+1,8 %, après +4,5 % en 2013). Cette inflexion découle de la moindre revalorisation du montant de l'ARS en 2014 (+0,7 % après +1,2 % en 2013), dans un contexte de quasi-stabilité de l'évolution du nombre de bénéficiaires (+1,3 %, après +1,1 % en 2013).

À l'inverse, le montant servi au titre du **complément familial** et de **l'allocation de soutien familial** (3,2 milliards d'euros en 2014) augmente à un rythme plus élevé en 2014 (+6,1 %, après +1,1 % en 2013). Ce montant global contribue pour 21 % à la croissance totale des prestations afférentes à la famille, bien qu'il ne représente que 5,9 % du total. Sa croissance est portée par les effets de la mise en œuvre du Plan pauvreté, qui instaure une majoration de 10 % du complément familial pour les ménages situés sous le seuil de pauvreté et une augmentation de 5 % de l'allocation de soutien familial[3].

La progression des **indemnités journalières** de maternité (+2,0 %, après une stabilité en 2013) est à mettre en regard de la légère hausse du nombre de naissances (+0,2 % en 2014, après -1,1 % en 2013). S'élevant à 3,2 milliards d'euros en 2014, elles contribuent pour 7 % à la hausse du risque famille.

Prises dans leur ensemble, les composantes de la **prestation d'accueil du jeune enfant** (PAJE[4]), qui représentent 13,0 milliards d'euros en 2014, sont en baisse de 0,7 % (après +1,1 % en 2013). Elles contribuent ainsi négativement pour 11 % à la croissance totale du risque famille en 2014. La baisse constatée en 2014 est liée aux effets de l'aménagement de la PAJE mis en œuvre dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014[5].

1 Le périmètre du risque famille a été réduit par rapport à l'édition précédente des comptes de la protection sociale : les soins de santé dispensés lors de la grossesse et à l'issue de l'accouchement sont désormais comptabilisés au sein du risque maladie (*cf.* annexe 1).

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

3 Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale prévoit une revalorisation progressive de 50 % du complément familial et de 25 % de l'allocation de soutien familial d'ici à 2018 par rapport à leurs niveaux de 2013.

4 La PAJE regroupe plusieurs prestations : 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). Dans le cadre de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, le CLCA est remplacé par la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) pour tous les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2015. Cette réforme permet d'instituer, pour les ménages bénéficiaires, un partage du CLCA entre les deux parents. Par ailleurs, le COLCA devient la PreParE majorée.

5 Les montants de l'allocation de base et des primes à la naissance et à l'adoption ont été gelés, la majoration pour isolement abaissée. Les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité dont les ressources dépassent le plafond de l'allocation de base ne perçoivent plus de majoration.

Tableau 1 Montant et évolution des dépenses du risque famille

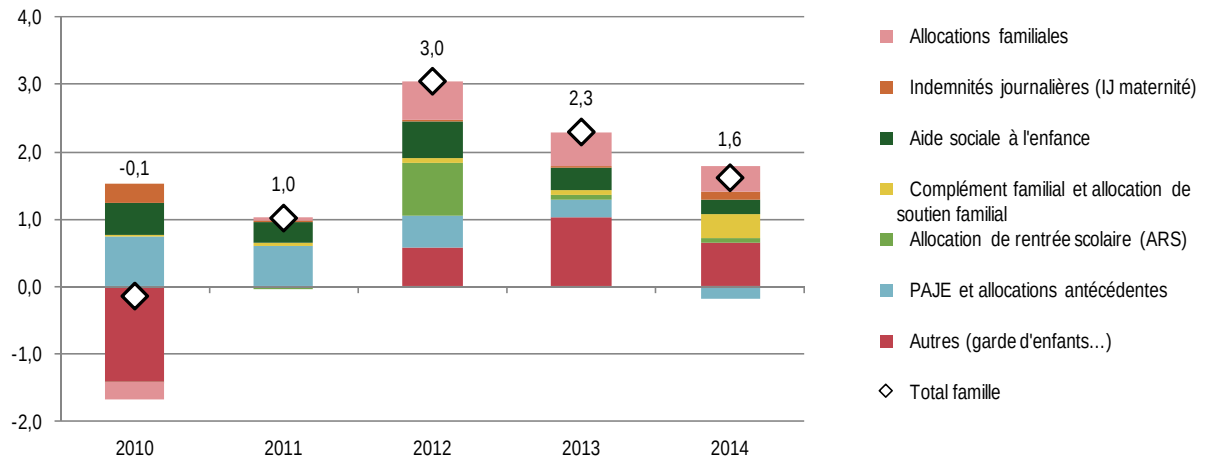
Montants en millions d'euros, évolutions en %

		2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Public	**Administrations de Sécurité sociale**	**35 016**	**35 402**	**36 473**	**37 031**	**37 608**	**1,6**
	dont						
	Allocations familiales (AF)	12 372	12 403	12 688	12 958	13 164	1,6
	Complément familial (CF)	1 633	1 646	1 658	1 677	1 774	5,8
	Allocation de soutien familial (ASF)	1 253	1 264	1 289	1 301	1 387	6,6
	Allocation de rentrée scolaire (ARS)	1 490	1 486	1 876	1 915	1 960	2,4
	PAJE - Base	4 232	4 273	4 307	4 313	4 273	-0,9
	PAJE - CLCA et COLCA*	2 176	2 112	2 069	2 025	1 964	-3,0
	PAJE - Assistante maternelle	4 934	5 242	5 490	5 658	5 679	0,4
	Accueil des jeunes enfants (crèches)	780	805	857	907	935	3,1
	Indemnités journalières (IJ maternité)	3 097	3 102	3 123	3 124	3 187	2,0
	Complément de rémunération**	773	785	793	807	833	3,2
	Autres administrations publiques	**10 392**	**10 490**	**10 924**	**11 493**	**11 709**	**1,9**
	dont						
	Complément de rémunération**	1 770	1 790	1 820	1 850	1 889	2,1
	Accueil des jeunes enfants (crèches)	3 842	4 028	4 285	4 534	4 675	3,1
	Aide sociale à l'enfance (ASE)	2 354	2 351	2 458	2 557	2 609	2,1
	Bourses d'études hors enseignement supérieur	815	833	858	945	953	0,8
Privé	**ISBLSM (Prestations d'hébergement et d'accueil - ASE)**	**3 954**	**4 115**	**4 280**	**4 357**	**4 418**	**1,4**
	Sociétés financières et non financières* **	**634**	**496**	**365**	**355**	**361**	**1,7**
	TOTAL	49 995	50 503	52 042	53 236	54 096	1,6

* Complément de libre choix d'activité (CLCA) et complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA).
** Supplément familial de traitement et majorations familiales.
*** Principalement d'autres compléments de rémunérations versés par les régimes extralégaux d'employeurs.
Source > DREES-CPS.

Graphique 1 Évolution globale et contributions des différents postes de dépenses

Évolutions en %



Source > DREES-CPS.

Tableau 2 Effectifs de bénéficiaires des principales prestations liées au risque famille

En milliers au 31 décembre, évolutions en %

	2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Allocations familiales	4 918	4 952	4 973	5 007	5 038	0,6
Allocation de rentrée scolaire	3 022	2 997	2 977	3 049	3 089	1,3
PAJE de base	1 944	1 931	1 914	1 899	1 881	-0,9
PAJE assistante maternelle	744	769	779	773	759	-1,8
PAJE complément d'activité	558	542	528	514	495	-3,7

Champ > Tous régimes, France entière.
Source > CNAF.

15 Le risque emploi en France

Les prestations liées au risque emploi représentent 42,8 milliards d'euros en 2014 (tableau 1). Très liées à la conjoncture économique (*cf.* fiche 1), ces dépenses sont à nouveau moins dynamiques en 2014 (+1,5 % après +3,5 % en 2013 et +6,4 % en 2012) : l'augmentation du nombre de demandeurs d'emploi des catégories A, B, et C se poursuit en 2014, mais de manière moins soutenue depuis mai 2013. Au sein du risque emploi, les dépenses afférentes au chômage (92 % du montant total) progressent de 1,2 %, celles relatives à l'insertion et à la réinsertion professionnelle (8 % du montant total) augmentent nettement plus vite (+4,8 %).

L'aide au retour à l'emploi, principal vecteur d'aide aux chômeurs

En cas de perte d'emploi, c'est d'abord l'assurance chômage (Unédic et Pôle emploi) qui verse l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) pendant une durée limitée, pour 28,5 milliards d'euros en 2014.

L'assurance chômage aide de manière spécifique les salariés confrontés à un licenciement économique *via* l'allocation de sécurisation professionnelle (ASP), dont le montant s'élève à 2,0 milliards d'euros en 2014. Instaurée à partir de 2011 en remplacement de l'allocation spécifique de reclassement, cette prestation est versée dans le cadre d'un contrat de sécurisation professionnelle. Elle vient alors en remplacement de l'ARE et ouvre droit à un accompagnement renforcé de la part de Pôle emploi.

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 ainsi l'allocation de solidarité spécifique (ASS) des chômeurs en fin de droits 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. Celle-ci remplace l'allocation équivalent retraite (AER) depuis le 1er juillet 2011. L'ensemble de ces prestations représente un montant de 2,9 milliards d'euros en 2014.

Les autres prestations chômage des administrations publiques incluent notamment les préretraites, versées en remplacement de l'indemnisation du chômage aux salariés qui partent à la retraite de manière anticipée (par exemple dans le cas d'un licenciement). Ces prestations représentent 1,4 milliard d'euros en 2014, dont 0,5 milliard au titre des préretraites.

L'intervention du secteur privé est principalement constituée des prestations versées directement par l'employeur (indemnités de licenciement, prestations de chômage partiel…), pour un montant total de 4,5 milliards d'euros, soit 11,5 % du montant total du risque chômage.

Des dépenses d'ARE toujours moins dynamiques en 2014

Les dépenses du risque chômage augmentent de 1,2 % en 2014. Les dépenses d'ARE représentent près des trois quarts du risque et portent 80 % de sa dynamique (graphique 1). Elles continuent de ralentir (+1,4 % après +4,1 % en 2013 et +5,7 % en 2012) en lien avec la légère amélioration de la situation économique en France, et ce malgré une revalorisation des allocations chômage assez stable (+0,7 % en juillet 2014 après +0,6 % en 2013). En effet, la hausse du nombre de chômeurs indemnisés par l'assurance chômage s'atténue (+1,7 % en 2014 contre +3,3 % en 2013 en moyenne annuelle – tableau 2), bien que celle-ci soit plus forte en fin d'année (+4,8 % entre septembre et décembre) suite à l'entrée en vigueur en octobre des nouvelles règles de la convention du 14 mai 2014 (qui porte notamment sur les droits rechargeables ou le cumul ARE-rémunération).

Les prestations versées par le Fonds de solidarité évoluent à un niveau soutenu en 2014 (+6,7 %), bien que l'évolution soit moins dynamique qu'en 2013 (+9,5 %). Ces évolutions en montants suivent celles des effectifs correspondants (+5,9 % en 2014 et +9,1 % en 2013).

En raison de la fin de la montée en charge de l'ASP qui s'est substituée à l'ASR, les dépenses d'ASP n'augmentent que de 1,5 % en 2014. Les autres dépenses de chômage du secteur public diminuent de 7,7 % (dont -1,2 % pour les préretraites) et les dépenses du secteur privé restent stables en 2014 (+0,1 %).

Les prestations d'insertion et de réinsertion professionnelle repartent à la hausse

Parmi les administrations de Sécurité sociale (ASSO), les régimes d'assurance chômage gèrent le volet formation de l'ARE (AREF) et l'aide à la reprise ou à la création d'entreprise (ARCE), pour respectivement 1,1 et 0,7 milliard d'euros en 2014. L'AREF vient remplacer l'ARE lorsque le demandeur d'emploi suit une formation validée par Pôle emploi. L'ARCE se substitue à l'ARE (elle est égale à 45 % du montant du reliquat des droits à l'ARE restants à la date de début de l'activité) et est versée aux demandeurs d'emploi créateurs ou repreneurs d'une entreprise.

Les régions, autre acteur majeur de l'insertion, financent des stages de formation professionnelle, notamment par le biais de l'association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), pour 1,0 milliard d'euros. Le secteur privé ne verse pour sa part aucune prestation au titre de l'insertion et de la réinsertion.

En 2014, les dépenses d'insertion et de réinsertion professionnelles repartent à la hausse (+4,8 % après -3,3 % en 2013). Cette augmentation est à relier aux politiques en faveur de la formation mises en place en 2014 comme le Plan 100 000, orienté vers des métiers à fort potentiel d'emploi pour lesquels les employeurs rencontrent des difficultés à recruter.

Tableau 1 Prestations du risque emploi par régime en 2014

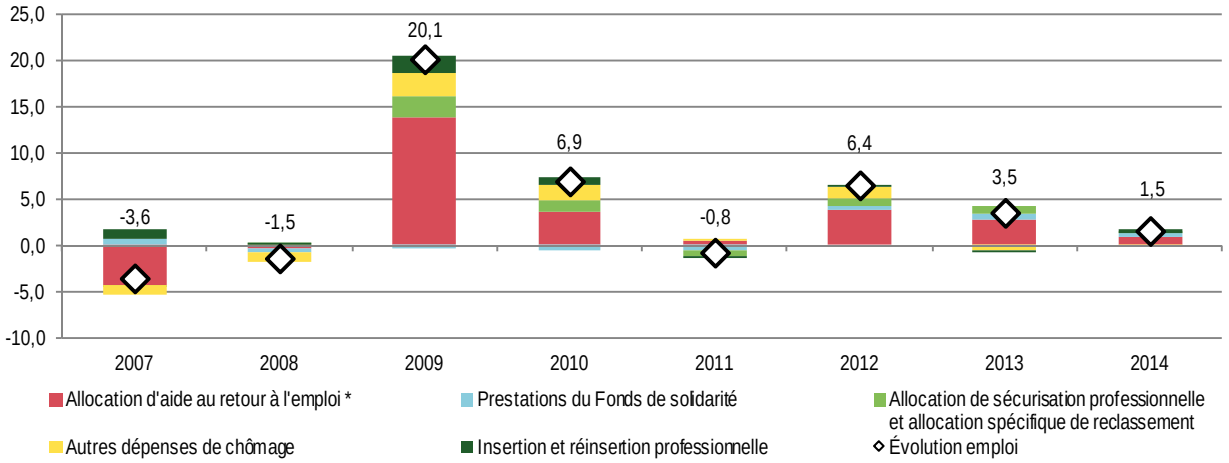
Montants en millions d'euros, évolutions en %

		2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Public	**Administrations de Sécurité sociale**	**27 768**	**27 495**	**29 311**	**30 752**	**31 124**	**1,2**
	Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE)	25 066	25 248	26 718	27 812	28 201	1,4
	Allocation spécifique de reclassement (ASR)	1 553	1 182	289	3	1	-67,1
	Allocation de sécurisation professionnelle (ASP)	0	61	1 320	1 984	2 014	1,5
	Préretraites	283	309	318	323	345	6,8
	Autres prestations chômage	866	695	667	629	563	-10,5
	Autres administrations publiques	**3 637**	**3 345**	**3 397**	**3 575**	**3 675**	**2,8**
	Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE)	341	335	329	344	336	-2,4
	Prestations du Fonds de solidarité *	2 533	2 345	2 454	2 687	2 866	6,7
	Préretraites	267	252	242	206	178	-13,7
	Autres prestations chômage	497	413	372	337	295	-12,7
Privé	**Sociétés financières et non financières**	**3 804**	**4 093**	**4 624**	**4 531**	**4 534**	**0,1**
	CHÔMAGE	**35 209**	**34 933**	**37 333**	**38 858**	**39 333**	**1,2**
Public	**Administrations de sécurité sociale**	**2 421**	**2 444**	**2 361**	**2 220**	**2 299**	**3,6**
	Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) - Formation	1 045	1 061	1 060	1 056	1 070	1,3
	Aide à la reprise ou à la création d'entreprise (ARCE)	990	979	844	736	720	-2,1
	Autres dépenses d'insertion et de réinsertion professionnelle	386	403	457	429	509	18,7
	Autres administrations publiques	**975**	**908**	**1 055**	**1 083**	**1 162**	**7,3**
	Stages de formation professionnelle des régions	779	795	910	962	1 027	6,8
	Autres dépenses d'insertion et de réinsertion professionnelle	196	113	145	122	136	11,3
	INSERTION ET REINSERTION PROFESSIONNELLE	**3 397**	**3 352**	**3 416**	**3 304**	**3 462**	**4,8**
	TOTAL	**38 605**	**38 285**	**40 748**	**42 161**	**42 794**	**1,5**

* ASS, ATS, AER (jusqu'en 2011), y compris prime de Noël associée à ces prestations.
Source > DREES-CPS.

Graphique 1 Évolution globale et contributions des différents postes de dépenses du risque emploi

Évolutions en %



* Hors ARE-Formation, qui est comptabilisée dans le poste « Insertion et réinsertion professionnelle ».
Source > DREES-CPS.

Tableau 2 Nombre de chômeurs indemnisés

Effectifs CVS-CJO en fin de mois, en milliers et en moyenne annuelle, évolutions en %

	2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Assurance chômage (ARE)	2 118	2 119	2 210	2 283	2 321	1,7
Solidarité nationale (ASS, ATS...)	419	417	432	472	500	5,9
Total des chômeurs indemnisés (hors formation)	**2 538**	**2 535**	**2 643**	**2 755**	**2 821**	**2,4**
Demandeurs d'emploi des catégories A, B, C*	4 192	4 384	4 707	5 095	5 355	5,1

* 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.
Champ > France entière.
Sources > Pôle Emploi, DARES.

16 Le risque logement en France

Les prestations logement s'élèvent en 2014 à près de 18,0 milliards d'euros (tableau 1), soit 2,6 % du total des prestations sociales. Ces aides progressent moins rapidement en 2014 (+1,6 %) que sur les dernières années (2,9 % en 2013 et 2,1 % en 2011 et 2012).

Les prestations du risque logement, en général sous condition de ressources, sont concentrées sur les ménages aux revenus les plus bas

Le risque logement est en quasi-totalité constitué de trois prestations, attribuées sous condition 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. La grande majorité des aides au logement bénéficie aux ménages les plus modestes [1]. Ces aides sont intégralement financées par des administrations publiques (caisses de Sécurité sociale et État).

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'aide personnalisée au logement (APL) représente 44 % des prestations versées. Cette aide est attribuée aux ménages avec ou sans enfants et couvre le parc des logements conventionnés (dont le propriétaire s'engage à louer son logement à des locataires à faibles ressources en contrepartie d'aides financières et de déductions fiscales de l'État). L'APL est comptabilisée comme un versement de l'État, au titre du Fonds national d'aide au logement (FNAL).

L'allocation de logement à caractère social (ALS) représente 29 % des prestations du risque logement. Elle est versée aux ménages disposant de revenus faibles sans personne à charge, dont le logement n'est pas conventionné. De même que l'APL, elle est versée par le FNAL.

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 2 % des dépenses du risque logement. Les avantages liés aux logements sociaux ne sont pas comptabilisés comme des prestations sociales.

Des dynamiques d'effectifs très contrastées par type d'aide au logement

Depuis 2006, les montants versés au titre du risque logement augmentent d'environ 3 % chaque année, à l'exception de 2008 (graphique 1). En effet, l'année 2008 est marquée par une hausse plus importante (+7,1 %) en raison de la forte croissance du nombre de bénéficiaires (+5,5 % en glissement annuel à fin décembre), qui découle de la modification de la prise en compte des revenus. À l'inverse, les effectifs de bénéficiaires connaissent une croissance plus faible en 2009 (+0,3 % à fin décembre) à la suite de l'actualisation des ressources prises en compte pour le calcul des montants versés. Les montants versés par bénéficiaire progressent un peu plus vite en 2013 qu'en 2014 (respectivement 1,3 % et 0,9 % en valeurs estimées).

Entre 2010 et 2014, le nombre de bénéficiaires des trois allocations progresse de 1,1 % en moyenne annuelle estimée et le montant par bénéficiaire augmente d'environ 1,4 % par an.

En particulier, en 2014, les dépenses des trois allocations logement progressent globalement à un rythme plus faible qu'en 2013 (+1,6 %, après +2,9 %).

Cette moindre croissance fait suite à une revalorisation des barèmes d'aide au logement nettement plus faible (+0,14 %) qu'en 2013 (+2,15 %). Cette inflexion résulte du décalage de la date de revalorisation du 1er janvier au 1er octobre mais également d'un net ralentissement de l'indice de référence des loyers (IRL), constaté au troisième trimestre de l'année précédente, sur lequel le montant des aides est indexé.

Par ailleurs, le nombre de bénéficiaires progresse globalement à un rythme inférieur qu'en 2013 (+0,7 % en glissement annuel à fin décembre 2014, contre +1,9 % un an plus tôt – tableau 2). Cette évolution s'explique par la moindre hausse du chômage par rapport à 2013 mais également par la plus faible revalorisation des barèmes d'aide au logement qui détermine le nombre de personnes éligibles (plus la revalorisation est forte, plus le nombre de nouveaux bénéficiaires potentiels est important). La progression des effectifs concernés n'est toutefois pas rigoureusement identique d'une prestation à l'autre : le nombre de bénéficiaires de l'APL progresse de 1,1 %, tandis que la progression est plus faible pour les bénéficiaires de l'ALS et de l'ALF (respectivement de 0,2 % et de 0,5 %).

Pour en savoir plus

[1] Lelièvre M. (dir.), 2015, *Minima sociaux et prestations. Ménages aux revenus modestes et redistribution – édition 2015*, coll. Études et statistiques, DREES.

[2] Commissariat général au Développement durable, 2016, *Compte du logement 2014 – premiers résultats 2015*, coll. RéférenceS, février.

« Le risque logement en Europe », dans cet ouvrage.

Tableau 1 Montant et évolution du risque logement par poste

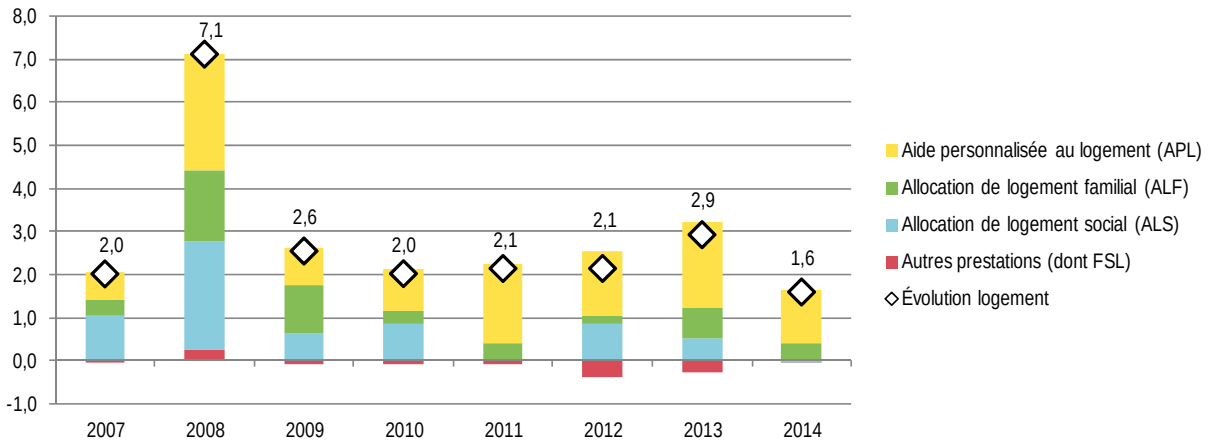
Montants en millions d'euros, évolution en %

		2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Public	**Administrations de sécurité sociale**	**4 508**	**4 545**	**4 504**	**4 612**	**4 674**	**1,3**
	Allocation de logement familial (ALF)	4 149	4 214	4 246	4 370	4 439	1,6
	Autres (action sociale…)	360	331	257	242	235	-2,6
	Autres administrations publiques	**11 973**	**12 290**	**12 692**	**13 088**	**13 309**	**1,7**
	Aide personnalisée au logement (APL)	6 873	7 173	7 426	7 767	7 988	2,8
	Allocation de logement social (ALS)	4 957	4 961	5 102	5 187	5 183	-0,1
	Autres prestations (dont le Fonds de solidarité pour le logement)	143	156	165	133	138	4,0
TOTAL		16 481	16 835	17 196	17 700	17 983	1,6

Note > Dans les comptes de la protection sociale, l'ALS et l'APL sont comptabilisées comme des versements de l'État, au titre du Fonds national d'aide au logement (FNAL). Dans les faits, le versement de ces prestations est délégué à la CNAF et à la MSA qui bénéficient, pour ce faire, de versements du FNAL. Le FNAL est lui-même 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 internes dans les CPS. Une part croissante des aides au logement est progressivement financée à compter de 2015 par le FNAL en substitution de la Sécurité sociale.
Source > DREES-CPS.

Graphique 1 Contribution des différentes prestations à l'évolution du risque logement

Évolution en %



Lecture > Les dépenses du risque logement ont progressé de 1,6 % en 2014. Les dépenses de l'APL ont augmenté de 1,2 %, celles de l'ALF de 0,4 %, tandis que les dépenses des autres postes sont restées stables.
Source > DREES-CPS.

Tableau 2 Évolution du nombre de bénéficiaires des allocations logement

Effectifs en milliers au 31 décembre, évolution en %

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Aide personnalisée au logement (APL)	2 482	2 493	2 613	2 612	2 613	2 670	2 711	2 773	2 804	1,1
Allocation de logement familiale (ALF)	1 245	1 261	1 346	1 350	1 328	1 325	1 315	1 319	1 321	0,2
Allocation de logement sociale (ALS)	2 195	2 207	2 331	2 347	2 332	2 363	2 349	2 405	2 417	0,5
Ensemble des bénéficiaires	**5 922**	**5 961**	**6 290**	**6 309**	**6 273**	**6 358**	**6 375**	**6 497**	**6 542**	**0,7**

Champ > France entière, tous régimes.
Source > CNAF.

17 Le risque pauvreté-exclusion en France

Les prestations du risque pauvreté-exclusion sociale s'élèvent à 20,1 milliards d'euros en 2014 (tableau 1). Elles représentent 2,9 % du total des prestations sociales en 2014 et se composent :

- du revenu de solidarité active (RSA), qui représente 61 % des prestations du risque : 10,0 milliards au titre du RSA socle (versé par les départements), 1,9 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** (dont le montant est égal au montant forfaitaire du RSA socle, déduction faite d'une fraction des revenus d'activité du foyer bénéficiaire) 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 certain plafond ;
- de la **prime pour l'emploi** (PPE), qui représente 2,2 milliards d'euros. Versé par l'État, ce crédit d'impôt destiné aux contribuables en activité et percevant de faibles revenus a été instauré en 2001. La PPE et le RSA activité sont intégralement remplacés depuis le 1er janvier 2016 par la prime d'activité ;
- des prestations versées par les **centres communaux et intercommunaux d'action sociale** (CCAS-CIAS) qui s'élèvent à près de 2,3 milliards d'euros ;
- des autres prestations versées par les administrations publiques, pour 0,6 milliard. Il s'agit notamment de l'aide personnalisée de retour à l'emploi (APRE) ;
- des prestations versées par les ISBLSM (2,6 milliards), seul régime du secteur privé intervenant sur le risque pauvreté-exclusion sociale. Celles-ci recouvrent principalement les aides liées à l'hébergement des personnes en situation précaire.

La couverture du risque pauvreté-exclusion sociale est donc essentiellement assurée par les administrations publiques, dont l'État (25 %) et les administrations publiques locales (62 % dont 51 % pour les départements et 11 % pour les communes).

Une croissance portée par les dépenses de RSA

En 2014, les prestations versées au titre du risque pauvreté-exclusion sociale augmentent de 5,2 % (après +2,5 % en 2013 et +2,6 % en 2012 – graphique 1).

Représentant 61 % des dépenses du risque pauvreté-exclusion sociale, les dépenses de RSA augmentent de 9,6 % (après +8,3 % en 2013) et contribuent pour 106 % à la croissance globale. La hausse des dépenses de RSA activité (13,2 % en 2014) est particulièrement forte.

Les dépenses de RSA socle (81 % des dépenses totales du RSA) augmentent de 9,0 % en 2014. Cette dynamique fait notamment suite à la revalorisation exceptionnelle de +2,0 % intervenue en septembre 2014, en plus de la revalorisation annuelle de janvier (+1,3 %). En effet, dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013, une revalorisation de 10 % sur cinq ans du RSA socle (en plus de l'indexation annuelle du barème) est en cours. Le barème du RSA activité (soit 15 % des dépenses totales du RSA), articulé avec celui du RSA socle, est également touché par ce relèvement. Enfin, les versements de la prime de Noël ont augmenté de 8,2 %.

Le relèvement du montant forfaitaire du RSA socle a conduit à une hausse du nombre total de bénéficiaires en 2014 (+5,8 %, après +5,5 % en 2013 – tableau 2), à la suite du relèvement des plafonds. Toutefois, l'amélioration de la conjoncture économique se traduisant par une plus faible croissance du nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois depuis juin 2013 (*cf.* fiche 1) explique que le nombre de bénéficiaires du RSA socle (n'exerçant aucune activité précédemment) a augmenté à un rythme plus faible en 2014 (+3,8 %, après 6,1 % en 2013) [1]. Le nombre de bénéficiaires du RSA activité seul s'effectue à un rythme plus élevé en 2014 (+9,9 %, après 3,3 % en 2013). Par ailleurs, la montée en charge du RSA à Mayotte et la suppression du revenu supplémentaire temporaire d'activité (RSTA) depuis le 31 mai 2013 dans les DOM – dont une partie des allocataires bénéficie désormais du RSA activité – participent également à l'augmentation du nombre de bénéficiaires en 2014 dans les DOM (+5,2 %).

Les dépenses au titre de la prime pour l'emploi diminuent

La prime pour l'emploi (PPE), en baisse de 6,1 % par rapport à 2013, contribue négativement à l'évolution de la masse globale des prestations servies. Cette évolution s'explique par la baisse continue du nombre de foyers fiscaux bénéficiant de la PPE (-6,4 % en 2014) en raison du gel de son barème depuis 2008 après l'instauration du RSA [2].

Hors RSA et PPE, les dépenses augmentent de 1,0 %

Prises globalement, les prestations autres que le RSA et la PPE s'élèvent à 5,6 milliards d'euros, soit une hausse de 1,0 %. En particulier, les prestations des CCAS-CIAS sont en hausse de 1,6 %.

Pour en savoir plus

[1] CAF, 2015, « Les foyers bénéficiaires du RSA, 2,43 millions fin décembre 2014 », *RSA conjoncture* n°9.

[2] Lelièvre M. (dir), 2015, *Minima sociaux et prestations sociales – édition 2015*, DREES, coll. Études et statistiques.

d'Isanto A. et Reduron V., 2016, « La croissance du nombre d'allocataires du RSA diminue mais reste élevée », *Études et Résultats*, DREES, n°956, mars.

« Le risque exclusion sociale en Europe », dans cet ouvrage.

Tableau 1 Les prestations du risque pauvreté-exclusion sociale

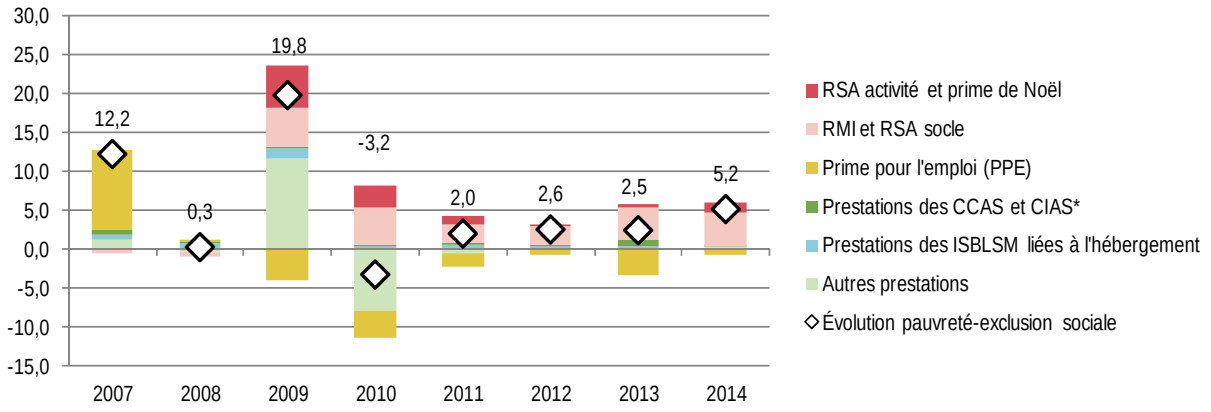
Montants en millions d'euros, évolutions en %

		2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Public	**Administrations de sécurité sociale**	**51**	**29**	**55**	**54**	**59**	**8,8**
	Administration publique centrale	**5 720**	**5 510**	**5 431**	**4 866**	**4 993**	**2,6**
	RSA activité	1 343	1 550	1 578	1 685	1 908	13,2
	Prime de Noël*	379	363	384	400	433	8,2
	Revenu supplémentaire temporaire d'activité (RSTA)	112	94	97	52	-	-
	Prime pour l'emploi (PPE)	3 427	3 099	2 990	2 353	2 209	-6,1
	Autres prestations (aide personnalisée de retour à l'emploi ...)	459	404	382	376	444	18,2
	Administration publique locale	**9 734**	**10 219**	**10 672**	**11 592**	**12 444**	**7,3**
	RMI et RSA socle**	7 566	7 989	8 416	9 154	9 979	9,0
	Prestations des CCAS et CIAS	1 966	2 025	2 077	2 249	2 286	1,6
	Autres prestations	202	205	179	189	179	-5,6
Privé	**Institutions sans but lucratif au service des ménages**	**2 351**	**2 463**	**2 529**	**2 637**	**2 646**	**0,3**
	Prestations des ISBLSM liées à l'hébergement	1 522	1 613	1 658	1 728	1 722	-0,3
	Action sociale des ISBLSM	524	538	551	579	585	1,0
	Autres prestations	305	312	320	330	339	2,7
TOTAL		**17 857**	**18 221**	**18 687**	**19 149**	**20 142**	**5,2**

* La prime accordée à Noël est versée par Pôle emploi et par les Caisses d'allocations familiales, mais financée par l'État.
** Y compris revenu minimum d'insertion (RMI) jusqu'en 2010.
Note > La totalité du montant des crédits d'impôts couvrant les risques sociaux sont désormais enregistrés en prestations dans les comptes de la protection sociale (*cf.* annexe 1).
Source > DREES-CPS.

Graphique 1 Évolution globale du risque pauvreté-exclusion sociale et contributions des différents postes

Évolutions en %



* Centres communaux d'action sociale – Centres intercommunaux d'action sociale.
Note > Le crédit d'impôt exceptionnel aux ménages modestes, mesure ponctuelle de 2009 qui se chiffre à 1 milliard d'euros, comptabilisée dans le poste « autres prestations », explique une partie de la forte hausse de 2009 et de la baisse de 2010.
Source > DREES-CPS.

Tableau 2 Nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active et de la prime pour l'emploi

En milliers, évolutions en %

	2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Nombre de bénéficiaires du RSA	1 834	2 068	2 175	2 295	2 428	5,8
RSA socle seul	*1 168*	*1 359*	*1 449*	*1 538*	*1 597*	*3,8*
RSA activité seul	*460*	*479*	*488*	*504*	*554*	*9,9*
RSA socle + activité	*206*	*230*	*238*	*253*	*277*	*9,5*
Nombre de foyers fiscaux bénéficiaires de la PPE	7 540	6 760	6 325	5 871	5 495	-6,4

Note > Le nombre de bénéficiaires du RSA est comptabilisé au 31 décembre de chaque année ; le nombre de foyers bénéficiaires de la PPE est comptabilisé pour chaque année fiscale.
Champ > France entière, tous régimes.
Sources > CNAF pour le RSA ; DGFiP pour la PPE.

3

La protection sociale en Europe

La section de l'ouvrage consacrée à la protection sociale en Europe se décline en trois ensembles de fiches thématiques.

La première partie (fiches 18 à 23) 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.

La deuxième partie (fiches 24 et 25) présente les grands traits de la protection sociale dans les pays de l'Union européenne et analyse la structure de ses ressources.

Enfin, la troisième partie (fiches 26 à 33) décrit pour chacun des risques (maladie-soins de santé, invalidité, vieillesse-survie, famille-enfants, chômage, logement, exclusion sociale) les spécificités des pays en termes de structure et d'évolution de la dépense.

Contexte économique et social européen

18 Le contexte économique et social en Europe

L'année 2014 s'est traduite, en général, par une reprise de l'activité économique dans l'Union à 28

Après une année de récession en 2012 (-0,5 %) et de relative stabilité en 2013 (0,2 %), l'activité économique de l'UE 28 reprend en 2014 avec un taux de croissance du PIB de 1,4 % et retrouve ainsi un niveau de PIB en valeur supérieur à celui de 2008.

Dans la majorité des États membres, le PIB croît plus vite en 2014 qu'en 2013 (graphique 1). Plusieurs pays (Espagne, Portugal, Grèce, Pays-Bas) renouent avec la croissance après deux à trois années de récession. Toutefois, les écarts de dynamiques demeurent importants, certains pays bénéficiant plus de la reprise que d'autres. En effet, l'Irlande, le Luxembourg et plusieurs pays de l'Est ont des taux de croissance d'au moins 3 %, alors que l'Italie, la Finlande, la Croatie et Chypre sont toujours en récession. En France, l'activité croît de 0,6 % en 2013 et en 2014. Dans son ensemble, la zone euro a une croissance inférieure au reste de l'Union (0,9 %) et n'a toujours pas retrouvé son niveau de PIB de 2008.

Un léger rebond de l'emploi, avec des écarts toujours très marqués entre États membres

Dans ce contexte, la situation de l'emploi s'améliore légèrement en 2014. Le taux de chômage des 15-64 ans recule à 10,4 % en 2014 dans l'UE 28 (graphique 2) contre 11,0 % en 2013, mais demeure bien supérieur au taux de 2008 (7,1 %). En 2014, certains pays, notamment du sud de l'Europe comme l'Espagne (24,6 % en 2014), demeurent bien plus touchés que d'autres comme l'Allemagne (5,1 %) ou le Royaume-Uni (6,3 %). Ces différences entre pays sont plus fortes en 2014 qu'en 2008. Cependant, la baisse du taux de chômage depuis 2013, plus importante dans les pays les plus touchés, va dans le sens d'une atténuation des écarts entre États membres. Entre le 1er trimestre 2013 et le 2e trimestre 2015, le nombre d'emplois a augmenté de 4,5 millions, ce qui marque une nette rupture avec la période précédente : le nombre de personnes occupées avait diminué de 7,3 millions entre le 2e trimestre 2008 et le 1er trimestre 2013 (*cf.* ESDE 2015). Le taux d'emploi des personnes de 20 à 64 ans évolue symétriquement au taux de chômage et atteint 69,2 % en 2014 dans l'UE 28. Il demeure en deçà de son niveau de 2008 (70,3 %) et de l'objectif UE 2020 en matière d'emploi (75 % – *cf.* fiche 21).

Hausse du taux d'emploi des femmes et des seniors

Jusqu'en 2008, l'emploi des femmes croît plus vite que celui des hommes dans l'UE 28 et la zone euro. Entre 2008 et 2013, celles-ci sont plus épargnées que les hommes : leur taux d'emploi dans l'UE 28 diminue de 0,2 point contre 3,5 points pour les hommes, mais cela masque des évolutions contrastées selon les pays (-5,1 points en Espagne, +4,7 points en Allemagne). Depuis 2013, il augmente de nouveau (+0,8 point) et atteint 63,4 % en 2014 au sein de l'UE 28, retrouvant ainsi un niveau supérieur à celui de 2008. L'emploi des femmes n'a donc pas été aussi touché par la crise que celui des hommes, celles-ci étant surreprésentées dans des secteurs ayant mieux résisté (services, secteurs non marchands). Outre ces aspects conjoncturels, la progression de l'emploi des femmes s'explique aussi par la mise en place de mesures leur permettant de concilier vie familiale et vie professionnelle (aménagement du temps de travail, garde d'enfants), ainsi que par les réformes des systèmes de retraite qui vont dans le sens d'une convergence de l'âge légal de départ à la retraite entre hommes et femmes (Italie, Royaume-Uni…).

Le taux d'emploi des seniors est également moins affecté par la crise. Il augmente de 6,3 points entre 2008 et 2014 dans l'UE 28, particulièrement en Allemagne et en Italie. Cette hausse est principalement liée aux réformes qui retardent l'âge légal de départ à la retraite, augmentent la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension à taux plein ou durcissent les conditions de départ en préretraite. Elle peut aussi être favorisée par le développement de dispositifs permettant de prolonger la durée effective d'activité des seniors (adaptation des horaires et des conditions de travail, formation tout au long de la vie, etc.).

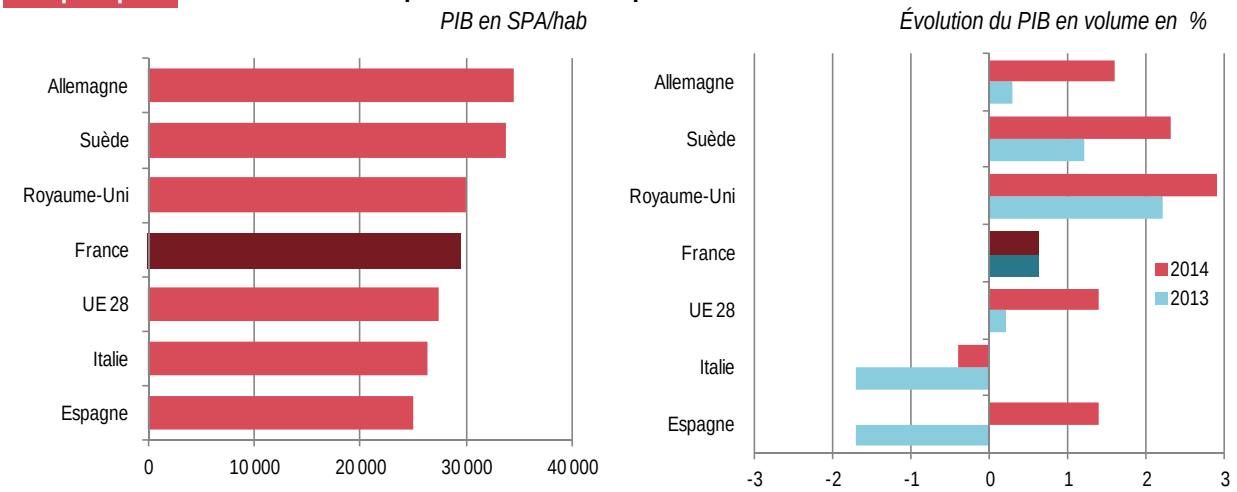
Une hausse du revenu disponible des ménages mais pas de recul du risque de pauvreté ou d'exclusion

La reprise de l'emploi entraîne une hausse du revenu disponible des ménages, mais le taux de la population à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale ne diminue pas dans l'UE 28, contrairement à l'objectif assigné. Il atteint 24,5 % en 2014 et continue d'augmenter en zone euro. Entre 2008 et 2014, il s'est accru de 0,5 point en Allemagne, 0,9 point au Royaume-Uni, 2,0 points en Suède, 2,8 points en Italie et 5,4 points en Espagne. Il est stable en France à un niveau parmi les plus faibles de l'UE (18,5 % – *cf.* fiche 21). En termes de répartition du revenu, l'écart entre les 20 % de la population à revenus les plus élevés et les 20 % à revenus les plus faibles se creuse dans l'UE 28 et dans la plupart des pays considérés de 2008 à 2014. La France (où le revenu médian augmente par ailleurs) et le Royaume-Uni (où le revenu médian baisse) font exception. En 2014, les inégalités de revenu sont plus faibles en France et en Suède que dans l'UE 28 (graphique 3).

Pour en savoir plus

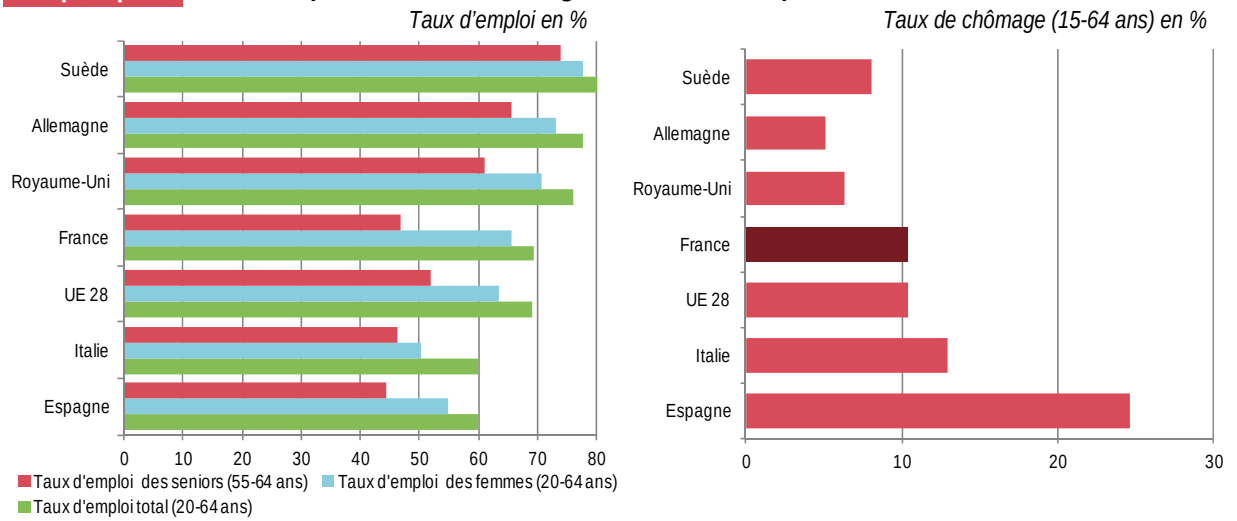
Commission européenne, « Rapport sur l'évolution de l'emploi et de la situation sociale en Europe en 2015 », janvier 2016.

Graphique 1 Situation économique en 2014 en Europe



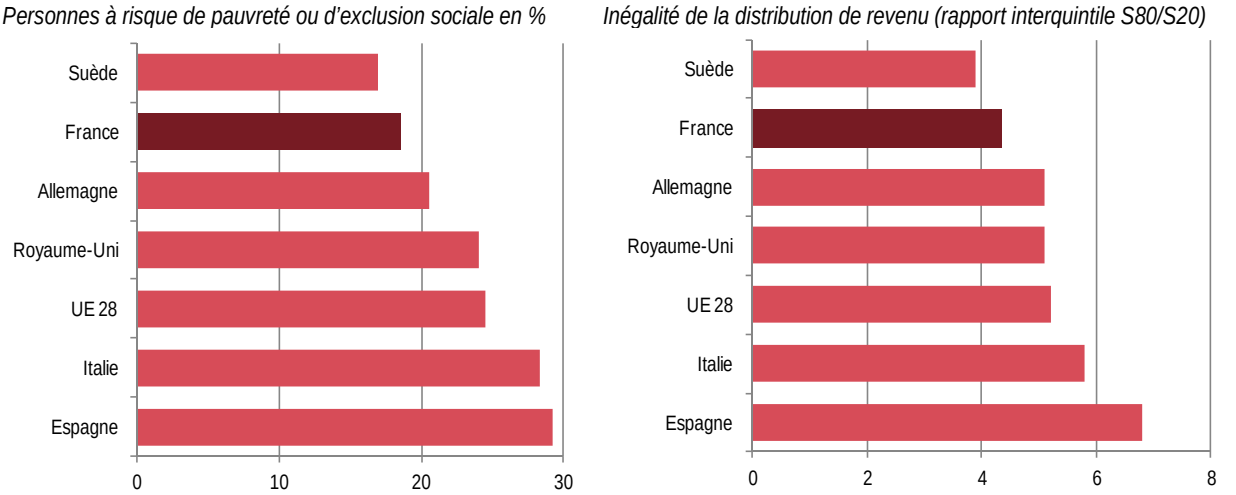
Source > Eurostat ; INSEE-Comptes nationaux pour le PIB en volume de la France (révision du 17 mai 2016).

Graphique 2 Taux d'emploi et taux de chômage en 2014 en Europe



Source > Eurostat-LFS (EU-Labor Force Survey – enquête européenne sur les forces de travail), taux de chômage au sens du BIT.

Graphique 3 Conditions de vie en Europe – Résultats de l'enquête 2014 sur les revenus 2013



Note > Les personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale sont celles appartenant à au moins l'un des trois groupes suivants : la population à risque de pauvreté, la population en situation de privation matérielle sévère et la population vivant dans des ménages à faible intensité de travail (*cf.* définitions fiche 21). Le rapport interquintile S80/S20 est calculé comme le rapport entre le revenu total perçu par les 20 % de la population ayant les revenus les plus élevés (quintile supérieur) et celui perçu par les 20 % de la population ayant les revenus les plus faibles (quintile inférieur).

Source > Eurostat-EU-SILC (*Statistics on Income and Living Conditions* – enquête européenne sur le revenu et les conditions de vie).

19 Les déficits publics en Europe

Des sentiers de réduction des déficits hétérogènes

La crise économique a détérioré la situation budgétaire de l'ensemble des pays observés, avec un fort accroissement, en 2009, des déficits publics (graphiques de droite) au sens des critères de convergence du traité de Maastricht, qui prévoit un déficit maximal de 3 % du PIB en période ordinaire pour les pays de la zone euro. Entre 2010 et 2014, la situation s'est peu à peu améliorée dans la plupart des pays de l'Union.

Le besoin de financement[1] de la France est toujours supérieur au critère de Maastricht en 2014, à 3,9 % du PIB. Il s'est toutefois réduit de près de moitié depuis 2009 (7,2 % du PIB), et retrouve un niveau proche de celui observé au début de la crise (3,2 % du PIB en 2008).

Parmi les autres pays observés, l'Espagne et le Royaume-Uni ont les déficits publics les plus importants en 2014 (respectivement 5,9 % et 5,7 % du PIB). Ces déficits sont toutefois bien moindres que ceux, records (au-delà de 10 % du PIB), constatés en 2009.

Le déficit public de l'Italie est au niveau de la limite du critère de Maastricht, à 3 % du PIB, depuis 2012. De même, l'Allemagne respecte ce critère depuis 2011 : ses administrations publiques sont même excédentaires depuis 2014 (+0,3 point de PIB).

Enfin, le profil d'évolution budgétaire de la Suède fait exception : depuis 2010, année où les comptes des administrations publiques sont revenus à l'équilibre, le solde de ces administrations se dégrade à nouveau. Le déficit atteint -1,7 % du PIB en 2014, malgré la reprise de la croissance du PIB (+2,3 % en volume en 2014).

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[2].

Toutefois, les structures institutionnelles de la protection sociale diffèrent souvent significativement entre les pays. Une partie du déficit des administrations centrales peut être liée aux dépenses de protection sociale, sans que celles-ci soient pour autant clairement identifiables.

En Suède, par exemple, les administrations de Sécurité sociale ne financent que 20 % des dépenses de protection sociale des administrations publiques (graphiques de gauche). En Suède, en Espagne et en Italie, les administrations de Sécurité sociale ne prennent en particulier aucune part dans les dépenses de santé (hors indemnités journalières). C'est également le cas au Royaume-Uni pour l'ensemble de la protection sociale, avec son système général administré par l'État, où le secteur des administrations de Sécurité sociale (caisse d'assurance sociale) n'existe pas. Dans ces pays, une partie du déficit des administrations centrales peut de ce fait être directement lié aux dépenses de protection sociale.

Dans des pays comme la France, l'Allemagne, ou l'Espagne, où les dépenses publiques de protection sociale sont principalement du ressort des administrations de Sécurité sociale (qui représentent respectivement 78 %, 61 % et 62 % des dépenses de protection sociale de leurs administrations publiques), ce même phénomène 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 contribue alors à 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 viabilité financière du système.

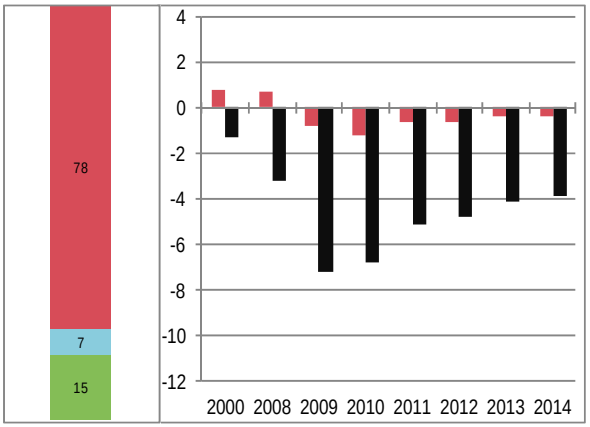
1 Le déficit public au sens de Maastricht correspond exactement au besoin de financement des administrations publiques.

2 Les comptes nationaux permettent d'analyser les déficits publics en Europe en distinguant la contribution des différentes administrations publiques : État et organismes divers d'administration centrale qui constituent les administrations publiques centrales, administrations publiques locales et administrations de Sécurité sociale.

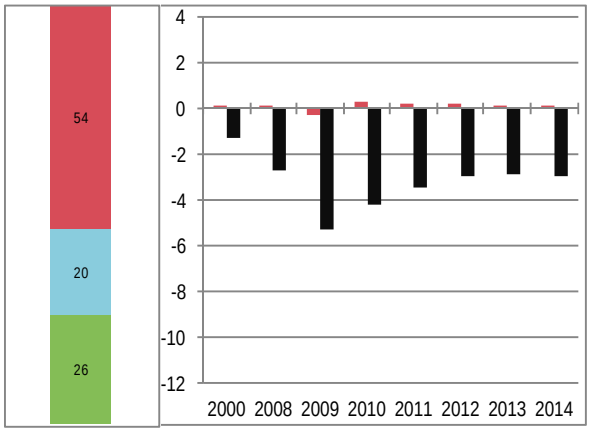
Graphiques de gauche **Répartition des dépenses de protection sociale publiques par administration en 2013 (en %)**

Graphiques de droite **Capacité ou besoin de financement des administrations de Sécurité sociale et de l'ensemble des administrations publiques (en % du PIB)**

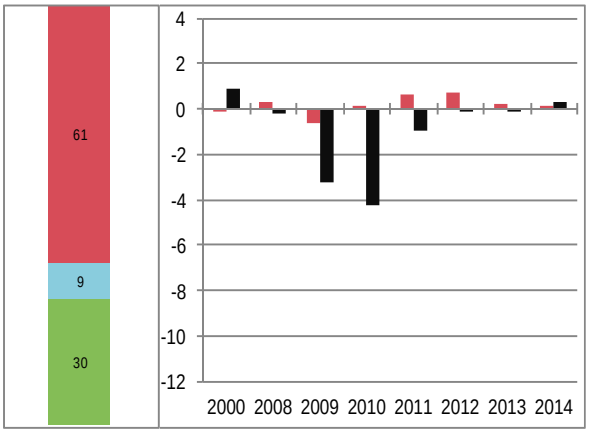
France



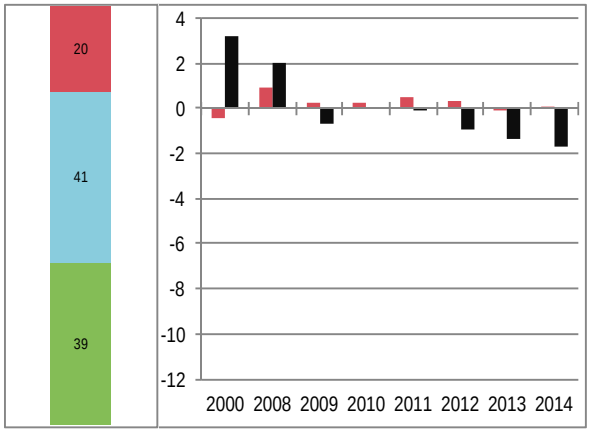
Italie



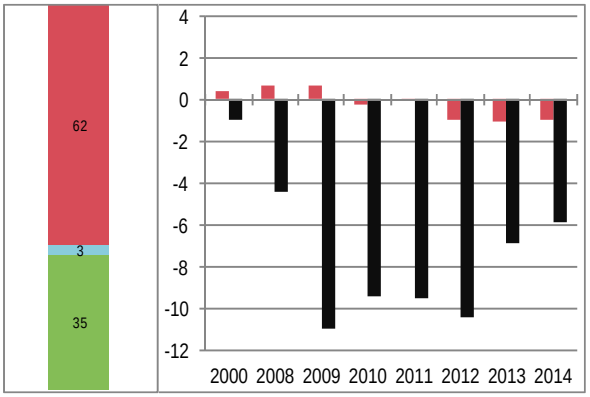
Allemagne



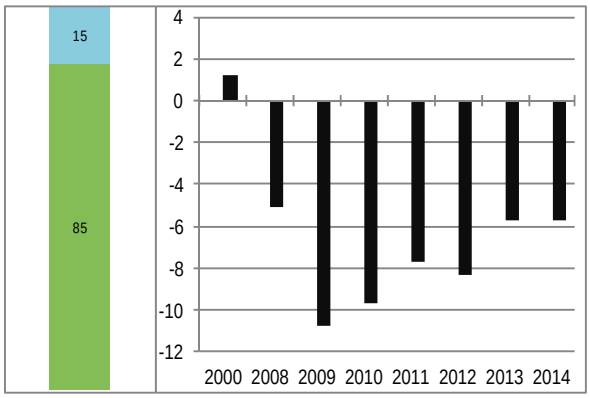
Suède



Espagne



Royaume-Uni



- Administrations de Sécurité sociale (ASSO)
- Administrations publiques locales (APUL)
- Administrations publiques centrales (APUC) et d'États fédérés

} Ensemble des administrations publiques

Note > La part des secteurs institutionnels dans la protection sociale n'étant actuellement pas disponible dans les données publiées de SESPROS, elle est approximée à l'aide de la classification des fonctions des administrations publiques (CFAP) des comptes nationaux. Pour chaque administration, a été retenue la somme des ses dépenses pour les fonctions santé et protection sociale, non consolidées des transferts internes.
Source > Eurostat-Comptes nationaux annuels.

20 Les indicateurs sociaux dans l'Union européenne

Depuis le début des années 2000, l'Union européenne s'est engagée dans une coopération renforcée entre États membres, dite « méthode ouverte de coordination » (MOC), dans les domaines de l'inclusion sociale, des pensions et des soins de santé, qui relèvent des compétences nationales. Par ailleurs, la stratégie Europe 2020 et les lignes directrices pour l'emploi de 2010 font de la lutte contre la pauvreté une des priorités stratégiques de l'Union, et donnent également lieu à un suivi renforcé dans le domaine de l'inclusion sociale (fiche 21). Ces deux cadres de coopération des domaines économique et social se complètent mais partagent des outils de suivi. S'y ajoute une sélection d'indicateurs permettant de mesurer les déséquilibres macroéconomiques : ce mécanisme de surveillance a été instauré pour renforcer la coordination économique dans la zone euro. Le débat en cours au sein des institutions au sujet de la dimension sociale de l'Union économique et monétaire se traduit par une évolution progressive de ces outils de suivi.

Quels indicateurs de suivi de l'inclusion sociale, des pensions et des soins de santé dans la MOC ?

La **méthode ouverte de coordination (MOC)** « sociale » repose sur la définition d'objectifs partagés et d'instruments de mesure communs dans les domaines de l'inclusion sociale, des pensions et des soins de santé, sur la comparaison entre pairs et l'échange de bonnes pratiques.

La MOC a permis aux États membres et à la Commission d'élaborer de manière concertée[1] un ensemble d'indicateurs comparables entre pays, réunis dans un « **portefeuille d'indicateurs sociaux** » (schéma 1). Le portefeuille est divisé en un ensemble d'indicateurs transversaux et trois ensembles d'indicateurs thématiques concernant l'inclusion sociale, les pensions et les soins de santé (schéma 2). Ces indicateurs sont, pour la plupart, calculés sur la base d'enquêtes auprès de la population harmonisées au niveau européen, notamment l'enquête européenne statistique sur les ressources et les conditions de vie. Ils se répartissent en trois niveaux : des indicateurs primaires, permettant de suivre la mise en œuvre des politiques ; des indicateurs secondaires, visant à affiner le diagnostic établi sur la base des indicateurs primaires ; des indicateurs de contexte, qui contribuent à l'interprétation des deux premiers niveaux d'indicateurs. Les indicateurs sont également classés en deux catégories selon leur degré de comparabilité entre pays.

Un cadre commun d'évaluation de la stratégie Europe 2020

En 2010, la **stratégie Europe 2020** prend la suite de la stratégie de Lisbonne. La promotion de l'inclusion sociale et la lutte contre la pauvreté font partie des priorités stratégiques définies dans les lignes directrices pour l'emploi de 2010. La stratégie Europe 2020 traduit cette priorité en un **objectif** de réduction du nombre de personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale de 20 millions à l'échelle de l'UE 27 (fiche 21).

Le suivi des mesures nationales pour la mise en œuvre d'Europe 2020 est institutionnalisé au sein d'un cycle annuel d'évaluation des réformes[2], dit « Semestre européen ». Cette procédure ouvre la possibilité pour la Commission de proposer des recommandations aux pays, qui sont ensuite formellement adoptées par le Conseil européen[3].

Un **cadre commun d'évaluation** des progrès au regard des lignes directrices pour l'emploi est développé depuis 2010. Le premier pilier du cadre commun est le suivi des évolutions vers les cibles européennes et nationales fixées dans le cadre de la stratégie Europe 2020. Le second pilier est une identification des défis nationaux sur la base d'une comparaison des performances entre pays. Des indicateurs de suivi sont choisis en fonction des objectifs dérivés des lignes directrices. La comparaison des performances tient compte du niveau atteint et des évolutions constatées, au regard d'une situation de référence qui peut être la moyenne européenne, la moyenne de la zone euro, ou une moyenne des meilleures performances nationales.

Le cadre commun d'évaluation aboutit à la publication annuelle, par le Comité de l'Emploi[4], du tableau de bord des performances en emploi. Ces travaux nourrissent les réflexions et les analyses du Semestre européen.

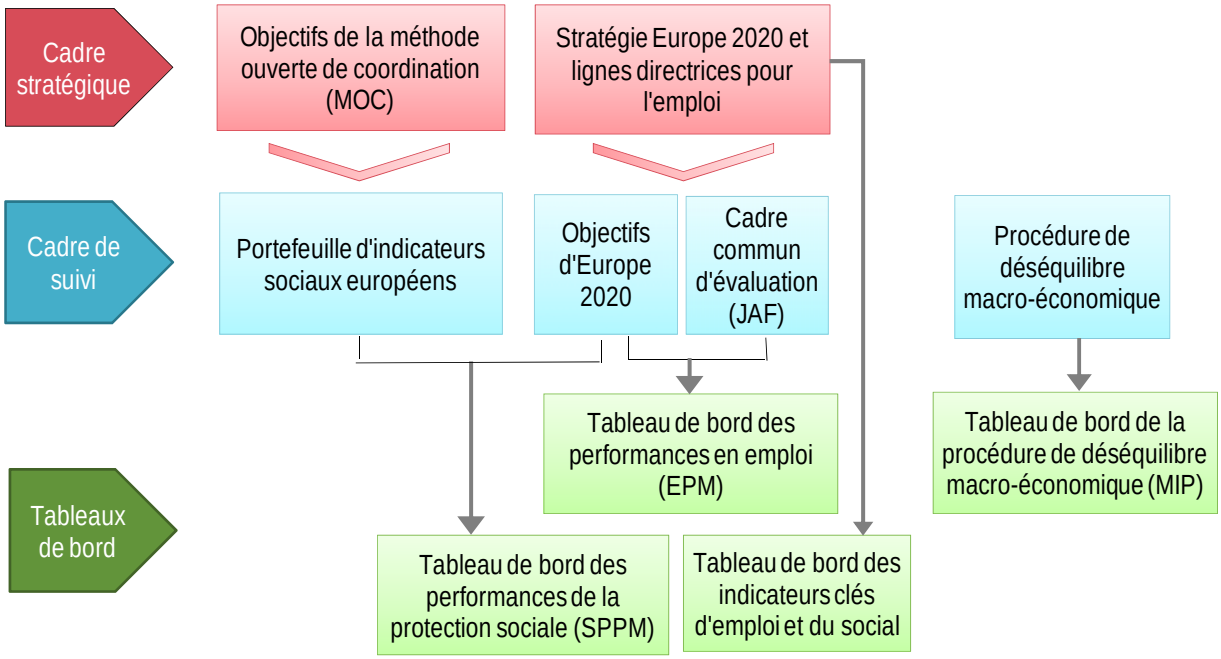
1 Les travaux ont été réalisés par le Comité de la protection sociale (CPS) et son sous-groupe technique « indicateurs » (SGI) depuis février 2001. Le CPS est une instance consultative du Conseil des ministres de la sphère Emploi, Protection Sociale, Santé et Consommateurs (EPSSCO), institué par l'article 160 TFUE. Il favorise la coopération entre les États membres et assure un suivi de la situation sociale au sein de l'Union européenne.

2 Chaque pays présente ses réformes structurelles dans un programme national de réforme (PNR) tandis que la Commission publie des « rapports pays » où sont analysés la situation économique, les défis et la mise en œuvre des politiques clés de chaque État membre. Ces documents sont discutés avant l'adoption des PNR définitifs et des recommandations spécifiques par pays.

3 Le Conseil européen, constitué des chefs d'États, représente les intérêts des États membres.

4 Le Comité de l'emploi est une instance consultative du Conseil des ministres de la sphère Emploi, Protection Sociale, Santé et Consommateurs (EPSSCO). Il contribue aux développements de la stratégie européenne pour l'emploi.

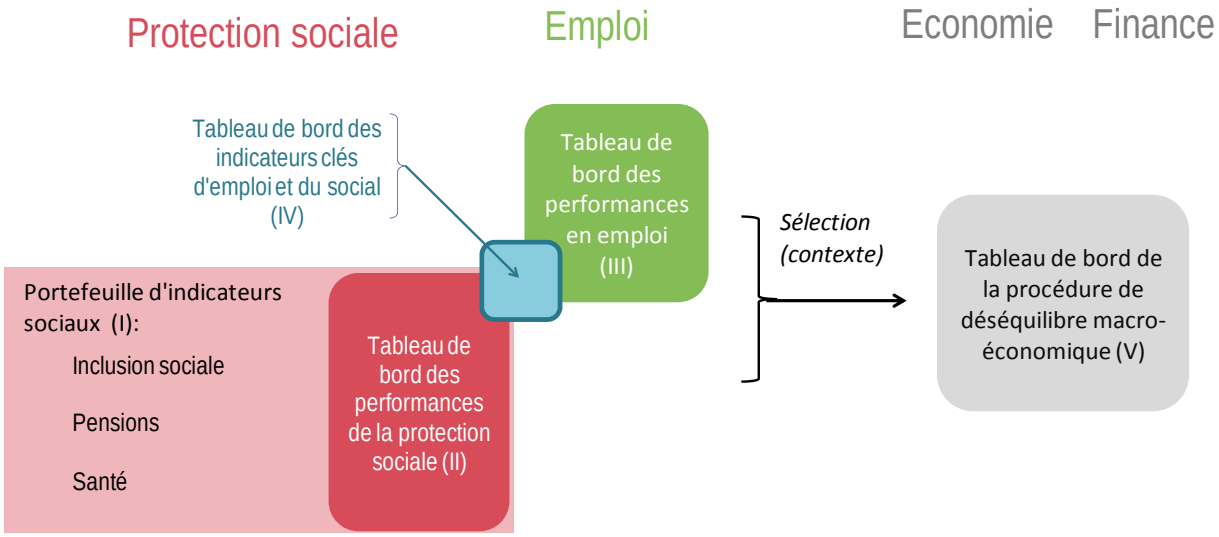
Schéma 1 **Cadre stratégique et tableaux de bord de suivi des indicateurs sociaux et d'emploi**



JAF : Joint Assessment Framework ; EPM : Employment Performance Monitor ; SPPM : Social Protection Performance Monitor ; MIP : Macroeconomic Imbalance Procedure.

Notes > Plusieurs procédures de coopération européennes coexistent dans le domaine social et de l'emploi. Pour chaque cadre stratégique sont définis des outils et procédures d'évaluation, ou « cadres de suivi », qui peuvent s'appuyer sur des tableaux de bord, parfois communs. La procédure de déséquilibre macroéconomique vise à prévenir les déséquilibres (bulles immobilières, augmentation des déficits ou des excédents de balance courante, perte de compétitivité, etc.). Elle comporte un volet préventif (détection des déséquilibres à l'aide d'un tableau de bord et d'examens approfondis des pays) et un volet correctif (adoption d'un plan d'action correctif assorti d'un calendrier et d'échéances précises).

Schéma 2 **Domaines couverts par les tableaux de bords d'indicateurs sociaux et d'emploi**



Notes > (I) Le **portefeuille d'indicateurs sociaux** comprend une soixantaine d'indicateurs primaires (permettant de suivre la mise en œuvre des politiques), une trentaine d'indicateurs secondaires (pour affiner le diagnostic) et une cinquantaine d'indicateurs de contexte. Par exemple, le taux de pauvreté est un indicateur primaire ; les taux de pauvreté selon le sexe, l'âge ou la composition du ménage sont des indicateurs secondaires ; le niveau de formation de la population est un indicateur de contexte. **(II)** Les 24 indicateurs du **tableau de bord des performances de la protection sociale** sont sélectionnés au sein du portefeuille d'indicateurs sociaux. **(III)** Le **tableau de bord des performances en emploi** identifie les défis nationaux dans 10 domaines à l'aide d'une quinzaine d'indicateurs principaux dans le domaine de l'emploi, appuyés par des indicateurs secondaires. **(IV)** Le **tableau de bord des indicateurs clés** comprend 6 indicateurs, 3 issus du tableau de bord emploi (taux de chômage, taux de chômage des jeunes, part des jeunes ni en emploi ni en formation) et 3 du tableau de bord social (croissance réelle du revenu disponible brut des ménages, taux de pauvreté des personnes d'âge actif [18-64 ans] et un indicateur d'inégalités : rapport inter-quintile des niveaux de vie). **(V)** Le **tableau de bord de la procédure de déséquilibre macroéconomique** comprend 14 indicateurs principaux et 28 indicateurs auxiliaires qui décrivent principalement la situation financière et économique. Toutefois, les indicateurs principaux comprennent également des indicateurs issus des tableaux de bord sociaux et d'emploi : le taux d'emploi et, depuis 2016, le taux d'activité, le taux de chômage de longue durée et le taux de chômage des jeunes. De même, les indicateurs auxiliaires comprennent la part des jeunes ni en emploi ni en formation, le taux de pauvreté et d'exclusion sociale et ses trois composantes (fiche 21).

Un tableau de bord pour suivre la situation sociale

Le **tableau de bord des performances de la protection sociale** (graphique 1) permet à la fois d'évaluer le cheminement vers la cible de réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale d'Europe 2020 (fiche 21) et de suivre les progrès dans les trois domaines de la MOC sociale. Il constitue un outil synthétique utilisé par le Comité de la protection sociale[5] afin d'informer le Conseil des ministres européen.

Les vingt-quatre indicateurs du tableau de bord sont sélectionnés au sein du portefeuille d'indicateurs sociaux européens, principalement parmi les indicateurs transversaux. Ils décrivent les évolutions de la situation sociale des pays en ce qui concerne la pauvreté et l'exclusion sociale, les inégalités, le niveau des pensions, la santé, le logement, et considèrent en particulier la situation de populations plus fragiles (jeunes, seniors…).

Les points de surveillance et les améliorations sont mis en avant lorsqu'ils sont partagés par plusieurs États membres, généralement au moins un tiers (graphique 1). De 2013 à 2014, les points de surveillance concernent la dégradation du taux de pauvreté (11 États), en particulier parmi les ménages travaillant peu ou pas (12 États), ainsi que la part croissante de la population vivant dans ces ménages à faible intensité de travail (9 États). Au contraire, en France, le taux de pauvreté des ménages à faible intensité de travail recule. Par ailleurs, des évolutions positives de la situation des jeunes et des seniors sur le marché du travail sont constatées dans plusieurs États membres, ainsi qu'une amélioration du revenu des ménages.

L'identification de points de surveillance déclenche un examen par les pairs des politiques nationales dans ce domaine au sein du Comité de la protection sociale, au cours duquel les États membres échangent sur la base de leurs expériences nationales. Les bonnes pratiques qui sont mises en évidence, ainsi que le tableau de bord, alimentent le Semestre européen et les rapports du Comité.

Un outil de comparaison des performances sociales et d'emploi

La Commission européenne évalue annuellement la situation sociale au regard des lignes directrices pour l'emploi, en s'appuyant sur les différents outils existants (cadre commun d'évaluation, tableau de bord des performances en emploi, tableau de bord des performances de la protection sociale). Depuis 2014, ces outils sont complétés par un **tableau de bord synthétique des indicateurs clés d'emploi et du social**.

Ce tableau de bord comprend six indicateurs dans le domaine de l'emploi et du social (schéma 2). Pour chacun d'entre eux, les résultats des pays sont comparés à la moyenne européenne et à leur niveau de l'année précédente, afin d'identifier les bonnes performances et les difficultés de chaque pays. Selon ces 6 indicateurs, en 2014, la France obtient des résultats dans le domaine de l'emploi en deçà de la moyenne européenne, mais conserve toutefois une situation sociale relativement favorable.

La situation sociale et l'emploi dans la surveillance des déséquilibres macroéconomiques

La **procédure concernant les déséquilibres macroéconomiques,** mise en place en 2012 à la suite de la crise des déficits publics, vise à détecter de manière précoce les évolutions économiques susceptibles de favoriser la propagation des chocs au sein de l'Union monétaire (bulles immobilières, augmentation des déficits ou des excédents de balance courante, perte de compétitivité, etc.). Dans une première phase (mécanisme d'alerte), un ensemble d'indicateurs économiques et financiers, dits « indicateurs principaux » sont examinés en fonction de seuils d'alertes pour identifier les pays confrontés à des déséquilibres macroéconomiques potentiels. Le taux de chômage fait également partie des indicateurs principaux. Dans un second temps, ces pays font l'objet d'examens approfondis. Si à l'issue de cet examen un déséquilibre excessif est avéré, l'État membre visé pourra faire l'objet d'une procédure corrective (adoption d'un plan d'action correctif assorti d'un calendrier et d'échéances précises).

Le **tableau de bord d'indicateurs** principaux de la phase d'alerte n'est toutefois pas interprété mécaniquement : un ensemble d'indicateurs et d'informations auxiliaires sont utilisés pour permettre une lecture fondée sur une analyse économique. Aucun seuil n'est appliqué pour les indicateurs auxiliaires. Depuis 2014, les indicateurs auxiliaires comprennent des indicateurs concernant l'emploi et l'inclusion sociale (schéma 2). Ces indicateurs apportent un éclairage sur les conséquences des déséquilibres macro-économiques et des procédés d'ajustement déployés pour les corriger.

En 2016, la Commission inclut trois indicateurs concernant l'emploi aux indicateurs principaux. Ils s'ajoutent au taux de chômage qui s'y trouvait déjà. Ces indicateurs sont assortis de seuils d'alerte mais ne peuvent à eux seuls déclencher un examen approfondi pour déséquilibre macroéconomique. Ils constituent un élément d'évaluation de la capacité de l'économie à s'ajuster, de la persistance et de la sévérité potentielle de la situation, dans un contexte où la plupart des économies européennes sont sur des trajectoires d'ajustement après des déséquilibres passés.

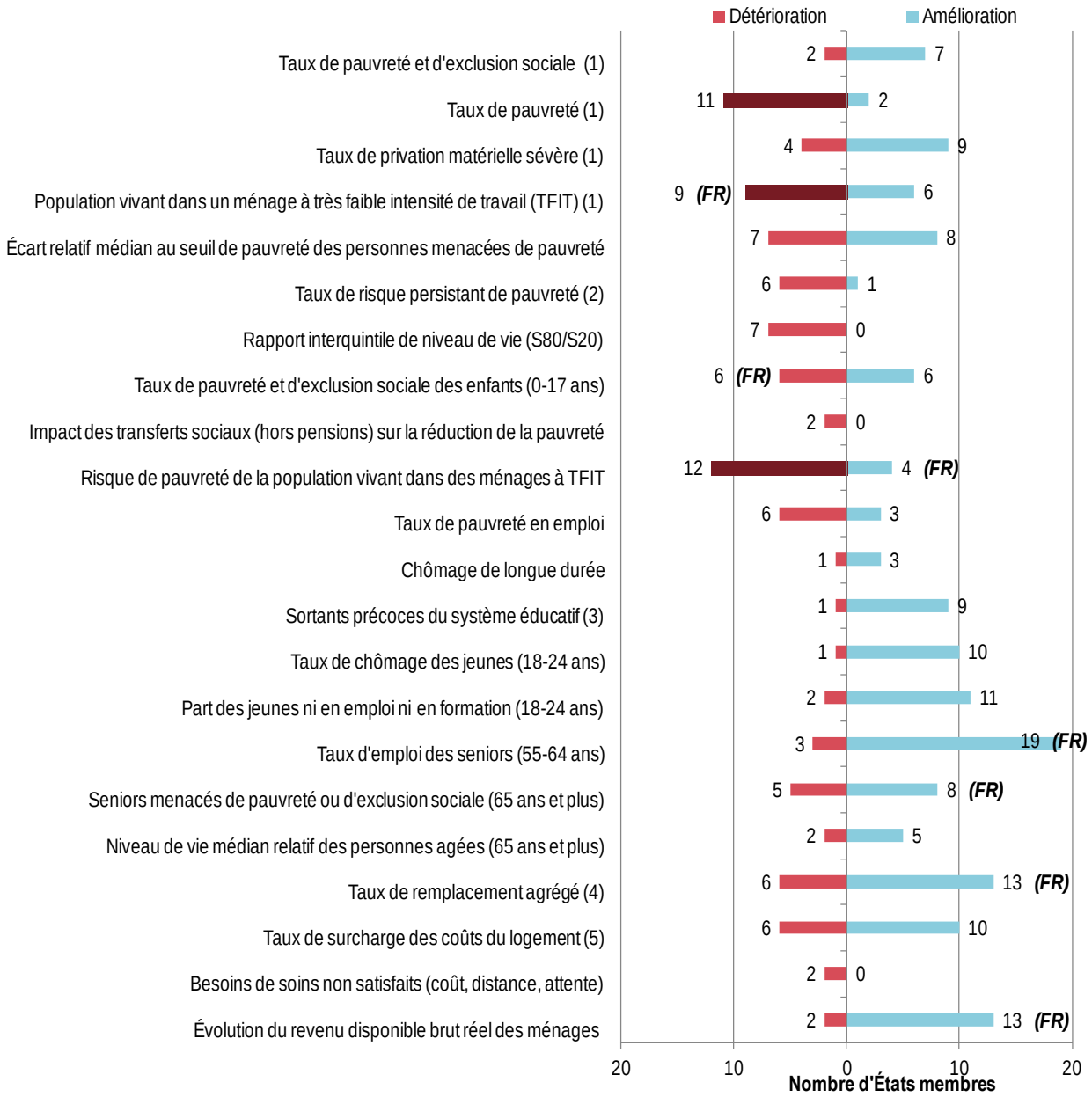
5 Le sous-groupe technique « indicateurs » (SGI) a développé le tableau de bord à la demande du Comité de la protection sociale (CPS) en avril 2012. Cet outil est inclus dans le rapport annuel du CPS.

Pour en savoir plus

Les indicateurs sont mis à disposition du public par Eurostat par l'intermédiaire d'une page internet dédiée : Eurostat > Données > Statistiques par thème > Indicateurs sur l'emploi et inclusion sociale >Inclusion sociale et protection sociale.

Graphique 1 Tableau de bord des performances de la protection sociale : évolution de 2013 à 2014

En nombre de pays connaissant une détérioration ou une amélioration significative



(1) Indicateurs repris et commentés en fiche 21.
(2) Part des personnes touchées ou menacées de pauvreté et qui l'ont été deux ans ou plus au cours des trois dernières années.
(3) Part des jeunes de 18 à 24 ans qui n'ont pas atteint le deuxième cycle de l'enseignement secondaire et n'étaient pas en formation au cours du mois précédent.
(4) Pension médiane perçue par les personnes de 65 à 74 ans rapportée au revenu médian (avant transferts sociaux) des personnes de 50 à 59 ans.
(5) Part de la population vivant dans un ménage où les coûts de logement représentent plus de 40 % du revenu disponible (après transferts).

Lecture > Entre 2013 et 2014, sept États membres ont connu une baisse significative du taux de pauvreté et d'exclusion sociale tandis que la situation s'est détériorée dans deux États. Les évolutions de cet indicateur pour la France ne sont pas significatives.

Notes > Seules les évolutions statistiquement et économiquement significatives sont considérées. Les intervalles de confiance calculés par Eurostat (travaux en cours) sont appliqués lorsqu'ils sont disponibles, combinés à un seuil de significativité économique. Pour les autres cas, un seuil de 1 point de pourcentage est appliqué pour les indicateurs en % ou les ratios.

En 2014 pour la Bulgarie une rupture de série affecte le calcul du taux de privation matérielle sévère et donc du taux de pauvreté et d'exclusion sociale. En 2014, pour l'Estonie une rupture de série affecte toutes les variables de SRCV. Les évolutions des indicateurs concernés pour le Bulgarie et l'Estonie ne sont pas considérées comme significatives.

Sources > Tableau de bord des performances de la protection sociale, Comité de la protection sociale, à partir des données publiées par Eurostat issues de l'enquête européenne sur les ressources et conditions de vie (SRCV), de l'enquête européenne sur les forces de travail (EFT), et des comptes nationaux.

Tableau 1 Tableau de bord des performances de la protection sociale : situation en 2014 par pays

En 2014									
Indicateurs		Unité	UE28	Allemagne	Espagne	France	Italie	Suède	Royaume-Uni
Pauvreté, exclusion, revenu	Taux de pauvreté et d'exclusion sociale	%	24,4	20,6	29,2	18,5	28,3	16,9	24,1
	Taux de pauvreté	%	17,2	16,7	22,2	13,3	19,4	15,1	16,8
	Seuil de pauvreté pour un ménage constitué d'une personne seule sans enfant	SPA	n.d.	11 580	8 517	11 584	9 165	12 368	10 160
	Taux de privation matérielle sévère	%	9,0	5,0	7,1	4,8	11,6	0,7	7,3
	Population vivant dans un ménage à très faible intensité de travail (TFIT)	%	11,1	10,0	17,1	9,6	12,1	6,4	12,2
	Écart relatif médian au seuil de pauvreté des personnes menacées de pauvreté	%	24,6	23,2	31,6	16,6	28,2	20,4	19,6
	Taux de risque persistant de pauvreté	%	9,7	10,6	14,3	7,9	12,9	7,6	7,8
	Taux de pauvreté et d'exclusion sociale des enfants (0-17 ans)	%	27,8	19,6	35,8	21,6	32,1	16,7	31,3
	Impact des transferts sociaux (hors pensions) sur la réduction de la pauvreté	%	34,1	33,2	28,6	44,6	21,5	47,0	42,7
	Rapport interquintile de revenu (S80/S20)		5,2	5,1	6,8	4,3	5,8	3,9	5,1
Emploi	Risque de pauvreté de la population vivant dans des ménages à TFIT	%	58,2	65,0	63,1	52,3	59,7	66,5	50,0
	Taux de pauvreté en emploi	%	9,6	9,9	12,6	8,0	11,1	7,8	8,7
	Chômage de longue durée	%	5,1	2,2	12,9	4,4	7,8	1,5	2,2
Jeunes	Sortants précoces du système éducatif	%	11,2	9,5	21,9	9,0	15,0	6,7	11,8
	Taux de chômage des jeunes (15-24 ans)	%	9,2	3,9	19,0	8,7	11,6	12,7	9,8
	Jeunes ni en emploi ni en formation (18-24 ans)	%	16,5	8,9	22,1	15,1	29,0	9,4	15,6
Seniors	Taux d'emploi des seniors (55-64 ans)	%	51,8	65,6	44,3	47,0	46,2	74,0	61,0
	Seniors menacés de pauvreté ou d'exclusion sociale (65 ans ou plus)	%	17,8	17,4	12,9	10,1	20,2	16,5	19,3
	Niveau de vie médian relatif des personnes agées (65 ans ou plus)		0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	0,8	0,9
	Taux de remplacement agrégé		0,6	0,5	0,6	0,7	0,6	0,6	0,5
Logement	Taux de surcharge des coûts du logement	%	3,6	1,6	0,8	2,7	7,1	1,9	1,6
Santé	Espérance de vie en bonne santé des hommes à 65 ans	années	8,5	7,0	9,7	9,8	7,7	12,9	10,6
	Espérance de vie en bonne santé des femmes à 65 ans	années	8,6	7,0	9,0	10,7	7,1	13,8	10,7
	Besoins de soins non satisfaits (coût, distance, attente)	%	11,4	15,9	10,9	5,1	8,5	7,8	12,1

Sources > Tableau de bord des performances de la protection sociale, Comité de la protection sociale, à partir des données publiées par Eurostat issues de l'enquête européenne sur les ressources et conditions de vie (SRCV), de l'enquête européenne sur les forces de travail (EFT), et des comptes nationaux.

Tableau 1 (Suite) Tableau de bord des performances de la protection sociale : évolution de 2013 à 2014 par pays

Évolution de 2013 à 2014									
Indicateurs		Unité	UE28	Allemagne	Espagne	France	Italie	Suède	Royaume-Uni
Pauvreté, exclusion, revenu	Taux de pauvreté et d'exclusion sociale	pp	~	~	1,9	~	~	~	-0,7
	Taux de pauvreté	pp	0,6	0,6	1,8	~	~	~	0,9
	Seuil de pauvreté pour un ménage constitué d'une personne seule sans enfant	%	n.d.	~	~	~	~	~	~
	Taux de privation matérielle sévère	pp	-0,6	~	0,9	~	~	-0,7	-1,0
	Population vivant dans un ménage à très faible intensité de travail (TFIT)	pp	~	~	1,4	1,5	0,8	-0,7	-1,0
	Écart relatif médian au seuil de pauvreté des personnes menacées de pauvreté	pp	~	2,8	~	~	~	~	~
	Taux de risque persistant de pauvreté	pp	n.d.	n.d.	2,2	~	~	n.d.	n.d.
	Taux de pauvreté et d'exclusion sociale des enfants (0-17 ans)	pp	~	~	3,2	0,8	~	~	-1,3
	Impact des transferts sociaux (hors pensions) sur la réduction de la pauvreté	pp	~	~	~	~	~	~	~
	Rapport interquintile de revenu (S80/S20)	%	~	10,9	7,9	~	~	5,4	10,9
	Évolution du revevenu disponible brut réel des ménages	%	4,0	1,4	0,6	1,2	~	2,2	~
Emploi	Risque de pauvreté de la population vivant dans des ménages à TFIT	pp	1,9	~	1,8	-8,1	~	-7,2	8,8
	Taux de pauvreté en emploi	pp	0,7	1,3	2,0	~	~	0,7	~
	Chômage de longue durée	pp	~	~	~	~	~	~	~
Jeunes	Sortants précoces du système éducatif	pp	~	~	-1,7	~	-1,8	~	~
	Taux de chômage des jeunes (15-24 ans)	pp	~	~	-2,0	~	~	~	-2,3
	Jeunes ni en emploi ni en formation (18-24 ans)	pp	~	~	-1,9	~	~	~	-1,7
Seniors	Taux d'emploi des seniors (55-64 ans)	pp	1,7	2,0	1,1	1,4	3,5	~	1,2
	Seniors menacés de pauvreté ou d'exclusion sociale (65 ans ou plus)	pp	~	1,4	-1,6	-0,7	-1,8	~	1,2
	Niveau de vie médian relatif des personnes agées (65 ans ou plus)	%	~	1,1	3,0	~	~	2,5	~
	Taux de remplacement agrégé	%	~	-4,3	~	4,5	3,2	3,4	-5,7
Logement	Taux de surcharge des coûts du logement	pp	~	~	~	~	1,5	~	~
Santé	Besoins de soins non satisfaits (coût, distance, attente)	pp	~	~	0,6	~	~	~	n.d.

Note > Les améliorations sont indiquées en vert et les détériorations en orange. Seules les évolutions statistiquement et économiquement significatives sont indiquées. Les intervalles de confiance calculés par Eurostat (travaux en cours) sont appliqués lorsqu'ils sont disponibles, combinés à un seuil de significativité économique. Pour les autres cas, un seuil de 1 point de pourcentage est appliqué pour les indicateurs en % ou les ratios.

Sources > Tableau de bord des performances de la protection sociale, Comité de la protection sociale, à partir des données publiées par Eurostat issues de l'enquête européenne sur les ressources et conditions de vie (SRCV), de l'enquête européenne sur les forces de travail (EFT), et des comptes nationaux.

21 L'évolution de la pauvreté et de l'exclusion sociale en Europe – UE 2020

L'objectif d'inclusion sociale de la **stratégie UE 2020** (*cf.* encadré) consiste à réduire d'au moins 20 millions le nombre de personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale dans les pays de l'UE 27 entre 2008 et 2018, soit une baisse d'environ 1/6e. Les personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (ou *AROPE*) sont soit des personnes à risque de pauvreté matérielle, soit des personnes en situation de privation matérielle sévère, soit des personnes vivant dans des ménages à faible intensité de travail.

Cet objectif d'inclusion sociale a été transposé en objectifs nationaux par chaque État membre en 2010. La France ambitionne une baisse du nombre de personnes dans cette situation de 1,9 million de personnes, l'Italie une réduction de 2,2 millions et l'Espagne de 1,4-1,5 million. Certains pays ont toutefois choisi de définir leur objectif d'inclusion sociale en utilisant d'autres indicateurs, comme l'Allemagne qui souhaite réduire de 320 000 le nombre de chômeurs de longue durée. Le Royaume-Uni ne se fixe pas d'objectif chiffré.

Hausse du nombre de personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale

Entre 2008 et 2014, soit à mi-parcours, le nombre de personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a augmenté de 4,8 millions dans les pays de l'UE 27 (graphique 1). Cette hausse, conséquence de la crise économique, concerne surtout les pays de l'UE 15. Ceux-ci comptent 8,3 millions de personnes en plus dans cette situation, dont les trois quarts sont concentrés dans 4 pays : l'Italie, la Grèce, l'Espagne et le Royaume-Uni. En France, au cours de la même période, le nombre de ces personnes a augmenté de 390 000. Toutefois, en part de la population, le taux reste stable et l'un des plus faibles de l'UE 27 (graphique 2). Contrairement à l'UE 15, dans les Nouveaux États membres (NM 12), le nombre de personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale diminue de 3,5 millions. Le risque de pauvreté-exclusion augmente néanmoins dans 5 d'entre eux : Hongrie, Slovénie, Estonie, Chypre et Malte.

La prise en compte de la privation matérielle et de la faible intensité de travail donne lieu à une plus forte hétérogénéité entre pays que celle observée pour la seule pauvreté monétaire. Les NM 12 ont en effet des taux de privation matérielle deux fois plus élevés en moyenne que les anciens membres, alors que le taux de risque de pauvreté y est proche de celui de l'UE 15.

Une évolution très contrastée des trois populations composant AROPE en Europe

Entre 2008 et 2014, la **population en situation de privation matérielle sévère** augmente en moyenne dans les pays de l'UE15 (+6,4 millions – tableau 1), mais cette augmentation est quasi exclusivement portée par des hausses très importantes dans les pays du sud de l'Europe (Espagne, Italie, Grèce) et au Royaume-Uni (+7,2 millions). La privation matérielle sévère baisse en effet significativement dans les NM 12 (-4,4 millions), et recule en France, en Allemagne, en Autriche, et dans la majorité des pays du nord et de l'est de l'Europe.

La **population vivant dans des ménages à faible intensité de travail** augmente fortement dans les pays de l'UE 15 (+6,9 millions) et ce, dans la quasi-totalité des pays, hormis l'Allemagne. L'Espagne connaît la plus forte hausse à la fois en nombre et en proportion : 3,7 millions de personnes en plus par rapport à 2008 (+10,5 points de pourcentage), soit plus de la moitié de la hausse enregistrée dans l'ensemble de l'UE 27.

Enfin, la **population vivant sous le seuil de pauvreté monétaire** augmente de 4,3 millions de personnes dans l'UE 27. En part de la population, la hausse est la même en moyenne dans l'UE 15 et les NM 12, et seuls 7 pays sur les 27 enregistrent une baisse. Toutefois, il convient de noter que la pauvreté monétaire est relative et doit donc être interprétée en tenant compte de l'évolution du seuil de pauvreté, lequel dépend de l'évolution du niveau de vie médian (*cf.* fiche 33). Ainsi, dans le cas de l'Espagne, la hausse du risque de pauvreté combinée à une baisse du seuil de pauvreté témoigne d'une dégradation importante du niveau de vie de la population. De même, la baisse du taux de pauvreté au Royaume-Uni est à relativiser puisqu'elle s'accompagne d'une baisse du seuil de pauvreté. Le revenu des premiers déciles ayant diminué, la baisse du taux de pauvreté n'y reflète donc pas une amélioration du niveau de vie de la population.

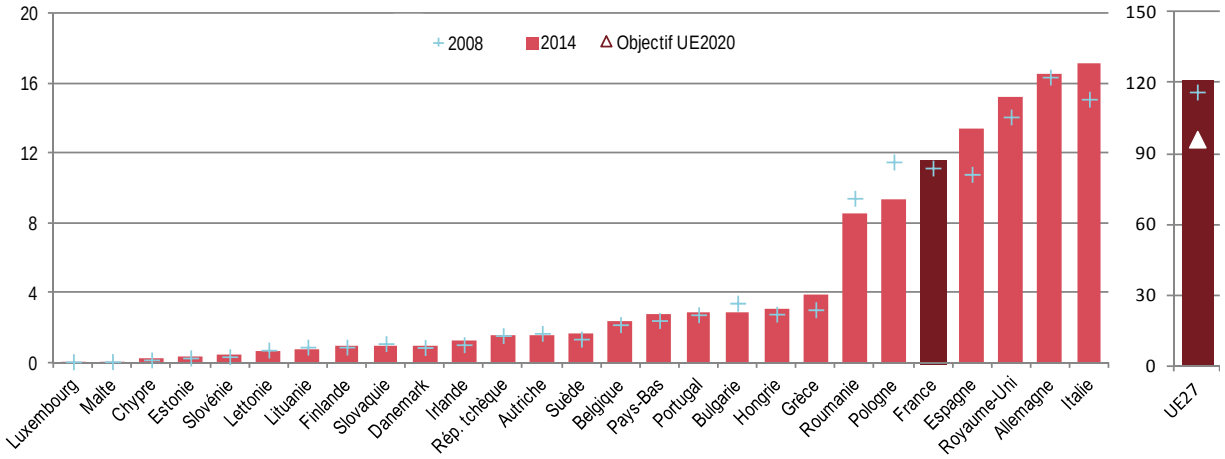
La stratégie Europe 2020, adoptée en 2010, vise à atteindre des niveaux élevés d'emploi, de productivité et de cohésion sociale dans les pays membres de l'UE et se décline en cinq grands objectifs en matière d'emploi, de recherche et développement, d'énergie, d'éducation et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Les personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (ou AROPE [*at risk of poverty or social exclusion*]) sont celles appartenant à au moins l'un des trois groupes suivants :

- **Les personnes à risque de pauvreté** (ou *AROP*) sont celles dont le revenu disponible après transferts sociaux est inférieur à 60 % du revenu équivalent médian par unité de consommation (seuil de pauvreté monétaire au sens de l'UE).
- **Les personnes en situation de privation matérielle sévère** sont celles qui font face à au moins quatre problèmes parmi les neuf suivants : incapacité à 1) payer son loyer ou ses factures, 2) chauffer correctement son logement, 3) faire face à des dépenses imprévues, 4) manger chaque jour une portion protéinée, 5) s'offrir une semaine de vacances hors du domicile, 6) posséder une voiture, 7) une machine à laver, 8) une télévision couleur, 9) un téléphone.
- **Les personnes vivant dans des ménages à faible intensité de travail** sont les personnes âgées de moins de 60 ans vivant dans des ménages où le rapport entre le nombre de mois travaillés par les personnes âgées de 18 à 59 ans et le nombre de mois où elles auraient pu travailler est inférieur ou égal à 20 %.

Graphique 1 Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en 2008 et en 2014 et cible européenne globale pour 2018

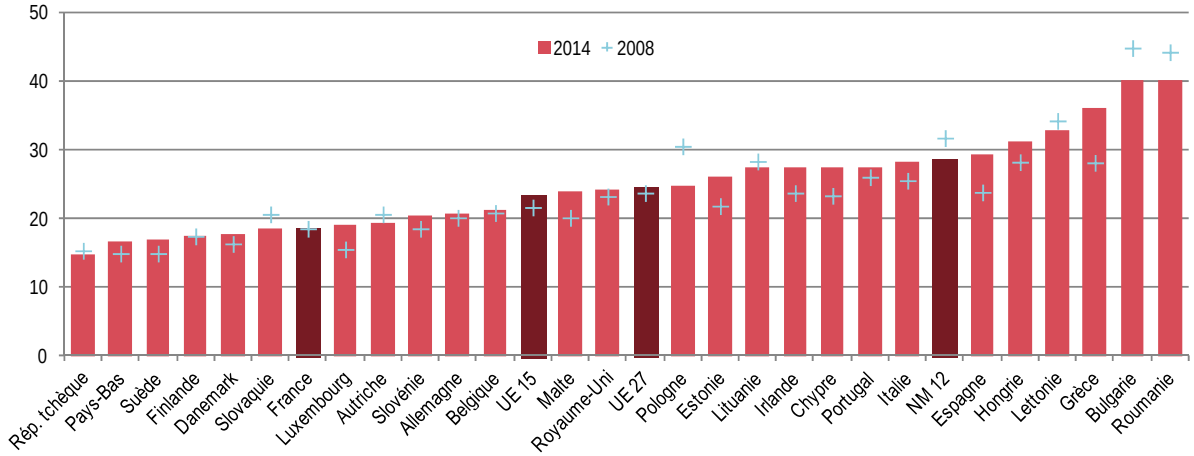
En millions de personnes touchées ou menacées de l'être



Note > L'objectif de la stratégie UE 2020 a été fixé en 2010 en millions de personnes concernées de manière globale pour l'UE alors à 27, sans déclinaison automatique par pays membre. La population de la Croatie, qui a adhéré à l'UE en 2013, n'est dès lors pas comptabilisée dans la population totale. La cible européenne est fixée pour 2018 car il s'agira de la dernière des années pour lesquelles les données seront disponibles à l'horizon 2020.
Source > Eurostat-EU-SILC (*Statistics on Income and Living Conditions* – enquête sur le revenu et les conditions de vie).

Graphique 2 Taux de personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en 2008 et en 2014

En %



Note > Les NM 12 sont les 12 nouveaux États membres ayant intégré l'UE en 2004 et en 2007.
Source > Eurostat-EU-SILC.

Tableau 1 Évolution du taux AROPE et de ses composantes entre 2008 et 2014

Taux 2014 en %, évolutions 2008-2014 en points de pourcentage

	Taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale		Taux de risque de pauvreté (monétaire)		Privation matérielle sévère		Personnes vivant dans des ménages à très faible intensité de travail	
	2014	***2008-2014***	2014	*2008-2014*	2014	*2008-2014*	2014	*2008-2014*
Suède	**16,9**	***2***	15,1	*2,9*	0,7	*-0,7*	6,4	*0,9*
France	**18,5**	***0***	13,3	*0,8*	4,8	*-0,6*	9,6	*0,8*
Allemagne	**20,6**	***0,5***	16,7	*1,5*	5	*-0,5*	10	*-1,7*
UE 15	**23,3**	***1,7***	17	*0,7*	7	*1,7*	11,9	*2,4*
Royaume-Uni	**24,1**	***0,9***	16,8	*-1,9*	7,3	*2,8*	12,2	*1,8*
UE 27	**24,4**	***0,7***	17,2	*0,7*	8,9	*0,4*	11,1	*1,9*
Italie	**28,3**	***2,8***	19,4	*0,5*	11,6	*4,1*	12,1	*1,7*
NM12	**28,5**	***-3,2***	18	*0,7*	16,4	*-4,3*	8,1	*0,1*
Espagne	**29,2**	***5,4***	22,2	*2,4*	7,1	*3,5*	17,1	*10,5*

Note > Le taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale est, par construction, inférieur à la somme de ses trois composantes, certaines personnes pouvant être affectées simultanément par plusieurs dimensions de la pauvreté et de l'exclusion.
Source > Eurostat-EU-SILC.

22 Le coût du travail et le financement de la protection sociale en Europe

Une heure de main-d'œuvre coûte 24,60 € en moyenne dans l'UE 28 en 2014

Le coût du travail constitue un élément clef en termes d'emploi et de compétitivité, mais aussi une assiette majeure du financement de la protection sociale dans de nombreux pays. En 2014, il s'élève à 24,60 € en moyenne dans l'UE 28. La France fait partie des 5 pays ayant le coût du travail horaire le plus élevé (34,60 €) en UE 28 (graphique 1). Quoique supérieur à la moyenne européenne, le coût du travail en Allemagne est inférieur de près de 10 % à celui de la France. Cet écart serait lié à des coûts plus faibles dans les secteurs des services et de la construction (*cf.* CCSS 2015). Au contraire, les coûts du travail se situent en dessous de la moyenne européenne en Espagne et au Royaume-Uni.

Les écarts de coûts horaires de la main-d'œuvre entre pays reflètent notamment des différences de productivité (*cf.* Borey *et alii*). Les mécanismes de négociation des salaires, variables entre pays, ont également une incidence sur les coûts salariaux. Par ailleurs, parmi les pays sélectionnés, le coût du travail est en général plus élevé pour les pays dont les dépenses de protection sociale, en parité de pouvoir d'achat, sont les plus élevées (fiche 24).

Les cotisations sociales et autres coûts à la charge des employeurs représentent près d'un quart (24 %) du coût du travail salarié dans l'UE 28. En France, où le financement de la protection sociale repose en grande partie sur les cotisations patronales, celles-ci représentent un tiers du coût horaire de la main-d'œuvre en 2014. La part des cotisations sociales supportées par les employeurs et le coût total du travail ne semblent toutefois pas corrélés dans l'UE 15 (*cf.* Borey *et alii*).

Les allègements de cotisations participent à la modération du coût horaire

Au sein de l'UE 15, les coûts horaires de la main-d'œuvre semblent converger entre 1996 et 2008. Cette convergence s'interrompt à partir de 2004 dans les services et à partir de 2008 dans l'industrie. Depuis 2012, les coûts horaires s'écarteraient à nouveau dans l'UE 15 (*cf.* Borey *et alii*).

En France, le coût du travail croît de 0,4 % par an en euros courants en moyenne entre 2012 et 2014, soit plus faiblement que dans les autres pays considérés ici (graphique 2). Cette croissance modérée découle d'une baisse des cotisations sociales et autres coûts à la charge des employeurs, qui contrebalance la croissance des salaires bruts. La mise en place du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en 2013 (qui s'ajoute notamment aux allégements généraux), puis son renforcement en 2014 se traduisent par une baisse importante de ces prélèvements.

Dans un contexte de fort chômage, la croissance du coût du travail est également modérée en Espagne entre 2012 et 2014, période au cours de laquelle les entreprises ont pu bénéficier de réductions importantes des cotisations de Sécurité sociale conditionnées à l'embauche de certains publics (jeunes, chômeurs).

En Suède, où les taux d'emploi sont parmi les plus élevés en Europe, le coût du travail augmente fortement de 2012 à 2014. Néanmoins, la couronne suédoise s'étant dépréciée, le coût du travail mesuré en euros reste quasiment stable.

Un recul sensible de la part des cotisations sociales patronales dans le financement de la protection sociale

Depuis 2008, la part des cotisations dans le financement de la protection sociale diminue dans la plupart des pays considérés, limitant la hausse du coût du travail (graphique 3). Cette évolution s'inscrit dans une tendance de plus long terme (fiche 25).

Les cotisations sociales supportées par les employeurs et celles à la charge des personnes protégées diminuent toutes deux en proportion des ressources de la protection sociale. Dans la plupart des pays, comme l'Espagne, l'Italie, la Suède ou la France, la diminution la plus prononcée est celle des cotisations sociales à la charge des employeurs.

A contrario, en Allemagne et au Royaume-Uni, la part des cotisations sociales dans les ressources de la protection sociale progresse depuis 2008. En Allemagne, cela est dû à la hausse des cotisations à la charge des personnes protégées ; toutefois, comparée à 1996, la part des cotisations sociales dans les ressources de la protection sociale demeure en recul (fiche 25). Au Royaume-Uni, la légère hausse observée depuis 2008 s'explique par une part croissante des cotisations à la charge des employeurs. Cette évolution fait suite à une forte baisse des cotisations sociales à la charge des personnes protégées entre 2000 et 2006.

Précision méthodologique :

Le coût de la main-d'œuvre comprend les salaires et traitements bruts, les cotisations sociales à la charge des employeurs, les frais de formation professionnelle, les autres dépenses (frais de recrutement ...) et les taxes sur les salaires, déductions faites des subventions perçues. Il est mesuré par des enquêtes européennes menées tous les quatre ans, complétées après 2012 par les indices trimestriels du coût de la main-d'œuvre. Ceux-ci sont mesurés selon les pays à l'aide de sources de nature variées.

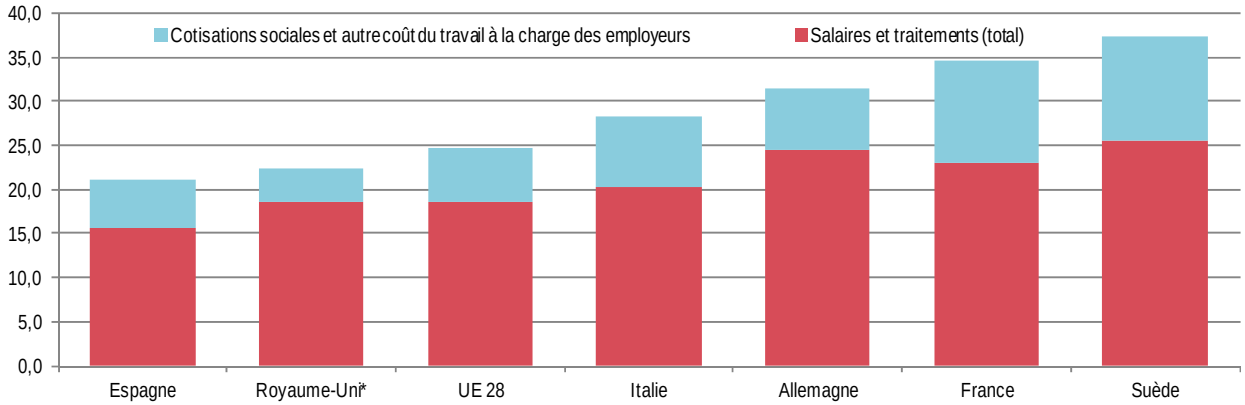
Pour en savoir plus

Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité Sociale de septembre (CCSS) 2015, fiche éclairage n°3.7.

G. Borey, E. Coudin, A. Luciani, Dossier « Une comparaison du coût de la main-d'œuvre en Europe : quelle évolution depuis la crise ? », dans Insee Références, édition 2015.

Graphique 1 Coût horaire moyen de la main-d'œuvre en 2014

En euros



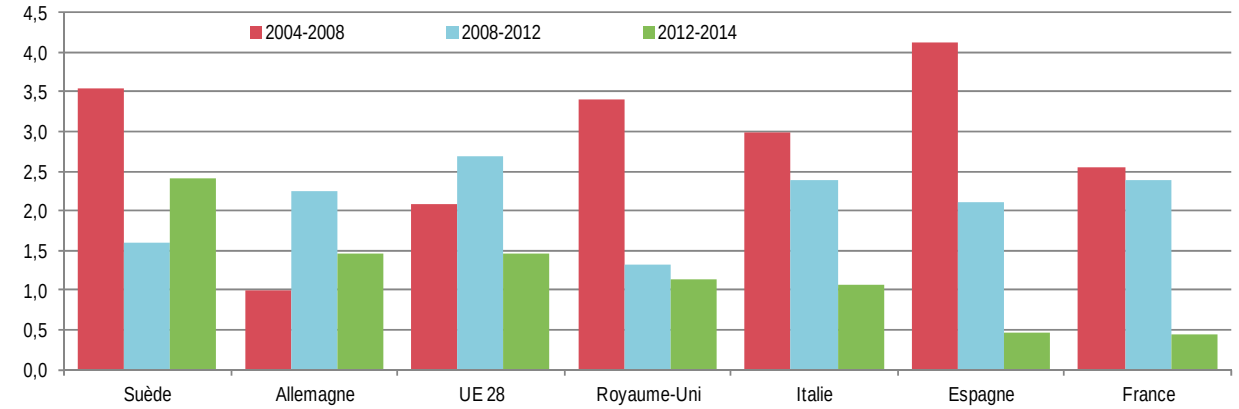
* Pour le Royaume-Uni, le nombre d'heures travaillées est renseigné à partir des déclarations des employés. Cela conduit à un coût horaire relativement plus bas comparé aux autres pays de l'UE qui s'appuient sur une interrogation employeur.

Champ > Entreprises de 10 salariés ou plus ; industrie, construction et services (sauf l'administration publique, la défense et la sécurité sociale obligatoire), hors agriculture.

Sources > Eurostat-Enquêtes européennes sur le coût de la main-d'œuvre et indices trimestriels du coût de la main-d'œuvre.

Graphique 2 Taux de croissance annuel moyen du coût horaire de la main-d'œuvre en monnaie nationale

En %



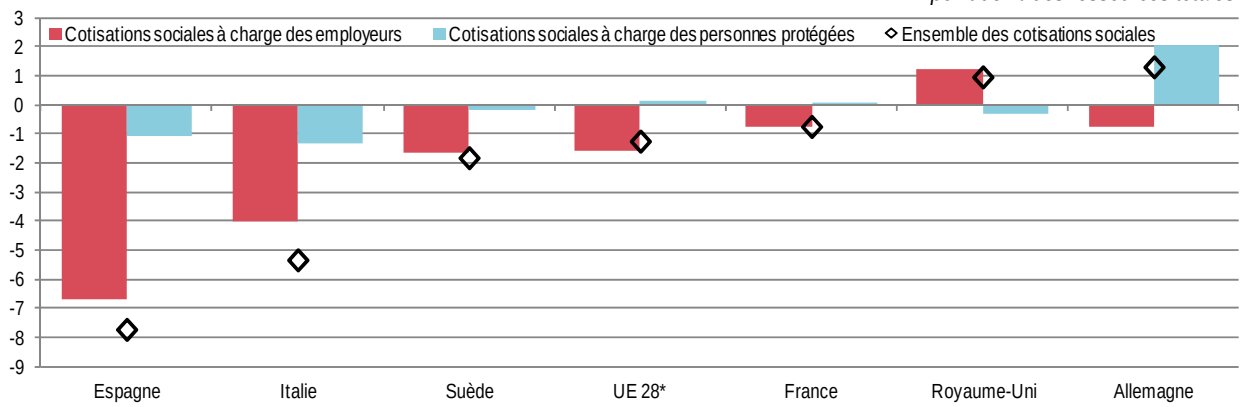
Notes > Les évolutions du taux de change ont un impact sensible sur les coûts en euros au Royaume-Uni et en Suède. Par exemple, entre 2004 et 2008, le coût du travail au Royaume Uni en euros diminue en moyenne de 0,7 % par an, alors qu'il augmente en monnaie nationale (dépréciation de la livre par rapport à l'euro). Le taux de change est un élément de la compétitivité des pays mais qui n'a pas directement d'incidence sur la structure de financement de la protection sociale ; c'est pourquoi les coûts reportés ici sont en monnaie nationale.

Champ > Entreprises de 10 salariés ou plus ; industrie, construction et services (sauf l'administration publique, la défense et la sécurité sociale obligatoire), hors agriculture.

Sources > Eurostat-Enquêtes européennes sur le coût de la main-d'œuvre et indices trimestriels du coût de la main-d'œuvre.

Graphique 3 Évolution de la part des cotisations dans les ressources de la protection sociale entre 2008 et 2013

En point de % des ressources totales



* Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible (données 2012 pour la Grèce et la Pologne).

Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

23 Les enjeux de long terme de la protection sociale en Europe

La présente fiche liste les défis de long terme liés aux évolutions démographiques attendues en Europe et aux principaux enjeux des réformes sociales menées.

Adapter les systèmes de santé pour accroître l'accès aux soins et l'espérance de vie sans incapacité

L'allongement de la durée de vie pose de nombreux défis aux pays de l'Union européenne à moyen et long termes. Un premier enjeu est d'accroître le nombre d'années de vie en bonne santé. Cela suppose d'adapter le système sanitaire et social, en renforçant la prévention des expositions aux risques (liés aux conditions de vie, de travail, etc.), tout en garantissant et en améliorant l'accès à des soins de qualité à une population de plus en plus nombreuse et âgée, dans un contexte budgétaire affecté par les années de crise.

En 2013, dans l'UE 28, l'espérance de vie à 65 ans atteint 17,9 ans pour les hommes et 21,3 ans pour les femmes. Elle a augmenté de 10 mois par rapport à 2008 et devrait continuer à progresser d'après les projections démographiques d'Eurostat. Les différences d'espérance de vie entre les 6 pays considérés ici sont relativement faibles, mais le nombre d'années de vie en bonne santé varie plus fortement. Ainsi, en moyenne dans l'UE 28, après 65 ans, les hommes vivent en bonne santé pendant 8,5 ans contre 8,6 ans pour les femmes. Cette valeur est plus élevée en Suède (12,9 ans pour les hommes et 13,8 ans pour les femmes) et inférieure à la moyenne européenne en Allemagne (7,0 ans pour les hommes comme pour les femmes) et en Italie (7,7 ans pour les hommes et 7,1 ans pour les femmes).

Entre 2008 et 2013, ce nombre d'années de vie en bonne santé n'augmente que très peu en moyenne (2 mois pour les hommes et 1 mois pour les femmes) et recule même dans plusieurs pays (en Suède, au Royaume-Uni et en Espagne – graphique 1). Par conséquent, le rapport entre le nombre d'années de vie en bonne santé et l'espérance de vie à 65 ans tend à se dégrader en moyenne (passant de 49 % à 47 % pour les hommes et de 41 % à 40 % pour les femmes) ainsi que dans la majorité des pays. Il se dégrade fortement au Royaume-Uni (de 61 % à 57 % pour les hommes et de 58 % à 51 % pour les femmes) ainsi qu'en Suède et en Espagne, surtout pour les hommes (-4 points). Ce rapport s'améliore en Allemagne mais y demeure très en deçà de la moyenne de l'UE 28 (de 36 % à 38 % pour les hommes et de 32 % à 33 % pour les femmes). Il s'améliore également en France, surtout pour les hommes, où il passe de 47 % à 51 % (contre 44 % à 45 % pour les femmes).

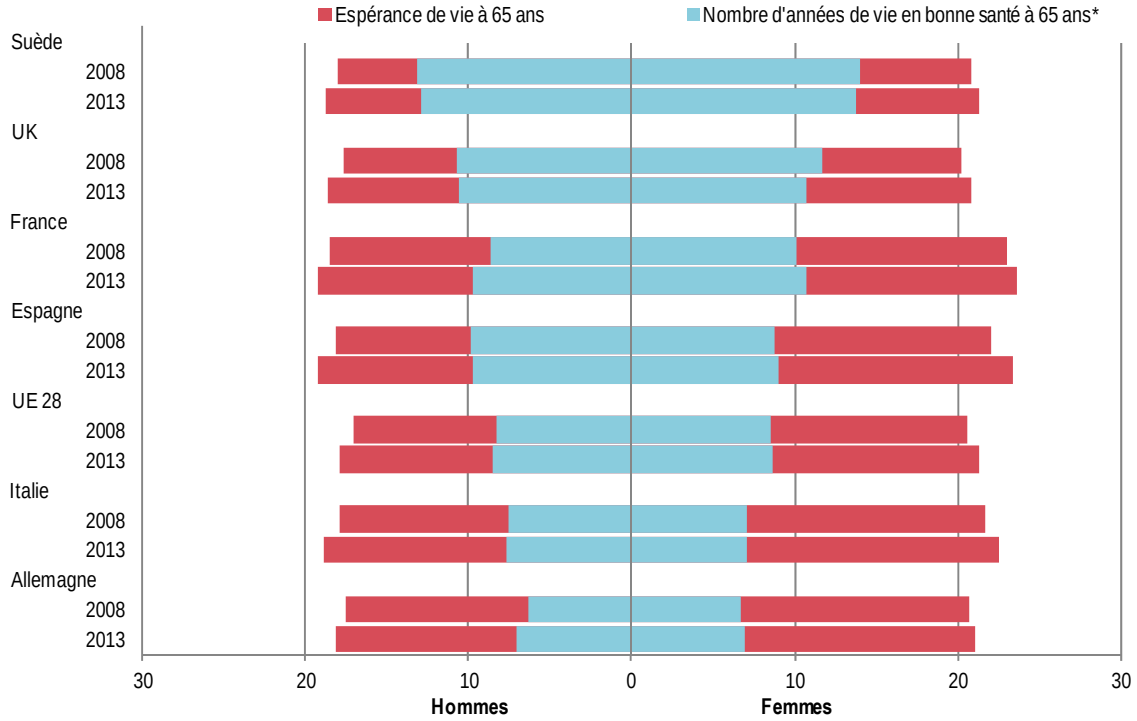
Faire face au vieillissement de la génération du baby-boom et améliorer la prise en charge de la dépendance pour réduire les inégalités

Le taux de couverture et la qualité de prise en charge de la dépendance qu'assure le système de protection sociale, lorsqu'ils sont insuffisants, sont un facteur d'accroissement des inégalités entre niveaux de revenus mais aussi entre les femmes et les hommes. L'espérance de vie des femmes étant plus élevée et la part de l'espérance de vie en bonne santé plus faible, elles constituent la majorité de la population en situation de dépendance. Par ailleurs, les aidants sont également en majorité des femmes. Dans les pays où la prise en charge de la dépendance repose principalement sur les proches (Royaume-Uni, Italie), le taux d'activité et les carrières des femmes en sont donc affectés.

D'après les projections démographiques, la part de la population âgée de 80 ans et plus devrait passer, dans l'UE 28, de 5 % en 2013 à 9 % en 2040 et à près de 12 % en 2060 (graphique 2). Elle devrait atteindre 15 % en Espagne et dépasser les 13 % en Allemagne et en Italie. La demande de soins de longue durée devrait donc augmenter. Côté offre, en raison de la faible fécondité (1,5 enfant par femme en 2013 dans l'UE 28 en moyenne) et des changements socio-économiques (hausse du taux d'activité des femmes, éloignement géographique, allongement de la durée d'activité, etc.), l'aide informelle devrait diminuer. La part de la population en âge de travailler diminuant, le nombre de professionnels de la dépendance pourrait être également insuffisant pour faire face à la demande. Cette contraction et une professionnalisation croissante du secteur devraient se traduire par une augmentation des coûts unitaires de prise en charge.

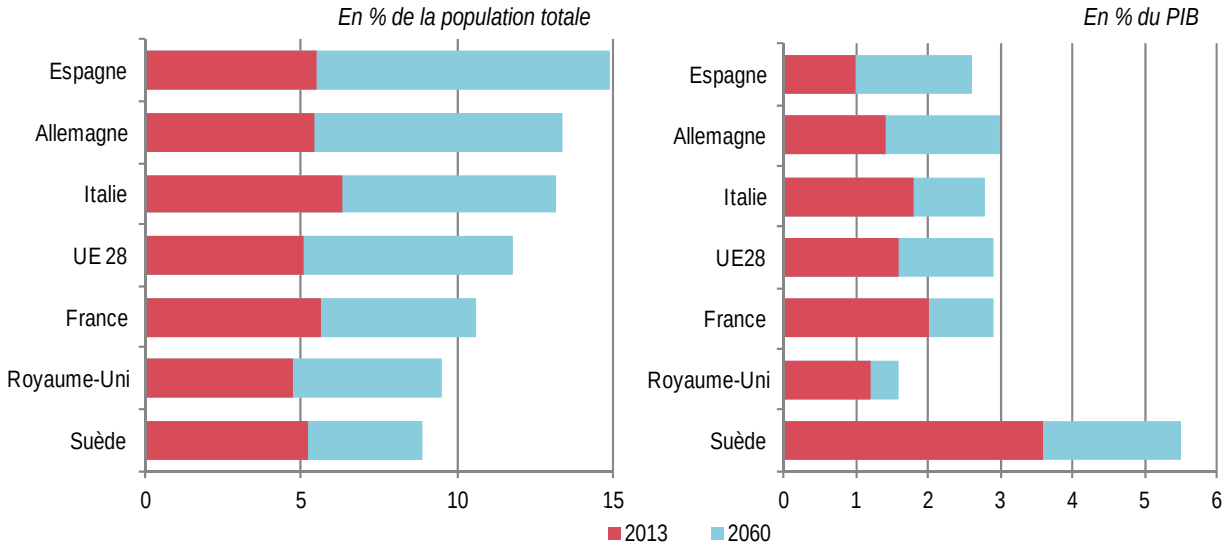
D'après les prévisions de la Commission européenne, les dépenses de soins de longue durée devraient doubler et atteindre 3 % du PIB à l'horizon 2060 (graphique 2). Les écarts entre les pays devraient se creuser. Les dépenses passeraient de 1,2 % à 1,6 % du PIB au Royaume-Uni, de 1,0 % à 2,6 % en Espagne et de 3,6 % à 5,5 % en Suède. Le niveau de dépense réel ou projeté est lié à la fois à la part de la population en situation de dépendance (part des populations âgée et très âgée plus élevées en Allemagne, Espagne et en Italie) et au niveau et à la qualité de la prise en charge (Suède). La France se situe dans une position intermédiaire, les dépenses passeraient de 2,0 % à 2,9 % du PIB, en lien avec son moindre vieillissement attendu. Les dépenses seront d'autant plus fortes que l'écart entre le nombre d'années de vie en bonne santé et l'espérance de vie continuera de se creuser. Ces prévisions sont effectuées à politique constante : en réalité, la hausse des dépenses sera plus importante dans les pays qui amélioreront l'étendue ou la qualité de leur système de prise en charge.

Graphique 1 Espérance de vie et nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans



* Il s'agit du nombre d'années de vie sans limitation fonctionnelle ni incapacité. Les données proviennent des enquêtes EU-SILC qui ne couvrent pas les personnes résidant en institutions et qui se basent sur l'état de santé auto-déclaré des répondants.
Source > Eurostat.

Graphique 2 Part de la population âgée de 80 ans ou plus (à gauche) et dépenses en soins de longue durée (à droite), en 2013 et en perspective 2060



Note > Les dépenses en soins de longue durée englobent les services de santé et d'aide sociale fournis aux personnes qui souffrent de maladies chroniques et d'incapacités et qui ont un besoin continu de soins (champ du Système de comptes de la santé – SHA : HC.3 et HC.R.6).
Sources > Eurostat-EUROPOP2013 et Rapport 2015 sur le vieillissement (Commission européenne, *The 2015 Ageing Report*).

Pour en savoir plus

Commission européenne et Comité de Protection sociale, « *Adequate social protection for LTC needs in an ageing society* », 2014.
Commission européenne, « *The 2015 Ageing Report* », 2015.

Limiter la contraction de la population active afin de contribuer à la viabilité des systèmes de retraite

L'allongement de la durée de vie et l'augmentation de la part de la population âgée de 65 ans ou plus posent également un défi aux systèmes de retraite puisqu'il s'accompagne d'une contraction de la population âgée de 15 à 64 ans. L'un des enjeux des pays de l'UE est donc de limiter cette contraction en augmentant le taux d'activité de la population en âge de travailler. Cela passe notamment par des mesures de politique publique, permettant de concilier vie privée et vie professionnelle et qui ont un effet sur le taux de fécondité et le taux d'emploi des femmes (aménagement du temps de travail, garde d'enfants). Cela passe aussi par la mise en œuvre de politiques de l'emploi permettant aux travailleurs de rester plus longtemps sur le marché du travail (adaptation des horaires et des conditions de travail, formation tout au long de la vie, etc.). En 2013, la fécondité est en moyenne de 1,5 enfant par femme dans l'UE 28, soit un niveau inférieur au seuil de renouvellement des générations dans l'ensemble des pays de l'UE 28. La France et l'Irlande se distinguent par une natalité supérieure aux autres pays (respectivement 2,0 et 1,96 enfants par femme). À l'inverse, elle est particulièrement faible dans les pays du sud de l'Europe où les politiques familiales sont moins développées. La population en âge de travailler (15-64 ans) passerait ainsi de 66 % de la population totale en 2013, à 57 % en 2053. Cette part diminuerait de 5 points en Allemagne et de 7 points en Espagne, elle resterait stable en France et augmenterait de 2 points en Suède. Le ratio de dépendance des personnes âgées, calculé comme le rapport entre la population âgée de 65 ans ou plus et celle âgée de 15 à 64 ans, se dégraderait fortement entre 2013 et 2053, et passerait en moyenne de près de 30 % à 50 %. Il dépasserait les 50 % en Allemagne, en Italie et en Espagne (graphique 3).

Adapter les systèmes de retraite tout en maintenant un niveau des pensions adéquat

Le principal défi pour les systèmes de retraite est de s'adapter au vieillissement démographique, tout en assurant aux personnes âgées un revenu de remplacement adéquat et en les protégeant contre le risque de pauvreté et d'exclusion sociale. Dans plusieurs pays, les réformes paramétriques récemment adoptées auront comme conséquence une baisse du taux de remplacement pour les cohortes futures. Le niveau des pensions futures dépendra fortement, non seulement des gains de productivité, mais aussi des performances sur le marché du travail, des mesures favorisant l'allongement effectif de la durée d'activité et des mécanismes de correction des accidents de carrière. Le chômage de longue durée qui s'est développé chez les personnes d'âge actif depuis le début de la crise en 2008 constitue un risque pour la durée d'activité et les pensions futures. En outre, l'évolution des pensions dans le temps après la liquidation de la retraite constitue un enjeu d'autant plus important que la durée de vie s'allonge.

En 2013, le taux de remplacement net théorique pour une durée d'activité de 40 ans sans interruption et un départ à l'âge légal, varie de 57 % en Allemagne à 96 % en Espagne (tableau 1). Le taux de remplacement effectif est toutefois plus faible en raison d'une durée de carrière moyenne inférieure à 40 ans dans plusieurs pays, surtout pour les femmes. Ainsi, en 2013, la durée de vie moyenne au travail est inférieure à 40 ans pour les hommes en Italie, en Espagne et en France. Elle est plus faible encore pour les femmes (36 ans au Royaume-Uni, 35 en Allemagne, 33 en France et 25 en Italie). Le taux de remplacement agrégé, calculé comme le rapport des revenus bruts des pensions des 65-74 ans et des revenus bruts du travail des 50-59 ans, varie de 46 % en Allemagne à 66 % en France pour les hommes et de 49 % en Allemagne à 62 % en France pour les femmes. En raison de carrières plus courtes et de rémunérations plus faibles à l'âge actif (écart de 16 % en moyenne dans l'UE 28, allant de 7 % en Italie à 22 % en Allemagne), les femmes reçoivent, en 2013, des pensions inférieures à celles des hommes de près de 40 % en moyenne dans l'UE 28 (parmi les pays considérés, cet écart varie de 30 % en Suède à 45 % en Allemagne – graphique 4). Le taux de pauvreté et d'exclusion des femmes âgées de 65 ans ou plus est également supérieur à celui des hommes (21 % contre 15 % dans l'UE 28 en 2013).

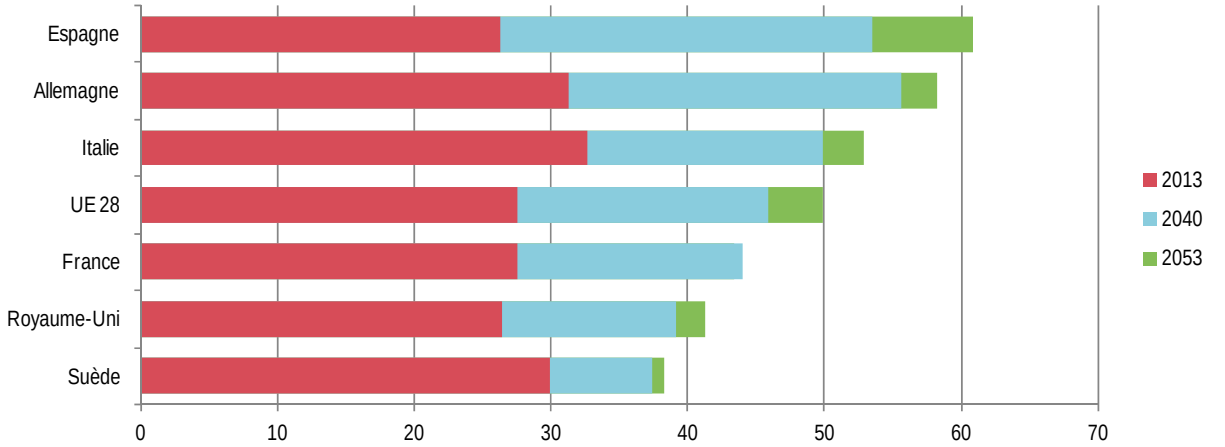
Les réformes récentes visant à améliorer la situation financière des régimes de retraite se sont traduites, dans des proportions variables selon les pays, par le report de l'âge légal de départ à la retraite, l'harmonisation des âges légaux pour les hommes et les femmes, l'allongement de la durée de cotisation, le durcissement des conditions de départ en préretraite, la hausse des taux de cotisation, la modification des mécanismes d'indexation des pensions ou le gel des revalorisations. Par conséquent, les individus qui partiront à la retraite en 2053 à l'âge légal de départ, au terme d'une carrière de 40 ans, bénéficieront, dans la majorité des pays, d'un taux de remplacement significativement inférieur à celui des individus partis en 2013 (baisse de plus de 5 points dans 14 États membres dont le Royaume-Uni, l'Espagne, la France et la Suède – tableau 1). Ce taux sera plus faible en cas de durée de cotisation courte et de ruptures de carrière importantes et ce, d'autant plus que les réformes passées ont renforcé le lien entre cotisations et prestations et ont pénalisé davantage les départs précoces en retraite. En 2053, pour une durée d'activité de 30 ans au lieu de 40, le taux de remplacement théorique sera réduit de 6 points au Royaume-Uni, 7 points en Allemagne, 8 points en Suède, 17 points en Italie et 20 points en France.

Pour en savoir plus

Commission européenne, « Rapport 2015 sur l'adéquation des pensions » *(The 2015 Pension Adequacy Report)*, 2015.

Graphique 3 « Rapport de dépendance » : rapport de la population âgée de 65 ans ou plus à la population âgée de 15 à 64 ans

En %



Note > En France, le rapport de dépendance augmente jusqu'en 2048 et baisse ensuite. Il est de 44,0 % en 2040 et de 43,4 % en 2053.
Sources > Eurostat-EUROPOP2013.

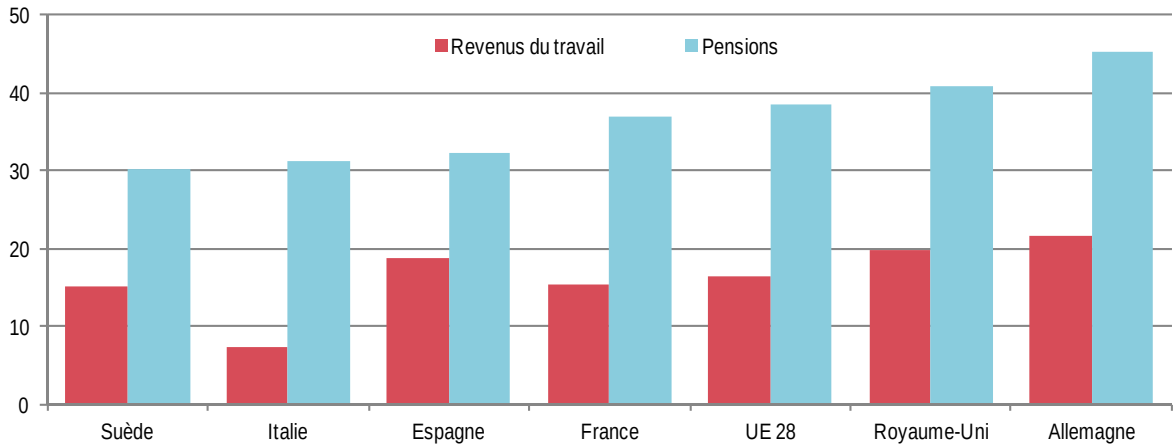
Tableau 1 Taux de remplacement des systèmes de retraite et durée de vie moyenne au travail

	2013						2053	
	Taux de remplacement théorique net pour une carrière de 40 ans au salaire moyen et un départ à l'âge légal (en %)	**Taux de remplacement agrégé brut** en 2013 (rapport des revenus de pensions des 65-74 ans et des revenus du travail des 50-59 ans, en %)			**Durée de vie moyenne au travail** (en années)		**Taux de remplacement théorique net** pour un départ à l'âge légal, salaire moyen (en %)	
		Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	carrière de 40 ans	carrière de 30 ans
Allemagne	**57**	46	49	47	40	35	**67**	**60**
Espagne	**96**	62	50	60	37	32	**87**	**n.d.**
France	**80**	66	62	66	37	33	**66**	**46**
Italie	**80**	65	53	62	35	25	**82**	**65**
Suède	**69**	62	54	58	42	40	**55**	**48**
Royaume-Uni	**83 *(73)***	54	53	53	41	36	**76**	**70**

Note > En Allemagne, les projections incluent les revenus des pensions *Riester* (avec un taux de contribution de 4 % du salaire pendant toute la durée d'activité et un taux d'intérêt réel de 3 % en moyenne), ce qui explique la hausse du taux de remplacement entre 2013 et 2053. En France, le cas type théorique est calculé pour un salarié du régime général (pensions de base et complémentaire confondues). Au Royaume-Uni, la réforme de 2011 introduit l'harmonisation progressive jusqu'en 2018 des paramètres de calcul des pensions des hommes et des femmes ; en 2013, le taux de remplacement théorique est de 83 % pour les hommes (73 % pour les femmes).
Sources > Eurostat pour les données 2013 et Rapport 2015 sur l'adéquation des pensions pour les projections à l'horizon 2053.

Graphique 4 Écart de rémunération entre les femmes et les hommes en 2013

En %



Lecture > En Italie, les femmes ont, en moyenne, des revenus du travail inférieurs de 7 % à ceux des hommes et des pensions inférieures de 31 %.
Sources > Eurostat et ENEGE (Rapport 2015 sur l'adéquation des pensions).

La protection sociale en Europe

24 La protection sociale en Europe

Une part importante de la richesse nationale consacrée aux dépenses de protection sociale en France et dans les pays du nord de l'Europe

En 2013, les prestations de protection sociale, tous risques confondus, atteignent près de 28 % du PIB dans l'UE 28, ce qui correspond à un montant de 7 200 SPA (*cf.* glossaire, annexe 4) par habitant (graphique 1). 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 par habitant indiquent le supplément de revenu qu'elles représentent pour leur population. L'importance des systèmes de protection sociale varie entre les pays de l'UE 15 d'une part, où les prestations représentent près de 29 % du PIB (soit 8 300 SPA par habitant en moyenne), et les nouveaux pays membres d'autre part, où elles sont inférieures à 18 % du PIB (soit 3 200 SPA par habitant). 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 euros par habitant et en standard de pouvoir d'achat (9 500 SPA soit 10 300 euros). L'écart de classements résulte à la fois d'un niveau de PIB par habitant relativement moyen en France en comparaison européenne (11e 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. En effet, pour des dépenses par habitant comparables, ce pays consacre 27,7 % de son PIB aux prestations sociales. Le Luxembourg, le Danemark et les Pays-Bas versent les montants de prestations par habitant les plus élevés (avoisinant ou dépassant les 10 000 SPA). Les quatre pays du sud de l'Europe ainsi que le Royaume-Uni et l'Irlande ont des niveaux de prestations inférieurs à la moyenne UE 15.

Les systèmes de protection sociale ont joué un rôle de stabilisateur automatique pendant la première phase de la crise (2008-2009). Grâce à la hausse des prestations, le revenu disponible brut des ménages continue alors de croître en dépit de la récession. En revanche, ce rôle de stabilisateur automatique n'a pas été suffisant pendant la récession de 2011 induisant un recul du revenu des ménages dans l'UE (*cf.* rapport ESDE).

Des prestations majoritairement versées en espèces

Les prestations sont majoritairement versées en espèces dans l'ensemble des pays de l'UE : 65 % en moyenne dans l'UE 15 et 72 % parmi les nouveaux membres (NM 13). Les différences, parfois marquées, entre pays sont liées à deux facteurs. En premier lieu, elles sont imputables à la part relative des différents risques dans le total des prestations (*cf.* fiche 26), les proportions de prestations servies en nature étant généralement plus fortes que la moyenne pour certains risques sociaux, comme le risque maladie. En second lieu, cela tient au modèle de protection sociale qui prévaut : l'usage d'une prestation en espèces est libre, contrairement à celui d'une prestation en nature. Ainsi, la part des prestations versées en nature est plus élevée dans les pays du nord de l'Europe (46 % en Suède, 40 % au Danemark, 38 % en Finlande), au Royaume-Uni (39 %) et en Allemagne (38 % – graphique 2).

Cela s'explique par une majorité de prestations famille-enfants dispensée en nature dans les pays scandinaves, sous forme de services de garde d'enfants. Par ailleurs, dans ces mêmes pays, plus de 10 % des prestations vieillesse sont également versées en nature, principalement sous forme de services d'assistance dans les tâches de la vie quotidienne ou d'hébergement des personnes âgées. Enfin, dans ces pays comme au Royaume-Uni et en Autriche, de 10 % à 25 % des prestations chômage sont versées en nature, contre moins de 5 % dans les autres pays de l'UE 15 : ce sont principalement des prestations de formation professionnelle.

89 % des prestations sont versées sans condition de ressources

L'ensemble des prestations sont très majoritairement versées sans condition de ressources (89 % des prestations dans l'UE 15 et 96 % dans les NM 13). Les prestations logement et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale sont certes presque intégralement soumises à des conditions de revenu, mais elles ne représentent qu'une faible part du total des prestations. À l'inverse, les prestations des risques maladie et vieillesse-survie, qui représentent plus de 75 % du total des prestations, sont généralement des prestations assurantielles ou universelles et versées dans la plupart des pays sans condition de revenu.

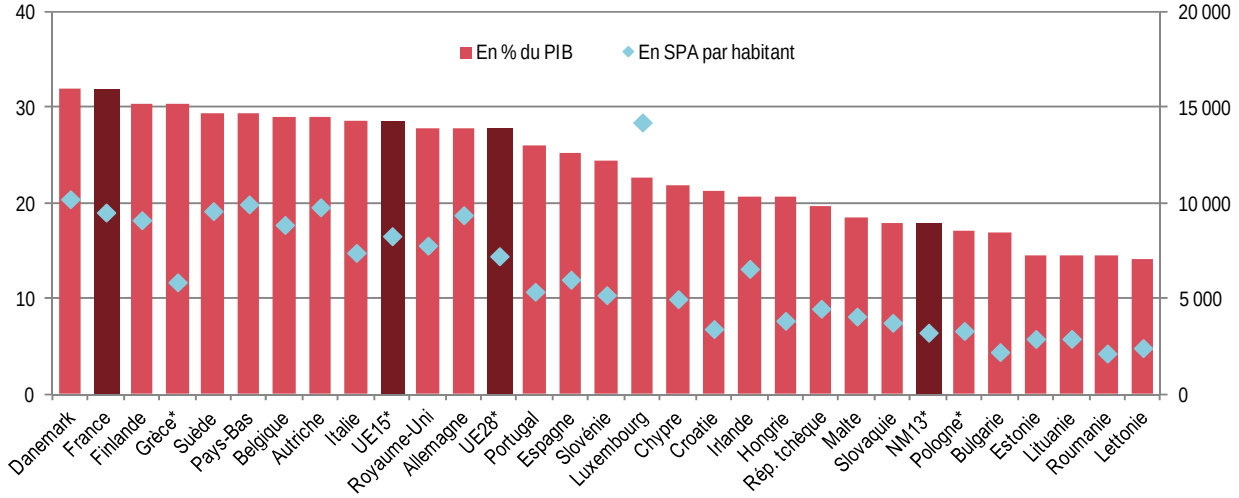
La part des prestations soumises à condition de revenu est donc relativement homogène dans les deux groupes de pays (UE 15 d'une part et NM 13 d'autre part). Seuls le Danemark et l'Irlande se distinguent par une proportion de prestations soumises à des conditions de revenu largement supérieure aux autres pays (respectivement 36 % et 32 % – graphique 3), en partie liée à une interprétation différente de la notion de « condition de revenus ».

Pour en savoir plus

Commission européenne, 2016, « Rapport sur l'évolution de l'emploi et de la situation sociale en Europe en 2015 » (ESDE), janvier.

Graphique 1 Ensemble des prestations de protection sociale en Europe en 2013

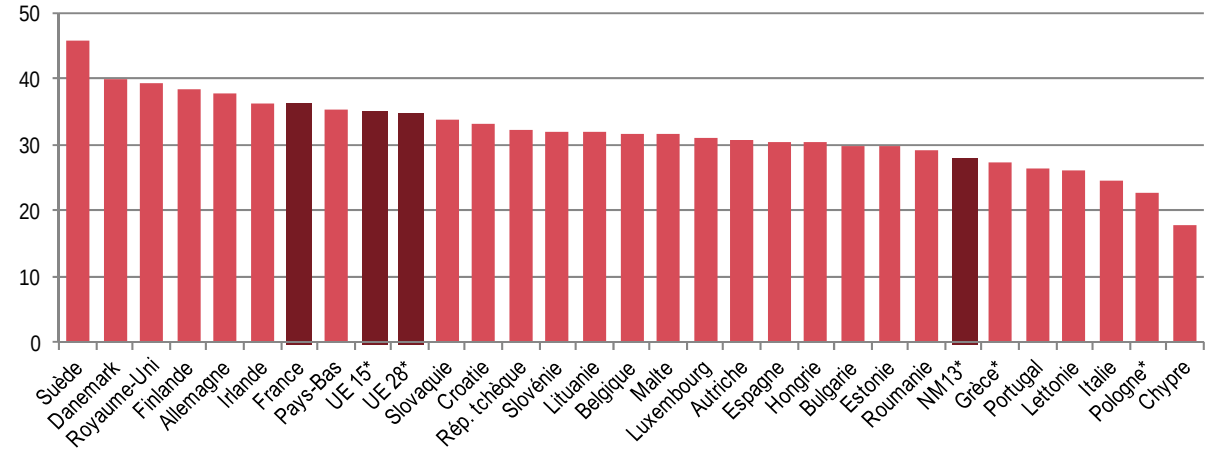
Prestations en % du PIB (échelle de gauche) et prestations en SPA par habitant (échelle de droite)



* Données 2012 pour la Grèce et la Pologne. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible.
Note > NM 13 : 13 nouveaux membres.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Graphique 2 Part des prestations versées en nature en Europe en 2013

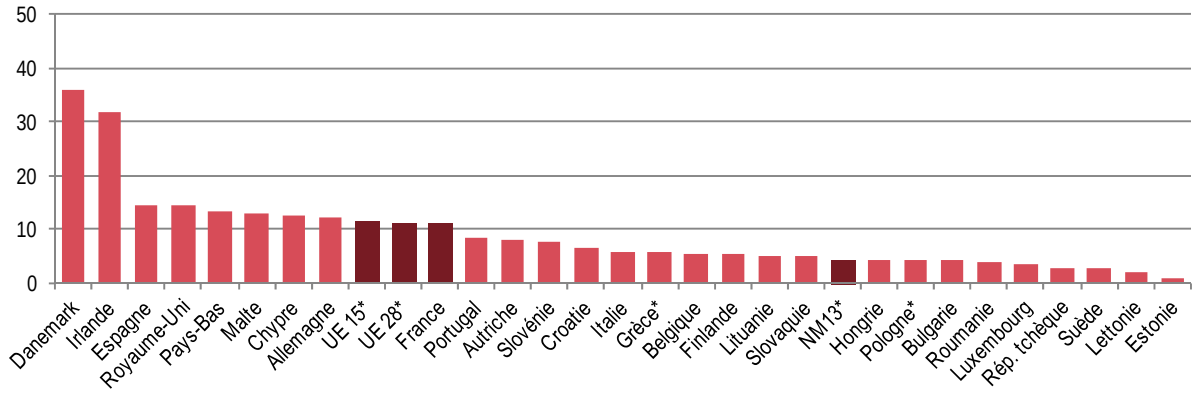
En % du total des prestations



* Données 2012 pour la Grèce et la Pologne. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Graphique 3 Part des prestations versées sous condition de ressources en Europe en 2013

En % du total des prestations



* Données 2012 pour la Grèce et la Pologne. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

25 La structure des ressources de la protection sociale en Europe

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

En 2013, les cotisations sociales représentent 55 % du financement de la protection sociale dans l'UE 15 (graphique 1). Cette part varie fortement d'un pays à l'autre, en fonction du mode de financement des différents risques et de la part relative de ces différents risques dans le total des prestations : de 20 % au Danemark à près de 70 % aux Pays-Bas.

Les prestations du risque vieillesse (premier des risques sociaux par son importance financière) sont souvent très liées aux revenus d'activité passés et financées par cotisations sociales (sauf au Danemark, où les pensions publiques sont forfaitaires). À l'inverse, les prestations logement et celles luttant contre l'exclusion sociale, qui relèvent d'une logique de solidarité nationale, sont généralement financées par des contributions publiques. Les modes de financement des prestations maladie, chômage et famille-enfants sont plus hétérogènes, ce qui explique en grande partie les écarts de structures de financement de la protection sociale entre pays. Le financement du risque maladie (deuxième risque en proportion du total des prestations) repose principalement sur les contributions publiques en Suède, au Danemark et au Royaume-Uni, et sur les cotisations sociales en Allemagne, aux Pays-Bas et en France. Les prestations chômage sont financées par cotisations sociales dans la plupart des pays, sauf au Danemark, au Royaume-Uni et en Irlande. Enfin, le financement des prestations famille-enfants est le plus souvent assuré par des contributions publiques, sauf en France et en Suède. On retrouve donc globalement la distinction historique classique entre les systèmes bismarckiens (France, Allemagne, Espagne, Pays-Bas, etc.) dans lesquels les cotisations prédominent, et les systèmes beveridgiens (Royaume-Uni, Suède ou Danemark), où les contributions publiques sont prépondérantes.

Concernant la répartition des cotisations entre employeurs et personnes protégées, les cotisations versées par les employeurs représentent dans l'UE 15, 35 % du total des ressources. Cette part est supérieure à 40 % en Espagne, en France et en Belgique et inférieure à 30 % au Danemark, en Irlande, au Luxembourg, au Portugal et au Royaume-Uni. Enfin, la part des cotisations à la charge des personnes protégées dans le total des ressources atteint 20 % dans l'UE 15.

Un renforcement du rôle des contributions publiques en Europe

Entre 1996 et 2013, les structures de financement de la protection sociale évoluent, en général, dans le sens d'un accroissement de la part des contributions publiques, de 7 points dans l'UE 15. Parmi les pays de tradition beveridgienne, la part relative des contributions publiques, déjà supérieure à 50 % en 1996, croît de plus de 3 points en Irlande entre 1996 et 2013 ou reste quasiment stable au Royaume-Uni, en Finlande, en Suède et au Luxembourg. La hausse la plus forte s'observe dans les pays dont le système est majoritairement contributif : elle est supérieure à la moyenne UE 15 en Italie, en Espagne, en France, en Belgique et en Grèce (graphique 2). On assiste donc à un lent rapprochement sur moyenne période des structures de financement entre les anciens États membres de l'Union européenne.

L'augmentation de la part des contributions publiques est continue sur longue période dans la plupart des pays. En France, cette hausse se traduit par un développement de la contribution sociale généralisée (CSG) et des autres taxes affectées (alcool, tabac, etc.). Cette tendance est plus marquée à partir de 2008 dans les pays les plus touchés par la crise (Espagne, Italie, Grèce et Irlande).

À l'inverse, les structures de financement de la protection sociale ont évolué différemment au Danemark et aux Pays-Bas avant la crise. Au Danemark, la forte prépondérance des contributions publiques se réduit nettement entre 1993 et 2006 (-19 points), après l'introduction en 1994 de nouvelles cotisations pour financer une « activation » des politiques d'emploi. Aux Pays-Bas, la tendance est similaire mais moins prononcée, puisque la part financée par des contributions publiques, jusqu'alors dans la moyenne européenne, baisse de 5 points entre 1996 et 2004. Cette tendance s'inverse ensuite dans ces deux pays : la part des contributions publiques y augmente de près de 2 points entre 2004 et 2013 aux Pays-Bas et entre 2008 et 2013 au Danemark.

Une baisse moyenne de la part des cotisations salariales un peu plus marquée que celle des cotisations patronales

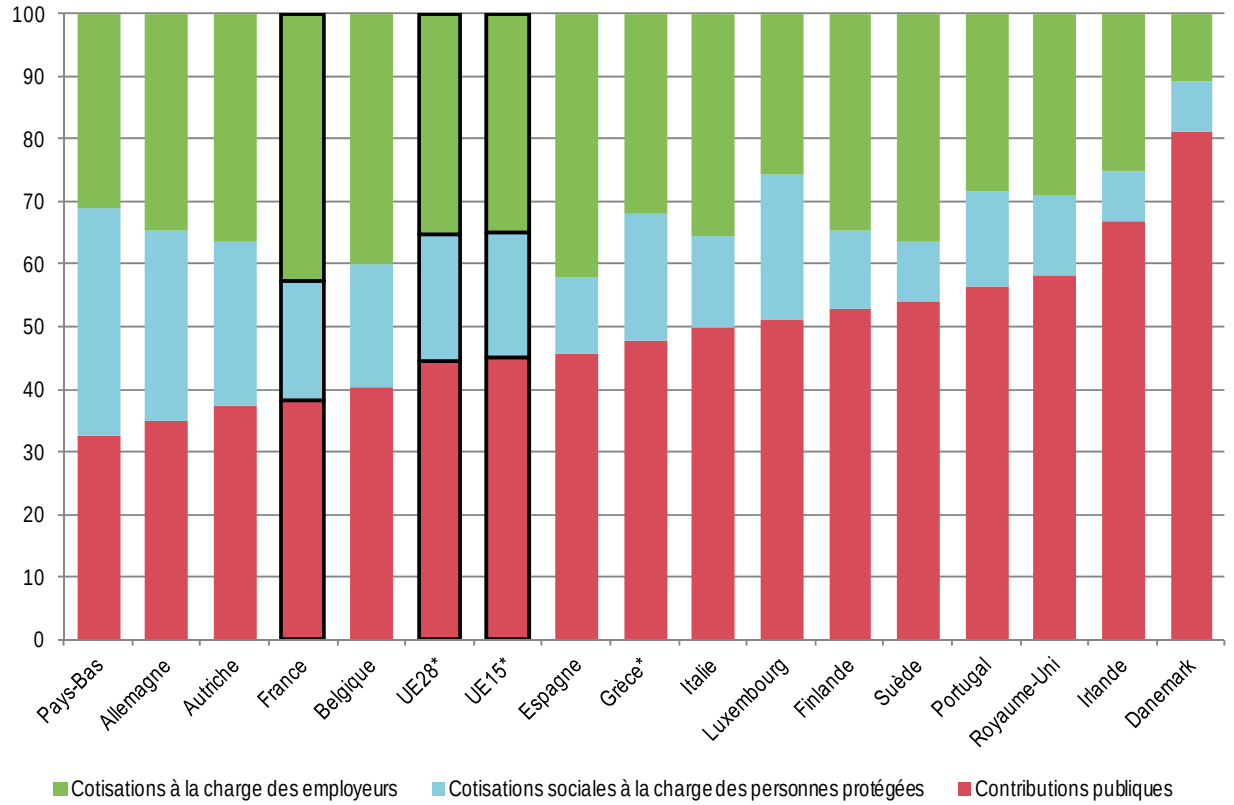
Au cours de la période 1996-2013, la part des cotisations à la charge des assurés diminue en moyenne de plus de 4 points dans l'UE 15. Cette tendance à la baisse s'observe dans tous les pays, sauf en Allemagne, en Suède, au Danemark et au Luxembourg. Par ailleurs, la volonté de limiter la hausse du coût du travail dans la plupart des pays considérés explique l'évolution à la baisse de la part des cotisations à la charge des employeurs (*cf.* fiche 22). Cette part diminue de près de 3 points en moyenne dans l'UE 15, mais augmente dans la plupart des pays de tradition beveridgienne (Royaume-Uni, Irlande et Suède) ainsi qu'aux Pays-Bas (graphique 2).

Pour en savoir plus

Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe », 2014.

Graphique 1 Structure des ressources de la protection sociale en Europe en 2013

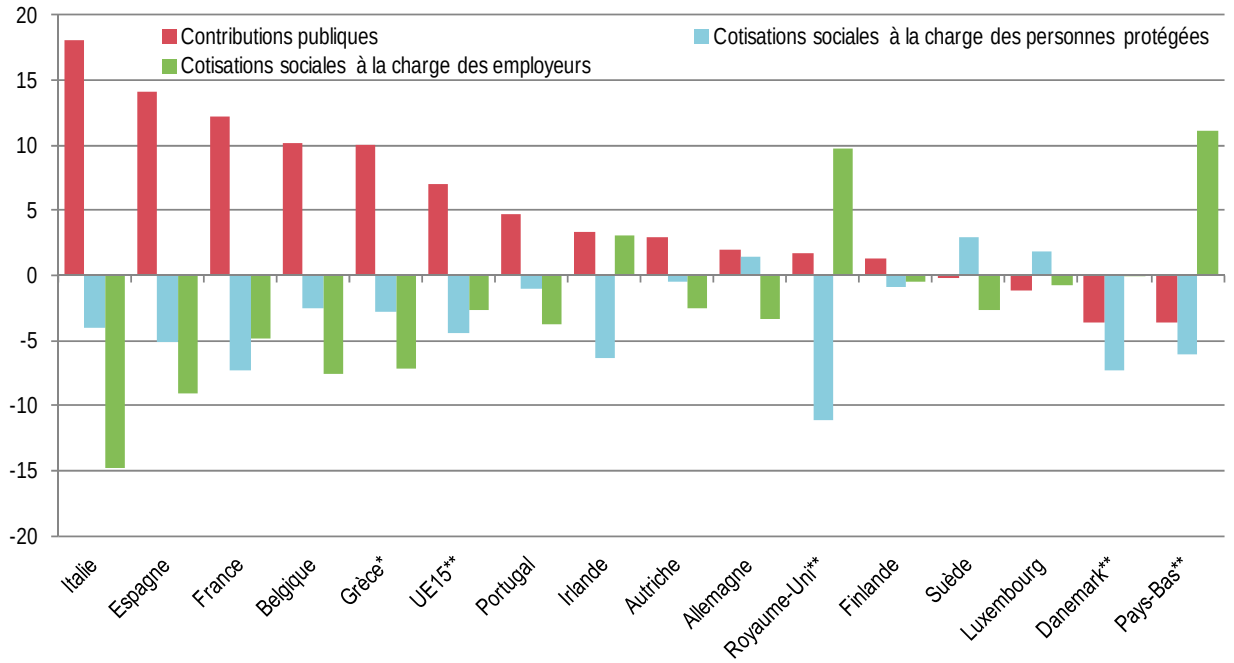
En % du total des ressources



* Données 2012 pour la Grèce. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible.
Note > Les contributions publiques incluent les ITAF (impôts et taxes affectés) et les autres recettes.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Graphique 2 Évolution de la part des différentes ressources dans le financement entre 1996 et 2013

En points



* Données 2012 pour la Grèce.
** Pour s'abstraire des ruptures de série, l'évolution 1996-2013 de l'UE 15 est calculée hors évolution 2006-2007 pour le Danemark et le Royaume-Uni (ruptures de série en 2007) et hors évolution 2012-2013 pour les Pays-Bas (rupture de série en 2013).
Note > Les contributions publiques incluent ici les ITAF (impôts et taxes affectés) et les autres recettes.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Couverture des risques par la protection sociale en Europe

26 Les prestations par risque en Europe et leur évolution récente

En 2013, l'Union européenne (UE 28) consacre 27,7 % de sa richesse, soit 3 757 milliards d'euros, aux prestations sociales (graphique 1). Les systèmes de protection sociale sont très sollicités pour amortir les effets sociaux de la crise économique et financière. Ainsi, en termes réels, les dépenses des prestations de protection sociale ont fortement augmenté entre 2008 et 2009 (+6,6 %). Les années suivantes sont marquées par des programmes d'ajustement budgétaires affectant particulièrement les dépenses de protection sociale. Ainsi, en Europe, les prestations sociales ne croissent plus que de 0,4 % en moyenne de 2009 à 2013.

En France, des prestations sociales en part de PIB parmi les plus élevées d'Europe

La part des prestations sociales dans le PIB varie considérablement entre les États membres, et en particulier entre les membres « historiques » (UE 15 – 28,6 %) et les treize nouveaux membres ayant adhéré à l'UE depuis 2004 (NM 13 – 17,8 %). Ces variations sont dépendantes des différences de niveaux de vie, de la diversité des systèmes de protection sociale, des tendances démographiques, mais aussi de facteurs institutionnels et socio-économiques comme le taux de chômage. À l'exception notable du Luxembourg et de l'Irlande, les pays les plus riches au sens du PIB par habitant consacrent, en général, une plus grande part à la protection sociale. La France, avec 31,9 % du PIB en 2013 (675 milliards d'euros), se situe ainsi au deuxième rang européen, derrière le Danemark (32,0 % du PIB).

Le classement des dépenses nationales de protection sociale en SPA (*cf.* glossaire, annexe 4) par habitant est différent, mais la France se situe toujours à un niveau plus élevé que la moyenne européenne (9 500 SPA par habitant en 2013, soit 10 300 euros, contre une moyenne UE 28 de 7 200 SPA par habitant), derrière de « petits pays » à haut niveau de vie et après l'Allemagne (9 400 SPA par habitant). La position du Luxembourg (14 200 SPA par habitant) doit toutefois être relativisée par l'importance du travail frontalier qui induit un nombre de bénéficiaires supérieur au nombre d'habitants.

Les risques « vieillesse-survie » et « maladie-soins de santé », principaux postes de dépenses

La structure de répartition des dépenses de protection sociale entre chacun des six grands groupes de risques sociaux reflète les priorités auxquelles sont confrontées les politiques publiques européennes.

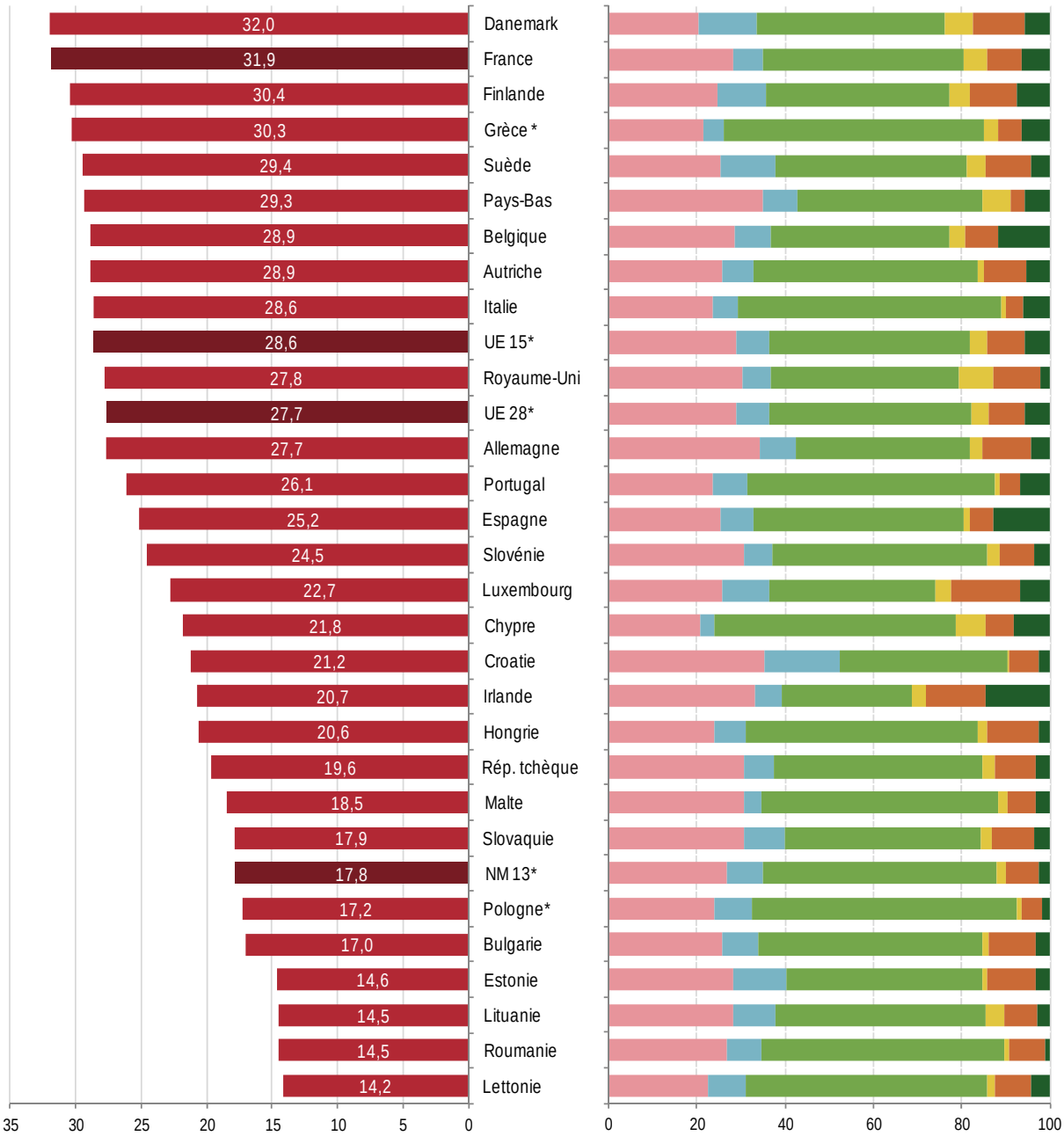
Les dépenses au titre de la fonction vieillesse-survie, qui comprennent principalement le versement des pensions de retraite, absorbent à elles seules 12,7 % du PIB au sein de l'UE 28. Elles constituent la part la plus importante du total des prestations (46 % – graphique 1) dans l'ensemble des pays européens à l'exception de l'Irlande. Cette part varie selon les caractéristiques démographiques du pays et l'intensité de l'effort consenti par le système de retraite (*cf.* fiche 29). En Irlande, le risque maladie et soins de santé arrive en tête des dépenses de protection sociale (33 %) devant le risque vieillesse-survie (30 %) : la population y est très jeune et le taux de remplacement parmi les plus bas d'Europe. À l'opposé, la part des prestations relevant de la vieillesse-survie la plus importante est constatée en Pologne (60 %), dont la population est pourtant relativement jeune. Elle est suivie de trois pays du sud de l'Europe (Italie, Grèce et Portugal) dans lesquels plus d'un quart de la population totale est âgée de 60 ans ou plus. Pour ce risque, la France se situe dans la moyenne européenne.

Le risque maladie-soins de santé est le deuxième en termes de dépenses de prestations. Il représente en moyenne 8,0 % du PIB et 29 % du total des prestations de l'UE 28. Cette part varie de moins de 22 % à Chypre, en Grèce et au Danemark à environ 35 % en Croatie, aux Pays-Bas et en Allemagne. La France se situe pour ce risque aussi dans la moyenne européenne.

Les parts des risques 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 (*cf.* fiche 31). L'Irlande, qui affecte 15 % de ses prestations au risque chômage, figure au premier rang européen devant l'Espagne (13 %), alors que leurs taux de chômage s'élèvent respectivement à 13,1 % et 26,1 % en 2013. En outre, avec un taux de chômage comparable (respectivement 8,4 % et 7,6 %), la Belgique et le Royaume-Uni consacrent respectivement 12 % et 2 % de leurs prestations sociales à ce risque. Enfin, les treize nouveaux membres consacrent en moyenne une part plus réduite de leurs prestations à ce risque que les pays de l'UE 15 (2,5 % contre 5,7 %).

Graphique 1 Part des prestations sociales dans le PIB et structure des prestations par risque en 2013

En % du PIB (échelle de gauche) et en % de l'ensemble des prestations (échelle de droite)



* Données 2012 pour la Grèce et la Pologne. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible.

Note > Pour la Slovaquie, les dépenses de logement et d'exclusion sociale comprennent uniquement l'exclusion sociale.

Champ > UE 28.

Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Le Système européen de statistiques intégrées de protection sociale (SESPROS) :

Le risque invalidité au sens de SESPROS est la somme des risques « invalidité » et « accidents du travail-maladies professionnelles » au sens français. Pour les autres risques, le champ est identique (annexe 1).

Pour en savoir plus

OCDE, Panorama de la société 2014 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE, OECD Publishing, Paris.

Collombet C. et Hiltunen A., 2013 « Les systèmes de protection sociale européens face à la crise : entre ajustements paramétriques et mutations structurelles. », *Informations sociales*, 6/2013, n° 180, p. 72-81.

Un rôle de stabilisateur des dépenses de prestations sociales au début de la crise…

Tous risques confondus, dans l'UE 15, les dépenses de prestations de protection sociale augmentent en volume de 2,4 % en 2008, puis de 6,7 % en 2009 (graphique 2). En continuant de croître au cours d'une période de ralentissement économique (ou en baissant moins que le PIB), les dépenses de protection sociale contribuent à soutenir la demande des ménages et favorisent l'activité économique. Elles jouent ainsi un rôle de stabilisateur économique au point bas de la crise économique, atteint au cours de l'année 2009.

Cette croissance des prestations, généralisée à l'ensemble de l'Europe et des risques, s'accompagne d'une modification des contributions des différents risques.

S'agissant des dépenses de prestations chômage en particulier, celles-ci remplissent pleinement leur fonction d'amortisseur en 2009, année de fort recul du PIB au sein d'un grand nombre de pays européens et de forte augmentation du taux de chômage (près de 2 points entre 2008 et 2009). Alors que le risque chômage ne contribue pas à la croissance totale des prestations de protection sociale avant la crise, sa contribution augmente fortement en 2009. Celle-ci représente, en effet, cette année-là, 23 % de la croissance de l'ensemble des prestations pour l'UE 15 (1,6 point sur 6,7 points de croissance totale). En Espagne, pays particulièrement touché par la récession, la contribution relative du risque chômage passe du quart de la croissance totale de la dépense en 2008 (soit 1,4 sur 5,7 points) à la moitié de la croissance totale en 2009 (5,6 sur 11,6 points). En France, cette contribution, négative en 2008 (-0,2 sur 0,8 point), passe à 19 % en 2009 (1,1 sur 5,7 points).

À l'opposé, la contribution du risque vieillesse-survie à la croissance totale des prestations décroît au sein de l'UE 15 du fait du caractère plus structurel et moins volatil de cette dépense. Elle passe ainsi de 39 % en 2008 (1,0 sur 2,4 points de croissance) à 30 % en 2009 (2,0 sur 6,7 points). La contribution des autres risques augmente dans des proportions variables en 2009.

… qui s'essouffle ensuite face aux contraintes budgétaires

Depuis 2010, avec le rebond économique, le rôle de soutien au revenu joué par le système de protection sociale se réduit. Le rythme de croissance des dépenses de protection sociale ralentit aussi du fait des réformes engagées. Les dépenses de prestations de protection sociale en volume se sont stabilisées dans l'UE 15 à partir de 2010 et n'augmentent plus que de 1,0 % en 2013.

Ainsi, les dépenses du risque chômage diminuent en volume de 2,2 % par an en moyenne entre 2009 et 2013 au sein de l'UE 15 (après avoir progressé de 30,7 % en 2009). Leur contribution à la croissance globale des prestations de protection sociale est passée de 1,6 point en 2009 à -0,1 point en 2010 et demeure quasiment nulle depuis. En Espagne, par exemple, les prestations chômage ont diminué depuis 2009 et particulièrement sur la période la plus récente (-7,6 % en 2012 et -9,3 % en 2013) en raison notamment du durcissement des conditions d'accès aux prestations et de l'instauration d'une dégressivité de leur montant dans le temps (décret-loi royal n°20/2012 du 13 juillet 2012).

La réduction du rôle de soutien au revenu joué par la protection sociale s'explique également par l'effet des mesures de consolidation budgétaire mises en œuvre, en particulier dans les pays les plus touchés par la crise et dans ceux de tradition beveridgienne, où cet effet est le plus direct. Le résultat de ces mesures est particulièrement visible sur les dépenses des risques vieillesse-survie et maladie-soins de santé.

Ainsi, le rythme de croissance des dépenses du risque vieillesse-survie au sein de l'UE 15 passe de 3,3 % en moyenne annuelle entre 2007 et 2009 à 1,2 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2013. Cette inflexion reflète notamment les effets des réformes poursuivies depuis plusieurs années par les États membres quant à l'âge de liquidation des droits à pension et à la durée de cotisation, mais également les effets des mesures à effet plus immédiat sur les finances publiques, telles que la réduction du niveau des pensions versées. En matière de retraites, les coupes budgétaires à court terme sont particulièrement sensibles en Grèce et au Portugal.

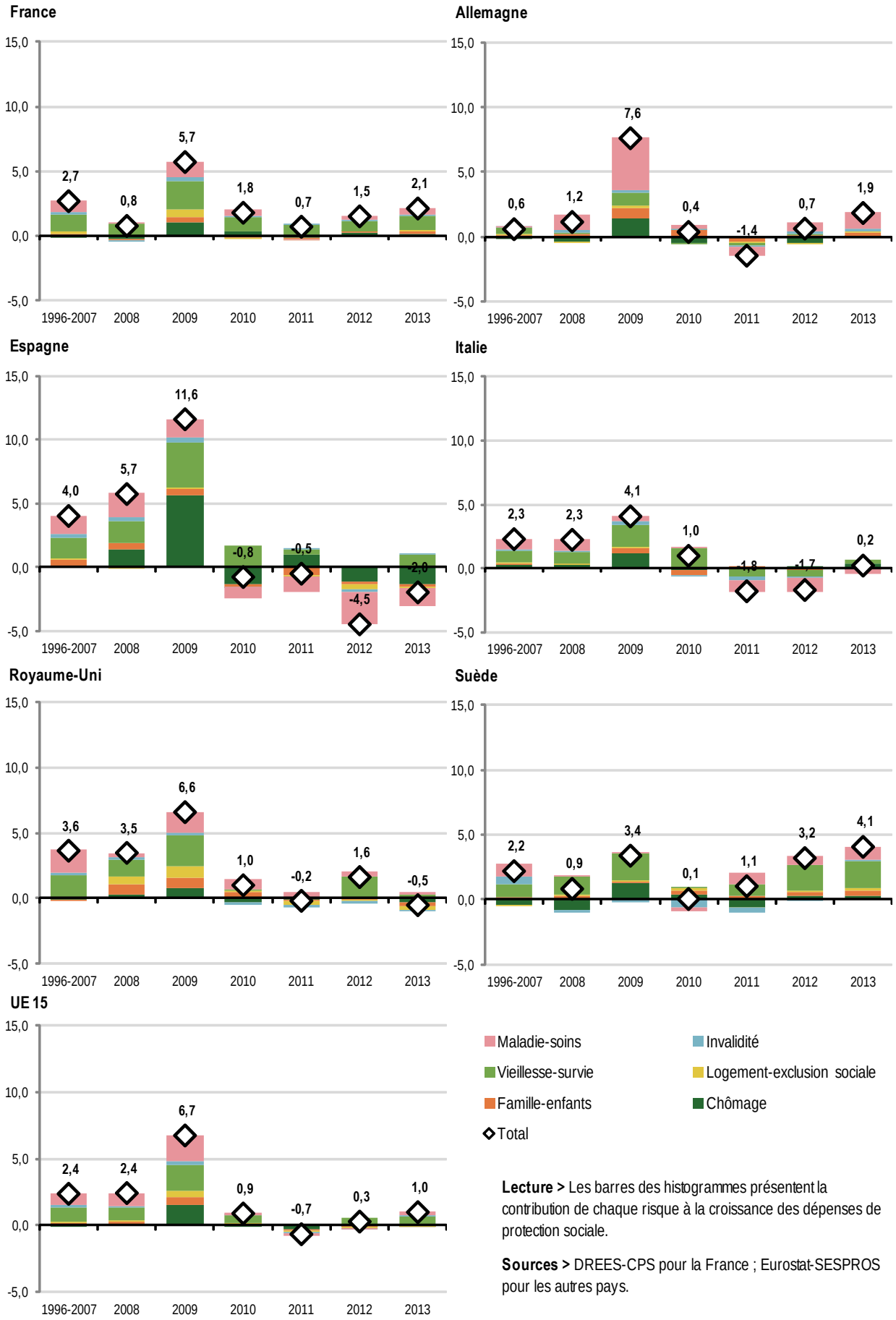
La croissance des dépenses du risque maladie-soins de santé passe de 4,9 % en moyenne annuelle entre 2007 et 2009 dans l'UE 15 à une quasi-stabilité entre 2009 et 2013 (de 0,1 % en moyenne annuelle). Cela reflète en particulier l'effet de mesures d'ajustement budgétaires parfois assez drastiques, notamment dans les pays du sud de l'Europe. L'Allemagne fait là aussi figure d'exception. Pour redistribuer les excédents des caisses d'assurance maladie, elle supprime le 1er janvier 2013 le ticket modérateur de 10 euros par trimestre pour les consultations médicales et les séjours hospitaliers introduit par la réforme Schröder de 2003.

Les autres risques ont aussi quasiment tous participé à la moindre augmentation des dépenses de prestations sociales dans l'UE 15 depuis 2010, mais cet effet est plus marginal en raison de leur moindre importance financière.

L'ensemble des évolutions présentées dans cette page sont en euros constants.

Graphique 2 Évolution des prestations sociales et contribution des risques à la croissance globale

En moyenne annuelle, en euros constants base 2005 (%)



Lecture > Les barres des histogrammes présentent la contribution de chaque risque à la croissance des dépenses de protection sociale.

Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

27 Le risque maladie-soins de santé en Europe

Le risque maladie-soins de santé, deuxième poste de dépenses de prestations sociales au sein de l'UE

Les dépenses de maladie et soins de santé s'élèvent en moyenne à 7,9 % du PIB pour les États membres de l'UE 28 en 2013 (graphique 1). La moyenne est un peu supérieure dans les pays de l'UE 15 (8,2 %) tirée vers le haut par les Pays-Bas, l'Allemagne et la France qui consacrent la part la plus importante de leur PIB à ce risque (respectivement 10,2 %, 9,5 % et 9,0 %), suivis du Royaume-Uni et de la Belgique. À l'exception de la Croatie et de la Slovénie, les pays ayant rejoint l'Union européenne depuis peu sont ceux qui consacrent la plus faible part de leur PIB aux dépenses de maladie et de soins de santé (entre 3,2 % et 6,0 %).

La hiérarchie est légèrement modifiée lorsque l'on s'intéresse aux dépenses par habitant mesurées en standard de pouvoir d'achat (SPA, *cf.* glossaire, annexe 4). Avec une dépense par habitant de 2 700 SPA (2 900 euros) en 2013, la France se situe au-dessus de la moyenne européenne de l'UE 28 (2 100 SPA). La position particulière du Luxembourg (3 600 SPA) tient à un niveau de richesse par habitant lui permettant d'allouer des budgets importants à son système de protection sociale.

Un recul historique de ce poste de dépenses dans les pays les plus touchés par la crise

De 1996 à 2007, les prestations maladie-soins de santé ont augmenté en moyenne annuelle de 3,2 % en euros constants au sein de l'UE 15 (graphique 2). En France, l'évolution annuelle moyenne de cette dépense (3,0 %) est alors très proche de ce rythme, tandis qu'elle a été la plus forte au Royaume-Uni (6,4 %). À l'inverse, en Allemagne, elle est restée très faible durant cette période (0,3 % par an), ce qui contraste avec celle des autres pays observés.

Entre 2007 et 2009, la croissance moyenne annuelle de ces prestations s'est accélérée au sein de l'UE 15 pour s'élever à 4,9 % en euros constants, portée par l'Allemagne. À partir de juillet 2008, l'Allemagne a en effet élargi le champ des dépenses de santé prises en charge (réforme *Merckel*). La hausse des prestations consécutive à cette réforme a fragilisé l'équilibre financier de ses caisses d'assurance maladie. L'État a donc accru ses subventions au système et déplafonné le taux de cotisation supplémentaire, ce qui a permis aux caisses d'assurance maladie de redevenir excédentaires dès 2011.

En moyenne, au sein de l'UE 15, ces prestations se stabilisent (0,2 % par an) entre 2009 et 2013. Toutefois, la croissance des prestations maladie-soins de santé diverge très fortement au sein de l'Union européenne dans la période post-crise. L'évolution des prestations maladie-soins de santé est restée positive en Suède, en Allemagne, au Royaume-Uni et en France ; elle est comprise entre 1,0 % et 2,0 % par an. En revanche, elle est en net recul dans les pays les plus touchés par la crise, comme l'Espagne (-5,5 %) et l'Italie (-2,4 %). 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[1].

Des restes à charge des ménages très contrastés

Le reste à charge calculé dans le cadre international du *System of Health Accounts (SHA)* correspond à l'ensemble des dépenses de santé supportées par les ménages (*cf.* annexe 1) : participation aux coûts des biens et services pris en charge par un tiers (assurance maladie, organismes d'assurance…) et intégralité du coût des biens et services non remboursables (automédication notamment). Les Pays-Bas, la France et le Royaume-Uni présentent des restes à charge relativement faibles : respectivement 5,3 %, 6,7 % et 9,9 % des dépenses de santé en 2013 (graphique 3). Toutefois, les restes à charge néerlandais sont à interpréter avec précaution : ils ne prennent pas en compte la franchise annuelle payée par les patients, dont le montant varie entre 0 et 350 € en 2013.

De manière générale, les restes à charge sont plus élevés dans les pays d'Europe de l'est et du sud. Ils sont supérieurs à la moyenne UE 15 au Portugal (27,2 %), en Espagne (23,8 %) et en Grèce (30,7 %), et encore plus élevés en Lettonie et en Lituanie. Les mesures de régulation budgétaire, de hausse des co-paiements (tickets modérateurs et franchises) voire de réduction du taux de couverture de la population ont contribué à faire significativement progresser le reste à charge des ménages de plusieurs pays parmi les plus touchés par la crise, comme l'Espagne (+4,3 points entre 2009 et 2013), le Portugal (+2,6 points) et, dans une moindre mesure, l'Italie (+1,0 points). À l'inverse, certains pays tels que la Slovaquie (-3,6 points), la Suède (-2,1 points) et la France (-1,1 points) ont connu des évolutions des restes à charge négatives ou nulles depuis 2009.

1 Décret-loi royal 16/2012 du 20 avril 2012 concernant les mesures urgentes pour garantir la soutenabilité du système national de santé et améliorer la qualité et la sécurité des prestations.

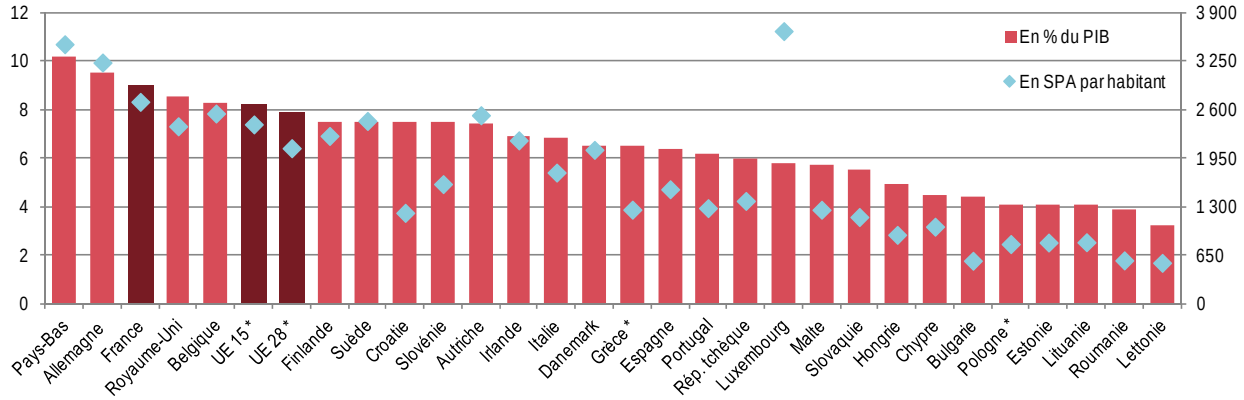
Pour en savoir plus

Padieu 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*, Insee références.

Fiches pays « G1 - Allemagne » et « G4 - Italie » de l'édition précédente de cet ouvrage.

Graphique 1 Niveau des prestations de maladie-soins de santé en 2013

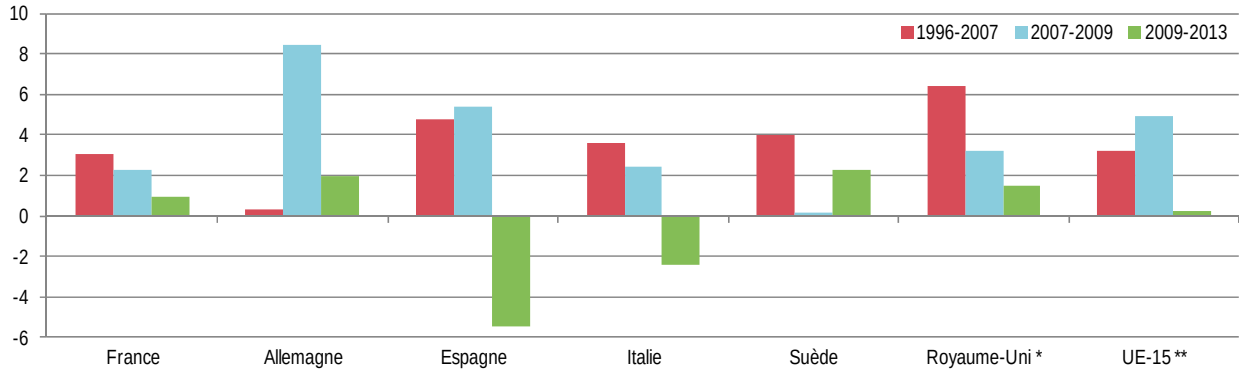
En % du PIB (échelle de gauche) et en SPA par habitant (échelle de droite)



* Données 2012 pour la Grèce et la Pologne. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible.
** Données révisées par rapport à l'édition 2015 du présent rapport. En particulier, l'Irlande passe de la première position à un niveau de prestations maladie-soins de santé en % du PIB inférieur à la moyenne européenne.
Champ > UE 28. Voir glossaire pour la définition du SPA.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Graphique 2 Évolution des prestations de maladie-soins de santé

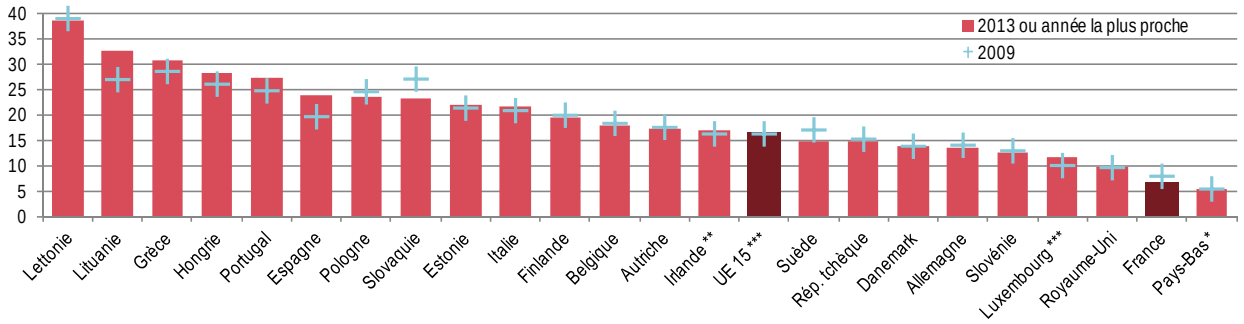
Évolution annuelle moyenne en % (en euros constants)



* Évolution 1996-2006 pour le Royaume-Uni (rupture de série en 2007).
** Pour s'abstraire des ruptures de séries, l'évolution 1996-2007 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant, pour le Royaume-Uni et le Danemark, que la période 1996-2006 (rupture de série en 2007). L'évolution 2009-2013 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant que l'évolution 2009-2012 pour les Pays-Bas (rupture de série en 2013) et pour l'Irlande et la Grèce (données manquantes en 2013).
Note > L'évolution pour l'Allemagne entre 2007 et 2009 est sujette à une augmentation brutale, car la réforme de santé de 2007 a modifié les conditions d'accès aux assurances privées en santé et en soins de longue durée. Ces conditions plus solidaires les font entrer dans le champ de la protection sociale à la date d'application de la réforme. Il en résulte une rupture structurelle sur la série chronologique entre 2007 et 2009. Cette augmentation du volume des prestations se répercute sur le calcul de la moyenne UE 15, qu'il convient donc d'interpréter avec prudence.
Source > Eurostat-SESPROS.

Graphique 3 Niveau du reste à charge des ménages en 2009 et en 2013

En % des dépenses courantes de santé



* Le reste à charge pour les Pays-Bas est sous-estimé, car il ne prend pas en compte la franchise payée par les patients.
** Pour l'Irlande, les données réfèrent aux dépenses totales de santé (= dépenses courantes de santé plus formation de capital).
*** Données 2012 pour le Luxembourg. Moyenne UE 15 calculée, en moyenne simple, sur la dernière année disponible.
Note > Le reste à charge est le pourcentage de la dépense courante de santé supporté par les ménages. Contrairement aux prestations de maladie-soins de santé de SESPROS, qui ne recouvrent que les dépenses supportées par des régimes de protection sociale dans un cadre de solidarité sociale, la dépense courante de santé est la somme des dépenses engagées par tous les acteurs pour la santé.
Champ > UE 28 exceptés 5 pays (Chypre, Bulgarie, Malte, Roumanie et Croatie) dont les données ne sont pas disponibles pour 2013.
Sources > Eurostat ; OCDE ; OMS-SHA.

28 Le risque invalidité en Europe

Les pays nordiques consacrent une plus forte part de leur richesse nationale à l'invalidité

En 2013, les prestations d'invalidité s'élèvent en moyenne à 2,0 % pour les États membres de l'UE 28 et à 2,1 % pour ceux de l'UE 15 (graphique 1). La France se situe au niveau de la moyenne UE 15. Les pays scandinaves consacrent la part la plus importante de leur PIB à ce risque (Danemark 4,2 %, Suède 3,6 %, Finlande 3,4 %) ainsi que la Croatie (3,6 %). En revanche, les autres nouveaux entrants, les pays d'Europe du sud et les pays anglo-saxons affectent une part de leur PIB au risque invalidité inférieure à la moyenne européenne.

Si l'on excepte la Croatie et 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 620 SPA en 2013 (soit 670 euros), la France se situe au niveau de la moyenne de l'UE 15, très proche du niveau de l'Allemagne (755 SPA) et nettement au-dessus du Royaume-Uni (490 SPA) et de l'Italie (405 SPA). La position particulière du Luxembourg (1 500 SPA, soit 2,6 fois la moyenne de l'UE 15) n'est pas propre au seul risque invalidité mais tient à sa richesse.

D'une manière générale, depuis les années quatre-vingt-dix, la tendance en matière de politique d'invalidité en Europe a consisté à durcir les conditions d'accès aux prestations et à développer les possibilités d'insertion pour les personnes handicapées[1]. En moyenne, en 2013, dans l'UE 15, la part des prestations invalidité en espèces versées aux personnes en situation de handicap s'élève toutefois à 71 %, contre 29 % pour celles en nature (graphique 2). Au sein des pays recensés, les pays du sud de l'Europe privilégient très largement les aides financières aux personnes invalides. La Suède fournit, au contraire, 60 % des prestations en nature en 2013, principalement des services de réadaptation en fonction de la nature de l'invalidité[2].

Avant la crise, les prestations d'invalidité augmentent rapidement en Europe

Au cours de la période 1996-2007, les prestations d'invalidité augmentent à un rythme annuel moyen de 1,9 % en euros constants au sein des pays membres de l'UE 15 (graphique 3), contre 2,4 % en moyenne pour l'ensemble des prestations sociales. Parmi les pays étudiés, la Suède présente la plus forte croissance annuelle moyenne des prestations d'invalidité (+4,7 %), suivie par l'Espagne (+3,9 %) ainsi que par le Royaume-Uni et la France (+2,5 %). Comme pour le risque maladie-soins de santé, l'Allemagne enregistre une croissance annuelle moyenne très faible (+0,4 %) qui contraste avec celle des autres pays observés.

Au plus fort de la crise, les prestations d'invalidité restent très dynamiques, sauf en Suède

Dans le contexte de crise économique, les prestations invalidité ont augmenté en moyenne de 2,5 % en euros constants dans l'UE 15 entre 2007 et 2009. On observe une augmentation des prestations dans la plupart des États membres considérés et plus particulièrement en Italie et en Espagne (de l'ordre de 4,5 % par an dans ces deux pays). La Suède, où cette dépense recule de 1,4 % par an, fait exception. Les évolutions du taux de change de la couronne à l'euro et l'impact des réformes de 2003 et 2008 sont à l'origine de cette baisse. Celles-ci ont entraîné une hausse de la part des prestations en nature, plus inertes au cycle économique ainsi qu'une diminution subséquente du flux des nouveaux bénéficiaires. En 2003, le gouvernement a ainsi fusionné les compensations « d'activité » et « maladie » en une pension unique, cette standardisation de l'octroi des prestations en espèces encourageant le maintien d'activité[3]. En 2008, cette indemnisation unique, appliquée jusqu'alors sans limitation de durée, a été plafonnée à six mois et les personnes ne pouvant plus y prétendre ont dû désormais rechercher un nouvel emploi. (*cf.* fiche G3 de l'édition 2015 de cet ouvrage).

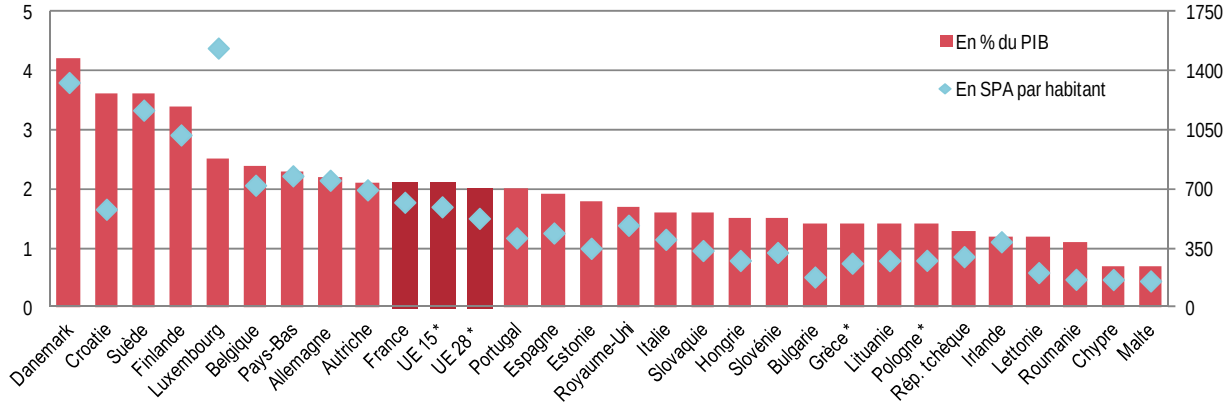
Depuis 2009, ces dépenses tendent à diminuer, sauf en France et en Allemagne

Entre 2009 et 2013, les prestations d'invalidité se stabilisent en euros constants au sein de l'UE 15. Ce ralentissement tient à la poursuite du recul dans certains pays (-1,7 % en Suède) et à son extension à des pays où la croissance de cette dépense était jusqu'ici soutenue. Le recul observé en Espagne (-0,5 %), en Italie (-2,1 %) et au Royaume-Uni (-2,8 %) témoigne des ajustements opérés. La France (+2,5 %) et, dans une moindre mesure, l'Allemagne (+1,5 %) font figure d'exceptions. Cette singularité française peut s'expliquer en particulier par la montée en charge de la loi handicap du 11 février 2005 qui a instauré la prestation de compensation du handicap et par le relèvement progressif du montant de l'allocation adultes handicapés, conformément aux engagements pris lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008 (*cf.* fiche 11).

1 « Personnes handicapées en Europe », étude comparative sur la tarification des services médico-sociaux, CFHE pour la CNSA, 2006.
2 « Les services à la personne », rapport n°8 du Conseil emploi revenu cohésion sociale, La documentation française, 2008.
3 « Disability Benefit Growth and Disability Reform in the US: Lessons from Others OECD Nations », Federal Reserve Bank of San Francisco, 2013.

Graphique 1 Niveau des prestations d'invalidité en 2013

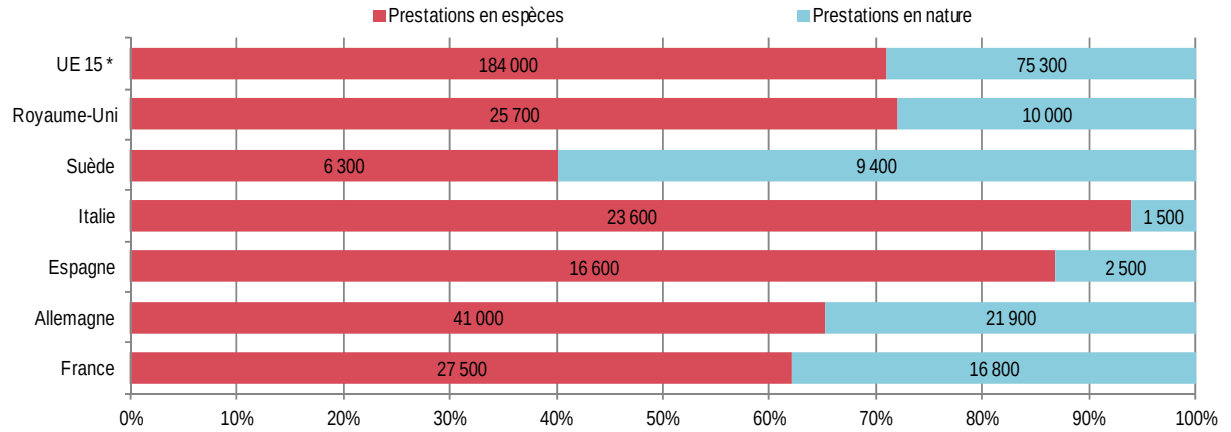
En % du PIB (échelle de gauche) et en SPA par habitant (échelle de droite)



* Données 2012 pour la Grèce et la Pologne. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible.
Champ > UE 28.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Graphique 2 Structure des prestations d'invalidité en 2013

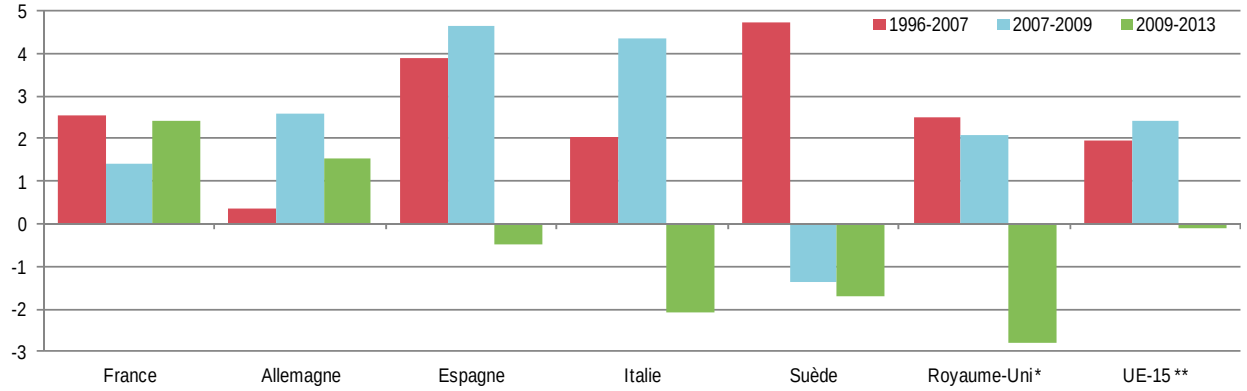
Part du total des prestations invalidité en % et montants en millions d'euros



* Moyenne UE 15 calculée avec les données 2012 et non 2013 pour l'Irlande, la Grèce et les Pays-Bas.
Source > Eurostat-SESPROS.

Graphique 3 Évolution des prestations d'invalidité

Évolution annuelle moyenne en % (euros constants 2005)



* 1996-2006 pour le Royaume-Uni (rupture de série en 2007).
** Pour s'abstraire des ruptures de séries, l'évolution 1996-2007 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant, pour le Royaume-Uni et le Danemark, que la période 1996-2006 (rupture de série en 2007). L'évolution 2009-2013 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant que l'évolution 2009-2012 pour les Pays-Bas (rupture de série en 2013) et pour l'Irlande et la Grèce (données manquantes en 2013).
Source > Eurostat-SESPROS.

Le **risque invalidité** au sens européen correspond aux prestations des risques « invalidité » (décrit en fiche 11) et « accidents du travail-maladies professionnelles » (décrit en fiche 12) des comptes de la protection sociale en France.
Selon la nomenclature SESPROS, les **prestations invalidité en nature** recouvrent l'hébergement, l'assistance dans les tâches de la vie quotidienne et la réadaptation. Celles **en espèces** comprennent les pensions d'invalidité, les allocations de soins, les préretraites pour cause de réduction de la capacité de travail, l'intégration économique des personnes handicapées.

29 Le risque vieillesse-survie en Europe

Le sud de l'Europe en tête des prestations vieillesse-survie en part du PIB

En 2013, les prestations de vieillesse-survie représentent 13,0 % du PIB dans l'UE 15 et 12,7 % dans l'UE 28 (graphique 1). La Grèce et l'Italie affichent les niveaux de prestations en parts du PIB les plus élevés (18,0 % et 17,2 %). La France (14,5 %), l'Autriche, le Portugal et le Danemark présentent une dépense supérieure à la moyenne. Parmi les pays qui dépensent moins de 10 % du PIB pour les prestations vieillesse-survie, on retrouve l'Irlande, le Luxembourg et plusieurs nouveaux États membres.

Les dépenses de prestations du risque vieillesse-survie dépendent tout d'abord de la part de la population en âge d'être retraitée. Ainsi, les niveaux élevés observés en Grèce, en Italie et au Portugal sont liés à une part de la population âgée supérieure à la moyenne UE 15 (plus de 25 % en Grèce et au Portugal, plus de 27 % en Italie). À l'inverse, le faible niveau de dépense par rapport au PIB au Luxembourg et en Irlande est lié à la faible part de la population âgée dans la population totale (19 % et 17 % contre 24 % dans l'UE 28 et 25 % dans l'UE 15).

L'autre déterminant important de la dépense est le niveau des prestations servies par personne âgée de 60 ans ou plus, très variable entre pays. Ainsi, les prestations par personne âgée sont parmi les plus faibles de l'UE 15 au Portugal (9 300 SPA) et en Grèce (12 300 SPA). Elles sont, en Italie, proches de la moyenne UE 15 (16 300 SPA). C'est le Luxembourg qui consacre le niveau de prestations le plus élevé d'Europe par personne âgée (plus de 38 000 SPA). Les pays du nord de l'Europe, ainsi que l'Autriche, les Pays-Bas et la France (près de 20 000 SPA) comptent parmi les pays où les prestations versées par personne âgée sont supérieures à la moyenne UE 15.

Une hausse structurelle des prestations vieillesse-survie sous l'effet du vieillissement

Dans les six pays considérés, l'effet démographique tire les dépenses du risque vieillesse-survie à la hausse, avant comme après la crise (graphique 2). Les pays les plus touchés par le vieillissement démographique pendant la période 1996-2013 sont l'Allemagne et l'Italie : la part de la population âgée de 60 ans ou plus y augmente d'environ 5 points.

Au cours de la période précédant la crise (1996-2007), l'« effort relatif » envers les personnes âgées est en baisse dans tous les pays étudiés, et plus fortement en Allemagne, en Italie et en Suède, du fait de l'ampleur des réformes entreprises. Cette baisse étant contrebalancée par un vieillissement rapide en Allemagne et en Italie, l'évolution des dépenses du risque vieillesse-survie y est quasi nulle. En France, les dépenses progressent légèrement, la baisse de l'« effort relatif » envers les 60 ans ou plus y étant moins prononcée.

Depuis la crise, à l'exception de l'Allemagne, les dépenses augmentent dans tous les pays sous l'effet conjugué du vieillissement démographique et de la hausse de l'« effort relatif » envers les personnes âgées, principalement liée aux mécanismes d'indexation des pensions. Cette hausse des prestations par bénéficiaire dépasse les 2 points en Espagne qui a procédé, au cours de la période récente (2008-2014), à d'importantes revalorisations des pensions. À l'inverse, en Allemagne, les dépenses vieillesse-survie baissent de 0,2 point, malgré une hausse de la population âgée. Ceci s'explique principalement par le mode d'indexation des pensions (indexation sur l'évolution des salaires bruts qui tient également compte de l'évolution du rapport entre actifs et retraités).

La dépense de prestations de vieillesse-survie doit s'apprécier à l'aune du niveau de vie des personnes âgées

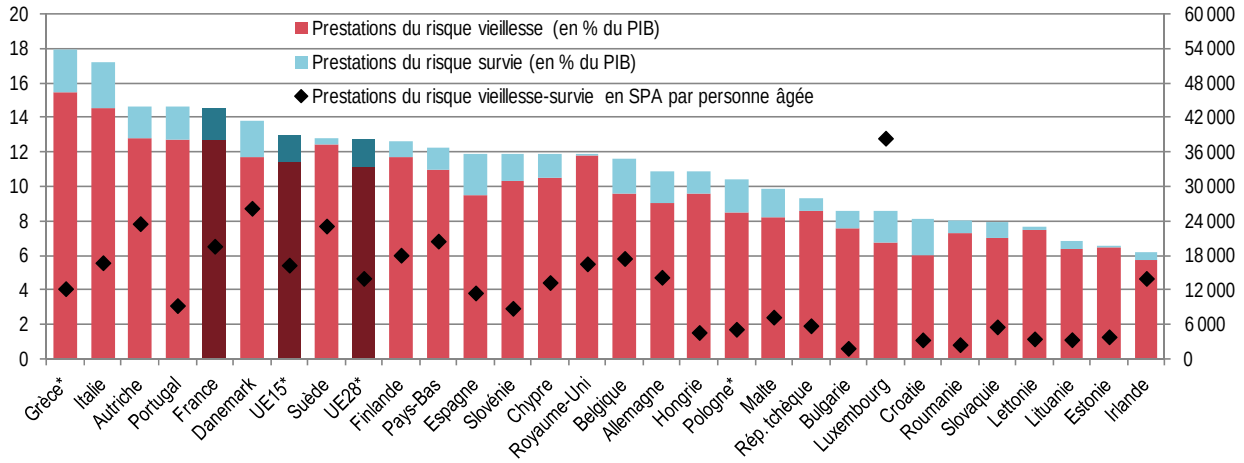
Le niveau de vie relatif des personnes âgées est plus favorable en France (1,06), en Espagne (1,07) et en Italie (1,03) que dans le reste de l'UE 15 (0,97). La part de la population âgée en situation de pauvreté monétaire y est également plus faible, surtout en France où elle est de 8,7 % (contre 12,7 % en Espagne, 14,1 % en Italie et 14,2 % dans l'UE 15). À l'inverse, dans les trois autres pays considérés, le revenu médian des personnes âgées est inférieur à celui des moins de 60 ans (0,91 au Royaume-Uni, 0,90 en Suède et 0,89 en Allemagne) et le taux de pauvreté des personnes âgées y est plus important que dans l'UE 15, surtout au Royaume-Uni et en Allemagne où il atteint 17,3 % et 18,0 %.

Cette comparaison entre les revenus médians peut néanmoins cacher d'importantes disparités de conditions de vie. En effet, malgré un taux de pauvreté et un niveau de vie relatif des personnes âgées plus favorable en Italie qu'en Suède ou au Royaume-Uni, le taux de privation matérielle sévère des personnes âgées est nettement supérieur en Italie où il atteint 8,8 %, alors qu'il est de 0,2 % en Suède et 2,2 % au Royaume-Uni.

Entre 2007 et 2013, le taux de remplacement agrégé (défini comme le rapport entre les pensions des personnes âgées de 65 à 74 ans et des revenus du travail des personnes âgées de 50 à 59 ans) passe de 49 % à 56 % en moyenne dans l'UE 15. L'évolution du taux de remplacement est liée à la fois à celle de l'effort relatif envers les 60 ans ou plus et à la moindre croissance des revenus du travail pour les personnes d'âge actif. Le taux de remplacement augmente ainsi fortement en Espagne (+18 points) et en Italie (+13 points) et, dans une moindre mesure, au Royaume-Uni (+7 points) et en France (+4 points). Il reste quasiment stable en Allemagne (+1 point) et baisse en Suède (-2 points).

Graphique 1 Prestations du risque vieillesse-survie en 2013

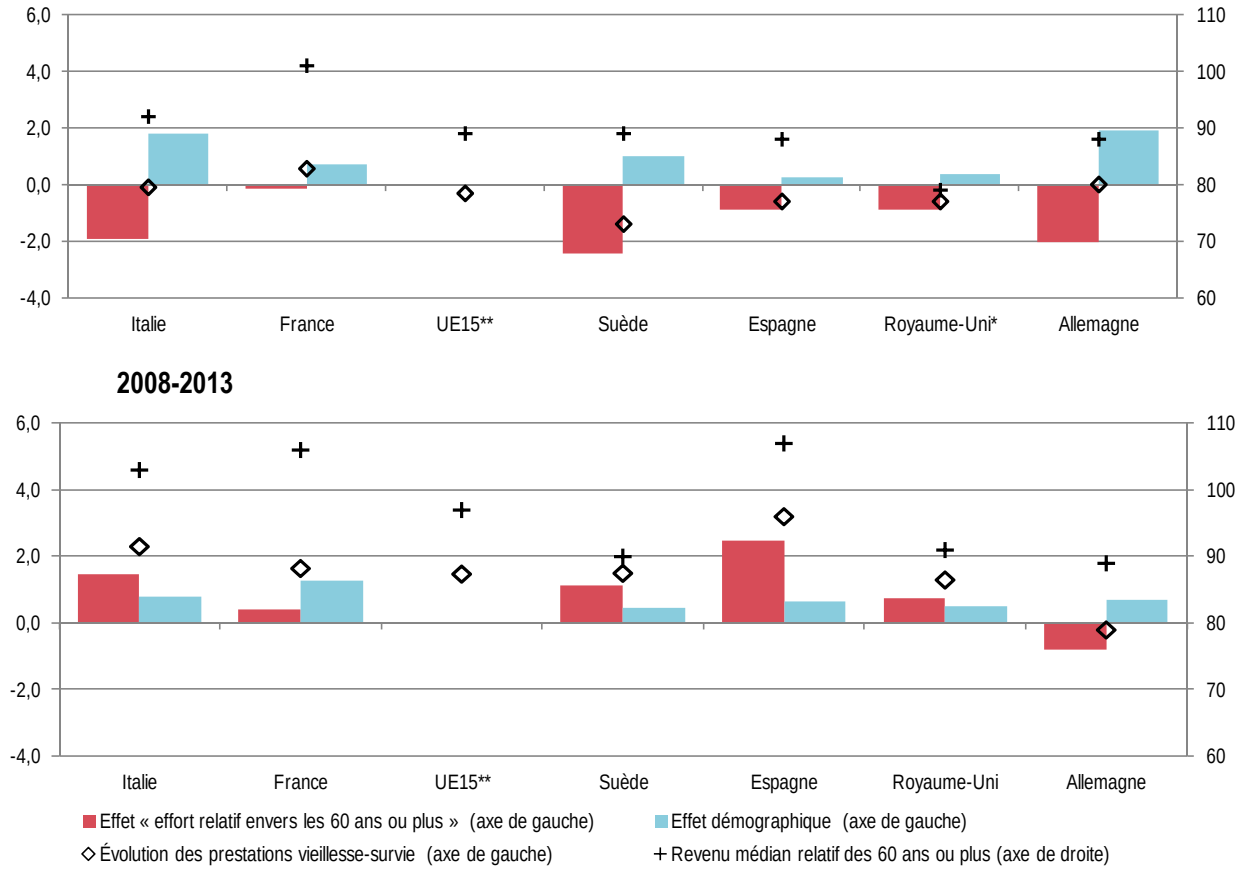
Prestations en % du PIB (axe de gauche) et en SPA par personne âgée (axe de droite)



* Données 2012 pour la Grèce et la Pologne. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Graphique 2 Décomposition de l'évolution des prestations du risque vieillesse-survie et niveau de vie relatif des 60 ans ou plus en 2007 et en 2013 par rapport à celui des moins de 60 ans

En points de PIB (échelle de gauche) et en % du revenu médian des moins de 60 ans (échelle de droite)



Lecture > Entre 1996 et 2007, l'évolution des prestations de vieillesse et survie de l'Italie (-0,1 point de PIB) se décompose de la façon suivante : -1,9 point du fait d'une diminution de l'« effort relatif envers les 60 ans ou plus » (baisse du ratio de la dépense de vieillesse et survie par personne de 60 ans ou plus sur le PIB par habitant) et +1,8 point du fait des évolutions démographiques (augmentation de la part des 60 ans ou plus dans la population totale). La formule de décomposition des prestations est décrite en annexe 3.
* Évolution 1996-2006 pour le Royaume-Uni (rupture de série en 2007).
** La décomposition n'est pas effectuée pour l'UE 15 pour des raisons techniques. Pour s'abstraire des ruptures de série, l'évolution 1996-2007 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant, pour le Royaume-Uni et le Danemark, que la période 1996-2006 (rupture de série en 2007). L'évolution 2008-2013 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant que l'évolution 2008-2012 pour les Pays-Bas (rupture de série en 2013) et pour la Grèce (données manquantes en 2013).
Note > Le niveau de vie relatif des 60 ans ou plus est mesuré par le rapport entre le revenu médian des 60 ans ou plus et le revenu médian des moins de 60 ans. Il s'agit dans les deux cas de revenus disponibles par unité de consommation.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

30 Le risque famille-enfants en Europe

Des dépenses qui reflètent les priorités des politiques familiales en Europe

En 2013, les prestations famille-enfants représentent 2,3 % du PIB dans l'UE 28 et 2,4 % dans l'UE 15. Elles dépassent ou avoisinent les 3 % du PIB dans les pays du nord de l'Europe (Danemark, Finlande, Suède) ainsi qu'en Allemagne, au Royaume-Uni et au Luxembourg. Les pays du sud de l'Europe (Italie, Grèce, Espagne, Portugal) ainsi que les Pays-Bas et la plupart des nouveaux membres consacrent au risque famille-enfants un effort sensiblement inférieur à la moyenne UE 15. La France, l'Autriche et l'Irlande se situent légèrement au-dessus de la moyenne européenne (graphique 1).

Les différences de niveau de dépenses entre pays doivent être interprétées en tenant compte de leur situation démographique et de l'intensité de l'effort consenti par jeune. En Allemagne, les prestations famille-enfants représentent plus de 3 % du PIB, alors que la part de la population de moins de 20 ans y est la moins importante d'Europe (18 %, contre 21 % en moyenne dans l'UE 15). L'Allemagne occupe ainsi la deuxième position, après le Luxembourg, en termes de montant de prestations par jeune (5 900 SPA contre une moyenne UE 15 de 3 200 SPA). Les pays du nord et le Royaume-Uni se distinguent aussi par un montant de prestations par jeune supérieur à la moyenne UE 15 et par une population relativement jeune.

Le niveau de prestations en France et en Irlande s'explique à la fois par un montant de prestations par jeune proche de la moyenne UE 15 et par des proportions de jeunes les plus élevées d'Europe (près de 25 % de moins de 20 ans en France et 28 % en Irlande). Dans les pays du sud en revanche, la part des jeunes dans la population ne dépasse pas les 20 % et les prestations par individu y sont inférieures à 1 700 SPA. Enfin, aux Pays-Bas, la population est relativement jeune (23 %) mais le montant de prestations par jeune y est parmi les plus faibles de l'UE 15 (1 400 SPA).

La portée de cette comparaison est cependant limitée par les vecteurs de la politique familiale retenus : certains pays passent davantage que d'autres par le système fiscal pour accroître le revenu disponible des familles (quotient familial en France, crédit d'impôt pour enfant au Royaume-Uni, exonérations fiscales à hauteur des besoins de l'enfant en Allemagne, etc. – *cf.* annexe 1), et ces montants ne sont pas retracés dans les dépenses de prestations. Enfin, le niveau élevé de prestations dans certains pays comme l'Allemagne ou l'Angleterre est en partie lié à une entrée tardive dans le système éducatif, ce qui induit un besoin de financement plus important de la garde des enfants de moins de 5 ans.

Les États membres se distinguent également par leur type d'intervention. En 2013, en moyenne, les deux tiers des prestations famille-enfants dans l'UE 15 sont versées en espèces. Seuls les pays scandinaves et l'Espagne versent majoritairement ces prestations en nature (plus de 60 % au Danemark et en Espagne, plus de 50 % en Suède et en Finlande), sous forme de services de garde d'enfants. Par ailleurs, en moyenne, 77 % des prestations famille-enfants sont versées sans condition de ressources. Parmi les pays de l'UE 15, il n'y a qu'en Italie et au Portugal que les prestations soumises à conditions de revenus sont majoritaires. En France, plus de 60 % des prestations sont versées en espèces et plus de 80 % sans condition de ressources.

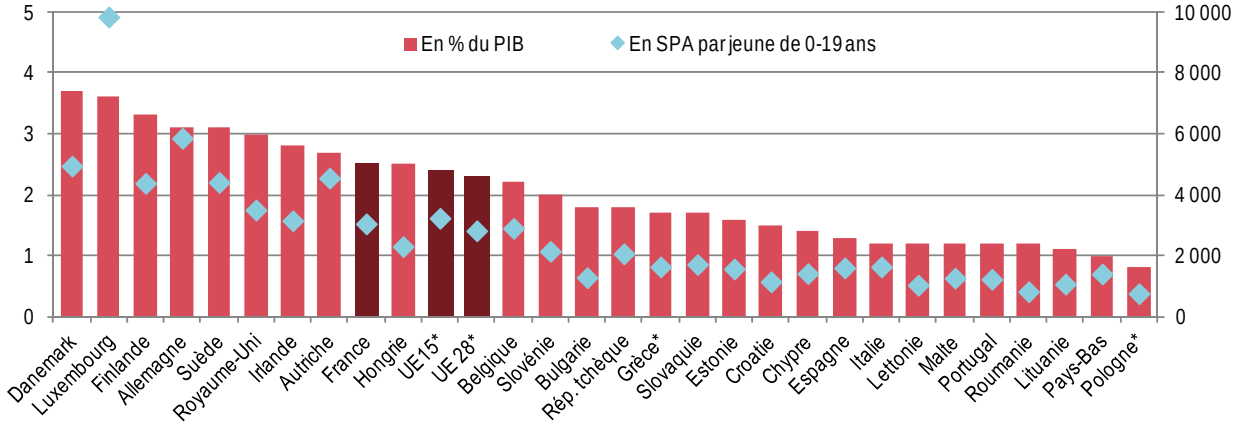
Un « effort relatif » en faveur des familles plutôt en baisse dans la majorité des pays européens

Dans la période qui précède la crise (1996-2007), les prestations famille-enfants baissent en moyenne de 0,2 point de PIB dans l'UE 15 et plus fortement en Suède (-0,5 point) et au Royaume-Uni (-0,8 point ; graphique 2). Elles augmentent toutefois en Espagne (0,7 point) et dans une moindre mesure en Italie (0,3 point). Immédiatement après la crise, les prestations famille-enfants, participant à la stabilisation des revenus, croissent dans un premier temps (2008-2009), de 0,2 point dans l'UE 15. Cette hausse est commune à tous les pays, mais la tendance s'inverse dès l'année suivante. Entre 2009 et 2013, les dépenses diminuent ou se stabilisent dans la plupart des pays considérés, à l'exception de l'Allemagne et de la Suède (+0,1 point).

Ces évolutions peuvent être décomposées selon deux dimensions : un facteur démographique et un facteur « effort relatif », qui mesure l'intensité de la dépense par personne de moins de 20 ans (*cf.* annexe 3). Dans les six pays étudiés, l'effet démographique tire les dépenses à la baisse. Les différences de dynamique des dépenses d'un pays à l'autre sont moins dues à l'évolution démographique qu'à l'évolution de la politique familiale. Entre 1996 et 2007, l'effet « effort relatif » est en hausse en Espagne, en Italie et en Allemagne (graphique 2). Cet effort relatif envers les familles continue d'augmenter en Allemagne après 2009, à contre courant de la plupart des autres pays européens, à l'exception de la Suède. Il se traduit par l'adoption de mesures destinées à améliorer la conciliation entre vie familiale et activité professionnelle (création en 2007 de l'allocation parentale pour les parents travaillant à temps partiel, mise en place du congé parental d'éducation, création en 2013 d'une allocation de garde d'enfants et adoption d'une loi garantissant à tout enfant de moins de 3 ans une place en crèche…). À l'inverse, au Royaume-Uni, l'effort relatif envers les familles baisse sensiblement entre 1996 et 2006 et dans une moindre mesure entre 2009 et 2013. Il devrait continuer à diminuer à l'avenir en raison de la réforme du « *child benefit* » en 2013 qui réduit ou supprime certaines allocations familiales en fonction du revenu. En France, l'effort relatif pour les moins de 20 ans est relativement stable depuis 2009 (*cf.* fiche 14).

Graphique 1 Prestations du risque famille-enfants en 2013

Prestations en % du PIB (axe de gauche) et en SPA par jeune (axe de droite)

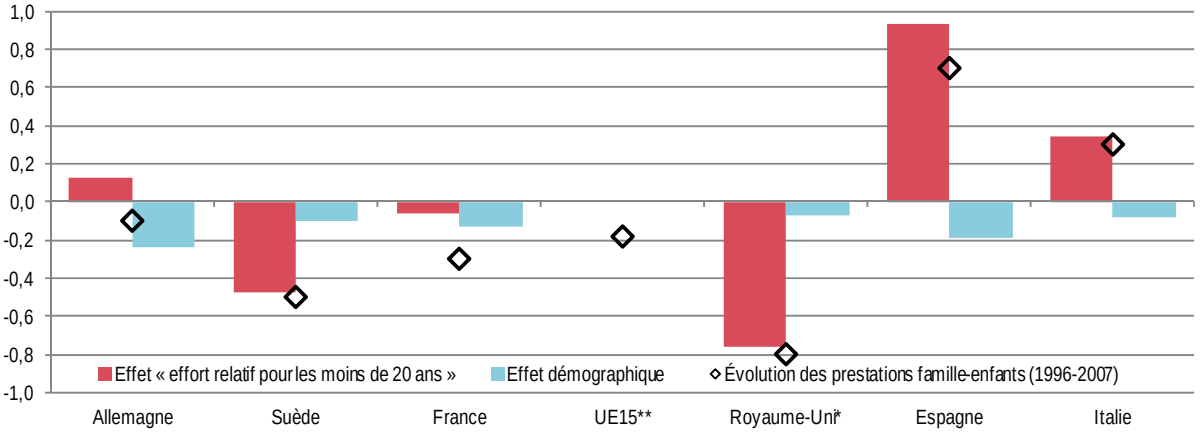


* Données 2012 pour la Grèce et la Pologne. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Graphique 2 Décomposition de l'évolution des prestations du risque famille-enfants en Europe

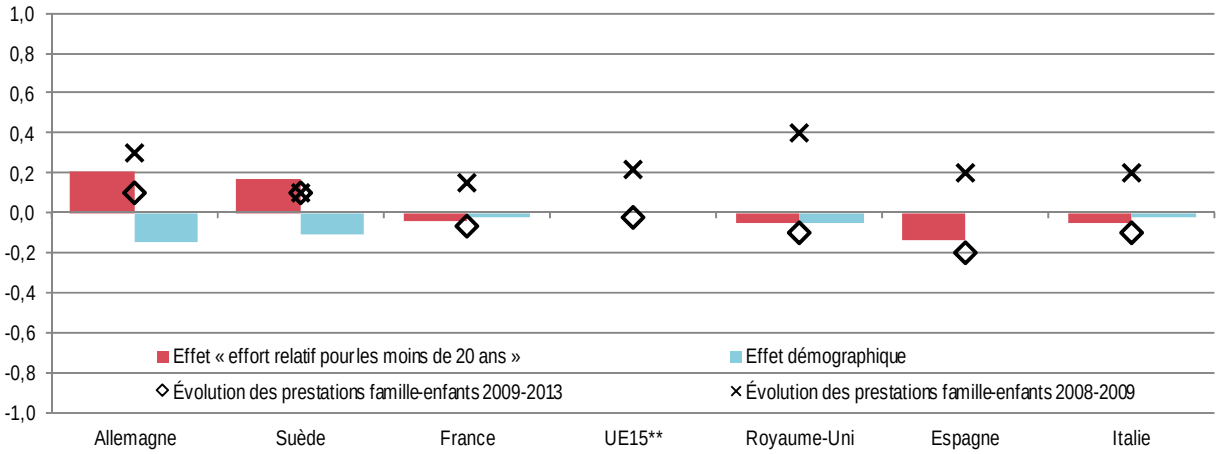
1996-2007

En points de PIB



2008-2013

En points de PIB



* Évolution 1996-2006 pour le Royaume-Uni (rupture de série en 2007).
** La décomposition n'est pas effectuée pour l'UE 15. Pour s'abstraire des ruptures de série, l'évolution 1996-2007 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant, pour le Royaume-Uni et le Danemark, que la période 1996-2006 (rupture de série en 2007). L'évolution 2008-2013 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant que l'évolution 2008-2012 pour les Pays-Bas (rupture de série en 2013) et pour la Grèce (données manquantes en 2013).
Lecture > Entre 2009 et 2013 en Allemagne, la hausse des dépenses de famille de 0,1 point en parts de PIB se décompose de la façon suivante : +0,2 point de PIB du fait d'un « effort social relatif pour les moins de 20 ans » accru de 2009 à 2013 et -0,1 point du fait des évolutions démographiques (diminution de la part des moins de 20 ans dans la population totale). La formule de décomposition des dépenses est décrite en annexe 3.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

31 Le risque chômage en Europe

La part des prestations chômage dans le PIB est en baisse dans 7 pays parmi 28

En 2013, les prestations du risque chômage (graphique 1) représentent en moyenne 1,5 % du PIB dans l'UE 28. Ces dépenses intègrent les revenus de remplacement et diverses prestations, en espèces ou en nature, fournies individuellement à des personnes privées d'emploi, en sous-emploi ou reprenant un emploi.

Trois États se distinguent par un montant de prestations particulièrement élevé en part du PIB : la Belgique (3,4 %), l'Espagne (3,3 %) et l'Irlande (3,1 %). Hormis Chypre (1,8 %), l'ensemble des nouveaux entrants et Royaume-Uni (0,6 %) enregistrent des parts de dépenses de chômage dans le PIB inférieures à 1 %.

La part de ces prestations dans le PIB baisse entre 2012 et 2013 dans les trois États où elle est la plus élevée. Elle est également en baisse au Danemark, au Royaume-Uni et en Hongrie, dans un contexte de diminution du taux de chômage, ainsi qu'en Slovaquie. En revanche, dans les pays baltes, la diminution de plus de 1 point du taux de chômage entre 2012 et 2013 s'accompagne d'une hausse des dépenses de chômage en part du PIB.

La forte dispersion du rapport des prestations au PIB reflète peu les différences de niveau de chômage entre les pays (graphique 2). Si l'Espagne enregistre à la fois des montants de prestations parmi les plus forts et un taux de chômage parmi les plus élevés (26,2 % en 2013), la Belgique a une dépense similaire malgré un taux de chômage plus de trois fois moindre (8,5 %). Plusieurs pays, en particulier d'Europe de l'Est, ont des dépenses inférieures à la moyenne européenne mais ont de forts taux de chômage. En revanche, les prestations de l'Autriche et du Luxembourg sont proches de la moyenne européenne malgré des taux de chômage parmi les plus faibles de l'Union (respectivement 5,4 % et 5,9 %).

Une diversité des conditions d'accès et des prestations servies

Les prestations de chômage dépendent non seulement du nombre de chômeurs, mais également de la couverture de ce risque (conditions d'accès), ainsi que du niveau et de la durée des prestations servies.

En France, en Espagne et, depuis 2015, en Italie, les conditions d'accès sont relativement peu strictes [1]. En France, il faut avoir travaillé au moins 4 mois au cours des 28 derniers mois, tandis qu'en Allemagne le minimum est de 12 mois travaillés sur les 24 derniers mois. En Italie, les conditions d'accès ont été fortement assouplies en 2012 puis à nouveau en 2015.

La durée maximale d'indemnisation peut atteindre deux ans en Espagne, en Italie (depuis 2015) et en Allemagne. En France, elle peut atteindre deux ans pour les personnes de moins de 50 ans et trois ans pour les personnes de 50 ans ou plus. Elle est plus faible en Suède (300 jours, ou 450 en cas d'enfants à charge) et au Royaume-Uni (6 mois).

Au Royaume-Uni, l'allocation est forfaitaire : en 2015, pour un couple, elle est par exemple de 115 £ par semaine (environ 160 euros). Dans tous les autres pays, le niveau de l'allocation dépend des salaires antérieurs (logique assurantielle). Les taux de remplacement bruts réglementaires à l'ouverture du droit peuvent varier en fonction du salaire antérieur, de la composition familiale et de la durée passée au chômage. Ces taux réglementaires sont difficilement comparables car ils ne tiennent pas compte des différences de fiscalité entre pays. De plus, dans certains pays et notamment en Espagne, en Italie et en Suède, le niveau d'allocation est réduit au-delà d'une certaine durée de chômage.

Suite à la crise, un effort relatif envers les chômeurs en baisse

Sur la période d'avant crise 1996-2007, la baisse du taux de chômage dans l'UE 15 réduit la part des prestations chômage dans le PIB. Par ailleurs, « l'effort relatif » à destination des chômeurs (prestations de chômage par bénéficiaire relativement au PIB par tête) diminue en Suède et en Allemagne (graphique 3). Outre-Rhin, les réformes *Hartz* ont limité la durée d'indemnisation et renforcé les mesures « d'activation » des chômeurs (accompagnement et placement des demandeurs d'emploi, contrôles, sanctions…). En revanche, l'effort relatif a augmenté en Espagne et en Italie, dans un contexte de baisse du chômage.

De 2009 à 2013, les prestations chômage en part de PIB sont stables ou en baisse dans la plupart des pays considérés ici. En Espagne et en Italie en particulier, la montée du chômage est partiellement ou totalement contrebalancée par un moindre effort par tête en faveur des chômeurs. La diminution de cet effort 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. De plus, à partir de 2010, la tendance des réformes est à la maîtrise des montants d'indemnisation [2], à l'exception de l'Italie où les réformes ne se traduisent toutefois pas encore par une hausse de l'effort relatif.

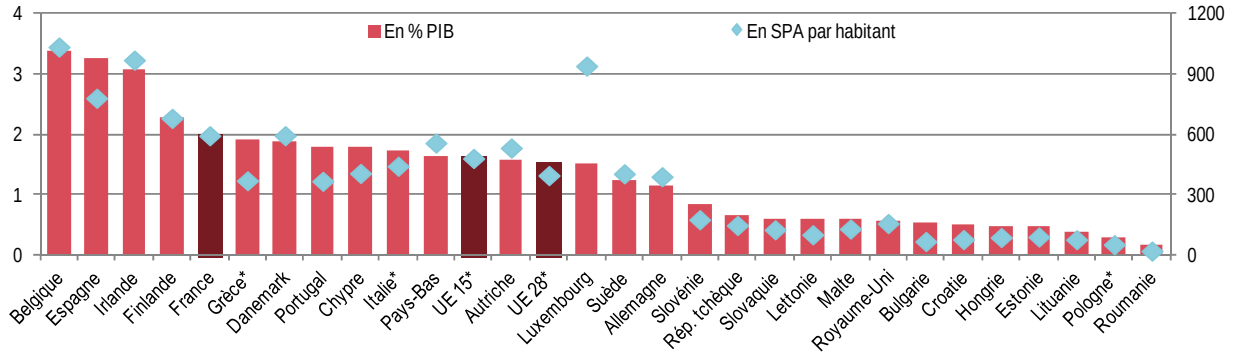
L'Allemagne fait figure d'exception : le taux de chômage diminue entre 2009 et 2013 grâce à la reprise économique, entraînant une baisse de la part des prestations chômage dans le PIB.

Pour en savoir plus

[1] Unédic, « L'assurance chômage en Europe », Europ'Info, n°9, juillet 2012.
[2] Conseil d'orientation pour l'emploi (COE), « Les réformes des marchés du travail en Europe », novembre 2015.

Graphique 1 Prestations de chômage en 2013

Prestations en % du PIB (axe de gauche) et en SPA par habitant (axe de droite)

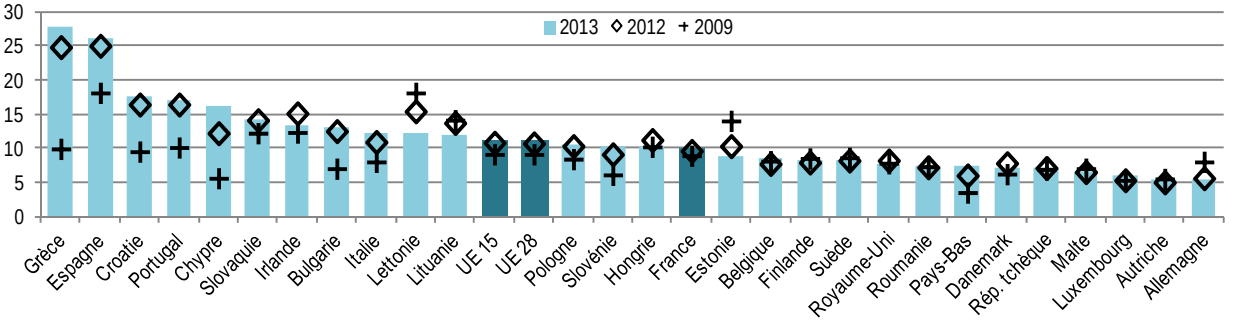


* Données 2012 pour la Grèce et la Pologne. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible. Données pour l'Italie révisées en 2015 (annexe 1).

Source > Eurostat-SESPROS.

Graphique 2 Taux de chômage en 2009, 2012 et 2013

Au sens du Bureau International du Travail (BIT), en %

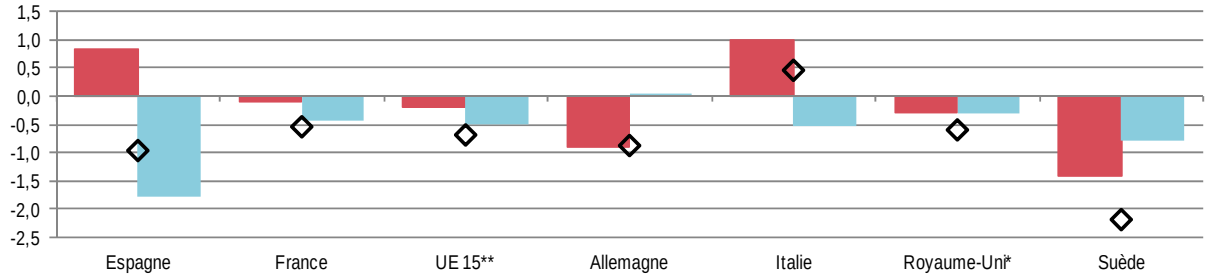


Source > Eurostat-Enquête européenne sur les forces de travail (EFT).

Graphique 3 Décomposition de l'évolution des prestations de chômage

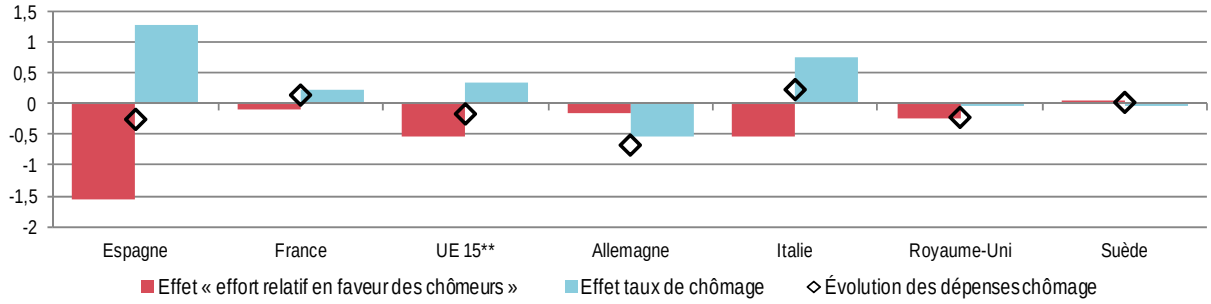
Avant la crise : entre 1996 et 2007

En points de PIB



Depuis la crise : entre 2009 et 2013

En points de PIB



* Évolutions de 1996 à 2006 pour le Royaume-Uni (rupture de série en 2007).

** Pour s'abstraire des ruptures de série, l'évolution 1996-2007 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant, pour le Royaume-Uni et le Danemark, que la période 1996-2006 (rupture de série en 2007). L'évolution 2009-2013 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant que l'évolution 2009-2012 pour les Pays-Bas (rupture de série en 2013) et pour la Grèce (données manquantes en 2013).

Lecture > Entre 1996 et 2007, l'évolution des dépenses de chômage dans le PIB en France (-0,5 point de PIB) se décompose de la façon suivante : -0,1 point du fait d'un effet « effort relatif à l'égard des chômeurs » et -0,4 point du fait des évolutions du chômage (diminution du taux de chômage). La formule de décomposition des dépenses est décrite en *annexe 3*.

Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

32 Le risque logement en Europe

D'importantes disparités des dépenses de logement entre pays européens

En 2013, les prestations de logement versées aux ménages représentent en moyenne 0,6 % du PIB au sein de l'Union européenne (graphique 1). Ces dépenses, très stables au global au niveau européen, ont atteint ce niveau moyen dans le PIB en 2009. Seuls trois États membres ont des dépenses supérieures à la moyenne européenne : le Royaume-Uni (1,5 % du PIB), la France (0,8 % du PIB) et le Danemark (0,7 % du PIB). L'Allemagne et la Finlande se situent dans la moyenne européenne. À l'inverse, certains nouveaux entrants, les pays du sud et l'Autriche, ont des dépenses de logement extrêmement faibles (inférieures à 0,1 % du PIB).

La croissance de ces dépenses est soutenue dans l'UE 15 jusqu'en 2009 (+2,4 % de moyenne annuelle en euros constants de 1996 à 2007 et +5,8 % de 2007 à 2009), avec toutefois des disparités notables (graphique 2). La Suède se distingue avec un recul respectivement de -3,3 % puis de -2,5 % en moyenne annuelle.

L'Allemagne et l'Italie connaissent une croissance nettement plus forte que la moyenne durant la période précédant la crise (respectivement +8,8 % et +6,6 %). En Italie, cela se poursuit pendant les années crise où ces dépenses font un bond (+31,9 % par an entre 2007 et 2009). Toutefois le niveau des prestations logement étant faible, ces importantes variations ne modifient pas pour autant le classement des pays tant au regard des dépenses par habitant qu'en points de PIB. Au cours de la période récente (2009-2013), à la suite de l'adoption de politiques budgétaires restrictives, les évolutions en euros constants et en moyenne annuelle sont négatives en Allemagne (-1,8 %), ainsi qu'en Italie (-4,2 %) et en Espagne (-17,8 %). En France, les dépenses de la fonction logement continuent à croître, mais à un rythme moins soutenu (+1,0 % en euros constants, contre +3,7 % en 2007-2009 – *cf.* fiche 16). En Suède en revanche, ces dépenses accélèrent (+2,8 %).

Une couverture partielle des dépenses affectées au logement

La comparaison des niveaux des dépenses de logement et de leurs évolutions est délicate en raison de la diversité des politiques du logement : SESPROS couvre uniquement les aides aux personnes (volet « protection sociale »). En conséquence, les autres volets de l'intervention publique visant à améliorer l'accessibilité et la qualité du logement (promotion de la construction, accession à la propriété, logement social…) ne sont pas couverts par le système de comptes européen. Cette couverture partielle du champ influence le classement. La tête de ce classement est occupée par des pays où les allocations logement sont largement versées de façon directe (le Royaume-Uni, le Danemark et la France), pays dans lesquels l'offre de logements locatifs sociaux représente par ailleurs une proportion importante du parc total de logements (1/5). Les dépenses liées aux prestations de logement apparaissent plus faibles dans les pays qui ont fait de la mise à disposition de logements à loyers ou prix réduits une priorité de leurs politiques, comme aux Pays-Bas (1/3 de logements locatifs sociaux). En 2014, dans l'est de l'Europe, la part des logements locatifs est très faible (1/10) et celles des logements locatifs sociaux plus encore. Dans ces pays, la proportion très élevée de propriétaires (9/10) résulte de la vague de privatisations, à prix bas, intervenue lors du passage à l'économie de marché dans les années 1990.

Des niveaux très hétérogènes d'exclusion liée au logement en Europe

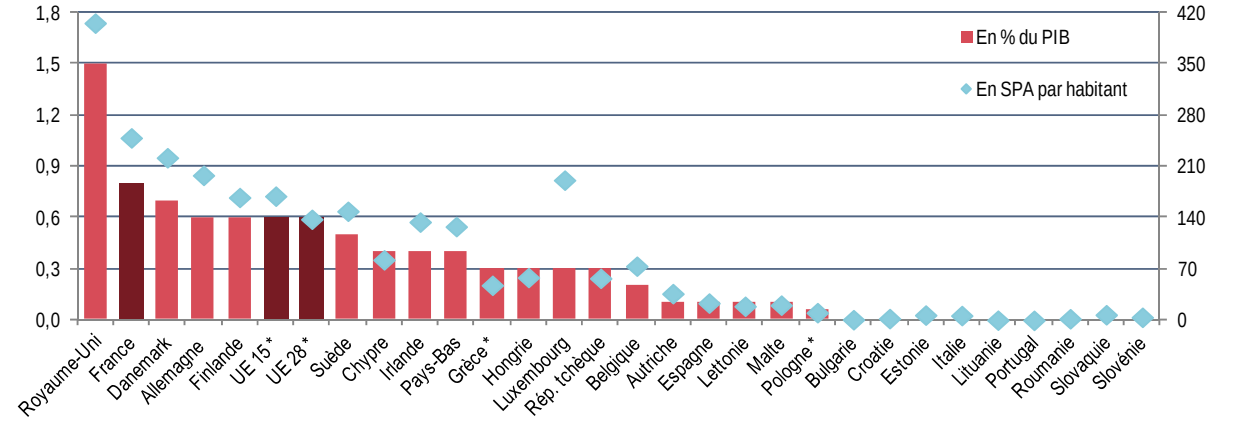
En 2014, les Européens consacrent en moyenne un cinquième environ de leur revenu disponible au logement (SILC-EU). Cette proportion est double pour les plus démunis. La crise a par ailleurs exacerbé le mal-logement et augmenté le nombre de sans-abris.

La stratégie Europe 2020 vise à réduire significativement la pauvreté et l'exclusion sociale à l'horizon 2020 (*cf.* fiche 21). À cet égard, l'indicateur de taux de privation sévère liée au logement aide à objectiver les évolutions. Il identifie la proportion de personnes vivant dans un logement surpeuplé et insalubre. En 2014, 5,1 % de la population européenne (UE 28) étaient dans ce cas, une proportion stable depuis 2001 et plus élevée que dans l'UE 15 (3,3 % – graphique 3). Cette différence résulte de différences encore très importantes de confort entre les logements à l'ouest et à l'est de l'Europe.

Le taux de privation sévère liée au logement est inférieur à la moyenne européenne dans les trois pays (Royaume-Uni 2,4 %, France et Danemark 2,3 %) qui consacrent, en proportion de leur PIB, les dépenses les plus importantes pour le logement. À l'inverse, les pays où la part des prestations logement dans le PIB est nulle ou quasi-nulle sont en général ceux pour lesquels le taux de privation sévère liée au logement est le plus fort, comme en Italie (9,5 %). La politique de mise à disposition de logements locatifs sociaux semble également contribuer à la limitation du taux de privation sévère liée au logement comme aux Pays-Bas (0,6 %) par exemple. Ces taux sont aussi très faibles en Norvège et en Finlande (0,7 %). La France est un des rares pays européens, avec l'Autriche et le Danemark, où la construction de logements sociaux augmente à un rythme soutenu, où la privation sévère est inférieure à la moyenne européenne et en recul (-1,1 point depuis le début de la crise).

Graphique 1 Prestations du risque logement en Europe en 2013

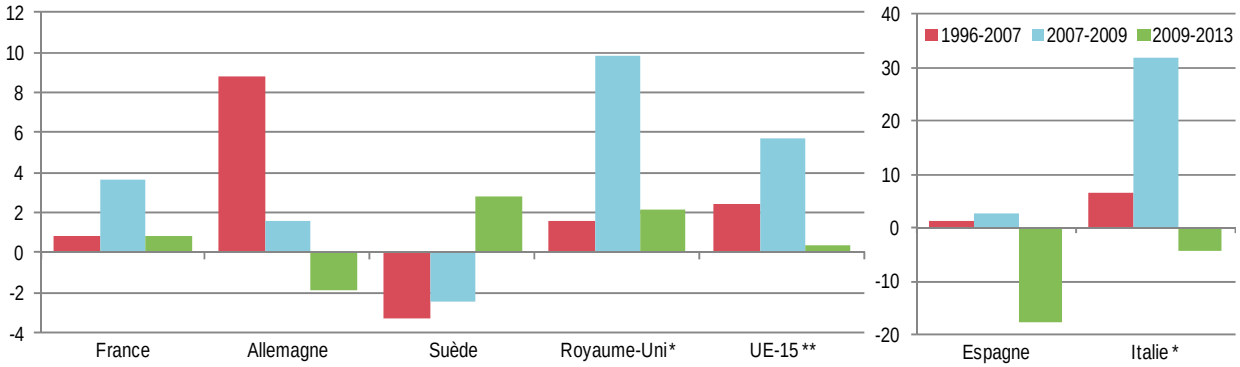
En % du PIB (axe de gauche) et en SPA par habitant (axe de droite)



* Données 2012 pour la Grèce et la Pologne. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible.
Note > Voir glossaire pour la définition du SPA.
Champ > UE 28.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Graphique 2 Évolution des prestations logement en Europe entre 1996 et 2013

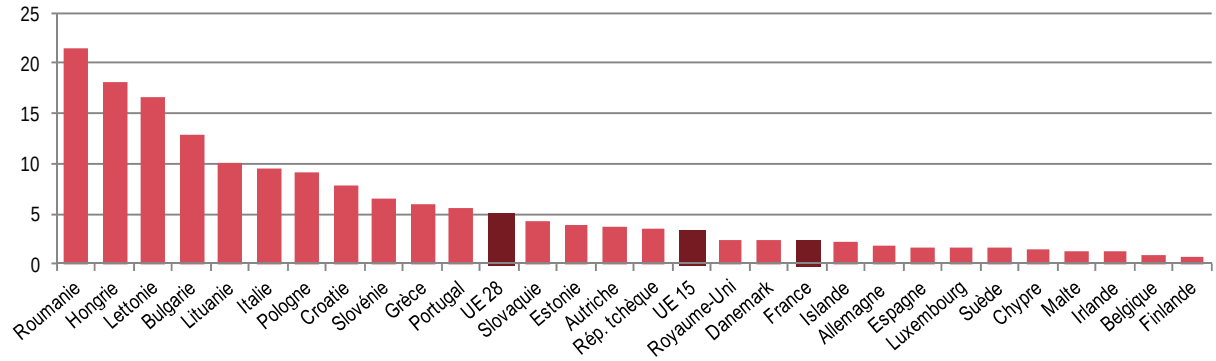
Évolution annuelle moyenne en % (euros constants 2005)



* Évolution 1996-2006 pour le Royaume-Uni (rupture de série en 2007). Données pour l'Italie révisées en 2015 (annexe 1).
** Pour s'abstraire des ruptures de série, l'évolution 1996-2007 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant, pour la Grèce, que la période 2001-2007 (données manquantes), pour le Royaume-Uni et le Danemark, que la période 1996-2006 (rupture de série en 2007). L'évolution 2009-2013 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant que l'évolution 2009-2012 pour les Pays-Bas (rupture de série en 2013) et pour la Grèce et l'Irlande (données manquantes en 2013).
Champ > UE 15.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Graphique 3 Taux de privation sévère liée au logement en Europe en 2013

En % de la population



Lecture > En France, 2,3 % de la population sont en situation de privation sévère liée au logement, c'est-à-dire vivant dans des logements surpeuplés et insalubres (insalubrité définie par quatre critères parmi l'absence de salle de douche, de salle de bain ou de toilettes à l'intérieur du logement, l'absence d'eau chaude, de chauffage, la faible taille du logement, l'humidité ou le bruit).
Champ > UE 28.
Sources > Eurostat-SESPROS.

Pour en savoir plus

Salvi del Pero, A. *et al.*, 2016, « Policies to promote access to good-quality affordable housing in OECD countries », document de travail de l'OCDE sur les questions sociales, emplois et migrations, No. 176.
Pittini, A *et al., 2015,* «The State of Housing in the EU 2015 : A Housing Europe Review », Housing Europe.

33 Le risque exclusion sociale en Europe

Depuis la crise, les prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ralentissent

La part consacrée au risque exclusion sociale dans l'ensemble des prestations sociales est relativement faible en Europe : elle est inférieure à 2 % en moyenne, ce qui représente 0,5 % du PIB (graphique 1). Les Pays-Bas consacrent la part la plus élevée à ce risque avec 1,5 % du PIB. Rapportées à la population, les prestations d'exclusion sociale atteignent en moyenne 160 SPA par habitant dans l'UE 15 et 130 SPA par habitant dans l'UE 28. Les Pays-Bas, le Danemark et le Luxembourg versent les montants de prestations par habitant les plus élevés (respectivement 520, 420 et 310 SPA). La France fait partie des pays qui versent des montants supérieurs à la moyenne (270 SPA, soit 290 euros). À l'inverse, les niveaux de prestations les plus bas (inférieurs à 60 SPA par habitant) sont constatés en Allemagne, dans les pays du sud de l'Europe et la plupart des nouveaux entrants.

Entre 1996 et 2007, les prestations consacrées à la lutte contre l'exclusion sociale augmentent de 4 % en moyenne annuelle dans l'UE 15, avec des taux de croissance plus importants en France (+7 %) et surtout en Espagne et en Italie (près de 9 %), alors qu'elles baissent en Allemagne et en Suède (graphique 2). Entre 2007 et 2009, leur évolution annuelle moyenne bondit à la suite de la crise à 7 % dans l'UE 15, 8 % en France et au Royaume-Uni. La tendance est toutefois inverse en Espagne et les prestations continuent de baisser en Allemagne (moins fortement qu'au cours de la période précédente). Enfin, entre 2009 et 2013, les prestations de lutte contre l'exclusion sociale diminuent de près de 2 % par an dans l'UE 15. L'évolution reste toutefois contrastée selon les pays : en baisse en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni, ces aides progressent de 4 % par an en Suède et jusqu'à 7 % en Allemagne. Cette inversion de la tendance en Allemagne est due à la réforme *Hartz IV* qui compte parmi ses principales mesures la suppression du minimum garanti et des prestations d'assistance chômage, et la création de prestations pour les demandeurs d'emploi. Des personnes qui relevaient auparavant de la branche chômage deviennent, après la réforme, bénéficiaires d'aides qui relèvent du risque pauvreté-exclusion sociale. En France, après une hausse exceptionnelle en 2009 (crédit d'impôt exceptionnel aux ménages modestes), les prestations diminuent l'année suivante. Elles augmentent de nouveau entre 2011 et 2013, en raison notamment de la hausse du nombre de bénéficiaires du revenu minimum (RSA).

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 à ce droit. Souvent utilisées comme des prestations de dernier recours, les prestations de minima sociaux dépendent en partie des critères d'attribution, de la durée de l'assurance chômage et des autres allocations (invalidité, etc.) ainsi que de l'existence de dispositifs spécifiques sur des populations ciblées (minimum vieillesse, etc.). Par conséquent, 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.

Dans les pays de l'UE 28, les prestations du risque pauvreté-exclusion sociale sont principalement versées en espèces (75 % du total des prestations) et sous condition de ressources (80 %). Les prestations en nature dominent cependant largement en Italie et en Grèce où il n'existe pas de revenu minimum national et en Suède où des aides peuvent être accordées pour faire face aux dépenses relatives à l'électricité, au transport et à l'assurance habitation.

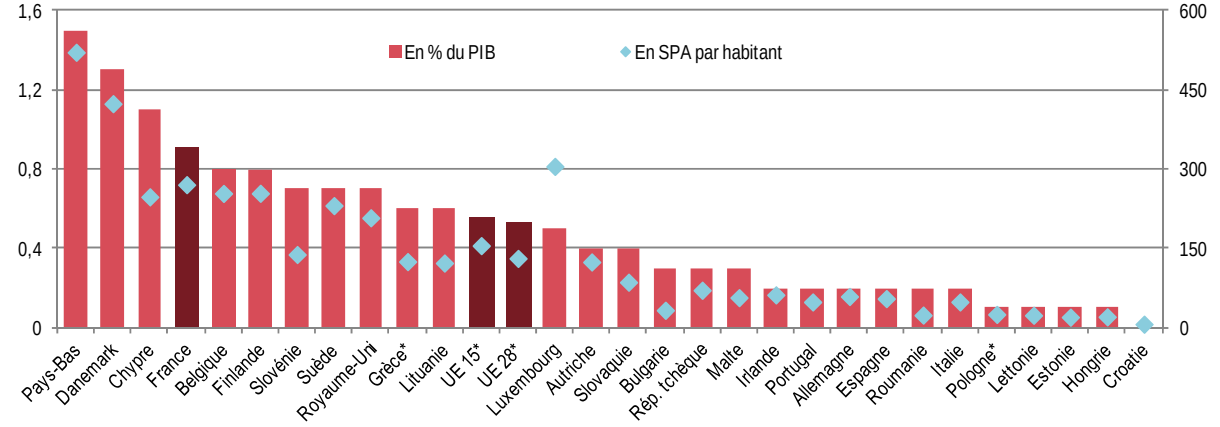
Des évolutions parfois divergentes des taux et des seuils de pauvreté

En 2013, le taux de pauvreté monétaire, c'est-à-dire la proportion des personnes vivant avec un revenu inférieur à 60 % du revenu équivalent médian, atteint 17 % dans l'UE 15. Il est plus faible dans les pays nordiques, aux Pays-Bas et en France (moins de 15 %). Les pays du sud de l'Europe, plus touchés par la crise et dont les prestations d'exclusion sociale sont relativement faibles, ont les taux de pauvreté les plus élevés (20 % en Italie et au Portugal, 22 % en Espagne et en Grèce).

Entre 2009 et 2013, le taux de pauvreté monétaire augmente de 0,7 point dans l'UE 15 (graphique 3). La Suède et la Grèce connaissent les plus fortes hausses (+2,2 et +2,0 points), tandis que le Danemark enregistre la baisse la plus importante (-1,4 point). Il s'agit d'un taux de pauvreté relative dont le niveau et l'évolution doivent être interprétés en tenant compte du niveau et de l'évolution du revenu médian. Ainsi, la hausse du taux de pauvreté en Espagne (+1,5 point) et en Grèce (+2,0 points) est d'autant plus alarmante qu'elle s'accompagne d'une baisse du revenu médian et, de ce fait, du seuil de pauvreté (respectivement -5 % et -32 %). En Allemagne et aux Pays-Bas, l'augmentation dans les mêmes proportions du taux de pauvreté (un peu plus de 1 point) se traduit par une dégradation du niveau de vie de la population plus importante aux Pays-Bas, où le revenu médian stagne, qu'en Allemagne, où il augmente de 10 %. La situation est plus favorable au Danemark et en Autriche, où le taux de pauvreté baisse, et en France, où le taux de pauvreté stagne tandis que le revenu médian augmente (*cf.* fiche 21).

Graphique 1 Prestations du risque exclusion sociale en 2013

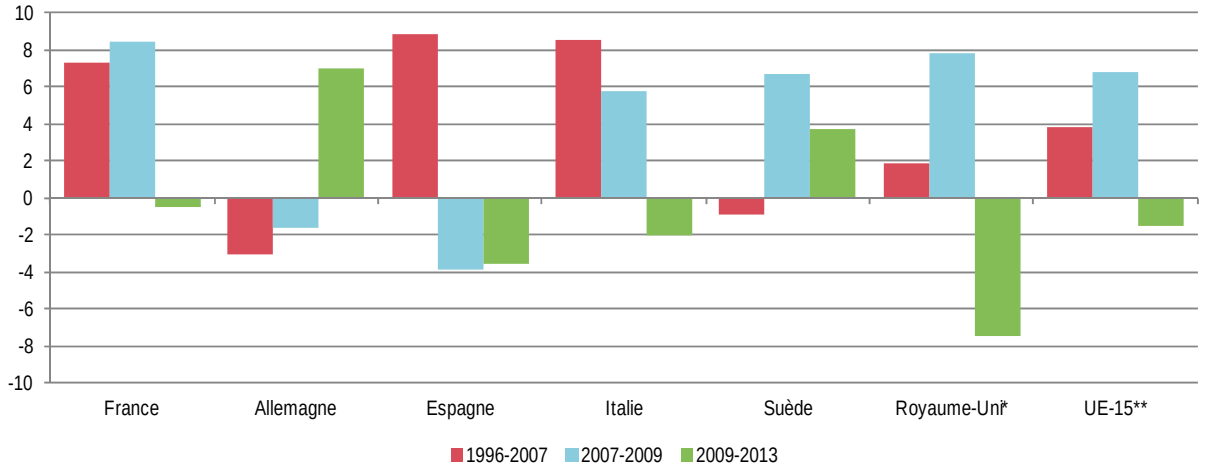
Prestations en % du PIB (axe de gauche) et en SPA par habitant (axe de droite)



* Données 2012 pour la Grèce et la Pologne. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible.
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Graphique 2 Évolution des prestations du risque exclusion sociale

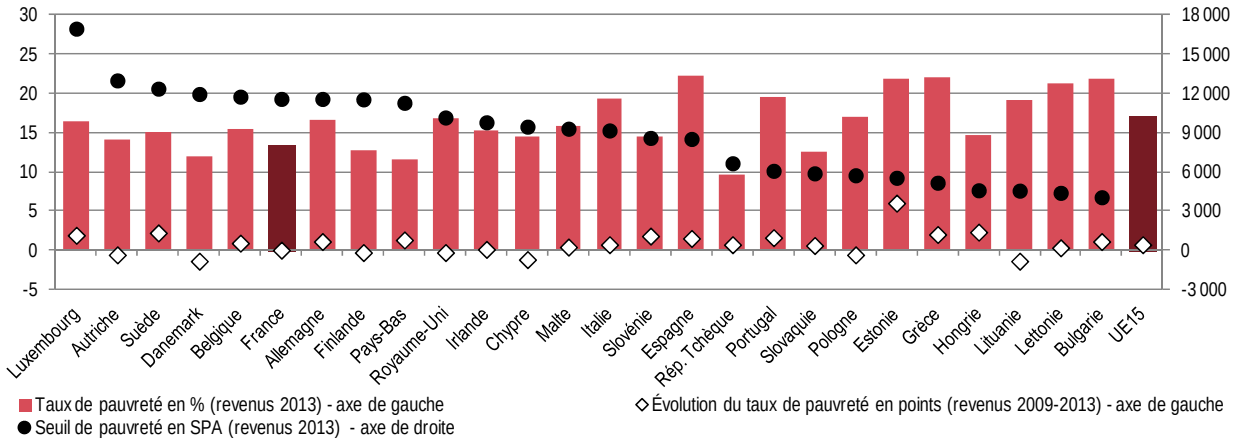
Évolution annuelle moyenne en % (euros constants 2005)



* Évolution 1996-2006 pour le Royaume-Uni (rupture de série en 2007).
** Pour s'abstraire des ruptures de série, l'évolution 1996-2007 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant que l'évolution 1996-2006 pour le Royaume-Uni et le Danemark (rupture de série en 2007) et 2000-2006 pour la Grèce (données manquantes). L'évolution 2009-2013 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant que l'évolution 2009-2012 pour les Pays-Bas (rupture de série en 2013) pour la Grèce et pour l'Irlande (données manquantes en 2013).
Sources > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

Graphique 3 Seuils et taux de pauvreté monétaire (après transferts sociaux) en Europe en 2013

En % de la population (axe de gauche) et en SPA par habitant (axe de droite)



Lecture > En Suède, le taux de pauvreté monétaire est de 15 % en 2013, en hausse de 2 points par rapport à 2009 et le seuil de pauvreté en 2013 y est de 12 400 SPA par habitant.
Champ > 26 pays de l'UE (données manquantes pour la Roumanie et la Croatie).
Sources > Eurostat-SESPROS ; EU-SILC (*Survey on Income and Living Conditions* – enquête sur le revenu et les conditions de vie).

4

Le compte de la dépendance de 2010 à 2014

Thibault Darcillon[1]

Le compte de la dépendance évalue le coût annuel de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées pour les ménages, les pouvoirs publics et les organismes complémentaires dans l'ensemble de ses dimensions : santé, aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie et hébergement. En 2014, ce coût est estimé à 34,2 milliards d'euros, soit 1,60 % du produit intérieur brut (PIB) ; il a augmenté de 0,1 point de PIB depuis 2010.

Les trois grandes composantes de la dépense, santé, aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie et hébergement, représentent chacune environ un tiers du coût. L'hébergement en établissement constitue la composante la plus dynamique depuis 2010.

Les pouvoirs publics (Sécurité sociale, État et collectivités locales) participent à près de 70 % au financement du coût, le reste représentant l'effort consenti par les ménages.

Le compte de la dépendance évalue le coût lié à la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans ou plus supporté par les pouvoirs publics et les ménages. Il ne s'agit pas ici d'estimer les dépenses totales, notamment en matière de soins, mais uniquement le surcroît de dépenses dû à leur situation de perte d'autonomie.

Le coût est retracé dans ses trois dimensions principales, à savoir les dépenses de santé, les dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie (dimension médico-sociale) et, enfin, les dépenses d'hébergement directement liées à l'état de dépendance (*cf.* encadré méthodologique).

Son périmètre comprend les dépenses au titre de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans ou plus considérées comme fortement ou moyennement dépendantes et classées, de ce fait, en GIR 1 à 4, selon la grille AGGIR[2]. Sont également prises en compte ici certaines dépenses qui bénéficient à des personnes classées en GIR 5 à 6 (considérées comme peu ou pas dépendantes par la grille AGGIR), soit parce qu'elles permettent de lutter contre la perte d'autonomie, soit parce qu'elles sont destinées à des personnes hébergées dans des établissements pour personnes dépendantes.

La prise en charge de la dépendance représente 34,2 milliards d'euros en 2014

Tous financeurs confondus, le coût de la dépendance en France est estimé à 34,2 milliards en 2014, soit 1,60 % du PIB. Sur ce montant total, 12,2 milliards d'euros sont consacrés aux dépenses de santé (soit 36 % du total – tableau 1), 10,5 milliards d'euros aux dépenses de prise en charge spécifique de la perte d'autonomie (soit 31 % du coût total) et 11,5 milliards d'euros (soit 34 %) aux dépenses d'hébergement en établissement.

Sur les 12,2 milliards d'euros consacrés aux dépenses de santé en 2014, 9,4 milliards d'euros correspondent aux dépenses retenues dans l'objectif global de dépenses (OGD) en faveur des personnes âgées, soit 77 % des dépenses de santé. L'OGD regroupe les dotations médico-sociales définies dans le cadre de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) ainsi que les dépenses prises en charge à ce titre par la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA). Puis viennent les dépenses de soins de ville (15 %) et les dépenses engagées au titre des unités de soins de longue durée (USLD – 8 %).

Sur les 10,5 milliards d'euros affectés aux dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie en 2014, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en représente, à elle seule, un peu plus de la moitié (5,5 milliards d'euros). Vient ensuite le ticket modérateur qui désigne la participation éventuelle à cette allocation acquittée par les ménages et dont le montant dépend à la fois du niveau du plan d'aide mobilisé et de leurs revenus[3] (pour un peu plus de

1 L'auteur remercie Arnaud Fizzala pour ses simulations sur le modèle Autonomix.

2 Autonomie gérontologique groupes iso-ressources, qui fournit une estimation du degré de dépendance physique et psychique des personnes âgées dans l'accomplissement des actes quotidiens. Les groupes homogènes de perte d'autonomie ainsi constitués vont du niveau 1 (sévère) au niveau 6 (léger), seules les personnes en GIR 1 à 4 étant considérées comme dépendantes éligibles à l'APA.

3 L'APA vise à financer une partie des frais liés une perte d'autonomie significative. S'il s'agit d'une aide universelle, le montant de la participation financière exigée de ses bénéficiaires dépend des ressources de leur ménage. Pour les plus modestes, l'APA financée par

21 %). Sont également estimées les dépenses effectuées le cas échéant par les ménages au-delà du plan d'aide d'APA[1]. L'action sociale des caisses de Sécurité sociale, des départements et des communes constitue 9 % des dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la dépendance. Les collectivités locales prennent en effet en charge une partie des dépenses d'aides ménagères et d'accueil familial. Les caisses, quant à elles, financent notamment des dépenses liées à l'aide au maintien à domicile des retraités ou encore liées à l'évaluation des besoins de ces derniers. Les exonérations de cotisations et les différentes prestations de compensation du handicap (prestation de compensation du handicap [PCH] et allocation compensatrice pour tierce personne [ACTP]) versées aux personnes de 60 ans ou plus[2] représentent chacune près de 600 millions d'euros (soit 6 %). Enfin, ces dépenses sont complétées par les aides fiscales, ainsi que par les dépenses d'équipements spéciaux pour les personnes âgées dépendantes.

Tableau 1 Répartition par poste du coût de la dépendance en 2014

	En milliards d'euros				En % du PIB
	Financeur public	Ménages	Organismes complémentaires	Total	
Sous-total santé	**12,2**	**0,1**	**0,0**	**12,2**	**0,57**
OGD Personnes âgées	9,4	-	-	9,4	
Soins de ville	1,8	0,1	-	1,9	
Unités de soins de longue durée (USLD)	1,0	-	-	1,0	
Sous-total aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie	**8,1**	**2,1**	**0,3**	**10,5**	**0,49**
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et ticket modérateur	5,5	2,2	-	7,7	
APA au-delà du plan d'aide	-	0,3	-	0,3	
Prestations de compensation du handicap (PCH et ACTP) des 60 ans ou plus	0,6	-	-	0,6	
Action sociale (collectivités territoriales et caisses de Sécurité sociale)	0,9	-	-	0,9	
Dépenses d'équipements spéciaux pour les personnes âgées dépendantes	-	0,1	-	0,1	
Crédit d'impôt sur les équipements spéciaux pour les personnes dépendantes	0,0	0,0	-	0,0	
Exonérations de cotisations patronales pour emploi à domicile	0,6	-	-	0,6	
Crédit/réduction d'impôt sur le revenu pour emploi à domicile	0,2	-0,2	-	0,0	
Aides fiscales (demi-part, taux réduits de TVA) et diverses (actions d'animations)	0,2	-	-	0,2	
Prestations des OC au titre des garanties dépendance	-	-0,3	0,3	0,0	
Sous-total hébergement	**3,3**	**8,2**	**0,0**	**11,5**	**0,54**
Aide sociale à l'hébergement	1,2	-	-	1,2	
Aides au logement (APL, ALS)	0,5	-	-	0,5	
Réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement	0,3	-0,3	-	0,0	
Plan d'aide à la modernisation	0,2	-	-	0,2	
Taux réduit TVA construction établissement handicap dépendance	1,1	-	-	1,1	
Coût net de l'hébergement (y compris gîte et couvert)	-	8,5	-	8,5	
TOTAL	**23,5**	**10,4**	**0,3**	**34,2**	**1,60**

Note > OC : organismes complémentaires.
Champ > France entière. Hors aides informelles.
Source > DREES-Compte de la dépendance. *(Ce tableau a fait l'objet d'une révision le 23/04/2020).*

la collectivité est égale au plan d'aide. À partir d'un certain niveau de revenu, les ménages financent une partie de l'aide sous forme d'un ticket modérateur qui s'élève progressivement en fonction de leurs ressources jusqu'à 90 % de son montant. À partir de 2016, le ticket modérateur dépend non seulement des ressources, mais aussi du plan d'aide (le taux du ticket modérateur décroît quand le plan d'aide augmente).

1 Le montant du plan d'aide est constitué du montant versé par le conseil départemental et du ticket modérateur acquitté par le bénéficiaire. Ce montant est déterminé par les besoins d'aide dont une évaluation est préalablement effectuée par une équipe médico-sociale. Toutefois, le montant du plan d'aide attribué ne couvre pas nécessairement l'intégralité des besoins des personnes dépendantes. En effet, un quart des bénéficiaires de l'APA à domicile saturent leur plan d'aide, l'intégralité de leurs besoins n'est donc pas nécessairement couverte par l'APA (Fizzala, 2016). Faute de pouvoir alors identifier précisément l'aide mobilisée au-delà du plan d'APA, il avait été retenu dans l'ancienne version du compte de la dépendance l'hypothèse conventionnelle d'un « plan d'aide plafonné », ce qui revenait à supposer implicitement que l'intégralité des besoins était couverte par l'APA et le ticket modérateur à la charge des ménages. Désormais, le modèle Autonomix permet d'estimer le plan d'aide « déplafonné » (Fizzala, 2015).

2 Les personnes âgées de plus de 60 ans relèvent en principe de l'APA. Il est toutefois prévu un droit d'option pour celles qui bénéficiaient de l'ACTP ou de la PCH avant 60 ans. Celles-ci peuvent choisir, lorsqu'elles atteignent l'âge de 60 ans ou, après 60 ans, à chaque renouvellement de l'ACTP ou la PCH, soit de continuer à percevoir l'une de ces aides, soit de percevoir l'APA. Toutefois, la PCH remplaçant progressivement l'ACTP, plus aucune nouvelle ACTP n'est attribuée.

Les dépenses d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes sont majoritairement composées du coût net restant à la charge des ménages (74 %). Cette dépense nette correspond au tarif hébergement après déductions des aides reçues (telles que l'aide sociale à l'hébergement [ASH] et les aides au logement) et des dépenses de gîte et couvert[1]. Viennent ensuite, pour environ 10 % chacune, l'ASH et les dépenses fiscales pour la construction de nouveaux établissements (taux de TVA réduit)[2]. Enfin, les dépenses d'hébergement prises en charge par la collectivité comprennent les différentes aides au logement (aide personnalisée au logement [APL] et allocation de logement social [ALS]) et les montants alloués par la CNSA pour la modernisation des établissements médico-sociaux pour personnes âgées.

Le coût de la dépendance a augmenté de 0,1 point de PIB entre 2010 et 2014

Entre 2010 et 2014, le coût de la dépendance a connu une augmentation continue, passant de 29,6 milliards d'euros en 2010 (soit 1,48 % du PIB – tableau 2) à 34,2 milliards d'euros en 2014 (soit 1,60 % du PIB), soit une augmentation de 9 % en euros constants. Cette dépense globale relative à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées progresse quel que soit l'indicateur, que ce soit par tête en euros constants ou en part de PIB entre 2010 et 2014. Cette croissance est portée par celle des dépenses d'hébergement en établissement, qui sont passées de 0,47 % du PIB en 2010 à 0,54 % du PIB en 2014. Les dépenses de soins ont également connu une augmentation, de 0,53 % à 0,57 % du PIB entre 2010 et 2014. Les dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie sont quant à elles stables au cours du temps, représentant respectivement 0,48 % et 0,49 % du PIB en 2010 et 2014. Bien qu'on observe en général une baisse des taux de prévalence de la dépendance par âge d'une génération à l'autre (Lecroart, Froment, Marbot et Roy, 2013), le vieillissement de la population française induit une progression continue du nombre de personnes âgées dépendantes (en GIR 1 à 4). Elles sont passées de près de 1 150 000 en 2010 à 1 200 000 en 2014, soit une augmentation de 4 %. Ainsi, le rapport de la population dépendante à la population active[3] est passé de 4,07 % en 2010 à 4,33 % en 2014.

Au-delà des évolutions des effectifs concernés par ces dispositifs qui affectent par nature l'ensemble des composantes du compte, la dynamique des dépenses d'hébergement en établissement pour personnes dépendantes semble avant tout s'expliquer par la croissance de sa principale composante, le coût net restant à la charge des ménages. Toutefois, le chiffrage de l'évolution du coût net restant à la charge des ménages est fragile. La croissance des dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie est, quant à elle, principalement tirée par la hausse des dépenses allouées à l'APA (en moyenne annuelle de 1,6 % entre 2010 et 2014), principalement en raison de l'augmentation du nombre des bénéficiaires (de 2,1 % en moyenne annuelle sur la même période). Simultanément, le montant du ticket modérateur acquitté par les ménages a augmenté à un rythme légèrement supérieur aux dépenses d'APA, respectivement en moyenne annuelle de 2 % et de 1,6 %. La plus faible augmentation des dépenses d'APA pourrait résulter de la progression moins rapide à partir de 2013 des dotations budgétaires départementales allouées aux dépenses d'action sociale (Amar, 2015) dans un contexte de resserrement de la contrainte budgétaire.

Tableau 2 Coût de la dépendance entre 2010 et 2014

	En milliards d'euros					En % du PIB				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Sous-total santé	10,6	11,0	11,5	11,9	12,2	0,53	0,54	0,55	0,56	0,57
Sous-total aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie	9,6	9,8	10,2	10,4	10,5	0,48	0,48	0,49	0,49	0,49
Sous-total hébergement	9,5	9,7	10,4	10,9	11,5	0,47	0,47	0,50	0,51	0,54
TOTAL	29,6	30,5	32,1	33,2	34,2	1,48	1,48	1,54	1,57	1,60

Champ > France entière. Hors aides informelles des ménages.
Source > DREES-Compte de la dépendance.

1 Le modèle Autonomix estime le coût de l'hébergement pour les ménages en tenant compte de la TVA à 5,5 % si l'établissement a déclaré y être soumis dans l'enquête EHPA 2011. Cette enquête porte sur l'ensemble des établissements d'hébergement de personnes âgées (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], maisons de retraites, unités de soins de longue durée [USLD], logements-foyers…). À partir du coût de l'hébergement, le coût net est obtenu par déduction des dépenses de gîte et de couvert par tête dont le montant avait été estimé pour l'année 2010 par le groupe piloté par Bertrand Fragonard sur la stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées. Il est actualisé en fonction de l'indice des prix à la consommation pour les années suivantes. Ces dépenses de gîte et couvert correspondent aux dépenses minimales que les personnes devraient engager si elles résidaient à domicile (celles-ci ont été évaluées à partir de l'enquête Budget des familles de l'INSEE et correspondent aux dépenses incompressibles : alimentation, assurance logement, loyer…).
2 L'APA en établissement est destinée à aider son bénéficiaire à acquitter le tarif dépendance de la structure qui l'accueille, tandis que l'ASH vise à couvrir intégralement ou en partie les dépenses d'hébergement en cas de ressources insuffisantes du bénéficiaire. Ainsi, il est possible de cumuler l'APA et l'ASH (Bérardier, 2015). La dépense nette d'ASH prise en compte est la dépense nette en faveur des personnes âgées (obtenue en déduisant de la dépense brute les montants des récupérations sur bénéficiaires, obligés alimentaires et successions).
3 Population active de 15 ans ou plus au sens du BIT.

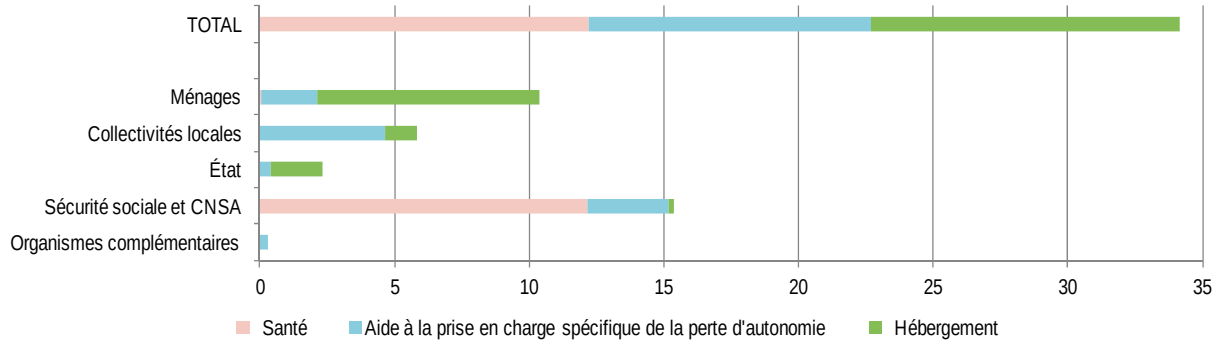
Enfin, la croissance des dépenses de santé est portée principalement par la hausse de l'objectif général de dépense (OGD) à destination des personnes âgées. L'OGD est constitué à hauteur de 90 % du montant prévisionnel défini annuellement de l'ONDAM à destination des personnes âgées. L'augmentation constatée des dépenses de l'OGD entre 2010 et 2014 peut notamment s'expliquer par le développement croissant des structures médico-sociales à destination des personnes âgées (voir fiche B2 du rapport de la DREES *Les dépenses de santé en 2014*).

La contribution des différents financeurs varie fortement selon le type de dépenses

Sur une dépense totale de 34,2 milliards d'euros en 2014, la Sécurité sociale (y compris CNSA) constitue le premier financeur, tant à domicile qu'en établissement, et représente 45 % de la prise en charge globale. Les ménages et les collectivités territoriales participent respectivement à hauteur de 30 % et de 17 % au financement du coût de la dépendance. Enfin, le reste de la prise en charge est assuré par l'État (7 %) et par les organismes complémentaires (1 % – graphique 1).

Graphique 1 Répartition par financeur du coût de la dépendance en 2014

En milliards d'euros



Champ > France entière en 2014. Hors aides informelles des ménages.
Source > DREES-Compte de la dépendance.

Toutefois, la structure du financement est très contrastée selon le type de dépenses considéré. Pour l'année 2014, près de 99 % du surcoût des dépenses de santé est pris en charge par les caisses d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

Le financement des dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie des personnes âgées est plus diversifié : les collectivités locales (principalement les départements) assurent près de 44 % du financement de ces dépenses, suivies par les caisses de Sécurité sociale (y compris CNSA) avec 29 % du financement total. Les ménages contribuent à hauteur de près de 20 % au financement de ces dépenses formelles de prise en charge. Ces dépenses sont complétées par divers financements assurés par l'État (4 % du total, sous la forme de dispositifs fiscaux divers) et par les organismes complémentaires (3 %).

Enfin, la majorité des dépenses d'hébergement est supportée par les ménages, avec 72 % de la dépense globale. L'État et les collectivités territoriales participent respectivement à hauteur de 17 % et 10 % au financement de ces dépenses d'hébergement, le reste étant assuré par les caisses de la Sécurité sociale (1 %).

Les organismes complémentaires jouent un rôle croissant, quoique mineur, dans la couverture de la dépendance. Les montants de cotisations[1] collectées par les organismes d'assurance sur le champ de la dépendance n'ont cessé d'augmenter entre 2010 et 2014, passant de près de 500 millions d'euros en 2010 à plus de 900 millions d'euros en 2014. Parallèlement à l'augmentation des cotisations, les prestations versées par les organismes complémentaires au titre des garanties dépendance ont connu une très forte croissance, passant de 175 à près de 300 millions d'euros entre 2010 et 2014.

La grande majorité des dépenses de l'État est composée des dépenses fiscales en faveur des personnes en situation de dépendance (en hausse de 7 % en moyenne annuelle entre 2010 et 2014). Une partie de ces dépenses fiscales, constituée de la demi-part supplémentaire pour les contribuables invalides, vise à réduire directement l'effort consenti par les ménages, en particulier au titre des dépenses de prise en charge. L'autre partie est composée des diverses déductions fiscales sous la forme de taux de TVA réduit s'appliquant sur certains appareillages spécifiques et aux services à la personne à destination des personnes âgées dépendantes. Ainsi, ces déductions peuvent également s'adresser à des entreprises fournissant des biens et des services aux personnes âgées dépendantes. Outre ces dépenses fiscales, l'État intervient également dans le financement des aides au logement (APL et ALS) auxquelles sont aussi éligibles les personnes âgées en établissement.

Malgré la hausse des participations de l'État et des organismes complémentaires durant cette période, la contribution des ménages a progressé entre 2010 et 2014 au même rythme que l'ensemble des différents financeurs.

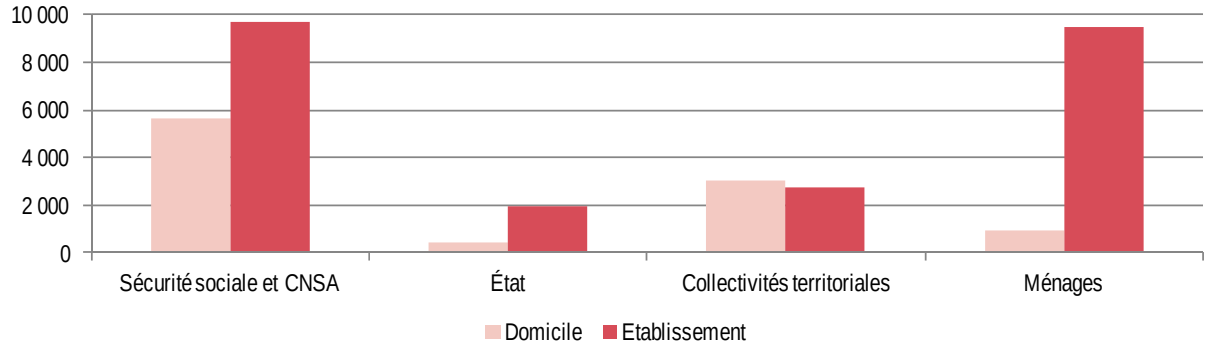
1 Le terme « cotisations », habituellement employé par les mutuelles et institutions de prévoyance, correspond au terme « primes » usité par les sociétés d'assurances.

Les dépenses d'hébergement y ont largement contribué, notamment en raison du fort accroissement du coût net restant à leur charge.

En 2014, les dépenses à domicile sont financées pour plus de la moitié par la Sécurité sociale (y compris CNSA), suivie par les départements (30 %). Les ménages, l'État et les organismes complémentaires complètent le financement des dépenses à domicile[1]. La Sécurité sociale (41 %) et les ménages (40 %) constituent les deux principaux financeurs des dépenses destinées aux personnes résidant en établissement, le reste étant financé par l'État et les départements (graphique 2).

Graphique 2 Répartition des dépenses en faveur de la dépendance par financeur en fonction du mode d'hébergement en 2014

En milliards d'euros



Champ > France entière. Hors aides informelles des ménages et hors organismes complémentaires (soit 300 millions d'euros au total en 2014, intégralement comptabilisés comme des dépenses à domicile).
Source > DREES-Compte de la dépendance.

Les personnes vivant en établissement concentrent 70 % du coût de la dépendance en 2014

Sur une dépense totale de 34,2 milliards d'euros en 2014, 23,8 milliards d'euros sont destinés à des personnes dépendantes résidant en établissement (soit 70 % du total) et 10,3 milliards à des personnes dépendantes à domicile. Pour autant, les bénéficiaires de l'APA résident plus fréquemment à domicile (56 % de l'ensemble des bénéficiaires) qu'en établissement.

Le niveau plus élevé des dépenses en établissement par rapport à celles à domicile peut s'expliquer par un degré de dépendance moyen plus élevé en établissement. En effet, 68 % des personnes lourdement dépendantes (GIR 1-2) vivent en établissement, contre 25 % des personnes moyennement dépendantes (GIR 3-4) et 1 % des personnes pas ou peu dépendantes de 60 ans ou plus (GIR 5-6). Cette répartition est relativement stable entre 2010 et 2014. Or, quel que soit le niveau de GIR considéré, le coût unitaire mesuré[2] est plus élevé en établissement qu'à domicile : pour les personnes en GIR 1-2, 3 950 euros mensuels par tête en établissement contre 2 040 euros à domicile ; pour les personnes en GIR 3-4, 2 920 euros en établissement et 750 euros à domicile et 2 260 euros pour les personnes en GIR 5-6 en établissement.

Ces coûts unitaires sont ainsi croissants avec le degré de dépendance. Par conséquent, 52 % des dépenses totales liées à la dépendance se concentrent sur les personnes les plus dépendantes (GIR 1-2) qui ne représentent que 3 % de la population âgée de 60 ans ou plus en 2014. Une grande majorité des dépenses (80 %) consacrées aux personnes les plus dépendantes figurent en établissement. Les personnes moyennement dépendantes (GIR 3-4) représentent 36 % du coût total, pour seulement 5 % des 60 ans ou plus. Enfin, par symétrie, les personnes faiblement dépendantes (GIR 5-6) ne comptent logiquement que pour 12 % du coût total, alors qu'elles constituent 92 % des effectifs des 60 ans ou plus.

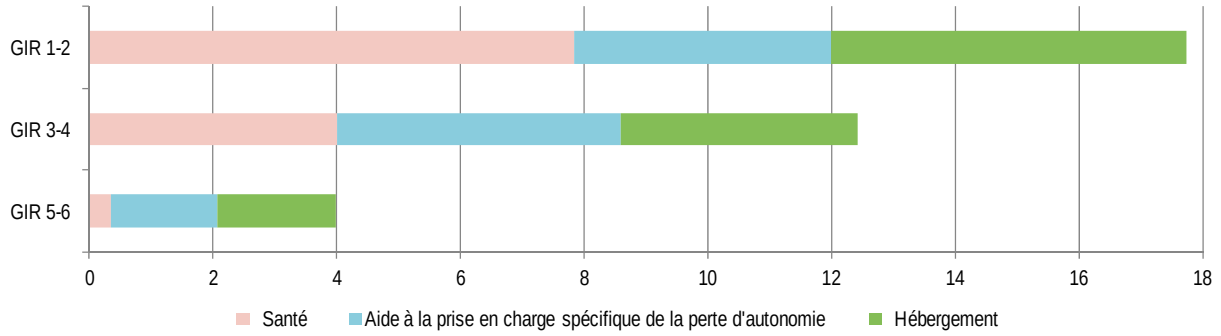
En particulier, le surcoût en dépenses de santé se concentre en quasi-totalité sur les personnes fortement dépendantes (près de 64 % pour les seuls GIR 1-2) et moyennement dépendantes (près de 33 % pour les GIR 3-4), les personnes peu ou pas dépendantes (GIR 5-6) ne générant que 3 % du surcoût en santé (graphique 3).

En revanche, le coût de l'hébergement et celui d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie est généré par l'ensemble des personnes dépendantes, et pas seulement les moins autonomes. Cela est visible en particulier pour l'APA : les personnes classées en GIR 1-2 sont deux fois moins nombreuses à en bénéficier que les personnes en GIR 3-4 (près de 440 000 bénéficiaires en GIR 1-2 contre près de 800 000 bénéficiaires en GIR 3-4), mais elles présentent des dépenses par tête près de deux fois plus élevées (730 euros mensuels par tête pour les personnes classées en GIR 1-2 en 2014, contre 415 euros pour les personnes classées en GIR 3-4).

1 Il a été retenu par convention l'hypothèse selon laquelle l'intégralité des prestations versées par les organismes complémentaires constitue des dépenses à domicile.
2 À domicile, il n'inclut pas l'aide informelle, ni la totalité de l'aide professionnelle hors plan d'aide APA, ni les dépenses liées à la dépendance acquittées par les ménages sans aide de la collectivité (aide ménagère, aménagements du logement …) qui relèveraient du poste « hébergement ».

Graphique 3 Répartition par GIR du coût de la dépendance en 2014

En milliards d'euros



Champ > France entière en 2014. Hors aides informelles des ménages.
Source > DREES-Compte de la dépendance.

La hausse du coût de la dépendance est tirée par la dépense en établissements

La dynamique des dépenses totales s'explique davantage par l'évolution des dépenses liées aux personnes âgées dépendantes en établissement (ayant progressé de 4 % en moyenne annuelle de 2010 à 2014 à prix constants) que par celle des dépenses à domicile (2 % par an entre 2010 et 2014).

L'évolution des dépenses à domicile semble s'expliquer par l'évolution des effectifs (2 % en moyenne annuelle entre 2010 et 2014), le coût unitaire étant resté globalement stable pour l'ensemble de la période considérée. La croissance des dépenses en établissement résulte avant tout de la hausse des effectifs (avec une croissance annuelle moyenne de 3 % entre 2010 et 2014), mais aussi de l'accroissement du coût unitaire moyen (avec une croissance annuelle moyenne de 2 % entre 2010 et 2014). La croissance des effectifs dépend fortement de l'offre en établissements et en services médico-sociaux. Or, d'après les données de la CNSA, la croissance du nombre de lits et de places installés en établissement a atteint près de 4 % entre 2010 et 2014. En 2011, le taux d'occupation (défini comme le rapport des effectifs accueillis au nombre de places existantes) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) est de 97 % d'après l'enquête EHPA 2011[1] témoignant d'une forte saturation de l'offre à destination des personnes âgées dépendantes.

Encadré 1 Précisions méthodologiques

Champ du compte de la dépendance

L'objectif de ce compte est d'évaluer l'ensemble des dépenses directement imputables à l'état de dépendance des personnes âgées de 60 ans ou plus. Différents types de dépenses sociales et fiscales sont retracées, pour leur seul surcoût propre à la perte d'autonomie : les dépenses de santé, les dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la dépendance et les dépenses d'hébergement en établissement. En sus des dépenses de santé, le compte retrace des dépenses correspondant à des situations pouvant être assimilées à une perte d'autonomie (dépenses en établissement des personnes classées en GIR 5 ou 6).

En plus des dépenses d'APA à domicile prises en charge par les départements et la CNSA, l'intégralité des dépenses prises en charge par les ménages est estimée. Ces dépenses comprennent le ticket modérateur de l'APA ainsi que le montant du plan d'aide au-delà du plafond, que l'on suppose directement financé par les ménages. Sont également comptabilisées les prestations des organismes complémentaires versées aux ménages au titre des garanties dépendance. En revanche, sont exclues du champ les aides informelles apportées aux personnes âgées dépendantes par leurs proches, ces dépenses étant difficilement quantifiables et ne pouvant être valorisées de manière fiable.

Parmi les dépenses de santé, on ne prend pas en compte les dépenses d'hospitalisation, faute de pouvoir isoler dans les données disponibles les dépenses d'hospitalisation des personnes dépendantes. Ceci conduit à une sous-estimation du surcoût en santé des personnes âgées dépendantes. Par ailleurs, pour éviter tout double compte avec les dépenses en établissement, les dépenses en soins de ville sont exclusivement considérées comme des dépenses à domicile. L'enrichissement en cours des données de l'Assurance maladie permettra d'améliorer dans l'avenir l'estimation des dépenses de santé des personnes dépendantes en établissement.

1 Il s'agit du taux d'occupation instantané au 31 décembre 2011. Les 3 % restants de ce taux d'occupation s'expliquent principalement par des places inoccupées de manière frictionnelle.

Sources

La majorité des dépenses d'aide à la prise en charge spécifique de la dépendance et d'hébergement ont été estimées à l'aide des montants fournis par le modèle de microsimulation Autonomix de la DREES pour l'année 2011. Ce modèle de microsimulation porte exclusivement sur le champ de la dépendance des personnes âgées ; il a pour objectif d'appréhender les différents aspects que revêt la prise en charge de la perte d'autonomie. Il intègre un grand nombre de données individuelles sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) de 2011 collectées auprès des 66 conseils départementaux participants. La description du modèle de microsimulation Autonomix a fait l'objet d'une publication récente par la DREES (Fizzala, 2015). Ce modèle fournit le montant estimé pour la personne en fonction de ses caractéristiques de l'APA à domicile et en établissement, du ticket modérateur de l'APA, du dépassement éventuel au-delà du plafond du plan d'aide estimé, du crédit d'impôt ainsi que des exonérations de cotisations sociales pour l'emploi d'une personne à domicile, de l'ASH, des différentes aides au logement (APL et ALS), de la réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement et enfin du coût brut de l'hébergement.

Outre les estimations fournies par le modèle Autonomix, de multiples sources ont été mobilisées. Les dépenses de santé ont été estimées à partir des données annuelles de l'Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM). Les estimations des travaux réalisés par la DREES en 2013 à partir de l'appariement des données de l'enquête Santé en ménages ordinaires et des données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont été reprises et actualisées (voir Renoux et Roussel, 2014, pour une présentation détaillée de la méthodologie utilisée). Une partie des données relatives à l'APA est extraite de l'enquête Aide sociale produite par la DREES, complétée par les données de la CNSA. L'enquête Aide sociale fournit des dépenses totales de l'APA à domicile et en établissement ainsi que les dépenses d'action sociale des collectivités territoriales. Les données relatives à l'action sociale des caisses de Sécurité sociale sont fournies par la CNSA. Les données relatives aux diverses réductions d'impôt (crédits d'impôts, taux réduit de TVA, déductions, demi-part) sont issues des estimations réalisées dans le cadre des annexes des projets de loi de finances pour les années 2010 à 2014. Les données sur les exonérations de cotisations sociales patronales sont issues de la CNSA. Enfin, les estimations sur les organismes complémentaires ont été réalisées par la DREES à partir des états prudentiels, comptables et statistiques collectés par l'ACPR.

Révisions méthodologiques du compte de la dépendance

Selon une première estimation du compte de la dépendance réalisée par le groupe de travail piloté par Bertrand Fragonard en juin 2011 portant sur la « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », le montant des dépenses publiques relatives à la dépendance avait été évalué à près de 24 milliards d'euros en 2010, soit 1,23 % du PIB. Courant 2013, ce compte a été réactualisé par la DREES (Renoux et Roussel, 2014). Le coût annuel de la prise en charge de la perte d'autonomie avait ainsi été évalué à environ 28 milliards d'euros pour l'année 2011. À la suite de l'introduction de plusieurs changements méthodologiques, détaillés ci-dessous, le coût de la dépendance est désormais estimé à 31 milliards pour la même année.

La méthodologie utilisée en 2013 a été reprise à l'identique pour évaluer les dépenses de santé, mais des changements ont été introduits dans l'estimation des dépenses d'hébergement et d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie.

D'une part, une nouvelle version d'Autonomix a été développée en révisant les hypothèses employées. Dans le calcul de l'impôt sur le revenu, l'hypothèse selon laquelle la demi-part invalidité bénéficie à toutes les personnes âgées a été abandonnée, en raison du faible taux global de bénéficiaires de la demi-part invalidité avéré depuis. Ainsi, par rapport à l'estimation réalisée en 2013, le montant du crédit d'impôt pour l'emploi d'une personne à domicile a été réévalué de 31 millions d'euros pour l'année 2011. Quant à la réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement, seule la répartition entre GIR a été modifiée. Par ailleurs, les exonérations de cotisations patronales de Sécurité sociale concernent aussi bien les aides à domicile employées directement par la personne dépendante ou bien employées par les services d'aide à domicile. Désormais, la nouvelle version d'Autonomix considère un montant identique d'exonérations pour ces deux situations. À la suite de ce changement méthodologique, seule la répartition entre GIR a été modifiée dans l'estimation de l'exonération des cotisations patronales pour l'emploi à domicile. Enfin, la nouvelle version d'Autonomix intègre désormais la TVA dans le tarif d'hébergement : ainsi, par rapport à l'estimation en 2013, le montant du coût net de l'hébergement a été réévalué de près de 1,6 milliard d'euros pour l'année 2011.

D'autre part, cette nouvelle estimation inclut désormais une partie des dépenses directement financées par les ménages au-delà du plan d'aide personnalisé, grâce à la nouvelle version d'Autonomix qui simule de façon plus précise un montant de plan d'aide « déplafonné », avant de lui appliquer le montant maximal du plan d'aide APA (environ 0,3 milliard en 2011). Les dispositifs fiscaux liés aux personnes dépendantes sont comptabilisés différemment. En premier lieu, le partage des dépenses fiscales selon leur public cible (personnes handicapées ou personnes dépendantes) a été revu, ce qui conduit notamment à rehausser d'environ 600 millions la fraction « dépendance » du taux réduit de TVA pour la construction d'établissements pour personnes âgées ou handicapées pour l'année 2011. Est alors estimée à partir des données de la CNSA la part des places et de lits attribuées aux personnes âgées dépendantes entre 2009 et 2013 dans l'ensemble des places et lits pour les personnes invalides, ce ratio étant supposé stable sur l'ensemble de la période. En outre, seuls les dispositifs fiscaux ne représentant aucune contrepartie pour les ménages (comme l'application de taux réduit de TVA ou de la demi-part supplémentaire pour les contribuables invalides) sont pris en compte dans le calcul du coût de la dépendance. Les autres dispositifs, considérés comme des prestations venant compenser l'effort des ménages (comme les réductions d'impôt sur l'emploi à domicile, sur les équipements spéciaux pour les personnes handicapées ou encore les prestations des organismes complémentaires au titre des garanties dépendance), n'ont par construction aucun impact sur le coût global, tous financeurs confondus.

Enfin, le compte comprend désormais aussi les prestations des organismes complémentaires au titre des garanties dépendance. Celles-ci viennent modifier le partage du coût entre les financeurs, mais n'ont aucun impact sur son montant global.

Bibliographie

Amar E., 2015, « Dépenses d'aide sociale départementale en 2013 », *Document de travail,* série Statistiques, DREES, n° 197, août.

Beffy M., Roussel R., Solard, J. et Mikou M., 2015, « Les dépenses de santé en 2014 », *Rapport*, collection Études et Statistiques, DREES, septembre.

Bérardier M., 2015, « Aide sociale à l'hébergement et allocation personnalisée d'autonomie en 2011 : profil des bénéficiaires en établissement », *Études et Résultats*, DREES, n° 909, mars.

Fizzala A., 2015, « Autonomix. Un modèle de microsimulation sur le champ de la dépendance des personnes âgées », *Document de travail*, DREES, n°54, octobre.

Fizzala A. 2016, « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les dossiers de la DREES*, n° 1, mars.

Fragonard B., 2011, « Stratégie de couverture de la dépendance des personnes âgées », *Rapport*, juin.

Lecroart A., Froment O., Marbot C. et Roy D., 2013, « Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation », *Dossier Solidarité Santé*, DREES, n° 43, septembre.

Renoux A. et Roussel R., 2014, « Le compte de la dépendance en 2011 », *Dossiers Solidarité Santé*, DREES, n° 50, février.

La dépense de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux

Gaëlle GUIBERT[1] (DREES)

En 2014, l'Assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont consacré 9,3 milliards d'euros aux soins en établissements et services médico-sociaux (ESMS) en faveur des personnes handicapées. Ces dépenses de soins aux personnes handicapées augmentent chaque année, mais à un rythme moins élevé depuis 2010 : la croissance annuelle moyenne est, en effet, de 3,0 % entre 2010 et 2014, tandis qu'elle était de 4,6 % entre 2006 et 2010.

En 2014, 67 % de cette dépense, soit 6,2 milliards d'euros, concernent des établissements et services en faveur des enfants et adolescents handicapés. Cette proportion a légèrement diminué au cours du temps, puisque les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés représentaient 70 % de la dépense globale en 2009.

Depuis 2009, la structure de la dépense des ESMS en faveur des enfants handicapés reste relativement stable. Les établissements représentent toujours la grande majorité des dépenses par rapport aux services (85 % en 2009 ; 83 % en 2014). Toutefois, la progression des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), qui interviennent dans le milieu de vie des enfants handicapés, a été importante, à la suite du programme pluriannuel 2008-2012 de soutien de la scolarisation et du développement de l'autonomie des enfants mis en place par la CNSA. Les instituts médico-éducatifs (IME) sont les établissements pour enfants et adolescents handicapés qui occupent la place la plus importante à la fois en termes de capacité d'accueil (44,3 %) et de dépenses (45,3 %).

La structure de la dépense des ESMS en faveur des adultes handicapés financés au moins en partie par l'Assurance maladie et la CNSA (2,9 milliards d'euros en 2014) est également restée stable au cours du temps. Les établissements représentent toujours la grande majorité des dépenses (94 % en 2014 comme en 2009), loin devant les services. Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil spécialisés (FAM) occupent une place centrale, que ce soit en termes de capacité d'accueil ou de dépenses. Ces structures continuent à se développer, tout comme les services permettant le maintien des adultes handicapés en milieu ordinaire.

1 L'auteure remercie Isabelle Boilleau de la CNAMTS pour la fourniture de données détaillées, ainsi que le bureau « Handicap, dépendance » de la DREES pour les données de l'enquête auprès des établissements pour enfants et adultes handicapés (ES-handicap 2010).

Des établissements et services médico-sociaux adaptés à l'âge, au type de handicap, au degré d'autonomie des personnes…

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit légalement le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Les personnes handicapées peuvent être orientées vers différents types d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) selon leur âge, leur type de handicap, leur degré d'autonomie, ou leur situation (annexe de l'éclairage). Ces établissements et services proposent plusieurs modalités d'accueil (accueil de jour, semi-internat, internat…) et certains peuvent intervenir en milieu ordinaire (domicile, établissement scolaire, établissement professionnel…).

En France, deux grandes catégories d'établissements et services peuvent être distingués : ceux accueillant des enfants ou adolescents (moins de 20 ans) et ceux accueillant des adultes (schéma 1). Les jeunes adultes handicapés de 20 ans, dont l'état de santé le nécessite, sont orientés d'un établissement pour enfants vers un établissement pour adultes handicapés. Cependant, si l'admission immédiate dans un établissement adéquat pour adultes handicapés n'est pas possible, l'amendement de l'article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 (dit « amendement Creton ») permet le maintien de jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans en établissements pour enfants handicapés dans l'attente d'une solution adaptée.

Les établissements pour enfants handicapés diffèrent principalement selon le public accueilli. Les **instituts médico-éducatifs** (IME) s'adressent aux enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle et proposent une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique équilibrée. Les **instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques** (ITEP) accueillent des enfants présentant des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et l'accès aux apprentissages, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle (annexe de l'éclairage). Leur objectif est de favoriser le retour à un dispositif éducatif ordinaire ou adapté. Les enfants polyhandicapés, présentant un handicap grave à expressions multiples associant déficiences motrices et déficiences mentales qui entraînent une restriction de leur autonomie, nécessitent une assistance constante pour les actes de la vie quotidienne. Ils sont accueillis et suivis par les **établissements pour enfants polyhandicapés** (EP).

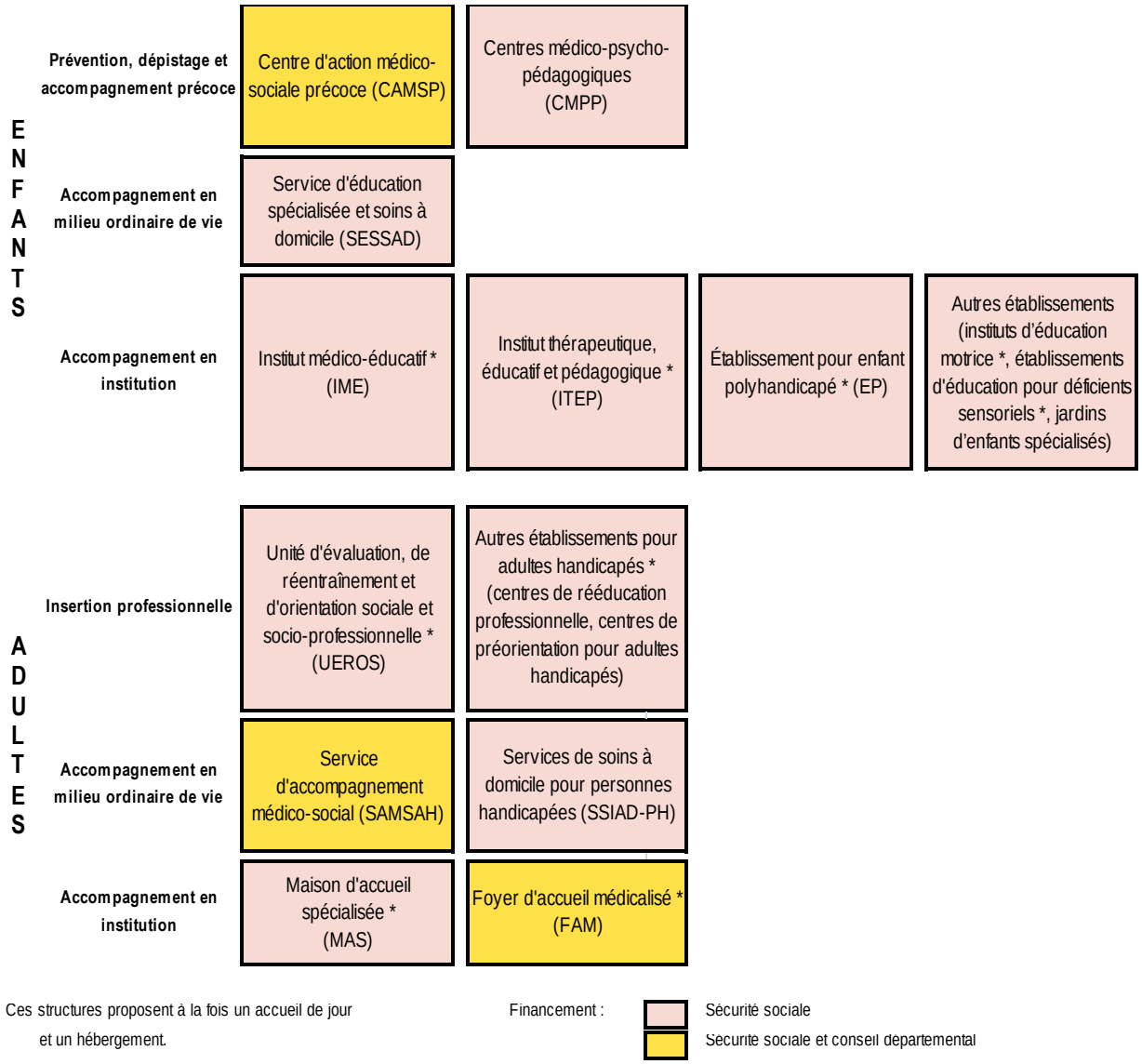
Les **services d'éducation spéciale et de soins à domicile** (SESSAD) interviennent quant à eux, au sein des différents lieux de vie de l'enfant (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs). Ils apportent un soutien éducatif et thérapeutique individualisé.

Concernant les établissements pour adultes handicapés, les deux types les plus répandus, parmi les ESMS financés au moins en partie par l'Assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), sont les **maisons d'accueil spécialisées** (MAS) et les **foyers d'accueil médicalisés** (FAM). Ces deux établissements reçoivent des adultes handicapés, qui ne peuvent effectuer seuls les actes essentiels de la vie et dont l'état impose le recours à une tierce personne, une surveillance médicale et des soins constants. Peu d'éléments différencient théoriquement ces deux structures, même si, dans la pratique, les MAS reçoivent des personnes davantage dépendantes de l'aide d'un tiers, notamment des personnes en situation de polyhandicap[1].

Les **services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés** (SAMSAH) interviennent dans les milieux de vie des personnes souffrant d'un handicap (domicile, universitaire, professionnel, lieux d'activités sociales…) concourant ainsi à leur maintien à domicile et à la préservation de leurs autonomie et activités sociales.

1 *Cf.* Makdessi Y., 2012, *Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités*, Document de travail, DREES, série Études et Recherche, n° 123, octobre.

Schéma 1 Les différents types d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) destinés aux personnes handicapées financés en partie par la Sécurité sociale (y compris par la CNSA)



En 2014, l'Assurance maladie et la CNSA ont consacré 9,3 milliards d'euros aux soins aux personnes handicapés

Le financement des dépenses liées aux soins des personnes handicapées au sein des établissements et services médico-sociaux correspond à l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social pour les personnes handicapées. Cet objectif est composé d'une contribution de l'Assurance maladie à travers l'ONDAM médico-social[1] et de l'apport de la CNSA, sur ses ressources propres[2], pour le financement des ESMS. La CNSA est en outre chargée de répartir ces crédits aux agences régionales de santé (ARS).

En 2014, 9,3 milliards d'euros ont été consacrés aux soins aux personnes handicapées à travers le financement des ESMS. L'Assurance maladie assure la très grande majorité du financement de ces soins en 2014 (9,0 milliards d'euros, soit 97 %).

La Sécurité sociale, que ce soit à partir des crédits de l'Assurance maladie ou des ressources propres de la CNSA, finance ou cofinance la majorité des ESMS pour personnes handicapées (schéma 1), même si les ressources de quelques types de structures proviennent exclusivement des conseils départementaux (certaines des structures proposant de l'hébergement) ou de l'État (établissements et services d'aide pour le travail – encadré 1). Cet éclairage

1 L'ONDAM médico-social est composé de deux enveloppes : l'une consacrée aux établissements et services accompagnant les personnes âgées, l'autre aux établissements et services accompagnant les personnes handicapées. Les montants de l'ONDAM sont votés chaque année par le Parlement. Ils ne peuvent être dépassés mais peuvent être gelés en partie en cours d'année.

2 Les ressources propres de la CNSA destinées au financement des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées proviennent d'une fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), produit de la journée nationale de solidarité mise en place en 2004 pour financer une meilleure prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

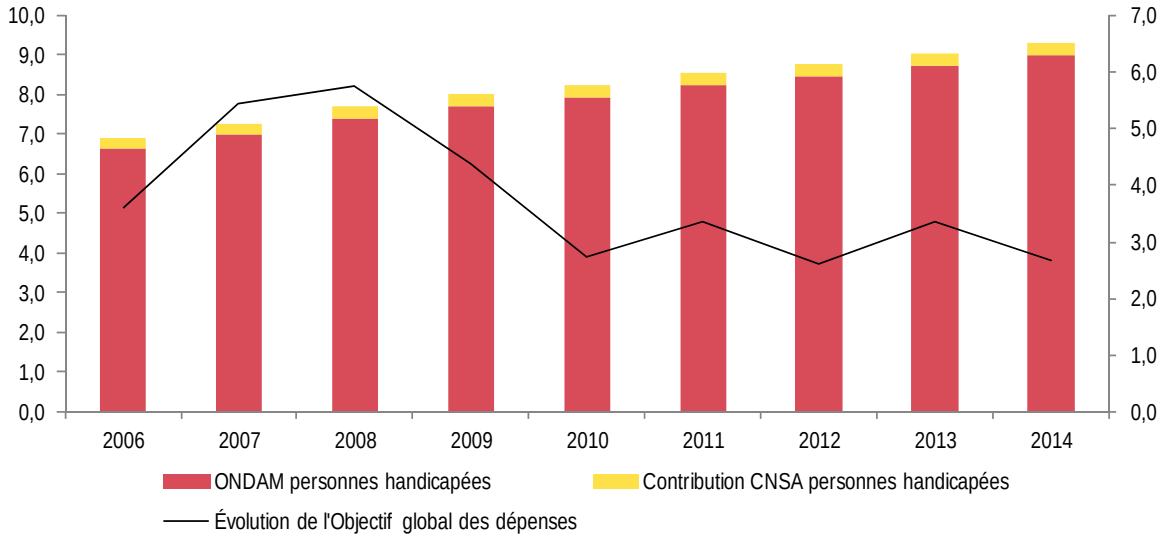
s'intéresse plus particulièrement à la part des dépenses des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées financée par la Sécurité sociale (y compris la CNSA) afin de préciser les dépenses de soins[1] dispensés aux personnes handicapées au sein des ESMS. Aussi, l'analyse se concentre-t-elle sur les ESMS financés au moins en partie par la Sécurité sociale. Pour les ESMS cofinancés par la Sécurité sociale et les conseils départementaux, seules sont ici considérées les dépenses financées par la Sécurité sociale.

Globalement, les dépenses de soins aux personnes handicapées augmentent chaque année (graphique 1). L'ONDAM médico-social en faveur des personnes handicapées progresse à un rythme plus élevé que celui de l'ONDAM global (3,8 % contre 2,8 % pour l'ONDAM en moyenne annuelle entre 2006 et 2014). Cependant, le rythme de croissance des dépenses de soins aux personnes handicapées ralentit depuis 2010 : la croissance annuelle moyenne s'établit à 3,0 % entre 2010 et 2014, alors qu'elle atteignait 4,6 % entre 2006 et 2010. Cette moindre croissance est liée au resserrement des taux de progression sous-jacents aux ONDAM votés par le Parlement. De plus, au 31 décembre 2010, la CNSA avait alloué les financements nécessaires de près de 26 000 places sur les 41 500 initialement prévues dans le cadre du Programme pluriannuel de créations de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012. Entre 2008 et 2010, la CNSA avait ainsi alloué les deux tiers des 1,3 milliards d'euros prévus dans le cadre de ce Programme, le tiers restant ayant été versé entre 2010 et 2014.

Même si la progression de l'ONDAM médico-social est désormais moins rapide, les efforts de création de places se poursuivent avec en particulier la création de plus de 14 200 places programmée par la CNSA entre 2015 et 2018, le plan Autisme 2013-2017 ainsi que le schéma national pour les handicaps rares 2014-2018.

Graphique 1 Montants et évolution des dépenses de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux

En milliards d'euros (échelle de gauche) et en % (échelle de droite)



Note > Le montant des soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes handicapées » de l'objectif global de dépenses (OGD) réalisé.
Sources > Comptes de la santé, à partir des données DSS pour l'ONDAM ; DGCS pour l'OGD.

En 2014, 6,2 milliards d'euros sont consacrés aux établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants et adolescents handicapés

Sur les 9,3 milliards de l'OGD médico-social pour personnes handicapées, les deux tiers sont consacrés aux soins en établissements et services pour enfants et adolescents (tableau 1), environ un tiers aux adultes et un peu moins de 2 % aux établissements et services qui accueillent à la fois des adultes et des enfants handicapés. De fait, le taux d'équipement[2] des établissements et services concernant les enfants handicapés est largement supérieur à celui des adultes handicapés (9,4 places installées pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, contre 2,3 places installées pour 1 000 habitants de 20 ans ou plus). Les taux d'équipements varient aussi beaucoup d'un département à l'autre. Mais ces inégalités sont à nuancer en l'absence de données sur les disparités départementales des prévalences des handicaps.

1 Les dépenses de soins sont considérées au sens large du terme, elles correspondent en réalité aux dépenses liées aux soins financées par la Sécurité sociale, y compris la CNSA, et peuvent comprendre les salaires du personnel non médical, les frais de fonctionnement…

2 Le taux d'équipement est défini comme le rapport entre le nombre de places installées et la population estimée par tranche d'âge (0-19 ans pour les enfants, et 20-59 ans pour les adultes). Les chiffres sont issus du Programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA », PLFSS 2016 où figurent également des cartes permettant de compléter l'analyse.

Entre 2009 et 2014, la part des dépenses consacrées aux enfants handicapés dans la dépense globale des soins en faveur des personnes handicapées a légèrement diminué, passant de 70 % en 2009 à 67 % en 2014, au profit des dépenses consacrées aux adultes handicapés (28 % en 2009 ; 32 % en 2014). La part des autres établissements et services est restée à 2 %, que ce soit en 2009 ou en 2014. Au cours de cette période, les dépenses de soins pour adultes handicapés en établissements et services médico-sociaux (ESMS) ont augmenté plus rapidement que celles des enfants (5,3 % par an pour les adultes, contre 2,0 % par an pour les enfants). Cette progression est notamment à rapprocher de l'amorce d'un rattrapage du retard de l'offre des ESMS en faveur des adultes, de la plus grande continuité de prise en charge de jeunes adultes handicapés (pouvant être maintenus temporairement en établissement pour enfants après l'amendement Creton), ou encore des enjeux liés au vieillissement des personnes handicapées : durées de séjours de plus en plus longues, accroissement des besoins de santé...

Tableau 1 Montants et structure de la dépense des établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants et des adultes handicapés en 2009 et 2014

	2009		2014	
	En millions d'euros	En %	En millions d'euros	En %
Établissements et services à destination des enfants handicapés	**5 645,6**	**70,0**	**6 227,7**	**66,9**
Institut médico-éducatif (IME) (1)	2 562,0	45,4	2 821,4	45,3
Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)	695,6	12,3	617,1	9,9
Établissement pour enfant polyhandicapé (EP)	451,8	8,0	559,2	9,0
Service d'éducation spécialisée et soins à domicile (SESSAD)	722,9	12,8	882,5	14,2
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	147,7	2,6	171,3	2,8
Autres établissements pour « enfance inadaptée » (2)	1 065,6	18,9	1 176,2	18,9
Établissements et services à destination des adultes handicapés	**2 273,5**	**28,2**	**2 940,4**	**31,6**
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	1 409,0	62,0	1 798,0	61,1
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	399,5	17,6	597,7	20,3
Service d'accompagnement médico-social (SAMSAH)	81,6	3,6	91,6	3,1
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (SSIAD PH)	56,9	2,5	75,4	2,6
Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS)	19,4	0,9	24,7	0,8
Autres établissements pour adultes handicapés (3)	307,1	13,5	353,1	12,0
Autres établissements et services (4)	**151,8**	**1,9**	**141,6**	**1,5**
Dépense totale des soins des personnes handicapées	**8 070,9**	**100,0**	**9 309,8**	**100,0**

(1) Y compris les IME belges (des enfants handicapés peuvent être accueillis dans des IME en Belgique faute de places disponibles en France. Ces dépenses sont alors prises en charge par l'assurance maladie française). En 2014, les IME belges représentent environ 5 % des dépenses des IME.
(2) Les autres établissements pour « enfance inadaptée » comprennent les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les instituts d'éducation motrice (IEM), les établissements d'éducation pour déficients sensoriels, les jardins d'enfants spécialisés.
(3) Les autres établissements pour adultes handicapés comprennent les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO).
Note > La catégorie « Autres établissements pour enfance inadaptée » a été retraitée par rapport au tableau B3.2. des *Comptes de la santé – édition 2015*, à partir des données de la Commission de répartition fournie par la CNAMTS.
(4) Les autres établissements et services comprennent les centres de ressources et les autres prestations médico-sociales.
Lecture > Les dépenses des établissements et services à destination des enfants handicapés sont de 6 227,7 millions d'euros en 2014, soit 66,9 % de la dépense totale des soins des personnes handicapées. Elles représentaient 70,0 % de la dépense totale en 2009. Les IME représentent 45,3 % des établissements et services à destination des enfants handicapés en 2014 (contre 45,4 % en 2009), les ITEP 9,9 % en 2014 (contre 12,3 % en 2009)...
Sources > Données des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'assurance maladie et de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS.

Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés

Les IME occupent une place centrale dans l'accueil des enfants handicapés en 2014

En 2014, l'Assurance maladie a consacré plus de 6,2 milliards d'euros aux établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés. Ces établissements et services offrent une capacité d'accueil de plus de 154 000 places installées au 1er janvier 2014[1], réparties dans plus de 2 200 établissements et plus de 1 600 services, en France métropolitaine et dans les DOM.

Avec une dépense de plus de 2,8 milliards d'euros en 2014, les instituts médico-éducatifs (**IME**) représentent 45,3 % de la dépense des soins en ESMS pour enfants handicapés. Ces établissements sont aussi ceux qui ont la capacité d'accueil la plus importante, avec plus 68 000 places, soit 44,3 % des places installées en ESMS en faveur des enfants handicapés (graphique 2).

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (**ITEP**) occupent également une place importante, avec une dépense de 617,1 millions d'euros en 2014, soit 9,9 % de l'ensemble des dépenses de soins en faveur des enfants handicapés. Ils offrent une capacité d'accueil de 15 000 places, représentant une part équivalente (9,7 %) des places installées en ESMS en faveur des enfants handicapés. Les IME accueillent des enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle, tandis que les ITEP accueillent des enfants atteints de troubles psychiques *a priori* sans déficience intellectuelle. La majorité des salariés de ces deux types de structures travaillent dans les domaines éducatif, pédagogique et social (enseignement, éducateurs spécialisés…)[2]. Les enfants accueillis dans les ITEP sont davantage encadrés que ceux des IME : le taux d'encadrement[3] des ITEP est de 83,8 ETP pour 100 places installées contre 65,2 pour les IME.

Les établissements pour enfants polyhandicapés (**EP**) représentent une dépense de 559,2 millions d'euros, soit 9,0 % des sommes consacrées aux ESMS pour enfants handicapés, bien qu'ils n'offrent que 3,6 % des places installées en ESMS pour enfants handicapés. Cela s'explique par le public accueilli par ces établissements, le plus souvent des enfants souffrant d'un grave handicap à expressions multiples, qui requiert un taux d'encadrement plus important que ceux accueillis dans les autres structures : ce taux atteint 118,5 ETP pour 100 places installées. Les salariés des EP travaillent pour la plupart dans le domaine éducatif, pédagogique et social, mais aussi dans le domaine paramédical et de la psychologie (aide-soignant, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes…). Compte tenu de ces éléments, ce sont les établissements pour lesquels la dépense moyenne[4] par place est la plus élevée (plus de 100 000 euros par place en 2014).

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (**SESSAD**) représentent 14,2 % de l'ensemble de la dépense des ESMS en faveur des enfants handicapés et proposent 31,0 % des places installées pour les enfants handicapés. Les SESSAD interviennent dans le milieu de vie des enfants handicapés. Ils requièrent un taux d'encadrement relativement bas (28,5 ETP pour 100 places installées) par rapport aux autres ESMS. Ils ont également la dépense moyenne par place la plus faible (près de 18 500 euros en 2014).

Enfin, la dépense des autres établissements pour enfants handicapés s'élève à 1,2 milliard d'euros en 2014. Mais les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des régimes d'assurance maladie ne permettent pas de connaître précisément les dépenses associées à ces établissements (*cf.* annexe de l'éclairage pour la description de ces différents établissements). Ces établissements regroupent notamment les établissements pour jeunes déficients sensoriels (**EJDS** ; 7 600 places), les instituts d'éducation motrice (**IEM** ; 7 100 places), l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux (2 600 places) et les **jardins d'enfants spécialisés** (230 places). Ils comptent au total pour 11,4 % de l'ensemble des places pour enfants handicapés.

1 Le nombre de places installées est un indicateur de la capacité d'accueil de l'établissement ou du service. Les données sont issues de STATISS (STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social) fournies par les Agences régionales de santé (ARS), les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), et la DREES.

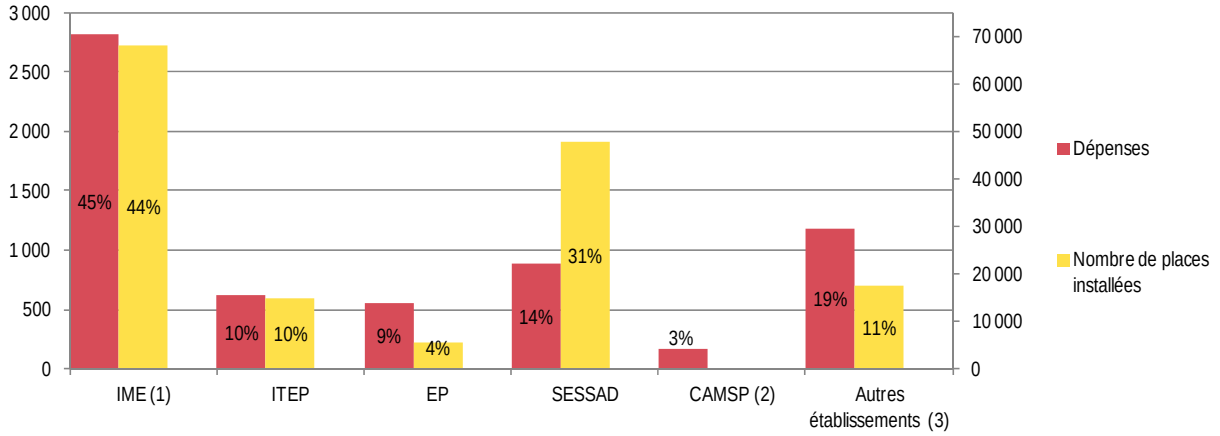
2 Données issues de l'enquête auprès des établissements pour enfants et adultes handicapés (ES-handicap 2010) conduite tous les quatre ans par la DREES.

3 Le taux d'encadrement correspond au rapport entre le nombre de salariés en équivalent temps plein (ETP) travaillant dans l'établissement, toutes professions confondues, et le nombre de places installées dans l'établissement. Ces données sont issues de l'enquête ES-handicap 2010 de la DREES.

4 La dépense moyenne par place des établissements pour polyhandicapés (EP) a été calculée en rapportant la dépense totale des établissements pour polyhandicapés en 2014 au nombre de places installées en EP au 1er janvier 2014.

Graphique 2 Montant de la dépense et capacité d'accueil, par type d'établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en 2014

En millions d'euros (échelle de gauche) et nombre de places installées (échelle de droite)



(1) Les dépenses des IME belges sont intégrées dans les dépenses des IME, mais le nombre de places installées en IME en Belgique n'est pas intégré dans la capacité d'accueil française en IME.
(2) Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont des services ambulatoires qui reçoivent les enfants en consultation selon le principe de file active (nombre d'enfants vus au moins une fois dans l'année), non pas de places installées. Leur capacité d'accueil n'est donc pas présentée. Seule la fraction de dépenses des CAMSP prise en charge par la Sécurité sociale est comptabilisée ici.
(3) Les autres établissements comprennent les établissements pour jeunes déficients sensoriels, les instituts d'éducation motrice, les jardins d'enfants spécialisés, les CMPP, l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux… Les CMPP suivent une logique de file active, non pas de places installées, leur capacité d'accueil n'est pas présentée.
Lecture > En 2014, les dépenses de la Sécurité sociale au titre des IME s'élèvent à 2,8 milliards d'euros, soit 45 % de l'ensemble de ses dépenses consacrées en France aux établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants et adolescents handicapés. Les IME offrent, au 1er janvier 2014, 68 249 places installées représentant 44 % de la capacité d'accueil des établissements et services en faveur des enfants et adolescents handicapés.
Sources > Données des TCDC des différents régimes obligatoires de l'assurance maladie et de la commission de répartition fournies par la CNAMTS pour les montants de la dépense ; STATISS 2014 pour la capacité d'accueil.

Une progression des dépenses des soins pour enfants handicapés en ESMS de 2,0 % par an en moyenne entre 2009 et 2014

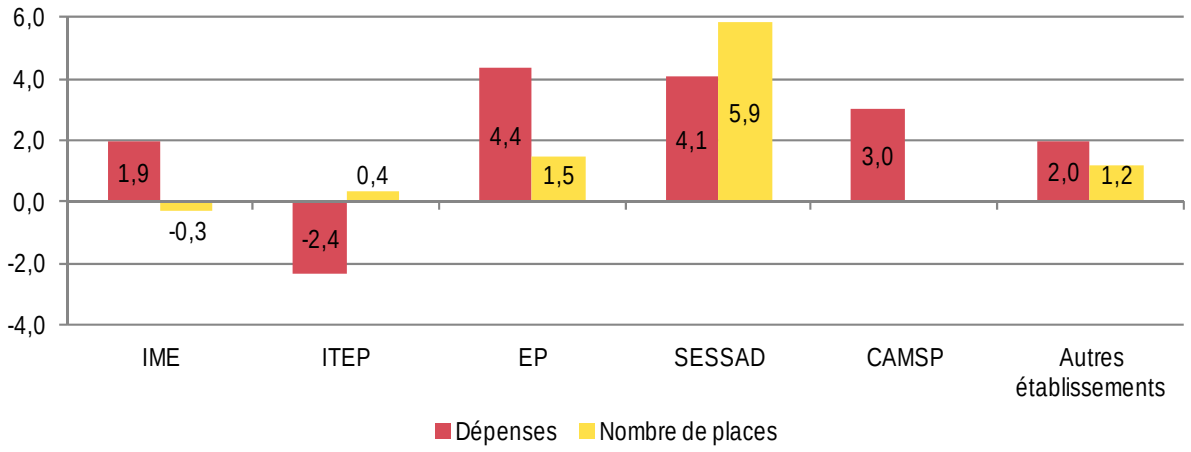
Les dépenses de soins en établissements et services pour enfants handicapés ont augmenté de 2,0 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2014.

La progression des dépenses des SESSAD a été particulièrement importante : 4,1 % par an en moyenne entre 2009 et 2014, pour un nombre de places installées qui a progressé de 5,9 % annuels au cours de la même période (graphique 3). Les capacités des SESSAD sont ainsi passées de près de 36 000 en 2009 à environ 48 000 en 2014. Les dépenses de la Sécurité sociale pour les CAMSP ont aussi crû de 3,0 % par année entre 2009 et 2014. Pour ces deux services, la progression s'est accélérée depuis 2012 (+4,3 % par an entre 2012 et 2014, contre +3,6 % par an entre 2009 et 2012).

Les dépenses en établissements ont aussi globalement progressé, mais moins fortement que celles des services. En particulier, celles des établissements pour enfants polyhandicapés ont augmenté de 4,4 % par an entre 2009 et 2014, tandis que leur nombre de places croissait de 1,5 % par an. En IME, la hausse des dépenses est plus modérée (+1,9 % par an au cours de la période), tandis que celles des ITEP ont diminué, surtout entre 2009 et 2011 (-5,4 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2011 ; puis -0,3 % entre 2011 et 2014). Le nombre de places installées dans ces deux types d'établissements est resté relativement stable (diminution de -0,3 % en IME ; progression de 0,4 % en ITEP).

Graphique 3 Évolution des dépenses et du nombre de places par type d'établissements et services médico-sociaux destinés aux enfants handicapés en moyenne annuelle entre 2009 et 2014

En %



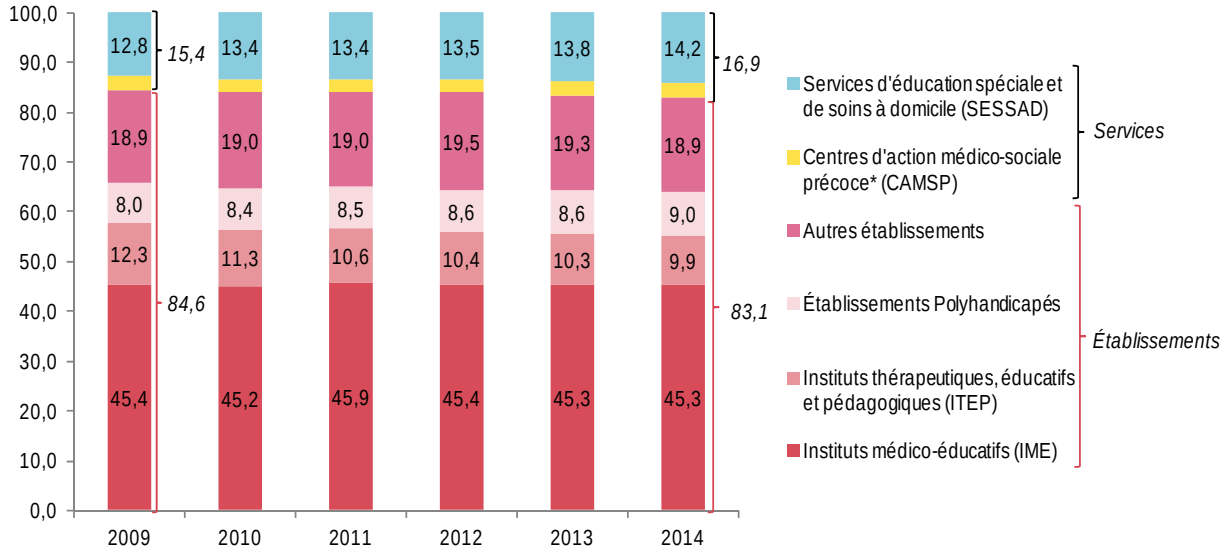
Notes > Les CAMSP suivent une logique de file active non pas de places installées, leur capacité d'accueil n'est pas présentée. Les autres établissements comprennent les IEM, les EJDS, les jardins d'enfants spécialisés. Les CMPP sont inclus dans les dépenses des autres établissements, mais ne sont pas comptabilisés dans les nombres de places installées car ils suivent également une logique de file active.
Sources > Données des TCDC des régimes d'assurance maladie et de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS pour les dépenses et STATISS pour le nombre de places installées (données non disponibles pour l'année 2009, le nombre de places a été approché à partir de la moyenne des données des années 2008 et 2010).

Un soutien de la Sécurité sociale (y compris de la CNSA) au développement des services

La structure de la dépense des ESMS en faveur des enfants handicapés est restée relativement stable depuis 2009, les établissements représentant toujours la grande majorité des dépenses (84,6 % en 2009 ; 83,1 % en 2014 – graphique 4), loin devant les services. La part des SESSAD dans les dépenses pour ESMS pour enfants handicapés est cependant de plus en plus importante, passant de 12,8 % en 2009 à 14,2 % en 2014. Cela est à relier au programme pluriannuel 2008-2012 mis en place par la CNSA, qui soutient la scolarisation et le développement de l'autonomie des enfants, en particulier par le déploiement des SESSAD et des CAMSP. La part des dépenses liées aux IME est restée stable au cours du temps (45,4 % en 2009, 45,3 % en 2014), celle liée aux ITEP a légèrement diminué (12,3 % en 2009, 9,9 % en 2014) au profit des établissements pour polyhandicapés (8,0 % en 2009, 9,0 % en 2014).

Graphique 4 Évolution de la structure de la dépense des établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants handicapés

En %



* Seule la fraction de dépenses des CAMSP prise en charge par la Sécurité sociale est comptabilisée ici.
Note > Les autres établissements comprennent les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les instituts d'éducation motrice (IEM), les établissements d'éducation pour déficients sensoriels, les jardins d'enfants spécialisés…
Sources > Données des TCDC des régimes d'assurance maladie et de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS.

Les établissements et services pour adultes handicapés

Les MAS et les FAM représentent plus de 80 % des dépenses et 60 % de la capacité d'accueil des établissements et services pour adultes handicapés en 2014

En 2014, la Sécurité sociale a consacré plus de 2,9 milliards d'euros aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) en faveur des adultes handicapés. Ces établissements offrent plus de 82 300 places au 1er janvier 2014, réparties dans plus de 1 800 établissements et plus de 1 300 services[1], en France entière. À l'inverse des ESMS pour enfants handicapés, il existe, pour les adultes handicapés, des ESMS intégralement financés par d'autres sources que la Sécurité sociale (conseils départementaux, État), proposant en particulier de l'hébergement et de l'accompagnement social et professionnel. Ces ESMS occupent aussi une place importante (encadré 1) ; toutefois, seuls les ESMS financés au moins en partie par la Sécurité sociale sont ici pris en compte afin de représenter les dépenses de soins en ESMS pour adultes handicapés.

Les maisons d'accueil spécialisées (**MAS**) et les foyers d'accueil médicalisés (**FAM**) occupent une place centrale : en 2014, la Sécurité sociale leur a consacré près de 2,4 milliards d'euros, soit 81,5 % du montant des dépenses de l'ensemble des ESMS pour adultes handicapés (61,1 % pour les MAS et 20,3 % pour les FAM – graphique 5). Cependant, il ne s'agit là, pour les FAM, que des financements alloués au titre des soins, des personnels médicaux et paramédicaux. Il existe aussi des financements de la part des conseils départementaux au titre de l'hébergement et de l'animation. Les dépenses des FAM retracées ici ne représentent donc pas l'intégralité des dépenses mais les seules dépenses de soins. Ces deux types d'établissements sont aussi ceux qui offrent les capacités d'accueil les plus importantes, respectivement plus de 26 000 et 23 500 places. Ils représentent à eux deux 60,0 % des places installées des ESMS en faveur des adultes handicapés. Les MAS reçoivent des personnes davantage dépendantes de l'aide d'un tiers pour réaliser des actes essentiels du quotidien (communiquer avec autrui, se laver ou se déplacer à l'intérieur du lieu d'hébergement), en particulier plus de personnes en situation de polyhandicap[2]. La plus forte dépendance des personnes accueillies en MAS implique un taux d'encadrement[3] plus important dans ce type de structure : 121,9 ETP pour 100 places installées en MAS, contre 107,4 en FAM. La majorité des salariés de ces structures travaille soit dans les domaines éducatif, pédagogique et social, soit dans les domaines paramédical ou de la psychologie. La dépense moyenne par place[4] des MAS reste la plus élevée des ESMS pour adultes : plus de 69 000 euros par an en moyenne en 2014, contre 25 300 euros pour les FAM, même si cette dernière dépense ne concerne que la partie « soins » des FAM financée par l'Assurance maladie.

Les autres établissements pour adultes handicapés représentent 12,8 % des dépenses des ESMS pour adultes handicapés (plus de 377 millions d'euros). Parmi eux, les centres de rééducation professionnelle (**CRP**), les centres de préorientation (**CPO**) et les Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (**UEROS**) offrent près de 11 000 places installées, soit 13,3 % de l'ensemble des places destinées aux adultes handicapés. Leurs taux d'encadrement est relativement faible (un peu plus de 30 ETP pour 100 places installées) et les salariés de ces structures travaillent essentiellement dans le domaine éducatif, pédagogique et social.

Seule la partie soins des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (**SAMSAH**) est financée par la Sécurité sociale, la partie « accompagnement à la vie sociale » est financée par les conseils départementaux. En 2014, l'Assurance maladie a consacré plus de 91 millions d'euros au financement des SAMSAH, soit 3,1 % de l'ensemble des dépenses des ESMS en faveur des adultes handicapés. Ces services proposent plus de 8 000 places au 1er janvier 2014 (10,1 % de l'ensemble des places installées en faveur des adultes handicapés). Ils interviennent dans les milieux de vie des adultes handicapés. Ils ont une dépense moyenne par place des plus faibles (près de 11 000 euros en 2014), le taux d'encadrement y étant relativement bas (29,0 ETP par place installée en 2010).

Enfin, les services de soins infirmiers pour personnes handicapées (**SSIAD-PH**) représentent 2,6 % des dépenses consacrées aux ESMS pour adultes handicapés et 7,5 % des places installées.

1 Les données sont issues de STATISS (STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social) fournies par les Agences régionales de santé (ARS), les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), et la DREES.

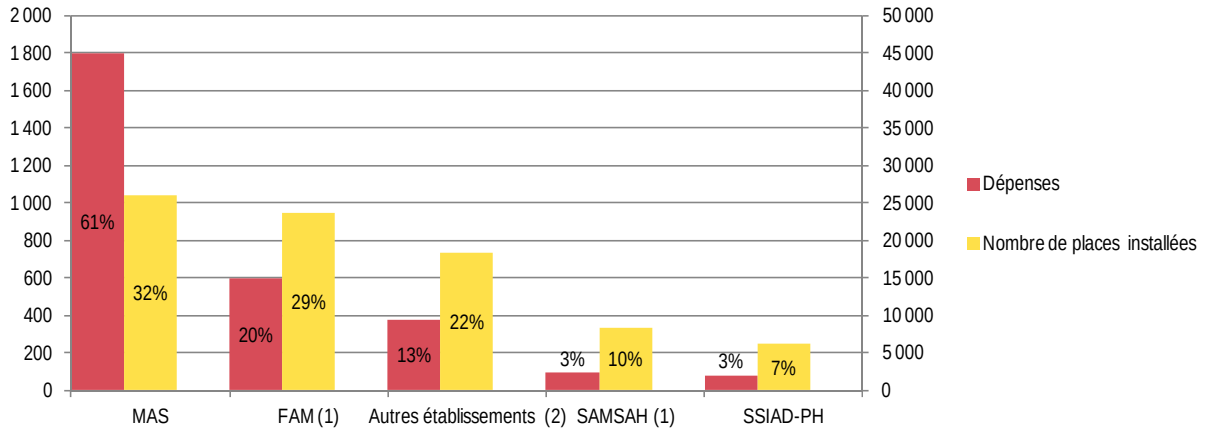
2 Makdessi Y., 2012, « Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités », Document de travail, DREES, série Études et Recherche, octobre.

3 Le taux d'encadrement correspond au rapport entre le nombre de salariés en équivalent temps plein (ETP) travaillant dans l'établissement, toutes professions confondues, et le nombre de places installées dans l'établissement. Ces données sont issues de l'enquête ES-handicap 2010 de la DREES.

4 La dépense moyenne par place des maisons d'accueil spécialisées (MAS) a été calculée en rapportant la dépense totale des MAS en 2014 au nombre de places en MAS installées au 1er janvier 2014.

Graphique 5 Montant des dépenses et capacités d'accueil par type d'établissements et services pour adultes handicapés en 2014

En millions d'euros (échelle de gauche) et nombre de places installées (échelle de droite)



(1) Seules les fractions de dépenses des FAM et des SAMSAH prises en charge par la Sécurité sociale sont comptabilisées ici.
(2) Les autres établissements comprennent les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS), l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux…
Lecture > En 2014, les dépenses de la Sécurité sociale au titre des MAS s'élèvent à 1,8 milliard d'euros, soit 61 % de l'ensemble de ses dépenses consacrées aux établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes handicapés. Les MAS offrent au 1er janvier 2014, 26 034 places installées, soit 32 % de la capacité d'accueil des établissements et services en faveur des adultes handicapés.
Sources > Données des TCDC des régimes d'assurance maladie et de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS pour les montants ; STATISS 2014 et PLFSS 2015 pour les capacités.

Encadré 1 Les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés non financés par la Sécurité sociale

D'autres établissements financés par d'autres sources que l'Assurance maladie, en particulier par les conseils départementaux, participent à l'accueil des adultes handicapés.

Les **foyers de vie**, ou « **occupationnels** », accueillent des adultes « dont le handicap ne permet pas d'exercer une activité professionnelle, mais ayant une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes ». Les **foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés** assurent « l'hébergement et l'entretien des adultes handicapés qui exercent une activité professionnelle ». Ces structures, ainsi que **les foyers d'accueil polyvalents** correspondant aux foyers d'hébergement qui proposent simultanément de l'hébergement ouvert, de l'accueil foyer de vie et de l'accueil médicalisé, offrent plus de 90 000 places aux adultes handicapés soit environ 30 % du nombre global de places en ESMS pour adultes handicapés (financés ou non par la Sécurité sociale).

Les services d'accompagnement à la vie sociale (**SAVS**) assurent le maintien des personnes handicapées dans le « milieu ordinaire », par un soutien à la restauration des liens sociaux (familiaux, scolaires, professionnels…) et en proposant une série de prestations (assistance, suivi éducatif, aide dans la réalisation des actes quotidiens…). À la différence des SAMSAH, ils ne proposent pas d'accompagnement médical.

En 2014, les conseils départementaux ont dépensé plus de 5,3 milliards d'euros pour ces établissements et services ainsi que pour l'hébergement en foyers d'accueil médicalisés ou encore pour la partie « accompagnement à la vie sociale » des SAMSAH[1].

Enfin, les établissements et services d'aide par le travail (**ESAT**) accompagnent des adultes ayant une « capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité normale et qui, de ce fait, ne peuvent momentanément ou durablement pas exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail ». Ils leur offrent un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social. L'État finance la dotation globale de fonctionnement des ESAT qui s'élève à 1,5 milliard d'euros en 2014[2]. Les ESAT offrent 115 000 places soit environ 40 % du nombre global de places en ESMS pour adultes handicapés.

S'agissant des enfants handicapés, la Sécurité sociale finance au moins en partie tous les établissements et services médico-sociaux qui leur sont destinés.

1 2016, « Dépenses d'aide sociale départementale : une hausse de 9 % depuis 2010 », Études et Résultats, DREES, n°950, février (données provisoires en 2014 pour la France entière, hors Mayotte).
2 Rapport annuel de performance de la mission « solidarité, insertion et égalité des chances », programme 157 « Handicap et dépendance », annexe au Projet de loi de règlement et d'approbation des comptes pour 2014.

Une structure des dépenses des établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes handicapés relativement stable depuis 2009

Plus encore que chez les enfants, chez les adultes handicapés, les dépenses de soins en établissements sont très largement majoritaires par rapport à celles des services : 94 % des dépenses des ESMS pour adultes handicapés sont destinées aux établissements.

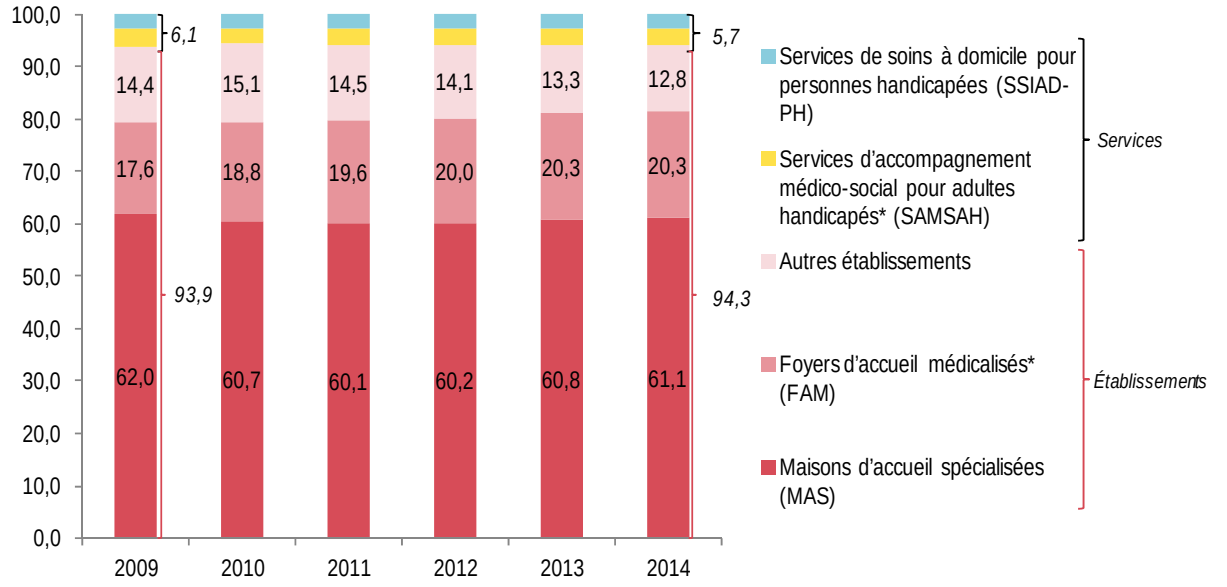
La part des dépenses des MAS dans l'ensemble des dépenses des ESMS en faveur des adultes handicapés est restée relativement stable au cours du temps, passant de 62,0 % en 2009 à 61,1 % en 2014. Celle des FAM a, quant à elle, augmenté, passant de 17,6 % en 2009 à 20,3 % en 2014 (graphique 6).

La part des dépenses des SAMSAH est aussi restée relativement stable au cours de cette période, passant de 3,7 % en 2009 à 3,1 % en 2014. Cependant ces services s'étaient largement développés depuis 2006, un décret de 2005[1] en changeant l'organisation. L'OGD médico-social avait alors pu bénéficier de crédits spécifiques nécessaires à l'investissement en vue de la création de nouvelles places en SAMSAH. Le programme pluriannuel 2008-2012 a par la suite soutenu leur développement dans le but de favoriser le maintien des personnes en milieu ordinaire et de faire face au vieillissement des personnes handicapées et de leurs aidants.

Les SSIAD, qui étaient destinés aux personnes âgées, ont vu leurs missions s'élargir depuis 2004 en s'ouvrant aux personnes handicapées de moins de 60 ans[2]. Depuis, le programme pluriannuel 2008-2012 soutient également la création de places en SSIAD afin d'accompagner en milieu ordinaire de vie des personnes à domicile dont les aidants vieillissent, et tout particulièrement les personnes souffrant de handicap psychique. Les dépenses des SSIAD ont augmenté de 5,8 % par an entre 2009 et 2014. Elles représentent 2,6 % de l'ensemble de la dépense des ESMS pour adultes handicapés en 2014, contre 2,5 % en 2009.

Graphique 6 Évolution de la structure de la dépense des établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes handicapés

En %



Notes > Seules les fractions de dépenses des FAM et des SAMSAH prises en charge par la Sécurité sociale sont comptabilisées ici.
Les autres établissements comprennent les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS).
Pour 2009, les montants des dépenses des SSIAD-PH étaient intégrés aux dépenses des SSIAD Personnes âgées dans les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des régimes d'assurance maladie. Le montant des dépenses des SSIAD-PH a alors été obtenu à partir d'une clé de répartition calculée sur l'année 2010.
Sources > Données des TCDC des régimes d'assurance maladie et de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS.

1 Décret du 11 mars 2005 relatif aux SAVS et SAMSAH.
2 Décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Une augmentation des dépenses des soins pour adultes handicapés en ESMS de 5,3 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2014

Entre 2009 et 2014, les soins pour adultes handicapés en établissements et services médico-sociaux ont augmenté de 5,3 % par an.

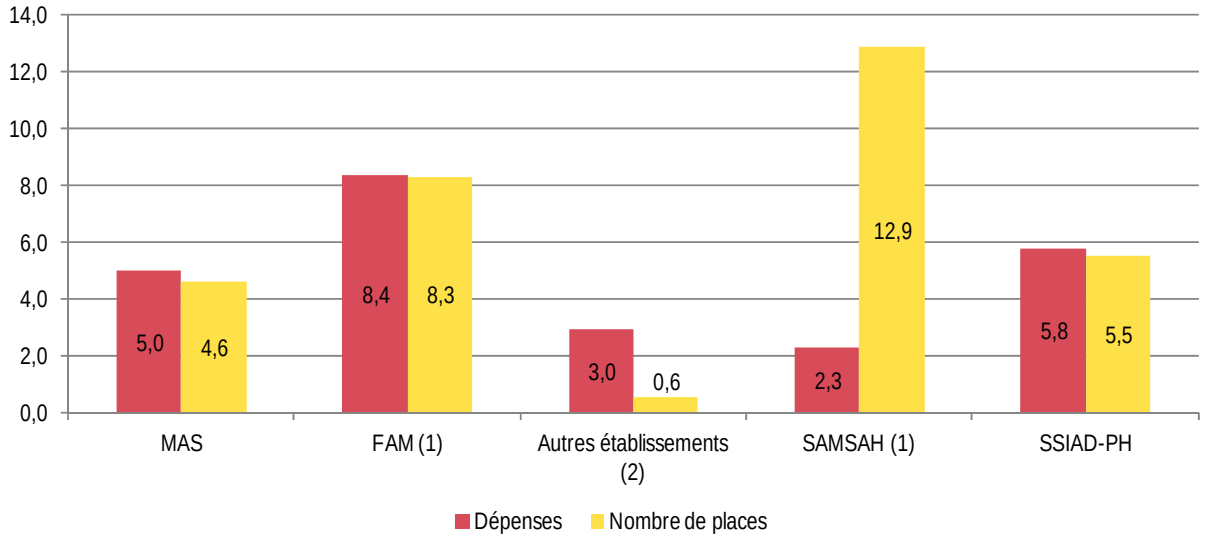
Les dépenses des FAM et des MAS ont particulièrement augmenté durant cette période : 8,4 % en moyenne par an pour les FAM et 5,0 % pour les MAS. La progression des dépenses a permis l'amélioration des capacités d'accueil (graphique 7) : le nombre de places installées a augmenté de 8,3 % par an pour les FAM et 4,6 % par an pour les MAS. Le programme pluriannuel de création de places 2008-2012 préconisait en effet le développement des MAS et des FAM, dans le but d'accueillir de jeunes adultes aujourd'hui maintenus, faute de places, dans des structures pour enfants, et de mieux répondre au problème émergent des personnes handicapées vieillissantes.

Les dépenses des autres établissements (UEROS, CRP et CPO) ont, quant à elles, augmenté mais dans une moindre mesure (3,0 % en moyenne par an). Le nombre de places de ces structures est resté stable sur la période.

Par ailleurs, les dépenses des SAMSAH avaient quintuplé entre 2007 et 2008 et concernaient en particulier des dépenses d'investissement pour la création de nouvelles places. Les dépenses ont ensuite augmenté de 2,3 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2014. Toutefois, cette progression recouvre des évolutions très hétérogènes d'une année sur l'autre. Le nombre de places installées en SAMSAH a continué d'augmenter : près de 3 800 places ont été créées entre 2009 et 2014, soit une augmentation de 12,9 % par an, mais de manière irrégulière d'année en année. Les dépenses des SSIAD pour personnes handicapées ont augmenté de 5,8 % en moyenne chaque année entre 2009 et 2014, conduisant à la création de près de 1 500 places sur l'ensemble de la période.

Graphique 7 Évolution moyenne annuelle des dépenses et du nombre de places par type d'établissements et services médico-sociaux destinés aux adultes handicapés entre 2009 et 2014

En %



(1) Seules les fractions de dépenses des FAM et des SAMSAH prises en charge par la Sécurité sociale sont comptabilisées ici.
(2) Les autres établissements comprennent les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS).
Sources > Données des TCDC et de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS pour les dépenses et STATISS pour le nombre de places installées (données non disponibles pour l'année 2009, le nombre de places a été approché à partir des années 2008 et 2010).

Encadré 2 Une politique du handicap axée, d'une part, sur la scolarisation des enfants et adolescents et, d'autre part, sur le travail des adultes en milieu ordinaire

La politique du handicap est aujourd'hui axée sur la scolarisation des enfants et des adolescents en milieu ordinaire et sur l'accompagnement des travailleurs handicapés. Pour cela, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a joué un rôle majeur en proposant des avancées sur plusieurs points.

- Si les personnes « dont le handicap les place dans l'impossibilité de gagner leur vie par leurs propres moyens » bénéficient d'un revenu minimum depuis 1975 (l'allocation aux adultes handicapés [AAH], versée par la CAF ou la MSA sous condition de ressources selon le taux d'incapacité des personnes), la loi du 11 février 2005 incite les allocataires à travailler même à temps partiel, en instaurant un abattement substantiel sur les revenus d'activité[1].
- Cette loi impose une sanction plus sévère pour les entreprises qui ne respecteraient pas l'obligation d'emploi d'au moins 6 % de personnes handicapées et étend cette obligation à la fonction publique.
- Elle incite la scolarisation des enfants en milieu ordinaire en identifiant l'école ou l'établissement scolaire le plus proche du domicile comme établissement de référence de l'enfant. L'enfant pourra être accueilli dans un autre établissement, s'il a besoin d'un dispositif qui n'est pas proposé dans l'établissement le plus proche de son domicile.
- En cas de besoin spécifique, la loi reconnaît le droit de bénéficier d'un accompagnement adapté, en particulier à l'aide des ESMS qui peuvent alors compléter le dispositif scolaire ordinaire.
- Elle réaffirme la possibilité de prévoir des aménagements spécifiques afin de garantir l'égalité des chances entre tous les étudiants.
- Elle crée la prestation de compensation du handicap (PCH) versée par les conseils départementaux aux personnes handicapées. Cette aide, accordée selon des conditions d'autonomie et de résidence, vise à financer les besoins de compensation des personnes au regard de leur projet de vie : aides humaines, aides techniques et matérielles (aménagement du logement et du véhicule), aide animalière... Cependant, une participation financière dépendant du niveau de ressources peut être laissée à la charge de la personne. Elle remplace progressivement l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) qui finançait les besoins uniquement en aide humaine[2].
- Le principe d'accessibilité pour tous, quel que soit le handicap, est réaffirmé. Les critères d'accessibilité, les délais de mise en conformité et d'éventuelles sanctions en cas de non respect de ces obligations sont redéfinis. Ainsi, en matière de logement, l'objectif de la loi est de permettre aux personnes handicapées de pouvoir disposer d'un logement adapté et d'élargir le parc immobilier accessible, les établissements recevant du public et les transports collectifs devront être accessibles à tous dans un délai imparti.

Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012 s'inscrit aussi dans cette démarche de favoriser la vie quotidienne en milieu ordinaire en préconisant la création de places en structures favorisant l'autonomie et l'intégration scolaire des enfants et des adolescents (SESSAD), l'autonomie et le maintien en milieu ordinaire de vie des adultes handicapés, en particulier ceux pour qui les aidants vieillissent (SAMSAH, SSIAD) et l'accompagnement vers l'emploi (CRP, UEROS, ESAT). La CNSA poursuit cet effort de création de places par la programmation de 14 253 places sur le champ du handicap entre 2015 et 2018 à la fois en milieu ordinaire chez les adultes et chez les enfants, et en établissement médicalisé, surtout chez les adultes.

1 La législation en vigueur prévoit un dispositif de « neutralisation » d'une partie importante des revenus d'activité afin de limiter les risques de « trappe à inactivité ». Pour l'AAH, les revenus d'activité des six premiers mois ne sont pas du tout pris en compte pour le calcul du montant de l'aide, ce qui permet un cumul intégral de l'AAH et des revenus d'activité ; au-delà de cette date, un abattement des revenus d'activité atteignant 80 % pour les revenus inférieurs à 30 % du SMIC mensuel et 40 % au-delà est prévu, sans limitation de durée.

2 Pour davantage de précisions sur ces dispositifs, se référer à la fiche « Le risque invalidité en France », dans cet ouvrage.

Pour en savoir plus

ANAP, CNSA, 2013, « Le secteur médico-social, comprendre pour mieux agir », juillet.

CNSA, octobre 2010, « Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes », Dossier technique.

CNSA, juin 2008, « Plan pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012 ».

Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2013 « Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2012. Prévisions 2013 et 2014 », Éclairage « 2.3. Les établissements et services médico-sociaux ».

Makdessi Y., Mordier B., 2013, « Établissements et services pour adultes handicapés. Résultats de l'enquête ES 2010 », *Document de travail*, DREES, série Statistiques, n° 180, mai.

Makdessi Y., Mordier B., 2013, « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'enquête ES 2010 », *Document de travail*, DREES, série Statistiques, n° 177, mars.

Makdessi Y., 2012, « Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités », *Document de travail*, DREES, série Études et Recherche, n° 123, octobre.

Annexe : Les différents types d'établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées

En France, les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées sont divisés en deux grandes catégorie selon qu'ils accueillent des adultes ou des enfants. Ils peuvent proposer des actions de prévention, d'accompagnement en milieu ordinaire de vie, d'insertion professionnelle ou d'accompagnement en institution.

Établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants handicapés

Prévention, dépistage et accompagnement précoce

Les **centres d'action médico-sociale précoce** (**CAMSP**) sont des services qui assurent le dépistage précoce et le traitement en cure ambulatoire des enfants de moins de 6 ans présentant un risque de handicap ou atteints d'un handicap sensoriel ou moteur, en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation du handicap. Ils sont financés pour la majeure partie par l'Assurance maladie, mais aussi par les conseils départementaux.

Les **centres médico-psycho-pédagogiques** (**CMPP**) sont des services qui s'adressent à des enfants et adolescents de 3 à 18 ans présentant des difficultés scolaires (de type dyslexie, dysphasie ou retard scolaire) ou des troubles d'ordre psychologique ou psychomoteur. Ils ont pour but le maintien de l'enfant dans sa famille et dans le milieu scolaire ordinaire et participent ainsi à la mise en œuvre de la politique de santé mentale en direction des enfants et des adolescents. Des équipes pluridisciplinaires composées de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, d'assistantes de service social, de pédagogues et de rééducateurs réalisent un diagnostic et mettent en œuvre une action éducative et thérapeutique. Ils sont financés par l'Assurance maladie sous la forme d'un forfait séance et d'une facturation à l'acte.

Accompagnement en milieu ordinaire de vie

Les **services d'éducation spéciale et de soins à domicile** (**SESSAD**) apportent aux enfants et à leur famille un accompagnement, un soutien éducatif et thérapeutique individualisé dans le cadre d'une intégration scolaire ou dans tout autre lieu de vie (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs). Ils favorisent le maintien des enfants ou des adolescents en situation de handicap dans leur cadre de vie habituel, du domicile à l'école. Ils sont financés par l'Assurance maladie, sous forme de dotation globale.

Accompagnement en institution

Les **établissements pour jeunes déficients sensoriels** (**EJDS**) accueillent et accompagnent des enfants présentant une déficience visuelle ou auditive. Ils assurent le suivi médical, les apprentissages des moyens de communication, l'acquisition des connaissances scolaires, la formation professionnelle et favorisent l'intégration familiale et sociale. Ils sont financés par l'Assurance maladie.

Les **établissements pour enfants polyhandicapés** (**EP**) accueillent des enfants présentant un handicap grave à expression multiple et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Ils assurent le suivi médical de ces enfants, l'apprentissage des moyens de communication et le développement de l'éveil sensori-moteur et intellectuel. Il s'agit de favoriser leur intégration familiale, sociale et professionnelle. L'accueil peut être limité à la journée.

Les **jardins d'enfants spécialisés** (**JES**) accueillent les enfants de 18 mois à 6 ans présentant une déficience intellectuelle.

Les **instituts d'éducation motrice** (**IEM**) accueillent des enfants présentant une déficience motrice afin de favoriser leur intégration familiale, sociale et professionnelle. Ils sont financés par l'Assurance maladie.

Les **instituts médico-éducatifs** (**IME**) accueillent et accompagnent des enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance intellectuelle. L'objectif des IME est de dispenser une éducation et un enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques et recourant à des techniques de rééducation. Ils offrent une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique. L'accueil peut être limité à la journée. Ils sont financés par l'Assurance maladie. Par ailleurs, des enfants handicapés peuvent être accueillis dans des IME en Belgique faute de places disponibles en France. Ces dépenses sont alors toujours prises en charge par l'assurance maladie française.

Les **instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques** (**ITEP**) accueillent des enfants, adolescents ou jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques et des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et l'accès aux apprentissages. Il s'agit de favoriser le retour à un dispositif éducatif ordinaire ou adapté. L'accueil peut être limité à la journée.

Établissements et services médico-sociaux en faveur des adultes handicapés

Insertion professionnelle

Les **centres de préorientation** (**CPO**) évaluent les capacités des adultes handicapés afin de les accompagner dans la définition d'un nouveau projet professionnel. Ils proposent des stages pour affiner un projet professionnel et faciliter leur insertion. Ils sont financés par l'Assurance maladie qui pratique une tarification à la journée.

Les **centres de rééducation professionnelle** (**CRP**) forment les adultes handicapés en vue de leur réinsertion professionnelle et assurent des prestations et un accompagnement médical et psycho-social individualisé. Ils sont financés par l'Assurance maladie qui pratique une tarification à la journée.

Les **unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle** (**UEROS**) accompagnent des personnes présentant des troubles résultant d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise. Elles contribuent à élaborer un projet social ou professionnel. Ces unités sont financées intégralement par l'Assurance maladie sous la forme d'une dotation globale.

Accompagnement en milieu ordinaire de vie

Les **services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés** (**SAMSAH**) proposent des prestations d'aide aux activités domestiques ou des activités de la vie quotidienne, concourant ainsi au soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie et d'activités sociales. Ils proposent aussi un accompagnement médical et paramédical. La partie « soins » des SAMSAH est financée par l'Assurance maladie sous la forme d'un forfait global annuel ou d'un forfait journalier de soins, la partie « accompagnement à la vie sociale » étant à la charge du conseil départemental.

Les **services de soins à domicile pour personnes handicapées** (**SSIAD-PH**) sont destinés aux adultes de moins de 60 ans en situation de handicap et nécessitant des soins paramédicaux prolongés. Ces services interviennent à domicile ou au sein d'établissements non médicalisés. Ils sont financés par l'Assurance maladie sous forme de dotation globale.

Accompagnement en institution

Les **foyers d'accueil médicalisés** (**FAM**) reçoivent des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes essentiels de la vie courante ou d'un soutien, d'un suivi médical régulier, sans toutefois justifier d'une prise en charge complète par l'Assurance maladie. L'accueil peut être limité à la journée, sans hébergement. Les soins sont prix en charge par l'Assurance maladie et l'hébergement et l'accompagnement à la vie sociale par l'usager ou le conseil départemental.

Les **maisons d'accueil spécialisées** (**MAS**) reçoivent des adultes atteints d'un handicap (intellectuel, moteur, somatique grave, ou une association de handicaps), qui n'ont pas pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. L'accueil peut aussi être limité à la journée, sans hébergement.

Établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants et adultes handicapés

L'**accueil temporaire** est un séjour d'une durée limitée dont le but est d'accueillir un enfant ou un adulte en situation de handicap en attente de place dans une structure spécialisée, ou pour soulager la famille. Cet accueil peut être proposé dans un établissement médico-social de type institut médico-éducatif (IME), en foyer d'hébergement, dans une maison d'accueil spécialisé (MAS)... Il peut aussi avoir lieu au sein d'une structure sanitaire (hôpital…) ou d'une maison d'accueil temporaire, établissement spécifiquement dédié à ce type de prise en charge. Les frais d'accueil temporaire des enfants sont pris en charge par l'Assurance maladie, mais une participation financière journalière est facturée pour les adultes.

Les **établissements expérimentaux** bénéficient d'une autorisation de courte durée. Si l'évaluation des résultats au terme de l'autorisation est positive, ils pourront être intégrés dans les catégories existantes ou faire l'objet d'une nouvelle catégorie.

5

Annexe 1
Statut et objectifs des comptes de la protection sociale

Le champ des comptes de la protection sociale

Les comptes de la protection sociale (CPS) 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). Leur champ comprend l'ensemble des régimes ou organismes qui ont pour mission d'en assurer la charge dans un cadre de solidarité sociale, c'est-à-dire 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…). Dans cette perspective, ces comptes agrègent les interventions des régimes et organismes publics et certaines interventions de la sphère privée.

Les comptes de la protection sociale, élaborés chaque année par la DREES, sont disponibles depuis 1959, mais à un niveau de nomenclature relativement agrégé avant 1981.

L'exercice 2014 est marqué par une modification de la présentation des régimes (à champ inchangé), dans un souci d'homogénéisation avec celle habituellement retenue par l'INSEE (*cf.* schéma 1). Les régimes sont dorénavant regroupés selon leur secteur institutionnel d'appartenance, c'est-à-dire dans une présentation harmonisée avec celle de la comptabilité nationale dont les comptes de la protection sociale sont un compte satellite.

En effet, en comptabilité nationale, les différents acteurs de la vie économique sont classés dans des ensembles pertinents, les secteurs institutionnels, qui regroupent les unités ayant des comportements économiques similaires caractérisés par leur fonction principale et la nature de leur activité. On distingue cinq secteurs institutionnels résidents[1] (par opposition au « reste du monde » qui est extérieur à l'économie nationale) :

- les sociétés non financières (SNF – S.11) ;
- les sociétés financières (SF – S.12) ;
- les administrations publiques (APU – S.13) ;
- les ménages (S.14) ;
- les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM – S.15).

Les comptes de la protection sociale retracent les régimes de protection sociale issus du secteur public comme ceux issus du secteur privé :

1/ les régimes issus du secteur des administrations publiques :

- les régimes des administrations de Sécurité sociale (ASSO), qui regroupent :
  - les régimes de base de Sécurité sociale (régime général et autres régimes obligatoires de base, hors régimes dits « directs » dont les prestations sont directement versées par l'employeur qui assure l'équilibre du compte, comme les régimes de retraite des fonctionnaires ou encore des régimes de salariés de certaines entreprises privées) ;
  - les régimes complémentaires (vieillesse et maladie notamment) ;
  - les fonds spéciaux poursuivant des objectifs de Sécurité sociale ;
  - le régime d'assurance chômage ;
  - le régime d'intervention sociale des hôpitaux publics ;
- les régimes d'intervention sociale de l'État, des organismes divers d'administration centrale (ODAC) et des 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…) à travers des prestations spécifiques telles que le revenu de solidarité active, l'aide médicale d'État, etc. ;
- le régime direct d'employeur de l'État et les régimes de prestations extra-légales des employeurs publics.

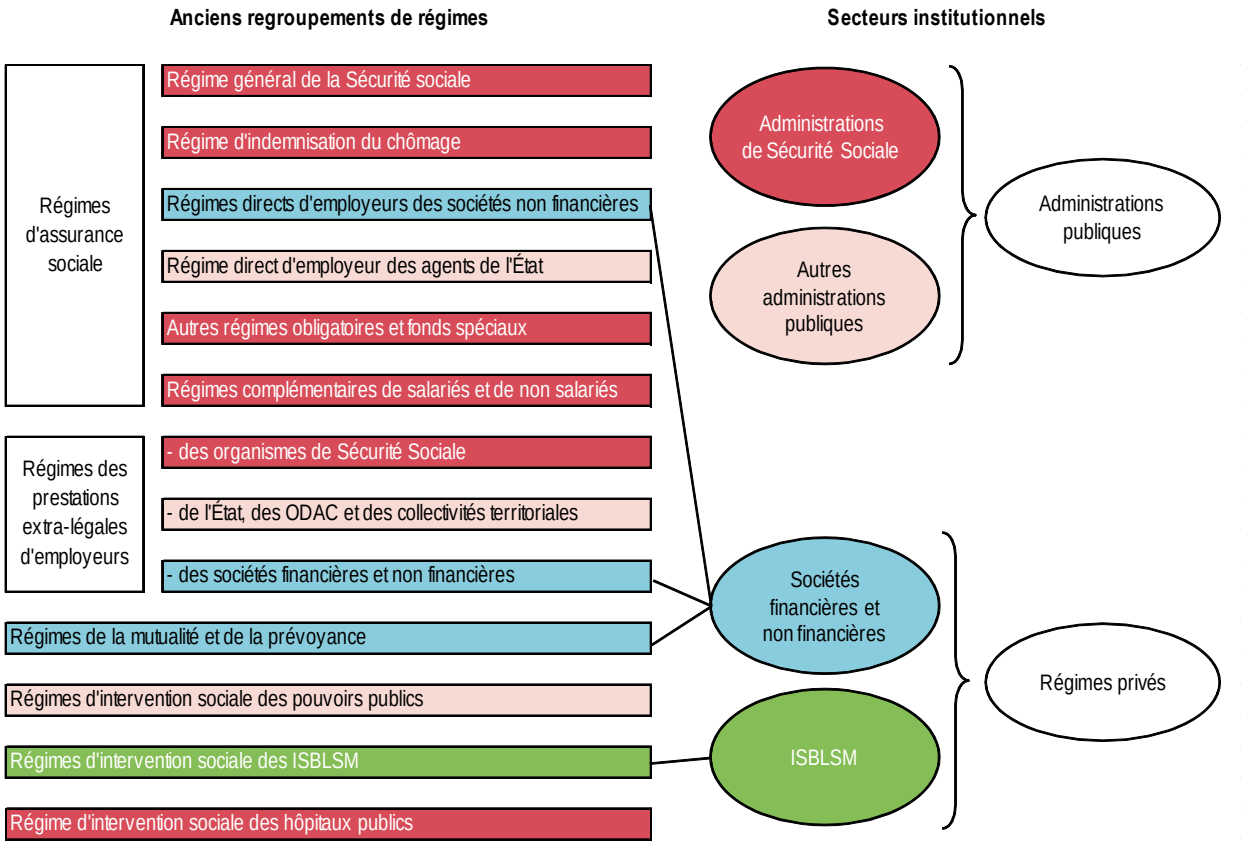
2/ les régimes issus des secteurs institutionnels privés :

- les régimes des sociétés financières ou non-financières, composés :
  - des régimes de la mutualité et de la prévoyance. Ceux-ci versent des prestations qui complètent celles prises en charge par les régimes d'assurances sociales (par exemple, dans le domaine de la santé, prise en charge du ticket modérateur, d'une partie des dépassements d'honoraires, etc.). Les prestations versées par les mutuelles (relevant du livre II du Code de la mutualité), même si elles sont principalement à adhésion individuelle, entrent dans le champ de la protection sociale : d'une part, un certain nombre de contrats, dits « fermés », sont réservés à des populations spécifiques (fonctionnaires…). D'autre part, une grande part des contrats opèrent des solidarités (tarif dépendant du revenu, tarif augmentant moins avec l'âge que le risque…). Les prestations des institutions de prévoyance (régies par le Code de la Sécurité sociale),

1 Définitions issues du site Insee.fr.

principalement collectives, sont également incluses. En revanche, l'activité des sociétés d'assurance (relevant du Code des assurances) sur le champ des risques sociaux n'est pas qualifiée de protection sociale en comptabilité nationale et n'est donc pas retracée ici ;
  - des régimes directs d'employeurs des grandes entreprises ;
  - des régimes de prestations extra-légales des employeurs des secteurs financiers et non financiers, régimes organisés par l'employeur sans que la législation en impose l'existence. Issues des conventions collectives ou des accords d'entreprise, les prestations extra-légales sont versées directement par l'employeur : suppléments familiaux de rémunération, compléments d'indemnités journalières…
- 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.

Schéma 1 De l'ancienne présentation des comptes de la protection sociale à la présentation en secteurs institutionnels



Note > Les regroupements effectués sont figurés ici par couleur. Dans l'ancienne présentation des comptes de la protection sociale, les régimes d'assurances sociales étaient regroupés. Ils comportaient deux ensembles de régimes qui ne font pas partie des administrations de Sécurité sociale (ASSO) : les régimes directs d'employeurs des sociétés non financières, désormais présentés avec les autres régimes privés, et le régime direct d'employeur des agents de l'État, désormais inclus dans les autres administrations publiques. Par ailleurs, les régimes de prestations extra-légales d'employeurs étaient transverses à la plupart des secteurs institutionnels ; ils sont dorénavant éclatés selon le secteur institutionnel de l'employeur.

Les prestations dans les comptes de la protection sociale

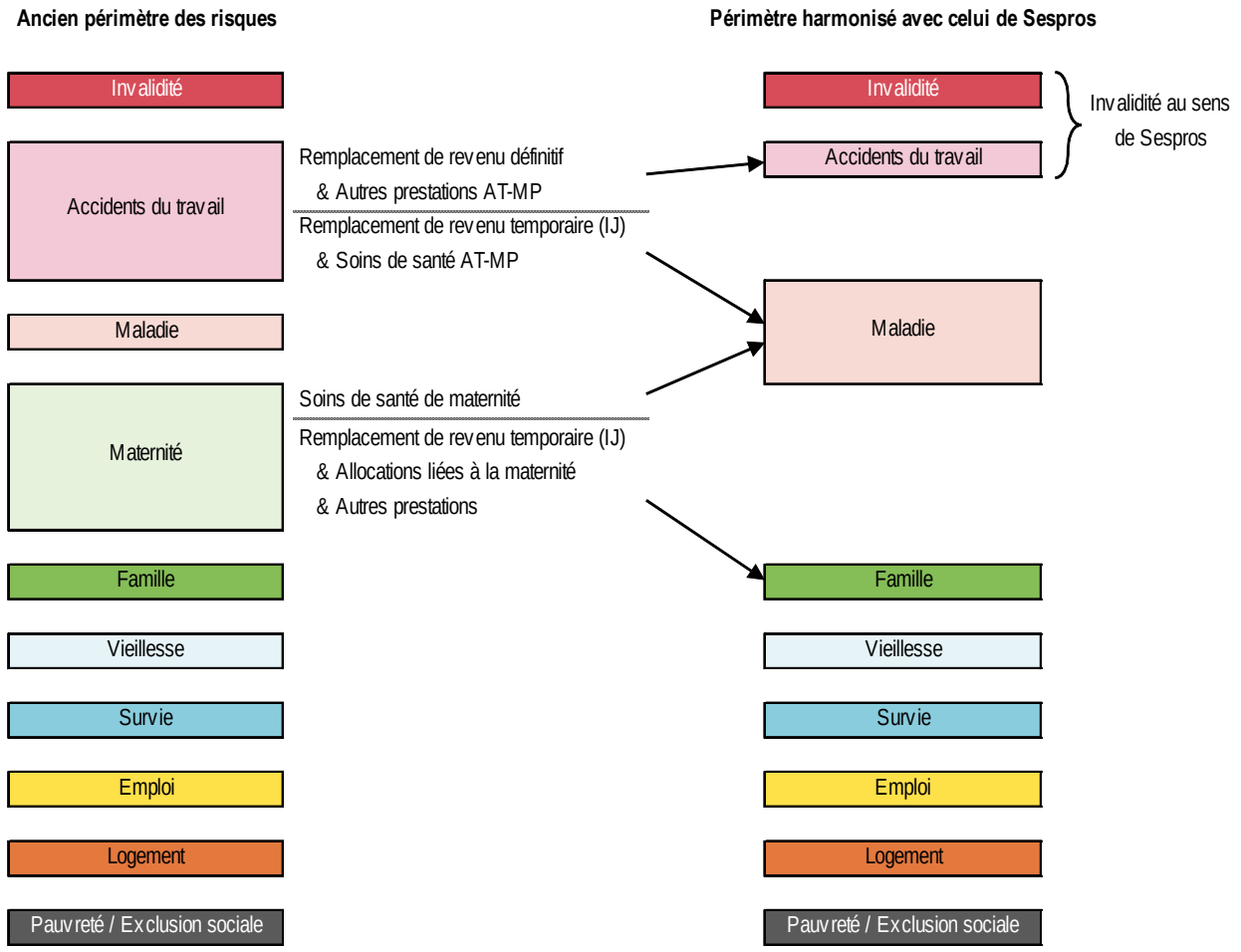
Les prestations sociales retenues correspondent aux transferts financiers perçus à titre individuel par les ménages dont l'objectif principal est de les couvrir contre différents risques :

- le risque santé, qui regroupe la maladie, l'invalidité et les 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 famille : ces prestations 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, à savoir 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.

Par rapport à l'édition précédente de l'ouvrage, la frontière entre les différents risques a été modifiée pour être harmonisée avec la présentation du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS).

Schéma 2 De l'ancien périmètre des risques sociaux au périmètre actuel, harmonisé avec SESPROS



Note > L'ensemble des soins de santé sont à présents comptabilisés au sein du risque maladie. Par ailleurs, les indemnités journalières AT-MP sont rattachées au risque maladie. Enfin, le risque maternité a été fusionné avec le risque famille.

Les opérations des comptes de la protection sociale

Les comptes de la protection sociale ne décrivent pas uniquement les prestations, mais également leur financement. Ils retracent ainsi toutes les dépenses et recettes directement attribuables à la protection sociale, c'est-à-dire l'ensemble des opérations pour les régimes dont la protection sociale est l'activité essentielle, et les opérations identifiées comme relevant de ce champ pour les autres régimes. Les ressources des CPS sont notamment constituées de cotisations sociales, d'impôts et taxes affectés et de contributions publiques. Pour ce qui est des dépenses, les prestations constituent la majeure partie, suivies des frais de gestion et des frais financiers (*cf.* annexe 6 présentant la nomenclature des opérations). Les transferts internes entre les différents régimes de protection sociale sont également suivis.

La différence entre les ressources et les emplois des CPS en constitue le solde. Ce dernier est retracé de manière détaillée pour la majorité des régimes (*cf.* annexe 2). Ce solde est élaboré selon les mêmes concepts que le déficit public au sens du traité de Maastricht (*cf.* infra le paragraphe *Comptes de la protection sociale et comptes nationaux*).

Comparaisons internationales basées sur les comptes de la protection sociale

Les comptes de la protection sociale constituent la réponse de la France au Système européen de statistiques intégrées de protection sociale (SESPROS), développé dans les années 1970, puis stabilisé par l'adoption d'un règlement européen cadre (nº 458/2007). Le champ des comptes de la protection sociale est ainsi identique à celui de SESPROS, défini au niveau européen : « 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 »[1].

Tous les États membres de l'UE et quelques autres pays répondent à SESPROS selon la méthodologie harmonisée[2]. Si les séries de certains pays, dont la France, sont disponibles depuis le début des années 1990, de nombreux autres pays n'ont commencé à répondre à SESPROS qu'au cours de la décennie 2000.

Du système de comptes français au système européen de comptes

Les différences entre les comptes de la protection sociale et le système SESPROS sont minimes : elles se résument à la non-intégration, dans SESPROS, du compte de capital dans le financement et les dépenses de protection sociale. En revanche, le montant des prestations est identique dans les deux exercices.

À compter de l'exercice 2014 (*cf.* schéma 2), il n'y a plus de différences dans le classement des prestations, le périmètre des risques français ayant été aligné sur celui des risques européens (à noter simplement que le risque invalidité au sens de SESPROS correspond à la somme des risques invalidité et AT-MP dans les comptes français).

Néanmoins, des différences peuvent apparaître, en raison du décalage de millésime. Les données de SESPROS publiées sur Eurostat correspondent à l'édition précédente de l'ouvrage des comptes de la protection sociale (c'est-à-dire aux données 2013 publiées dans l'édition 2015). Entretemps, les données 2013 ont été révisées, des améliorations méthodologiques ont été apportées (les crédits d'impôts ont notamment été ajoutés dans l'édition 2016 des comptes de la protection sociale). En conséquence, au sein des fiches de comparaisons internationales de cet ouvrage, les données pour la France disponibles sur Eurostat ont été actualisées avec les données des comptes de la protection sociale les plus récentes. En revanche, les fiches internationales ne prennent pas en compte les autres révisions de données, comme celle des comptes nationaux intervenue mi-mai 2016, hormis pour la croissance du PIB en volume (fiche 18).

Limites des comparaisons européennes

Eurostat, l'office statistique de l'Union européenne, consolide les données transmises par les différents pays et veille à leur comparabilité. Néanmoins, aucune obligation n'est faite aux pays de rétropoler leurs données lorsqu'ils ont introduit un changement méthodologique, d'où la présence de ruptures de série, qui complexifie l'analyse sur longue période. Par ailleurs, pour de nombreux pays (notamment l'Italie), les chiffres de cette édition correspondent à ceux du passage en base 2010 des comptes nationaux, qui induit de nombreuses révisions des chiffres.

Enfin, plusieurs limites à la comparaison internationale des dépenses de prestations sont à noter.

- Les prestations sociales comptabilisées sont brutes de tout prélèvement social. Or, à niveau de prestations sociales brutes similaire dans deux pays, le niveau d'impôts et de charges sociales prélevés diffère. Le niveau de prestations nettes reçues par les ménages n'est donc plus identique entre les deux pays considérés. Il est à souligner que le module relatif aux dépenses nettes, inclus dans le système SESPROS, retrace les prestations nettes versées pour chaque risque[3] et permet ainsi de s'affranchir de cette limite.
- Les transferts réalisés au moyen d'allégements ou d'abattements fiscaux ne sont pas inclus, à l'exception des crédits d'impôts[4] : en plus des prestations sociales, un pays peut accorder d'autres types d'avantages à certaines populations *via* des dépenses fiscales. Ce point est particulièrement notable pour les risques famille et logement pour lesquels ces aides fiscales peuvent dans certains pays représenter des montants très conséquents.
- Les prestations sociales ne poursuivent pas un objectif unique. Il n'est pas rare qu'une prestation soit à la fois destinée à des personnes en situation d'exclusion et couvre aussi un risque plus spécifique, comme la santé. En dépit des règles relativement précises de SESPROS sur le traitement des prestations qui couvrent plusieurs risques, des différences de classement entre pays peuvent intervenir entre des prestations de nature proches. Cette difficulté concerne en particulier les risques famille et exclusion-sociale, qui sont généralement ceux dont le spectre des objectifs poursuivis est le plus large.

1 Eurostat, « Manuel SESPROS - Le Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale - 2008 edition ».
2 Eurostat, « ESSPROS Manual and user guidelines – 2012 edition » (non disponible en français).
3 Pour une première approche neutralisant ces différences, se référer à l'article d'Eurostat sur le sujet :
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Social_protection_statistics_-_net_expenditure_on_benefits
4 À la suite du working group SESPROS de mai 2015, les crédits d'impôts entrent comme des prestations dans le champ de SESPROS – un temps d'adaptation est toutefois nécessaire aux pays pour répondre selon cette nouvelle méthodologie. Pour la France, ils sont intégrés depuis cette édition de l'ouvrage.

- Enfin, les actions qui ont trait à l'éducation sont hors du champ de SESPROS. Cela induit des difficultés de comparaison des dépenses du risque famille 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, comme l'Allemagne.

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, puisqu'ils se limitent aux organismes versant ou finançant des prestations de protection sociale, et ne présentent que les comptes en dépenses et recettes. Par ailleurs, pour les régimes dont la protection sociale n'est pas l'unique activité[1], 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 (*cf.* annexe 2).

Par ailleurs, les données issues du cadre central de la comptabilité nationale diffèrent légèrement de celles issues des comptes de la protection sociale : périmètre différent de consolidation des transferts, traitement adapté des sociétés non financières, etc.

Concept de prestation sociale dans les deux exercices

Les prestations sociales au sens des comptes nationaux (opérations D62 et D63 du Système européen de comptes [SEC] 2010) sont plus larges que celles des comptes de la protection sociale (alignées sur le système européen SESPROS), puisqu'elles incluent un risque supplémentaire, le risque « éducation ».

Si l'on exclut ce qui a trait à l'éducation, les prestations sociales en espèces (opération D62 du SEC) correspondent aux prestations sociales en espèces des CPS (et de SESPROS).

En revanche, les transferts sociaux en nature (opération D63) diffèrent des prestations sociales en nature des CPS. En effet, les transferts sociaux en nature incluent, outre les prestations sociales en nature, l'ensemble des biens et services non marchands produits par les administrations publiques et les ISBLSM sur les fonctions santé, services récréatifs, sportifs et culturels, enseignement, et protection sociale[2]. En particulier, les transferts sociaux en nature des administrations de Sécurité sociale incluent la gestion et l'administration des prestations ; ils sont ainsi de près de 20 milliards d'euros supérieurs à leurs prestations en nature. Des écarts relatifs plus importants encore s'observent sur les autres administrations publiques.

Besoin de financement et solde des comptes de la protection sociale

Les comptes de la protection sociale suivent la présentation en statistiques de finances publiques du SEC 2010, qui retracent l'ensemble des dépenses et des recettes sans double compte. Le solde des régimes de protection sociale correspond ainsi à un besoin ou à une capacité de financement (opération B9 du SEC). Pour les administrations publiques, le besoin de financement est égal au déficit au sens du traité de Maastricht.

Comptes de la protection sociale et comptes de la Sécurité sociale

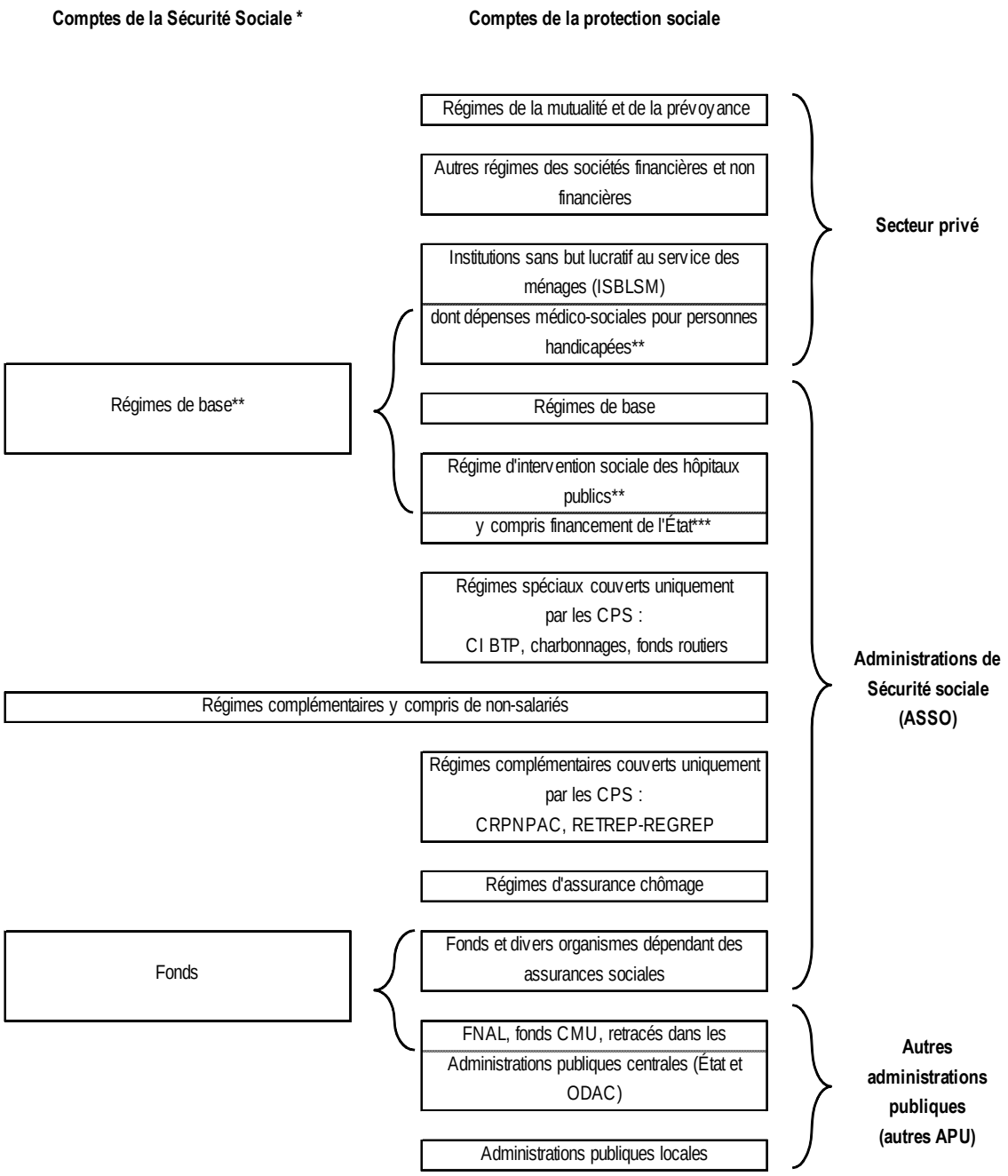
Ces deux systèmes distincts et complémentaires s'inscrivent chacun dans une démarche qui leur est propre, liée à leur statut et à leurs objectifs, ce qui induit des différences de champ (*cf.* schéma 3).

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.

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, en lien avec le cadre des comptes nationaux et le cadre international de SESPROS. En particulier, 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.

1 C'est-à-dire que la protection sociale représente l'immense majorité de l'activité. Une activité annexe très mineure peut toutefois être exercée par ces régimes.
2 Fonctions de la classification des fonctions des administrations publiques – CFAP/COFOG.

Schéma 3 Différences de champ entre les comptes de la protection sociale et les comptes de la Sécurité sociale en 2014



* Sont mentionnés dans cette colonne les organismes présentés dans les comptes de la Sécurité sociale ou du périmètre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale.
** Dans les 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.
*** Les transferts de l'État aux hôpitaux publics (au titre de l'aide médiale [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.
Sources > DREES-CPS, comptes de la Sécurité sociale 2015 et PLFSS pour 2016.

Une méthodologie de comptes différente

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

- **le traitement des intermédiaires** : lorsqu'une prestation passe par un opérateur intermédiaire, le régime financeur est identique dans les deux exercices de comptes, mais le jeu des transferts diffère, et le régime verseur est parfois distinct. Par exemple, les dépenses liées aux établissements médico-sociaux pour personnes handicapées sont considérées dans les comptes de la Sécurité sociale comme des prestations des caisses. Dans les comptes

nationaux, cette opération est considérée comme un transfert des caisses aux ISBLSM, dont font notamment partie les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées, qui versent aux ménages les prestations correspondantes. Il en va de même pour les soins délivrés au sein des hôpitaux publics ;

- **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 CPS 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 évaluées au coût de leurs facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur le revenu…) en comptabilité nationale et non comptabilisées pour le montant des versements effectués par l'Assurance maladie et par l'État.

Signification du solde de ces deux exercices

Au-delà des 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 composant. Le premier présente un solde comptable au sens du PCUOSS, qui sert de base aux travaux préparatoires à la LFSS débattue à l'automne par le Parlement ; le second adopte les méthodes des comptes nationaux et aboutit à un solde articulé au déficit au sens de Maastricht et harmonisé au niveau européen.

Comptes de la protection sociale et comptes de la santé

L'approche des comptes de la protection sociale est enrichie par celle des comptes de la santé, fondée sur une logique différente et complémentaire : les comptes de la santé mesurent l'évolution des dépenses de santé dans leur ensemble ; ils incluent ainsi notamment les dépenses à la charge des ménages, qui sont hors du champ de la protection sociale. Par ailleurs, les deux exercices de comptes ne suivent pas le même panier de biens et services de santé, chaque exercice suivant le panier adapté à son objectif. Pour plus de précisions, *cf.* les annexes de l'ouvrage *Les dépenses de santé en 2014 – édition 2015* de la DREES.

Révisions des comptes de la protection sociale

Depuis le passage à la base comptable 2010 en 2014 (*cf.* annexes de l'édition 2014 de ce rapport), des révisions ont été apportées aux séries des comptes de la protection sociale pour les rendre toujours plus pertinentes. Ces révisions sont systématiquement apportées sur l'ensemble des séries disponibles en base 2010, c'est-à-dire depuis 1981.

En particulier, pour l'édition 2015, le mode de comptabilisation des reprises sur successions avait été modifié et les opérations du compte de capital intégrées (*cf.* annexes de l'édition 2015).

Pour l'édition 2016, la principale modification consiste en l'intégration dans les CPS des crédits d'impôts, afin de se conformer au plus près aux directives de SESPROS. En 2014, ces crédits d'impôts représentent 3,4 milliards d'euros, qui sont intégrés dans les prestations versées par les régimes de l'administration publique centrale. Les principaux dispositifs sont la prime pour l'emploi (PPE) pour 2,2 milliards d'euros et le crédit d'impôt pour frais de garde d'enfants de moins de 6 ans pour 1,1 milliard d'euros.

L'autre évolution majeure impactant les comptes en 2016 est le changement apporté à l'intégration des dotations et reprises sur provisions, pour les années 2009 à 2014. Jusqu'à présent, ces montants étaient ventilés entre les différentes prestations au prorata du poids de celles-ci. Un travail d'approfondissement a été mené afin d'associer plus finement ces dotations et reprises aux prestations correspondantes ; dans le cas où ce lien n'était pas explicite, la ventilation a été revue afin d'affecter au mieux ces dotations et reprises selon les risques. Cette modification a un impact neutre sur le montant total de prestations, mais affecte la répartition des montants entre les différents risques.

Comme évoqué précédemment, des changements sont intervenus dans la présentation des risques, pour la faire coïncider avec la nomenclature de SESPROS. Les soins de santé liés aux accidents du travail/maladies professionnelles et à la maternité sont extraits de leur branche respective, afin de comptabiliser l'ensemble des soins de santé au sein du risque maladie. Les indemnités journalières AT-MP sont également rattachées au risque maladie. Enfin, le risque maternité a été fusionné avec le risque famille.

La ventilation des prestations extra-légales d'employeurs versées par les sociétés financières et non financières a également été affinée à la suite de l'exploitation des données de la dernière enquête sur le coût de la main-d'œuvre et sur la structure des salaires (ECMOSS) de 2012 réalisée par l'INSEE. Cette actualisation a un effet principalement sur les prestations des risques emploi et santé.

Enfin d'autres révisions ont été introduites, notamment la prise en compte des œuvres sociales de la CNAF et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en tant que régimes à part entière (et non plus seulement pour le montant des prestations versées), ainsi que d'autres corrections plus mineures en termes de montants financiers (sur les dépenses liées à la toxicologie et la toxicomanie, l'aide sociale à l'enfance…).

Annexe 2
La construction des comptes de la protection sociale

Les sources de données sous-tendant l'élaboration des comptes de la protection sociale et des comptes nationaux sont communes. 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 dont la protection sociale constitue l'activité principale sont distingués des régimes dont la protection sociale ne représente qu'une activité parmi d'autres.

- Dans le premier cas, l'ensemble du compte est à disposition, ce qui permet de calculer le déficit ou l'excédent de chacun de ces régimes (correspondant à leur besoin ou à leur capacité de financement dans les comptes nationaux).
- Dans le second cas, l'intégralité du compte n'est pas disponible : seules les opérations identifiées comme liées à la protection sociale sont retracées. Le déséquilibre alors créé entre emplois et ressources étant purement fictif, les comptes de la protection sociale adoptent la convention que le solde de ces régimes est nul, en équilibrant les ressources aux emplois. Par exemple, des contributions publiques viennent financer l'allocation aux adultes handicapés ou les crédits d'impôts.

Suivre le solde de l'ensemble des comptes de la protection sociale revient ainsi à suivre le solde des régimes du premier cas, qui versent un peu plus des trois quarts des prestations (administrations de Sécurité sociale et régimes de la mutualité et de la prévoyance).

Les administrations de Sécurité sociale (ASSO)

Les administrations de Sécurité sociale, hors hôpitaux publics

Elles sont composées des régimes de base et complémentaire de Sécurité sociale (régime général, RSI, MSA, AGIRC, ARRCO, régimes spéciaux, régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations[1]…). À ceux-ci s'ajoutent les fonds concourant à leur financement (CADES…) et les régimes d'indemnisation du chômage (principalement l'Unédic et Pôle emploi).

Les principales sources utilisées pour élaborer le compte des administrations de Sécurité sociale sont les données comptables des caisses, retraitées en comptabilité nationale par la DGFiP et l'INSEE.

Le solde des emplois et des ressources de ces régimes correspond au besoin de financement des ASSO, hors hôpitaux publics.

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 correspond approximativement au regroupement des hôpitaux de statut juridique public et des établissements de statut juridique privé à but non lucratif (*cf.* fiche A3 de l'ouvrage *Les dépenses de santé en 2014 – édition 2015*). Les soins en cliniques privées lucratives sont, quant à eux, considérés comme achetés par les caisses d'assurance maladie, qui les reversent sous forme de prestations aux ménages.

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) :

- les activités d'enseignement (branche 85N en comptabilité nationale), à savoir les instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes, puisqu'elles ne correspondent pas à un risque social mais au besoin « d'éducation » ;
- les activités des unités sociales (EHPA/EHPAD…), classées en comptabilité nationale dans les branches « action sociale avec hébergement » et « action sociale sans hébergement » (branches 87M et 88M). En comptabilité nationale, ces activités sont considérées comme marchandes, c'est-à-dire vendues à un prix économiquement significatif. Leur fourniture par les hôpitaux ne correspond donc pas à de la protection

1 Il s'agit de régimes spéciaux, dont certains ne comptent plus d'actifs cotisants : 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.

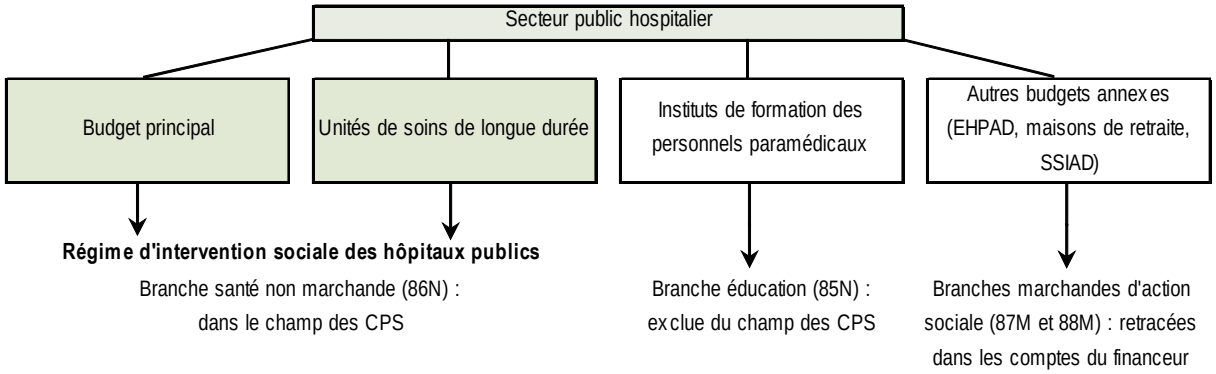
sociale. Par conséquent, elles sont exclues du compte du régime d'intervention sociale des hôpitaux publics, qui, comme son nom l'indique, ne retrace que la partie « intervention sociale » de ces acteurs.

En revanche, dans les comptes de la protection sociale, les caisses d'assurance maladie, la CNSA et les départements achètent le service rendu par les EHPA-EHPAD, et le reversent sous forme de prestations aux ménages.

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 niveau du déficit.

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), retraités par la DGFiP et par l'INSEE.

Schéma 1 Champ des comptes de la protection sociale



Par ailleurs, la prestation servie est égale à la production de services non marchands[1] mesurée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe[2]…) diminuée des ventes résiduelles (dans les hôpitaux, il s'agit des chambres particulières, des lits accompagnants…) et des paiements partiels[3].

Les autres administrations publiques

Les régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics

Ils regroupent les régimes d'intervention sociale de l'État, des régions, des départements, des communes et des organismes divers d'administration centrale (ODAC – organismes auxquels l'État a donné une compétence spécialisée au niveau national).

Les ODAC pris en compte sont ceux qui versent effectivement des prestations, soit 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), l'Office national des anciens combattants (ONAC), le Fonds de solidarité (FS – régime de solidarité pour l'indemnisation du chômage) et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH).

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.

Les différents régimes d'intervention sociale cités sont issus d'administrations dont les activités ne se cantonnent pas à la seule protection sociale. Par conséquent, seule une partie de leurs comptes est reprise dans les comptes de la protection sociale : sont ainsi uniquement retracées les opérations directement attribuables à la protection sociale (prestations, impôts et taxes affectés, etc.). Le compte est ensuite équilibré, c'est-à-dire que le solde entre emplois et ressources est rendu nul, par l'attribution de contributions publiques qui viennent abonder les ressources de ces régimes.

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.

Le régime direct d'employeur des agents de l'État, et les régimes de prestations extra-légales d'employeurs des agents des administrations publiques hors ASSO

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.

Les comptes de ces régimes sont équilibrés entre emplois et ressources par l'attribution de cotisations sociales imputées, en contrepartie des prestations versées.

Les sociétés financières et non financières

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.

Les comptes de ces régimes sont construits à partir des états comptables, prudentiels et statistiques de chacun des organismes, collectés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). 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…) 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 (correspondants 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.

L'intégralité des comptes de ces régimes étant retracée, leur solde correspond à leur capacité ou besoin de financement en comptabilité nationale.

Les régimes directs d'employeurs des grandes entreprises publiques

Ce sont les régimes directs d'EDF et de la RATP, pour la partie qui n'a pas été transformée en caisse de Sécurité sociale.

Ces régimes sont construits à partir des données fournies par l'INSEE et la DGFiP, et à partir des comptes de la Sécurité sociale pour la ventilation des prestations.

Ces régimes sont ensuite équilibrés entre emplois et ressources par l'ajout de cotisations sociales imputées.

Les régimes directs des grandes entreprises et les régimes de prestations extra-légales d'employeurs privés

Ces régimes sont construits à partir des données fournies par l'INSEE et la DGFiP, qui estiment le montant global de prestations extra-légales versées et les cotisations imputées correspondantes. Ce montant global est ensuite ventilé par prestation à l'aide des Enquêtes sur le coût de la main-d'œuvre et la structure des salaires (ECMOSS) de l'INSEE.

Ces régimes sont par construction équilibrés entre emplois et ressources.

Le régime d'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)

Les prestations des ISBLSM sont évaluées à partir des équilibres emplois-ressources de l'INSEE. Les emplois et les ressources sont équilibrés par construction en ajoutant des transferts en provenance du régime d'intervention sociale des départements.

Annexe 3
Précisions méthodologiques sur le 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, dans la mesure du possible, 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 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 ou 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, assimilées aux personnes d'âge actif) 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 débuter 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 :

$$Dépense\ relative = \frac{Prestations\ du\ risque}{PIB} / \frac{Population\ concernée}{Population\ totale}$$

Dans le cas du risque famille, la population concernée étant la population âgée de moins de 20 ans, la formule devient :

$$Dépense\ relative\ famille = \frac{Prestations\ du\ risque\ famille}{PIB} / \frac{Population\ de\ moins\ de\ 20\ ans}{Population\ totale}$$

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, $\frac{Population\ concernée}{Population\ totale}$ correspond au produit du taux de chômage, qui représente la part des personnes au chômage dans la population active, et du taux d'activité de la population totale, qui représente la part des actifs (15 à 75 ans) dans la population totale.

- 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 :

$$\begin{aligned} Dépense\ famille &= \frac{Prestations\ du\ risque\ famille}{PIB} \\ &= \frac{Prestations\ du\ risque\ famille}{Population\ de\ moins\ de\ 20\ ans} \cdot \frac{Population\ de\ moins\ de\ 20\ ans}{Population\ totale} \cdot \frac{Population\ totale}{PIB} \\ &= \left(\frac{Prestations\ du\ risque\ famille}{Population\ de\ moins\ de\ 20\ ans} / \frac{PIB}{Population\ totale}\right) \cdot \frac{Population\ de\ moins\ de\ 20\ ans}{Population\ totale} \end{aligned}$$

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 :

$$\Delta(Dépense) = \Delta a * moy(b) + \Delta b * moy(a)$$

avec :

$$a = \left(\frac{Prestations\ du\ risque}{Population\ concernée} / \frac{PIB}{Population\ totale}\right),$$

$$b = \frac{Population\ concernée}{Population\ totale},$$

$$\Delta a = a(t_2) - a(t_1), \Delta b = b(t_2) - b(t_1),$$

$$moy(a) = \frac{1}{2}\left(a(t_2) + a(t_1)\right),$$

$$moy(b) = \frac{1}{2}\left(b(t_2) + b(t_1)\right),$$

t_1 *et* t_2 *sont les deux années considérées pour le calcul de l'évolution.*

Annexe 4
Glossaire

Accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)

Subdivision du risque santé, 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 indemnisations du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). En revanche, les soins AT-MP sont dorénavant enregistrés au sein du risque maladie dans un souci de cohérence avec la classification européenne de SESPROS.

Administrations publiques, Administrations de Sécurité sociale : voir secteur institutionnel.

Autres dépenses

Ce poste reprend des dépenses diverses : impôts, amendes et pénalités, subventions, coopération internationale courante, etc.

Autres recettes

Ce poste regroupe des ressources de nature diverse (ventes de biens et services, indemnités d'assurance, recours contre tiers…).

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…), 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.

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 sont de deux sortes :

- 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 effectives

Les cotisations sociales effectives sont les versements effectués au nom d'un ménage par lui-même ou autrui à des assurances sociales afin d'acquérir et de maintenir le bénéfice à 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 autres cotisations (cotisations aux mutuelles et institutions de prévoyance, cotisations sur prestations, cotisations volontaires…).

Cotisations sociales imputées

Transfert fictif mesurant la contribution des employeurs au régime d'assurance sociale qu'ils fournissent directement à leurs propres salariés ou ayants droit. Ces cotisations représentent la contrepartie des prestations sociales versées par l'employeur.

Droits constatés

Contrairement à un enregistrement en termes d'encaissement-décaissement (suivi des flux de trésorerie), la comptabilité nationale se fait sur la base des droits constatés (*i.e.* rattachée à la date de l'événement à l'origine du flux monétaire en question). Ainsi, les prestations sociales sont enregistrées selon la date de leur fait générateur et les cotisations sociales pour leur montant dû.

Famille

Les prestations du risque famille couvrent les besoins résultant de l'entretien des enfants, dans un cadre familial ou non. Il s'agit principalement des prestations familiales légales (hors prestations liées au logement ou au handicap de l'enfant), des prestations de garde des jeunes enfants, des suppléments familiaux de rémunération versés par les employeurs à leurs salariés et de l'aide sociale à l'enfance.

Fonction : voir risque

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, etc. Ils ne sont inclus

que pour les régimes dont l'essentiel de l'activité est consacrée à la protection sociale, faute de pouvoir isoler au sein des dépenses des autres régimes la part afférente à la protection sociale.

Impôts et taxes affectés (ITAF)

Ensemble de la fiscalité et parafiscalité affectée aux dépenses sociales : contribution sociale généralisée (CSG), contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), taxes sur les salaires, les tabacs, les alcools, etc.

Insertion et réinsertion professionnelle

Cette subdivision du risque emploi correspond aux prestations liées à la recherche d'un nouvel emploi, à celles permettant 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 et les aides aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise.

Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) : voir secteur institutionnel.

Invalidité

Cette subdivision du risque santé recouvre l'inaptitude permanente ou durable à exercer une activité professionnelle ou à mener une vie sociale normale, lorsque cette inaptitude n'est pas la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Les principales prestations sont l'allocation aux adultes handicapés (AAH), 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 prestations des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les rentes et les pensions d'invalidité, les frais d'hébergement et ceux liés à l'accueil sans hébergement des personnes handicapées (foyers, centres d'unités de long séjour, maisons d'accueil spécialisées…).

Logement

Les prestations du risque logement comprennent principalement les différentes allocations logement et accessoirement des prestations extra-légales des régimes spéciaux.

Maladie

Subdivision du risque santé, les prestations afférentes à la maladie comprennent l'ensemble des dispositifs qui visent à compenser les diminutions de revenus ou les augmentations de charges des ménages consécutives à une détérioration de leur état de santé.

Ces prestations recouvrent principalement la prise en charge – généralement en nature – des soins (par l'Assurance maladie, les organismes complémentaires ou l'État), les indemnités journalières et les congés maladie de longue durée, ainsi que les prestations médico-sociales (personnes âgées, toxicologie, alcoologie).

En particulier, le risque maladie regroupe l'ensemble des soins médicaux et indemnités journalières, même s'ils ont été dispensés à un accidenté du travail ou à un travailleur atteint d'une maladie professionnelle. En revanche, en cas de maternité, seuls les soins de santé sont comptabilisés dans le risque maladie, les indemnités journalières étant retracées dans le risque famille, par cohérence avec la classification européenne de SESPROS.

Parité de pouvoir d'achat : voir Standards de pouvoir d'achat.

Pauvreté et 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 revenu de solidarité active [RSA] et – avant 2009 – au revenu minimum d'insertion [RMI] 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 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.

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…) des 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, 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. Cela implique en particulier que, contrairement à ce qui prévaut dans le cas d'assurances classiques, le bénéficiaire n'est pas soumis au versement de primes ou de cotisations établies en fonction des risques spécifiques qu'il présente (âge, morbidité antérieure, antécédents familiaux…).

Ratio de dépendance

Ce ratio rapporte le nombre de personnes âgées de 65 ans ou 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.

Revenu disponible brut, revenu disponible brut ajusté[1]

En comptabilité nationale, la formation du revenu des ménages fait l'objet d'une analyse en trois temps :

1) Le compte d'affectation des revenus primaires retrace les revenus liés à la participation des ménages au processus de production.
2) Le compte de distribution secondaire des revenus montre comment le solde des revenus primaires est modifié par les opérations de redistribution : impôts courants sur le revenu et le patrimoine, cotisations et prestations sociales en espèces, etc. Le solde de ce compte est le revenu disponible brut (RDB), qui représente ainsi le revenu courant après impôt pouvant être réparti par les ménages entre dépense de consommation finale et épargne.
3) Le compte et redistribution du revenu en nature retrace les prestations sociales en nature et les services collectifs individualisables (éducation, etc.). Son solde est le **revenu disponible brut ajusté (RDBA),** qui, contrairement au RDB, tient compte des transferts sociaux en nature.

1 Définitions en grande partie issues du site Insee.fr.

Risque

Les risques sociaux (ou « fonctions ») constituent les catégories de la protection sociale par domaine de l'aide apportée aux ménages. Six grandes catégories de risques sont ainsi distinguées, elles-mêmes 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 famille ;
- le risque emploi, comprenant le chômage et l'insertion et la réinsertion professionnelle ;
- le risque logement ;
- le risque pauvreté et exclusion sociale.

Secteur institutionnel[1]

En comptabilité nationale, les différents acteurs de la vie économique sont classés dans des ensembles nommés secteurs institutionnels. Ces secteurs regroupent les unités ayant des comportements économiques similaires, caractérisées par leur fonction principale et par la nature de leur activité. On distingue cinq secteurs institutionnels résidents (le sixième concernant le reste du monde) :

Sociétés non financières (SNF – S.11)

Ensemble des unités dont la fonction principale consiste à produire des biens et des services marchands non financiers.

Ces entreprises interviennent à deux titres dans la protection sociale : d'une part, certaines grandes entreprises organisent elles-mêmes le régime d'assurance sociale de leurs salariés (régime direct d'employeur, pour la RATP par exemple). D'autre part, les employeurs peuvent verser des prestations extralégales à leurs salariés.

Sociétés financières (SF – S.12)

Ensemble des sociétés et quasi-sociétés dont la fonction principale consiste à fournir des services d'intermédiation financière (banque et assurance) ou à exercer des activités financières auxiliaires.

Les mutuelles et institutions de prévoyance font partie du secteur des sociétés financières ; leur activité d'assurance sur les risques sociaux entre dans le champ de la protection sociale. L'activité des sociétés d'assurance est en revanche hors champ (*cf.* annexe 1). Par ailleurs, les sociétés financières versent des prestations extralégales à leurs salariés.

Administrations publiques (APU – S.13)

Ensemble des unités dont la fonction principale est de produire des services non marchands ou d'effectuer des opérations de redistribution du revenu et des richesses nationales.

Principal acteur de la protection sociale, 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…), et les administrations de Sécurité sociale (régimes d'assurance sociale et organismes divers en dépendant des assurances sociales – hôpitaux publics, œuvres sociales de la CNAF…).

Ménages (S.14)

Les ménages ne versent pas de prestations sociales.

Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM – S.15)

Ensemble des unités privées dotées de la personnalité juridique qui produisent des biens et services non marchands au profit des ménages.

En particulier, les établissements d'accueil ou d'hébergement des personnes handicapées et des enfants en difficulté sociale sont des acteurs de la protection sociale.

Sociétés financières, sociétés non financières : voir secteur institutionnel.

Standards de pouvoir d'achat (SPA)

Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont un taux de conversion qui vise à éliminer les différences de niveaux de prix entre pays. Les PPA expriment le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même panier de biens et de services.

Pour la procédure de calcul de la PPA, il est nécessaire de choisir une valeur de référence, usuellement une monnaie, dont la valeur est fixée à 1. L'Institut européen des statistiques, Eurostat, utilise le standard de pouvoir d'achat (SPA) comme unité monétaire fictive de référence.

Survie

Le risque survie correspond aux dispositifs visant à couvrir les besoins résultant de la mort d'un membre de la famille (conjoint principalement). Il comprend les pensions de réversion au conjoint survivant, les pensions aux orphelins, les sommes versées au titre du capital décès, les prestations visant à couvrir des frais d'obsèques, etc.

Taux d'emploi

Le taux d'emploi est obtenu en divisant le nombre de personnes actives occupées d'une tranche d'âge (usuellement 15 à 64 ans ou 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

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 d'une tranche d'âge (usuellement, 15 à 64 ans ou 15 ans et plus) qui :

- sont sans travail pendant la semaine de référence ;
- sont disponibles pour commencer à travailler dans les deux semaines suivantes ;
- qui soit ont été à la recherche active d'un travail pendant les quatre semaines précédentes, soit qui ont trouvé un travail à commencer dans les trois mois suivants.

Taux de pauvreté monétaire (ou taux de risque de pauvreté)

Au sens français et européen (INSEE et Eurostat / Commission européenne), proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur à 60 % du revenu médian équivalent. L'OCDE prend, quant à elle, une référence à taux de 50 % du revenu médian équivalent dans sa définition. Le revenu médian équivalent peut être calculé avant ou après transferts.

Taux de risque de pauvreté ou d'exclusion

Proportion de personnes au sein de 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

Opérations internes à la protection sociale. Sont distingués les transferts pour compensation (visant à compenser les différences de caractéristiques des régimes), les transferts pour prise en charge de prestation (le régime financeur étant différent du régime verseur), les transferts pour prise en charge de cotisations (un régime versant à un autre un montant permettant d'ouvrir à un assuré des droits à une prestation contributive), et les autres transferts.

Vieillesse

Le risque vieillesse correspond aux prestations versées aux personnes ayant atteint un certain âge. Il est composé de 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, désormais appelé ASPA [allocation de solidarité aux personnes âgées]) 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...).

Annexe 5
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
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
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
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 interrégimes des retraités
ENIM	Établissement national des invalides de la marine
ERFS	Enquête sur les 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
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 comptabilisé ailleurs
n.d.	Non déterminé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
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
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PCH	Prestation de compensation du handicap
PEEC	Participation des employeurs à l'effort de construction (appelée 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
PUMa	Prestation universelle maladie
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)
RMI	Revenu minimum d'insertion (désormais allocation de base du RSA)
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
SI	Secteur institutionnel
SILC	Statistics 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	Loi « 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

Les 28 États membres de l'Union européenne sont représentés dans le rapport par les sigles internationaux suivants.

Union européenne des 15 :

DE	Allemagne
AT	Autriche
BE	Belgique
DK	Danemark
ES	Espagne
FI	Finlande
FR	France
EL	Grèce
IE	Irlande
IT	Italie
LU	Luxembourg
NL	Pays-Bas
PT	Portugal
UK	Royaume-Uni
SE	Suède

Autres États membres :

BG	Bulgarie
CY	Chypre
EE	Estonie
HR	Croatie
HU	Hongrie
LV	Lettonie
LT	Lituanie
MT	Malte
PL	Pologne
RO	Roumanie
SK	Slovaquie
SI	Slovénie
CZ	République tchèque

Annexe 6
Nomenclature des opérations

RESSOURCES

Cotisations sociales

- Cotisations sociales effectives
  - Cotisations d'employeurs
  - Cotisations de salariés
  - Cotisations de travailleurs indépendants
  - Cotisations sur prestations
  - Autres cotisations
- Cotisations imputées

Impôts et taxes affectés

- Autres impôts sur les produits
- Impôts sur les salaires et la main-d'œuvre
- Impôts divers sur la production
- Impôts sur le revenu
  - CSG
  - Autres impôts sur le revenu
- Taxes de type TVA
- Transferts de recettes fiscales

Contributions publiques

- Contributions publiques des APUC
- Contributions publiques des APUL

Produits financiers

- Produits des biens immobiliers
  - Loyers
  - Autres produits des biens immobiliers
- Produits de valeurs mobilières
  - Intérêts effectifs
  - Dividendes
  - Revenus de la propriété attribués aux assurés

Autres ressources

- Production marchande et pour emploi final propre
  - Ventes de biens et services
  - Production pour emploi final propre
- Indemnités d'assurance
- Coopération internationale courante
- Amendes et pénalités
- Recours contre tiers et reprises sur succession
- Dons aux ISBLSM
- Subventions et transferts divers

Ressources du compte de capital

EMPLOIS

Prestations sociales

Frais non financiers

- Rémunérations
  - Salaires et traitements bruts
  - Cotisations sociales effectives
  - Cotisations sociales imputées
- Consommation de biens et services
- Autres frais non financiers
  - Primes d'assurance-dommage
  - Impôts
    - Impôts sur les salaires et la main-d'œuvre
    - Impôts divers sur la production
  - Transferts divers liés à la gestion
  - Subventions d'exploitation

Frais financiers

- Intérêts effectifs
- Autres frais financiers

Autres dépenses

- Impôts
- Amendes et pénalités
- Subventions et autres transferts
- Coopération internationale courante
- Autres emplois

Emplois du compte de capital

TRANSFERTS INTERNES

- Compensations
- Prise en charge de cotisations
- Prise en charge de prestations
- Autres transferts
- Transferts aux hôpitaux

6

Vue d’ensemble

Fiches thématiques France

Fiches thématiques Europe

Éclairages

Annexes

Tableaux détaillés <

Tableaux détaillés 1
Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes de 2010 à 2014

Tableau 1 Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes en 2010

En milliards d'euros

	Ensemble	Ensemble des administrations publiques	Régimes des administrations publiques									Régimes privés				
			Ensemble des administrations de Sécurité sociale	Administrations de Sécurité sociale							Administrations centrale et locales	Ensemble des régimes privés	Régime d'intervention sociale des ISBLSM	Ensemble des sociétés financières et non financières	Sociétés financières et non financières	
				Ensemble des régimes d'assurance sociale	Régimes d'assurance sociale				Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	Autres organismes dépendant des assurances sociales					Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Autres sociétés financières et non financières
					Régime général	Régimes de base de non-salariés	Régimes complémentaires	Autres régimes de salariés et fonds								
TOTAL DES EMPLOIS*	**856,8**	**786,8**	**664,2**	**597,1**	**332,5**	**41,8**	**88,4**	**134,4**	**60,7**	**6,4**	**122,6**	**70,0**	**20,0**	**50,0**	**38,2**	**11,8**
TOTAL DES EMPLOIS HORS TRANSFERTS	**660,8**	**590,8**	**480,4**	**413,4**	**233,8**	**27,7**	**77,2**	**74,7**	**60,6**	**6,4**	**110,3**	**70,0**	**20,0**	**50,0**	**38,2**	**11,9**
Prestations de protection sociale	617,6	560,7	450,3	390,4	221,2	25,5	74,4	69,4	57,8	2,1	110,3	56,9	20,0	36,9	25,0	11,9
Prestations sociales en espèces	391,5	373,9	295,2	294,5	140,3	17,4	74,2	62,6	-	0,7	78,7	17,6	0,3	17,3	5,5	11,7
Prestations sociales en nature	226,1	186,8	155,1	95,8	80,9	8,0	0,1	6,7	57,8	1,4	31,7	39,3	19,7	19,7	19,5	0,1
Frais non financiers	30,2	21,6	21,6	17,5	10,2	1,8	2,7	2,8	0,2	3,9	-	8,5	-	8,5	8,5	0,0
Frais financiers	6,3	3,6	3,6	3,1	0,3	0,0	0,1	2,7	0,5	-	-	2,7	-	2,7	2,7	-
Autres emplois	4,1	2,3	2,3	1,8	1,4	0,1	0,1	0,2	0,5	0,0	-	1,8	-	1,8	1,8	0,0
Emplois du compte de capital	2,7	2,5	2,5	0,5	0,7	0,3	0,0	-0,4	1,5	0,4	-	0,2	-	0,2	0,2	-
Transferts	196,0	196,1	183,8	183,8	98,7	14,1	11,2	59,7	0,1	-	12,2	0,0	-	0,0	-	0,0
TOTAL DES RESSOURCES*	**834,5**	**763,3**	**640,7**	**575,6**	**309,7**	**42,1**	**88,0**	**135,9**	**59,3**	**5,8**	**122,6**	**71,2**	**20,0**	**51,2**	**39,4**	**11,8**
TOTAL DES RESSOURCES HORS TRANSFERTS	**638,4**	**586,9**	**473,5**	**470,5**	**273,4**	**33,1**	**69,4**	**94,6**	**0,8**	**2,2**	**113,4**	**51,6**	**0,5**	**51,1**	**39,4**	**11,7**
Cotisations sociales	400,3	361,8	317,0	316,3	174,2	18,1	66,9	57,1	-	0,7	44,8	38,5	-	38,5	26,7	11,7
Cotisations sociales effectives	350,7	323,8	316,1	316,1	174,2	18,1	66,9	57,0	-	-	7,7	26,9	-	26,9	26,7	0,2
Cotisations sociales d'employeurs	*219,9*	*219,9*	*217,3*	*217,3*	*137,9*	-	*39,8*	*39,6*	-	-	*2,6*	-	-	-	-	-
Cotisations sociales de salariés	*78,7*	*78,5*	*73,4*	*73,4*	*30,4*	-	*26,0*	*17,0*	-	-	*5,1*	*0,2*	-	*0,2*	-	*0,2*
Autres cotisations sociales	*52,2*	*25,4*	*25,4*	*25,4*	*5,9*	*18,1*	*1,1*	*0,3*	-	-	-	*26,7*	-	*26,7*	*26,7*	*0,0*
Cotisations sociales imputées	49,6	38,0	0,9	0,2	-	-	-	0,2	-	0,7	37,1	11,6	-	11,6	-	11,6
Impôts et taxes affectés	150,3	150,3	137,2	137,2	95,2	14,1	-	27,9	-	0,0	13,1	-	-	-	-	-
Contributions publiques	67,1	67,1	12,8	11,4	3,6	0,3	0,5	7,1	-	1,4	54,2	-	-	-	-	-
Produits financiers	7,6	3,9	3,9	3,8	0,2	0,7	1,5	1,3	0,1	0,0	-	3,7	-	3,7	3,7	-
Autres recettes	15,8	6,5	5,3	4,8	2,7	0,3	1,0	0,8	0,4	0,1	1,2	9,3	0,5	8,9	8,9	0,0
Recettes du compte de capital	-2,7	-2,7	-2,7	-3,1	-2,5	-0,5	-0,5	0,4	0,3	0,0	-	-	-	-	-	-
Transferts	196,0	176,4	167,2	105,1	36,3	9,0	18,5	41,3	58,4	3,6	9,2	19,6	19,5	0,1	-	0,1
SOLDE	**-22,4**	**-23,6**	**-23,6**	**-21,5**	**-22,8**	**0,3**	**-0,4**	**1,5**	**-1,4**	**-0,6**	**n.d.**	**1,2**	**n.d.**	**1,2**	**1,2**	**n.d.**

***** Les transferts internes ne sont pas consolidés.

Note > n.d. : non défini. Ces soldes sont équilibrés par construction (*cf.* annexe 2).

Source > DREES-CPS.

Tableau 2 Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes en 2011

En milliards d'euros

	Ensemble	Ensemble des administrations publiques	Régimes des administrations publiques									Régimes privés				
			Ensemble des administrations de Sécurité sociale	Administrations de Sécurité sociale								Ensemble des régimes privés	Régime d'intervention sociale des ISBLSM	Ensemble des sociétés financières et non financières	Sociétés financières et non financières	
				Ensemble des régimes d'assurance sociale	Régimes d'assurance sociale				Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	Autres organismes dépendant des assurances sociales	Administrations centrale et locales				Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Autres sociétés financières et non financières
					Régime général	Régimes de base de non-salariés	Régimes complémentaires	Autres régimes de salariés et fonds								
TOTAL DES EMPLOIS*	**877,5**	**809,4**	**683,0**	**614,8**	**342,7**	**41,5**	**91,3**	**139,2**	**62,2**	**6,0**	**126,4**	**68,1**	**21,0**	**47,1**	**35,1**	**12,1**
TOTAL DES EMPLOIS HORS TRANSFERTS	**676,5**	**608,3**	**494,9**	**426,7**	**241,3**	**28,2**	**80,3**	**77,0**	**62,2**	**6,0**	**113,4**	**68,1**	**21,0**	**47,2**	**35,1**	**12,1**
Prestations de protection sociale	635,2	576,4	463,0	401,9	228,4	26,0	77,2	70,3	59,1	2,0	113,4	58,8	21,0	37,8	25,7	12,1
Prestations sociales en espèces	403,0	385,1	304,5	303,8	145,4	17,7	77,0	63,7	-	0,7	80,6	17,9	0,3	17,6	5,6	12,0
Prestations sociales en nature	232,2	191,3	158,5	98,1	83,0	8,3	0,1	6,6	59,1	1,3	32,8	40,9	20,7	20,3	20,1	0,1
Frais non financiers	27,9	21,1	21,1	17,0	10,2	1,9	2,7	2,2	0,2	3,8	-	6,8	-	6,8	6,8	0,0
Frais financiers	6,5	4,8	4,8	4,3	0,1	0,0	0,0	4,1	0,5	-	-	1,7	-	1,7	1,7	-
Autres emplois	3,7	3,0	3,0	2,4	1,8	0,1	0,2	0,3	0,6	0,0	-	0,7	-	0,7	0,7	0,0
Emplois du compte de capital	3,1	3,0	3,0	1,0	0,8	0,0	0,2	0,0	1,8	0,2	-	0,0	-	0,0	0,0	-
Transferts	201,1	201,1	188,1	188,0	101,4	13,4	11,1	62,2	0,1	-	13,0	0,0	-	0,0	-	0,0
TOTAL DES RESSOURCES*	**867,1**	**797,1**	**670,7**	**604,2**	**326,6**	**41,3**	**90,6**	**145,7**	**60,8**	**5,7**	**126,4**	**70,0**	**21,0**	**49,0**	**37,0**	**12,1**
TOTAL DES RESSOURCES HORS TRANSFERTS	**666,0**	**616,6**	**499,9**	**496,7**	**286,1**	**33,6**	**71,9**	**105,1**	**0,9**	**2,2**	**116,8**	**49,4**	**0,5**	**48,9**	**37,0**	**12,0**
Cotisations sociales	414,5	376,2	330,2	329,5	182,8	18,1	69,2	59,3	-	0,7	46,0	38,4	-	38,4	26,4	12,0
Cotisations sociales effectives	363,2	336,6	329,3	329,3	182,8	18,1	69,2	59,1	-	-	7,3	26,5	-	26,5	26,4	0,2
Cotisations sociales d'employeurs	*230,0*	*230,0*	*228,0*	*228,0*	*145,8*	-	*41,2*	*41,0*	-	-	*2,1*	-	-	-	-	-
Cotisations sociales de salariés	*81,4*	*81,3*	*76,0*	*76,0*	*31,3*	-	*26,9*	*17,8*	-	-	*5,2*	*0,2*	-	*0,2*	-	*0,2*
Autres cotisations sociales	*51,7*	*25,3*	*25,3*	*25,3*	*5,7*	*18,1*	*1,1*	*0,3*	-	-	-	*26,4*	-	*26,4*	*26,4*	*0,0*
Cotisations sociales imputées	51,4	39,6	0,9	0,2	-	-	-	0,2	-	0,7	38,7	11,8	-	11,8	-	11,8
Impôts et taxes affectés	163,1	163,1	149,7	149,7	98,6	15,1	-	36,0	-	0,0	13,4	-	-	-	-	-
Contributions publiques	68,8	68,8	12,6	11,1	2,8	0,2	0,5	7,5	-	1,5	56,2	-	-	-	-	-
Produits financiers	7,5	4,2	4,2	4,1	0,1	0,8	1,7	1,6	0,1	0,0	-	3,3	-	3,3	3,3	-
Autres recettes	14,3	6,4	5,2	4,8	2,6	0,3	1,2	0,6	0,5	0,0	1,1	7,9	0,5	7,4	7,4	0,0
Recettes du compte de capital	-2,3	-2,1	-2,1	-2,5	-0,8	-1,0	-0,7	0,0	0,4	0,0	-	-0,2	-	-0,2	-0,2	-
Transferts	201,1	180,4	170,8	107,5	40,5	7,8	18,7	40,6	59,8	3,5	9,6	20,6	20,5	0,1	-	0,1
SOLDE	**-10,5**	**-12,4**	**-12,4**	**-10,5**	**-16,1**	**-0,2**	**-0,8**	**6,5**	**-1,5**	**-0,4**	**n.d.**	**1,9**	**n.d.**	**1,9**	**1,9**	**n.d.**

***** Les transferts internes ne sont pas consolidés.

Note > n.d. : non défini. Ces soldes sont équilibrés par construction (*cf.* annexe 2).

Source > DREES-CPS.

Tableau 3 Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes en 2012

En milliards d'euros

	Ensemble	Régimes des administrations publiques										Régimes privés				
		Ensemble des administrations publiques	Administrations de Sécurité sociale								Administrations centrale et locales	Ensemble des régimes privés	Régime d'intervention sociale des ISBLSM	Ensemble des sociétés financières et non financières	Sociétés financières et non financières	
			Ensemble des administrations de Sécurité sociale	Régimes d'assurance sociale					Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	Autres organismes dépendant des assurances sociales					Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Autres sociétés financières et non financières
				Ensemble des régimes d'assurance sociale	Régime général	Régimes de base de non-salariés	Régimes complémentaires	Autres régimes de salariés et fonds								
TOTAL DES EMPLOIS*	**909,5**	**836,6**	**705,6**	**635,3**	**353,8**	**43,0**	**94,5**	**144,1**	**64,1**	**6,2**	**131,0**	**72,9**	**21,7**	**51,3**	**38,2**	**13,1**
TOTAL DES EMPLOIS HORS TRANSFERTS	**702,7**	**630,2**	**512,6**	**442,5**	**250,6**	**28,9**	**83,0**	**79,9**	**64,0**	**6,1**	**117,6**	**72,5**	**21,7**	**50,9**	**38,2**	**12,7**
Prestations de protection sociale	656,6	595,8	478,2	415,6	236,6	26,5	80,0	72,5	60,6	2,0	117,6	60,8	21,7	39,2	26,5	12,7
Prestations sociales en espèces	417,5	398,8	315,1	314,4	150,6	18,1	79,8	65,8	-	0,7	83,7	18,7	0,3	18,4	5,9	12,5
Prestations sociales en nature	239,1	197,0	163,1	101,1	85,9	8,4	0,1	6,7	60,6	1,3	33,9	42,1	21,3	20,8	20,6	0,1
Frais non financiers	29,0	21,8	21,8	17,7	10,6	2,0	2,8	2,3	0,2	3,9	-	7,3	-	7,3	7,3	-
Frais financiers	8,5	5,9	5,9	5,2	0,0	0,0	0,1	5,1	0,7	-	-	2,6	-	2,6	2,6	-
Autres emplois	5,4	3,7	3,7	3,1	2,6	0,1	0,1	0,2	0,7	0,0	-	1,7	-	1,7	1,7	-
Emplois du compte de capital	3,2	3,0	3,0	0,9	0,8	0,3	0,1	-0,2	1,8	0,2	-	0,2	-	0,2	0,2	-
Transferts	206,8	206,4	193,0	192,9	103,1	14,1	11,4	64,2	0,1	0,1	13,4	0,4	-	0,4	-	0,4
TOTAL DES RESSOURCES*	**897,9**	**824,5**	**693,5**	**625,2**	**341,3**	**43,0**	**92,7**	**148,1**	**62,3**	**6,0**	**131,0**	**73,4**	**21,7**	**51,8**	**38,7**	**13,1**
TOTAL DES RESSOURCES HORS TRANSFERTS	**691,1**	**638,9**	**517,9**	**514,2**	**297,6**	**35,1**	**73,2**	**108,3**	**1,2**	**2,5**	**121,0**	**52,2**	**0,5**	**51,7**	**38,7**	**12,9**
Cotisations sociales	428,1	387,1	339,5	338,8	188,5	19,1	70,5	60,8	-	0,7	47,5	41,0	-	41,0	28,1	12,9
Cotisations sociales effectives	374,3	346,1	338,6	338,6	188,5	19,1	70,5	60,6	-	-	7,5	28,2	-	28,2	28,1	0,2
Cotisations sociales d'employeurs	*235,3*	*235,3*	*233,2*	*233,2*	*149,3*	-	*41,8*	*42,1*	-	-	*2,1*	-	-	-	-	-
Cotisations sociales de salariés	*84,0*	*83,8*	*78,5*	*78,5*	*32,9*	-	*27,5*	*18,1*	-	-	*5,3*	*0,2*	-	*0,2*	-	*0,2*
Autres cotisations sociales	*55,0*	*26,9*	*26,9*	*26,9*	*6,3*	*19,1*	*1,2*	*0,3*	-	-	-	*28,1*	-	*28,1*	*28,1*	-
Cotisations sociales imputées	53,7	41,0	0,9	0,2	-	-	-	0,2	-	0,7	40,1	12,8	-	12,8	-	12,8
Impôts et taxes affectés	172,7	172,7	158,4	158,4	105,8	15,2	-	37,5	-	-	14,3	-	-	-	-	-
Contributions publiques	70,9	70,9	12,9	11,1	2,6	0,4	0,4	7,7	-	1,8	58,1	-	-	-	-	-
Produits financiers	8,1	4,7	4,7	4,7	0,4	0,8	1,8	1,6	0,1	0,0	-	3,4	-	3,4	3,4	-
Autres recettes	15,1	7,3	6,1	5,4	2,7	0,3	1,5	0,8	0,7	0,0	1,2	7,8	0,5	7,3	7,3	0,0
Recettes du compte de capital	-3,8	-3,8	-3,8	-4,2	-2,5	-0,6	-1,0	-0,1	0,5	0,0	-	-	-	-	-	-
Transferts	206,8	185,6	175,6	111,0	43,7	7,9	19,6	39,9	61,1	3,5	10,0	21,3	21,1	0,1	-	0,1
SOLDE	**-11,6**	**-12,1**	**-12,1**	**-10,1**	**-12,5**	**0,0**	**-1,7**	**4,0**	**-1,7**	**-0,2**	**n.d.**	**0,5**	**n.d.**	**0,5**	**0,5**	**n.d.**

***** Les transferts internes ne sont pas consolidés.

Note > n.d. : non défini. Ces soldes sont équilibrés par construction (*cf.* annexe 2).

Source > DREES-CPS.

Tableau 4 Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes en 2013

En milliards d'euros

	Ensemble	Ensemble des administrations publiques	Régimes des administrations publiques									Régimes privés				
			Ensemble des administrations de Sécurité sociale	Administrations de Sécurité sociale								Ensemble des régimes privés	Régime d'intervention sociale des ISBLSM	Ensemble des sociétés financières et non financières	Sociétés financières et non financières	
				Ensemble des régimes d'assurance sociale	Régimes d'assurance sociale				Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	Autres organismes dépendant des assurances sociales	Administrations centrale et locales				Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Autres sociétés financières et non financières
					Régime général	Régimes de base de non-salariés	Régimes complémentaires	Autres régimes de salariés et fonds								
TOTAL DES EMPLOIS*	**932,9**	**858,6**	**723,5**	**652,6**	**363,4**	**43,6**	**97,5**	**148,1**	**64,6**	**6,3**	**135,1**	**74,4**	**22,4**	**52,0**	**39,0**	**13,0**
TOTAL DES EMPLOIS HORS TRANSFERTS	**719,0**	**645,0**	**523,8**	**453,1**	**257,4**	**28,8**	**85,6**	**81,5**	**64,5**	**6,2**	**121,2**	**74,0**	**22,4**	**51,6**	**39,0**	**12,6**
Prestations de protection sociale	674,7	612,4	491,2	426,8	242,8	26,8	82,6	74,6	62,4	2,0	121,2	62,3	22,4	40,0	27,4	12,6
Prestations sociales en espèces	429,2	410,1	324,4	323,7	155,1	18,2	82,5	67,8	-	0,7	85,8	19,0	0,3	18,7	6,3	12,4
Prestations sociales en nature	245,5	202,2	166,8	103,2	87,7	8,5	0,1	6,8	62,4	1,3	35,4	43,3	22,1	21,3	21,1	0,1
Frais non financiers	29,2	21,7	21,7	17,6	10,6	2,0	2,7	2,4	0,2	3,9	-	7,5	-	7,5	7,5	-
Frais financiers	7,5	5,0	5,0	4,4	0,0	0,0	0,1	4,3	0,5	-	-	2,5	-	2,5	2,5	-
Autres emplois	5,6	4,3	4,3	3,6	2,9	0,1	0,1	0,5	0,7	0,0	-	1,3	-	1,3	1,3	-
Emplois du compte de capital	2,0	1,6	1,6	0,7	1,0	-0,2	0,1	-0,2	0,7	0,2	-	0,4	-	0,4	0,4	-
Transferts	213,9	213,5	199,6	199,4	106,0	14,8	11,9	66,7	0,0	0,1	13,9	0,4	-	0,4	-	0,4
TOTAL DES RESSOURCES*	**924,8**	**849,9**	**714,8**	**644,9**	**352,1**	**44,6**	**95,2**	**153,0**	**63,7**	**6,3**	**135,1**	**74,9**	**22,4**	**52,5**	**39,5**	**13,0**
TOTAL DES RESSOURCES HORS TRANSFERTS	**710,8**	**658,0**	**533,1**	**528,9**	**306,0**	**36,2**	**74,8**	**111,9**	**1,6**	**2,6**	**124,9**	**52,9**	**0,5**	**52,3**	**39,5**	**12,8**
Cotisations sociales	440,1	398,8	350,1	349,4	194,3	20,3	71,9	62,9	-	0,7	48,7	41,3	-	41,3	28,5	12,8
Cotisations sociales effectives	385,6	356,9	349,2	349,2	194,3	20,3	71,9	62,7	-	-	7,7	28,7	-	28,7	28,5	0,2
Cotisations sociales d'employeurs	*240,6*	*240,6*	*238,5*	*238,5*	*152,2*	-	*42,6*	*43,6*	-	-	*2,1*	-	-	-	-	-
Cotisations sociales de salariés	*88,3*	*88,1*	*82,6*	*82,6*	*35,8*	-	*28,0*	*18,7*	-	-	*5,6*	*0,2*	-	*0,2*	-	*0,2*
Autres cotisations sociales	*56,6*	*28,2*	*28,2*	*28,2*	*6,2*	*20,3*	*1,3*	*0,3*	-	-	-	*28,5*	-	*28,5*	*28,5*	-
Cotisations sociales imputées	54,6	41,9	0,9	0,2	-	-	-	0,2	-	0,7	41,0	12,6	-	12,6	-	12,6
Impôts et taxes affectés	178,2	178,2	162,6	162,6	108,3	15,6	-	38,7	-	-	15,6	-	-	-	-	-
Contributions publiques	72,1	72,1	12,8	11,1	2,6	0,3	0,4	7,7	-	1,7	59,4	-	-	-	-	-
Produits financiers	7,4	4,1	4,1	4,0	0,2	0,8	1,4	1,5	0,1	0,0	-	3,3	-	3,3	3,3	-
Autres recettes	16,3	7,9	6,7	5,7	3,2	0,4	1,4	0,8	0,9	0,1	1,1	8,4	0,5	7,9	7,9	-
Recettes du compte de capital	-3,3	-3,2	-3,2	-3,9	-2,6	-1,2	-0,3	0,3	0,7	-	-	-0,1	-	-0,1	-0,1	-
Transferts	213,9	191,9	181,7	116,0	46,1	8,3	20,4	41,1	62,0	3,7	10,2	22,0	21,9	0,1	-	0,1
SOLDE	**-8,2**	**-8,7**	**-8,7**	**-7,7**	**-11,3**	**1,0**	**-2,3**	**4,9**	**-0,9**	**0,0**	**n.d.**	**0,5**	**n.d.**	**0,5**	**0,5**	**n.d.**

***** Les transferts internes ne sont pas consolidés.

Note > n.d. : non défini. Ces soldes sont équilibrés par construction (*cf.* annexe 2).

Source > DREES-CPS.

Tableau 5 Emplois et ressources de la protection sociale par type de régimes en 2014

En milliards d'euros

	Ensemble	Ensemble des administrations publiques	Régimes des administrations publiques										Régimes privés			
			Ensemble des administrations de Sécurité sociale	Administrations de Sécurité sociale											Sociétés financières et non financières	
				Ensemble des régimes d'assurance sociale	Régimes d'assurance sociale				Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	Autres organismes dépendant des assurances sociales	Administrations centrale et locales	Ensemble des régimes privés	Régime d'intervention sociale des ISBLSM	Ensemble des sociétés financières et non financières	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Autres sociétés financières et non financières
					Régime général	Régimes de base de non-salariés	Régimes complémentaires	Autres régimes de salariés et fonds								
TOTAL DES EMPLOIS*	**953,4**	**875,9**	**737,7**	**664,5**	**371,0**	**44,8**	**99,5**	**149,1**	**66,6**	**6,6**	**138,2**	**77,5**	**22,8**	**54,7**	**41,6**	**13,1**
TOTAL DES EMPLOIS HORS TRANSFERTS	**736,5**	**659,4**	**535,3**	**462,4**	**262,9**	**29,2**	**87,6**	**82,6**	**66,5**	**6,4**	**124,0**	**77,2**	**22,8**	**54,3**	**41,6**	**12,7**
Prestations de protection sociale	689,8	626,7	502,7	436,2	249,1	27,0	84,7	75,4	64,4	2,1	124,0	63,1	22,8	40,3	27,6	12,7
Prestations sociales en espèces	438,2	419,0	331,1	330,3	158,8	18,3	84,6	68,7	-	0,7	87,9	19,2	0,3	18,9	6,3	12,5
Prestations sociales en nature	251,7	207,8	171,6	105,9	90,3	8,7	0,1	6,7	64,4	1,4	36,2	43,9	22,5	21,4	21,3	0,1
Frais non financiers	29,7	21,4	21,4	17,1	10,3	1,9	2,7	2,2	0,2	4,0	-	8,3	-	8,3	8,3	-
Frais financiers	7,5	5,0	5,0	4,6	0,0	0,0	0,1	4,4	0,4	-	-	2,5	-	2,5	2,5	-
Autres emplois	7,1	4,2	4,2	3,5	2,6	0,1	0,1	0,7	0,7	0,0	-	2,9	-	2,9	2,9	-
Emplois du compte de capital	2,4	2,0	2,0	1,0	0,9	0,2	0,0	-0,1	0,8	0,2	-	0,4	-	0,4	0,4	-
Transferts	216,9	216,5	202,3	202,1	108,1	15,6	11,9	66,5	0,0	0,2	14,2	0,4	-	0,4	-	0,4
TOTAL DES RESSOURCES*	**945,5**	**868,6**	**730,3**	**658,7**	**363,0**	**44,4**	**97,3**	**154,1**	**65,2**	**6,4**	**138,2**	**77,0**	**22,8**	**54,1**	**41,1**	**13,1**
TOTAL DES RESSOURCES HORS TRANSFERTS	**728,6**	**674,1**	**546,5**	**542,5**	**315,4**	**36,3**	**76,3**	**114,6**	**1,4**	**2,6**	**127,6**	**54,5**	**0,5**	**54,0**	**41,1**	**12,9**
Cotisations sociales	451,9	408,8	359,5	358,7	198,7	21,1	73,9	65,1	-	0,7	49,3	43,2	-	43,2	30,3	12,9
Cotisations sociales effectives	396,8	366,3	358,5	358,5	198,7	21,1	73,9	64,9	-	-	7,8	30,5	-	30,5	30,3	0,2
Cotisations sociales d'employeurs	*246,3*	*246,3*	*244,3*	*244,3*	*155,2*	-	*43,8*	*45,3*	-	-	*2,0*	-	-	-	-	-
Cotisations sociales de salariés	*91,3*	*91,1*	*85,3*	*85,3*	*37,2*	-	*28,8*	*19,3*	-	-	*5,8*	*0,2*	-	*0,2*	-	*0,2*
Autres cotisations sociales	*59,2*	*28,9*	*28,9*	*28,9*	*6,2*	*21,1*	*1,3*	*0,3*	-	-	-	*30,3*	-	*30,3*	*30,3*	-
Cotisations sociales imputées	55,2	42,5	0,9	0,2	-	-	-	0,2	-	0,7	41,5	12,7	-	12,7	-	12,7
Impôts et taxes affectés	183,1	183,1	167,4	167,4	113,1	15,6	-	38,8	-	-	15,6	-	-	-	-	-
Contributions publiques	74,2	74,2	12,7	10,9	2,5	0,3	0,4	7,7	-	1,8	61,5	-	-	-	-	-
Produits financiers	7,7	4,2	4,2	4,1	0,4	0,9	1,4	1,5	0,0	0,0	-	3,5	-	3,5	3,5	-
Autres recettes	15,4	7,6	6,5	5,6	3,3	0,4	1,2	0,8	0,7	0,1	1,2	7,8	0,5	7,2	7,2	-
Recettes du compte de capital	-3,7	-3,7	-3,7	-4,3	-2,7	-1,8	-0,5	0,7	0,6	-	-	0,0	-	0,0	0,0	-
Transferts	216,9	194,5	183,8	116,2	47,6	8,1	21,0	39,5	63,9	3,7	10,7	22,4	22,3	0,1	-	0,1
SOLDE	**-7,9**	**-7,3**	**-7,3**	**-5,8**	**-8,0**	**-0,4**	**-2,3**	**4,9**	**-1,3**	**-0,2**	**n.d.**	**-0,6**	**n.d.**	**-0,6**	**-0,6**	**n.d.**

***** Les transferts internes ne sont pas consolidés.

Note > n.d. : non défini. Ces soldes sont équilibrés par construction (*cf.* annexe 2).

Source > DREES-CPS.

Tableaux détaillés 2
Prestations de protection sociale par risque et par type de régimes de 2010 à 2014

Tableau 1 **Prestations de protection sociale par risque et par type de régimes en 2010**

En milliards d'euros

	Ensemble	Régimes des administrations publiques											Régimes privés				
		Ensemble des administrations publiques	Administrations de Sécurité sociale									Administrations centrale et locales	Ensemble des régimes privés	Régime d'intervention sociale des ISBLSM	Ensemble des sociétés financières et non financières	Sociétés financières et non financières	
			Ensemble des administrations de Sécurité sociale	Régimes d'assurance sociale					Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	Autres organismes dépendant des assurances sociales						Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Autres sociétés financières et non financières
				Ensemble des régimes d'assurance sociale	Régime général	Régimes de base de non-salariés	Régimes complémentaires	Autres régimes de salariés et fonds									
Total des prestations	**617,6**	**560,7**	**450,3**	**390,4**	**221,2**	**25,5**	**74,4**	**69,4**	**57,8**	**2,1**	**110,3**	**56,9**	**20,0**	**36,9**	**25,0**	**11,9**
Santé	217,7	177,8	164,9	107,0	87,9	8,4	0,4	10,3	57,8	0,0	13,0	39,9	13,7	26,2	21,4	4,7
Maladie	178,4	153,7	151,5	93,7	78,8	8,3	-	6,6	57,8	-	2,2	24,7	-	24,7	20,0	4,6
Invalidité	32,0	16,9	7,0	7,0	5,0	0,0	0,4	1,6	-	0,0	9,9	15,1	13,7	1,4	1,4	0,0
AT-MP	7,3	7,2	6,4	6,4	4,1	0,1	0,0	2,2	-	-	0,9	0,1	-	0,1	-	0,1
Vieillesse-Survie	277,0	270,6	215,7	215,7	95,6	16,8	74,0	29,3	-	-	55,0	6,3	-	6,3	3,6	2,8
Vieillesse	241,8	237,1	187,9	187,9	85,7	14,0	63,0	25,1	-	-	49,2	4,7	-	4,7	2,1	2,6
Survie	35,1	33,5	27,8	27,8	9,9	2,8	11,0	4,2	-	-	5,7	1,6	-	1,6	1,4	0,2
Famille	50,0	45,4	35,0	33,9	33,5	0,2	-	0,3	-	1,1	10,4	4,6	4,0	0,6	0,0	0,6
Emploi	38,6	34,8	30,2	29,2	-	-	-	29,2	-	1,0	4,6	3,8	-	3,8	0,0	3,8
Insertion et réins. prof.	3,4	3,4	2,4	2,0	-	-	-	2,0	-	0,4	1,0	-	-	-	-	-
Chômage	35,2	31,4	27,8	27,1	-	-	-	27,1	-	0,6	3,6	3,8	-	3,8	0,0	3,8
Logement	16,5	16,5	4,5	4,5	4,2	-	-	0,3	-	0,0	12,0	-	-	-	-	-
Pauvreté-Exclusion sociale	17,9	15,5	0,1	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	15,5	2,4	2,4	-	-	-

Source > DREES-CPS.

Tableau 2 Prestations de protection sociale par risque et par type de régimes en 2011

En milliards d'euros

	Ensemble	Ensemble des administrations publiques	Régimes des administrations publiques									Régimes privés			
			Administrations de Sécurité sociale											Sociétés financières et non financières	
				Régimes d'assurance sociale											
			Ensemble des administrations de Sécurité sociale	Ensemble des régimes d'assurance sociale	Régime général	Régimes de base de non-salariés	Régimes complémentaires	Autres régimes de salariés et fonds	Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	Autres organismes dépendant des assurances sociales	Administrations centrale et locales	Ensemble des régimes privés	Régime d'intervention sociale des ISBLSM	Ensemble des sociétés financières et non financières	Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Autres sociétés financières et non financières
Total des prestations	**635,2**	**576,4**	**463,0**	**401,9**	**228,4**	**26,0**	**77,2**	**70,3**	**59,1**	**2,0**	**113,4**	**58,8**	**21,0**	**37,8**	**25,7**	**12,1**
Santé	223,4	182,2	168,7	109,6	90,1	8,7	0,4	10,3	59,1	0,0	13,5	41,2	14,4	26,8	22,2	4,6
Maladie	182,2	157,0	154,9	95,8	80,6	8,6	-	6,6	59,1	-	2,1	25,2	-	25,2	20,7	4,5
Invalidité	33,9	17,9	7,4	7,4	5,3	0,0	0,4	1,6	-	0,0	10,6	15,9	14,4	1,5	1,5	0,0
AT-MP	7,3	7,3	6,4	6,4	4,2	0,1	0,0	2,1	-	-	0,8	0,1	-	0,1	-	0,1
Vieillesse-Survie	288,0	281,6	224,4	224,4	100,1	17,1	76,7	30,5	-	-	57,1	6,5	-	6,5	3,5	3,0
Vieillesse	252,0	247,2	195,8	195,8	89,9	14,3	65,4	26,3	-	-	51,4	4,8	-	4,8	2,0	2,8
Survie	36,0	34,4	28,6	28,6	10,2	2,8	11,3	4,2	-	-	5,8	1,7	-	1,7	1,5	0,2
Famille	50,5	45,9	35,4	34,4	33,9	0,2	-	0,3	-	1,0	10,5	4,6	4,1	0,5	0,0	0,5
Emploi	38,3	34,2	29,9	29,0	-	-	-	29,0	-	0,9	4,3	4,1	-	4,1	0,0	4,1
Insertion et réins. prof.	3,4	3,4	2,4	2,0	-	-	-	2,0	-	0,4	0,9	-	-	-	-	-
Chômage	34,9	30,8	27,5	27,0	-	-	-	27,0	-	0,5	3,3	4,1	-	4,1	0,0	4,1
Logement	16,8	16,8	4,5	4,5	4,3	-	-	0,2	-	0,0	12,3	-	-	-	-	-
Pauvreté-Exclusion sociale	18,2	15,8	0,0	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	15,7	2,5	2,5	-	-	-

Source > DREES-CPS.

Tableau 3 Prestations de protection sociale par risque et par type de régimes en 2012

En milliards d'euros

	Ensemble	Régimes des administrations publiques										Régimes privés			
		Ensemble des administrations publiques	Administrations de Sécurité sociale								Administrations centrale et locales	Ensemble des régimes privés	Régime d'intervention sociale des ISBLSM	Ensemble des sociétés financières et non financières	Sociétés financières et non financières	
			Ensemble des administrations de Sécurité sociale	Régimes d'assurance sociale					Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	Autres organismes dépendant des assurances sociales					Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Autres sociétés financières et non financières
				Ensemble des régimes d'assurance sociale	Régime général	Régimes de base de non-salariés	Régimes complémentaires	Autres régimes de salariés et fonds								
Total des prestations	**656,6**	**595,8**	**478,2**	**415,6**	**236,6**	**26,5**	**80,0**	**72,5**	**60,6**	**2,0**	**117,6**	**60,8**	**21,7**	**39,2**	**26,5**	**12,7**
Santé	230,0	187,5	173,3	112,6	93,7	8,9	0,4	9,7	60,6	0,0	14,2	42,4	14,8	27,6	22,9	4,6
Maladie	187,0	161,1	159,0	98,4	83,0	8,7	-	6,7	60,6	-	2,1	25,9	-	25,9	21,4	4,5
Invalidité	35,7	19,3	7,9	7,9	5,8	0,0	0,4	1,7	-	0,0	11,4	16,5	14,8	1,6	1,6	0,0
AT-MP	7,2	7,1	6,4	6,4	4,9	0,1	0,0	1,3	-	-	0,8	0,1	-	0,1	-	0,1
Vieillesse-Survie	298,0	291,4	232,2	232,2	103,7	17,4	79,6	31,6	-	-	59,2	6,6	-	6,6	3,5	3,1
Vieillesse	261,1	256,1	202,8	202,8	93,2	14,5	67,9	27,3	-	-	53,3	4,9	-	4,9	2,0	2,9
Survie	36,9	35,2	29,4	29,4	10,6	2,8	11,7	4,3	-	-	5,8	1,7	-	1,7	1,4	0,2
Famille	52,0	47,4	36,5	35,4	34,9	0,2	-	0,2	-	1,1	10,9	4,6	4,3	0,4	0,0	0,3
Emploi	40,7	36,1	31,7	30,8	-	-	-	30,8	-	0,9	4,5	4,6	-	4,6	0,0	4,6
Insertion et réins. prof.	3,4	3,4	2,4	1,9	-	-	-	1,9	-	0,5	1,1	-	-	-	-	-
Chômage	37,3	32,7	29,3	28,9	-	-	-	28,9	-	0,5	3,4	4,6	-	4,6	0,0	4,6
Logement	17,2	17,2	4,5	4,5	4,3	-	-	0,2	-	0,0	12,7	-	-	-	-	-
Pauvreté-Exclusion sociale	18,7	16,2	0,1	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	16,1	2,5	2,5	-	-	-

Source > DREES-CPS.

Tableau 4 Prestations de protection sociale par risque et par type de régimes en 2013

En milliards d'euros

	Ensemble	Régimes des administrations publiques										Régimes privés				
		Ensemble des administrations publiques	Administrations de Sécurité sociale								Administrations centrale et locales	Ensemble des régimes privés	Régime d'intervention sociale des ISBLSM	Ensemble des sociétés financières et non financières	Sociétés financières et non financières	
			Ensemble des administrations de Sécurité sociale	Régimes d'assurance sociale					Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	Autres organismes dépendant des assurances sociales					Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Autres sociétés financières et non financières
				Ensemble des régimes d'assurance sociale	Régime général	Régimes de base de non-salariés	Régimes complémentaires	Autres régimes de salariés et fonds								
Total des prestations	**674,7**	**612,4**	**491,2**	**426,8**	**242,8**	**26,8**	**82,6**	**74,6**	**62,4**	**2,0**	**121,2**	**62,3**	**22,4**	**40,0**	**27,4**	**12,6**
Santé	235,4	191,9	177,0	114,6	95,4	9,0	0,4	9,7	62,4	0,0	15,0	43,5	15,4	28,1	23,6	4,6
Maladie	191,2	164,8	162,4	100,1	84,6	8,9	-	6,6	62,4	-	2,4	26,4	-	26,4	21,9	4,4
Invalidité	37,0	20,0	8,2	8,1	6,0	0,0	0,4	1,7	-	0,0	11,8	17,1	15,4	1,7	1,6	0,0
AT-MP	7,2	7,1	6,4	6,4	4,9	0,1	0,0	1,4	-	-	0,7	0,1	-	0,1	-	0,1
Vieillesse-Survie	307,1	300,1	239,6	239,6	107,6	17,5	82,2	32,3	-	-	60,5	7,0	-	7,0	3,8	3,2
Vieillesse	269,5	264,3	209,7	209,7	96,8	14,7	70,2	28,0	-	-	54,6	5,2	-	5,2	2,2	3,0
Survie	37,5	35,8	29,9	29,9	10,8	2,8	12,0	4,3	-	-	5,9	1,8	-	1,8	1,5	0,2
Famille	53,2	48,5	37,0	35,9	35,4	0,2	-	0,2	-	1,1	11,5	4,7	4,4	0,4	0,0	0,3
Emploi	42,2	37,6	33,0	32,1	-	-	-	32,1	-	0,9	4,7	4,5	-	4,5	0,0	4,5
Insertion et réins. prof.	3,3	3,3	2,2	1,8	-	-	-	1,8	-	0,4	1,1	-	-	-	-	-
Chômage	38,9	34,3	30,8	30,3	-	-	-	30,3	-	0,4	3,6	4,5	-	4,5	0,0	4,5
Logement	17,7	17,7	4,6	4,6	4,4	-	-	0,2	-	0,0	13,1	-	-	-	-	-
Pauvreté-Exclusion sociale	19,1	16,5	0,1	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	16,5	2,6	2,6	-	-	-

Source > DREES-CPS.

Tableau 5 Prestations de protection sociale par risque et par type de régimes en 2014

En milliards d'euros

	Ensemble	Régimes des administrations publiques										Régimes privés				
		Ensemble des administrations publiques	Administrations de Sécurité sociale									Ensemble des régimes privés	Régime d'intervention sociale des ISBLSM	Ensemble des sociétés financières et non financières	Sociétés financières et non financières	
			Ensemble des administrations de Sécurité sociale	Régimes d'assurance sociale					Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	Autres organismes dépendant des assurances sociales	Administrations centrale et locales				Régimes de la mutualité et de la prévoyance	Autres sociétés financières et non financières
				Ensemble des régimes d'assurance sociale	Régime général	Régimes de base de non-salariés	Régimes complémentaires	Autres régimes de salariés et fonds								
Total des prestations	**689,8**	**626,7**	**502,7**	**436,2**	**249,1**	**27,0**	**84,7**	**75,4**	**64,4**	**2,1**	**124,0**	**63,1**	**22,8**	**40,3**	**27,6**	**12,7**
Santé	241,4	197,4	182,1	117,7	98,3	9,2	0,5	9,7	64,4	0,0	15,3	44,0	15,8	28,2	23,7	4,6
Maladie	196,1	169,8	167,2	102,9	87,2	9,1	-	6,6	64,4	-	2,5	26,3	-	26,3	21,9	4,5
Invalidité	38,3	20,7	8,6	8,6	6,3	0,0	0,5	1,8	-	0,0	12,1	17,6	15,8	1,8	1,8	0,0
AT-MP	7,1	7,0	6,3	6,3	4,9	0,1	0,0	1,3	-	-	0,7	0,1	-	0,1	-	0,1
Vieillesse-Survie	313,4	306,2	244,8	244,8	110,3	17,5	84,2	32,7	-	-	61,4	7,1	-	7,1	3,9	3,3
Vieillesse	275,5	270,2	214,7	214,7	99,4	14,8	72,0	28,5	-	-	55,5	5,3	-	5,3	2,3	3,0
Survie	37,8	36,0	30,1	30,1	11,0	2,8	12,2	4,2	-	-	5,9	1,8	-	1,8	1,6	0,2
Famille	54,1	49,3	37,6	36,5	36,0	0,2	-	0,3	-	1,2	11,7	4,8	4,4	0,4	0,0	0,3
Emploi	42,8	38,3	33,4	32,5	-	-	-	32,5	-	1,0	4,8	4,5	-	4,5	0,0	4,5
Insertion et réins. prof.	3,5	3,5	2,3	1,8	-	-	-	1,8	-	0,5	1,2	-	-	-	-	-
Chômage	39,3	34,8	31,1	30,7	-	-	-	30,7	-	0,4	3,7	4,5	-	4,5	0,0	4,5
Logement	18,0	18,0	4,7	4,7	4,5	-	-	0,2	-	0,0	13,3	-	-	-	-	-
Pauvreté-Exclusion sociale	20,1	17,5	0,1	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	17,4	2,6	2,6	-	-	-

Source > DREES-CPS.

Tableaux détaillés 3
Prestations détaillées de protection sociale par risque de 2010 à 2014

En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014
PRESTATIONS DE PROTECTION SOCIALE	617 571	635 248	656 603	674 719	689 830
SANTÉ	**217 678**	**223 372**	**229 951**	**235 410**	**241 448**
MALADIE	**178 395**	**182 169**	**187 005**	**191 199**	**196 100**
Remplacement de revenu temporaire	**11 053**	**11 413**	**11 444**	**11 545**	**11 785**
Indemnités journalières	6 692	6 812	6 765	6 782	7 116
Congés maladie de longue durée des agents de l'Etat	242	240	247	249	251
Maintien de salaire / complément d'indemnités journalières des mutuelles et institutions de prévoyance	1 527	1 613	1 811	1 975	1 855
Indemnités journalières AT-MP	2 381	2 521	2 455	2 401	2 445
Maintien de salaire / complément d'indemnités journalières des mutuelles et institutions de prévoyance	210	226	165	138	119
Soins de santé maladie pris en charge par l'assurance maladie et l'État	**134 694**	**137 493**	**141 301**	**144 558**	**148 729**
Soins de ville maladie	61 552	62 865	64 666	66 447	68 992
Soins de ville AT-MP	845	896	825	831	793
Soins de ville maternité	1 047	1 043	1 045	1 022	518
Prestations de soins du secteur public hospitalier	56 913	58 186	59 669	61 365	63 369
Prestations de soins en USLD du secteur public hospitalier	914	942	970	986	992
Transferts aux hôpitaux militaires	447	454	506	497	484
Soins en clinique privée maladie	12 236	12 373	12 899	12 723	12 912
Soins en clinique privée AT-MP	120	125	121	116	111
Soins en clinique privée maternité	621	609	599	571	559
Soins de santé complémentaires	**20 001**	**20 559**	**21 056**	**21 698**	**21 949**
Prestations maladie prises en charge par le Fonds CMU	1 487	1 459	1 436	1 655	1 797
Remboursements de soins de la CAMIEG	212	227	231	233	242
Remboursements des mutuelles et institutions de prévoyance	18 303	18 874	19 388	19 810	19 909
Prestations médico-sociales (hors personnes handicapées)	**7 419**	**7 734**	**8 200**	**8 510**	**8 814**
Médico-social - Personnes âgées (EHPA et EHPAD)	6 145	6 422	6 814	7 029	7 299
Médico-social - Personnes âgées (SSIAD)	1 207	1 266	1 344	1 420	1 453
Autres prestations médico-sociales (alcoologie, toxicomanie…)	67	46	41	60	62
Autres prestations santé	**5 228**	**4 969**	**5 005**	**4 887**	**4 824**
Indemnisations de l'ONIAM	58	76	105	105	85
Actions de prévention	249	214	186	260	251
Action sociale individuelle et collective des caisses	152	162	170	169	145
Prestations d'employeurs	4 458	4 287	4 347	4 262	4 270
Autres prestations santé nca	312	230	197	91	73
INVALIDITÉ	**31 970**	**33 862**	**35 721**	**37 042**	**38 287**
Remplacement de revenu (pensions et rentes)	**7 818**	**8 184**	**8 737**	**8 993**	**9 449**
Allocations temporaires d'invalidité	55	57	60	58	64
Pensions d'invalidité (y compris majorations enfant et tierce personne)	6 408	6 709	7 184	7 397	7 728
Rentes d'invalidité des mutuelles et institutions de prévoyance (y compris majorations enfant et tierce personne)	1 196	1 272	1 359	1 414	1 545
Allocation temporaire d'invalidité (fonction publique)	7	6	6	6	6
Pensions militaires d'invalidité - victimes civiles	153	140	128	117	107
Autres prestations de ressources	**7 863**	**8 453**	**9 250**	**9 695**	**9 977**
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	6 446	7 020	7 779	8 178	8 453
Garantie de ressources des travailleurs handicapés (GRTH)	1 158	1 162	1 204	1 249	1 265
Allocation supplémentaire d'invalidité	259	270	267	268	260

	2010	2011	2012	2013	2014
Prestations de compensation du handicap	**2 167**	**2 281**	**2 415**	**2 487**	**2 570**
Prestation de compensation du handicap (PCH) moins de 60 ans	906	1 033	1 127	1 205	1 263
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) moins de 60 ans	417	394	370	347	320
Allocation journalière de présence parentale (AJPP)	52	57	61	64	68
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	680	716	774	783	826
Allocation d'éducation spéciale (AES)	1	1	1	1	1
Dépenses d'équipements de l'habitation principale en faveur de l'aide aux personnes de moins de 60 ans	5	4	5	4	5
Autres allocations liées au handicap	106	76	77	83	88
Accueil et hébergement des personnes handicapées (y compris prestations médico-sociales)	**12 122**	**12 830**	**13 229**	**13 718**	**14 094**
SSIAD personnes handicapées et ajustement des prestations médico-sociales	60	67	70	75	79
Hébergement des enfants handicapés	2 180	2 251	2 286	2 328	2 339
Hébergement des adultes handicapés	5 628	6 030	6 280	6 560	6 865
Accueil et accompagnement sans hébergement des enfants handicapés	3 286	3 438	3 523	3 636	3 673
Accueil et accompagnement sans hébergement des adultes handicapés	968	1 044	1 070	1 119	1 138
Aide par le travail (ESAT, CRP, CPO)	**1 677**	**1 696**	**1 717**	**1 744**	**1 756**
Autres prestations invalidité (y compris mutuelles et institutions de prévoyance)	**324**	**417**	**373**	**405**	**441**
Soins aux tuberculeux	11	9	8	7	6
Appareillage des mutilés	7	59	50	49	45
Rente d'invalidité avec perte totale et irréversible d'autonomie versée par les mutuelles et institutions de prévoyance	179	189	185	168	176
Autres prestations invalidité des mutuelles et institutions de prévoyance	25	26	34	53	56
Action sociale individuelle des caisses	12	12	12	2	3
Autres prestations invalidité nca	90	122	85	126	155
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	**7 312**	**7 341**	**7 225**	**7 169**	**7 061**
Remplacement de revenu définitif	**7 238**	**7 275**	**7 167**	**7 110**	**7 002**
Rentes AT-MP	5 104	5 246	5 430	5 383	5 415
Pensions militaires d'invalidité - victimes militaires	767	728	685	641	594
Pensions d'invalidité diverses, suite à accident	101	101	96	94	87
Prestations du FCAATA	879	847	0	0	0
Indemnisations du FIVA	386	353	387	469	428
Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)	0	0	569	523	478
Autres prestations AT-MP	**74**	**67**	**58**	**59**	**58**
Action sociale individuelle des caisses	5	5	4	3	3
Autres prestations AT-MP nca	69	62	55	56	55
VIEILLESSE-SURVIE	**276 955**	**288 032**	**297 979**	**307 064**	**313 368**
VIEILLESSE	**241 815**	**252 001**	**261 078**	**269 544**	**275 548**
Pensions vieillesse	**227 827**	**237 914**	**246 623**	**255 118**	**261 011**
Pensions normales	138 704	145 883	152 118	157 917	161 792
Pensions d'inaptitude	9 062	9 101	8 888	8 738	8 634
Pensions d'invalidité (y compris ATI définitive aux retraités et rentes viagères d'invalidité après 60 ans)	8 364	8 648	8 775	8 974	9 185
Retraites du combattant	749	755	759	771	740
Indemnités temporaires de la fonction publique	143	145	146	145	145
Pensions de vieillesse complémentaires obligatoires	62 767	65 183	67 625	69 981	71 838
Pensions de vieillesse complémentaires facultatives	1 535	1 507	1 469	1 638	1 673
Majorations sur pensions de base - enfant	5 740	5 947	6 119	6 258	6 331
Majorations sur pensions de base - tierce personne	347	352	350	347	343
Majorations sur pensions de base - conjoint à charge	288	267	248	227	207
Majorations sur pensions de base - assurés handicapés	1	2	4	5	6
Majorations sur pensions de base - autres	39	42	45	47	50
Autres pensions vieillesse	88	83	77	70	66

	2010	2011	2012	2013	2014
Minimum vieillesse	**2 811**	**2 899**	**2 964**	**2 993**	**3 008**
Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)	628	791	928	1 073	1 219
Majorations L814-2 ancien	572	540	512	479	448
Majorations L815-2 ancien (allocation supplémentaire)	1 416	1 387	1 357	1 282	1 197
Allocations spéciales	164	153	140	133	123
Autres composantes du minimum vieillesse nca	31	28	27	26	21
Indemnités de départ à la retraite (mutuelles et institutions de prévoyance...)	**565**	**481**	**548**	**563**	**583**
Prestations liées à la dépendance	**7 791**	**7 915**	**8 164**	**8 228**	**8 373**
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) plus de 60 ans	123	128	135	137	139
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	5 196	5 277	5 423	5 439	5 530
Prestation de compensation du handicap (PCH) plus de 60 ans	190	230	278	311	343
Prestations dépendance des mutuelles et institutions de prévoyance	35	32	32	39	37
Dépenses d'équipements de l'habitation principale en faveur de l'aide aux personnes de plus de 60 ans	30	28	31	22	29
Hébergement des personnes âgées dépendantes	2 216	2 221	2 266	2 281	2 295
Autres prestations vieillesse	**2 821**	**2 792**	**2 779**	**2 641**	**2 573**
Action sociale individuelle des caisses	891	937	942	841	777
Actions collectives des caisses	112	120	129	130	122
Prestations d'employeurs	1 610	1 512	1 493	1 465	1 469
Autres prestations vieillesse nca	208	223	216	205	205
SURVIE	**35 140**	**36 031**	**36 901**	**37 519**	**37 819**
Pensions de droit dérivé	**33 106**	**33 979**	**34 929**	**35 495**	**35 780**
Pensions de réversion sans condition de ressources	8 128	8 211	8 295	8 275	8 191
Pensions de réversion avec condition de ressources	6 669	7 004	7 315	7 580	7 773
Pensions d'accidents du travail (ayants droit)	35	35	36	36	36
Pensions d'invalidité (ayants droit)	570	585	666	658	642
Pensions militaires d'invalidité (ayants droit)	715	683	639	599	561
Pensions de conjoint survivant, d'orphelins, d'ascendants au titre des retraites et de l'invalidité (y compris mutuelles et institutions de prévoyance)	4 953	5 063	5 168	5 262	5 274
Autres droits dérivés	118	112	111	114	111
Majorations sur pensions de réversion de base	1 103	1 131	1 153	1 159	1 168
Indemnités temporaires de la fonction publique (ayants cause)	9	9	9	9	9
Pensions complémentaires obligatoires	10 807	11 147	11 538	11 802	12 014
Minimum vieillesse	**272**	**267**	**258**	**244**	**229**
Minimum vieillesse	272	267	258	244	229
Autres prestations survie	**1 761**	**1 785**	**1 714**	**1 780**	**1 810**
Indemnités aux orphelins	56	57	15	5	6
Allocation veuvage	47	50	50	59	62
Versement forfaitaire unique	45	42	40	29	6
Capitaux décès, prestations décès, frais funéraires... (y compris mutuelles et institutions de prévoyance)	1 555	1 577	1 549	1 639	1 692
Action sociale individuelle et collective des caisses	46	46	46	36	32
Autres prestations survie nca	11	13	13	12	12
FAMILLE	**49 995**	**50 503**	**52 042**	**53 236**	**54 096**
Prestations en faveur de la famille	**19 721**	**19 681**	**20 034**	**20 342**	**20 687**
Allocations familiales (AF)	12 402	12 432	12 717	12 986	13 192
Complément familial (CF)	1 635	1 648	1 661	1 682	1 779
Allocation de soutien familial (ASF)	1 254	1 265	1 290	1 302	1 388
Allocation de parent isolé (API)	147	0	0	0	0
PAJE - Prime d'adoption	5	4	3	2	2
PAJE - Base	4 232	4 273	4 307	4 313	4 273
PAJE - Allocation d'adoption	16	15	13	11	9
Allocation différentielle	18	31	34	34	33
Allocation jeune enfant « longue » (APJE longue)	5	5	4	4	3
Prestations nuptialité/natalité versées par les mutuelles et institutions de prévoyance	7	7	6	7	9

	2010	2011	2012	2013	2014
Prestations liées à la scolarité	**2 317**	**2 329**	**2 746**	**2 868**	**2 919**
Allocation de rentrée scolaire (ARS)	1 491	1 487	1 878	1 918	1 962
Bourses d'études hors enseignement supérieur	815	833	858	945	953
Autres prestations liées à l'éducation nca	11	9	9	4	4
Prestations liées à la garde d'enfants	**13 021**	**13 519**	**14 129**	**14 677**	**14 805**
PAJE - CLCA et COLCA	2 176	2 112	2 069	2 025	1 964
PAJE - Assistante maternelle	4 934	5 242	5 490	5 658	5 679
PAJE - Employée à domicile	369	391	402	408	408
Frais de garde d'enfants de moins de 6 ans	920	940	1 025	1 145	1 145
Accueil des jeunes enfants	4 622	4 833	5 142	5 441	5 611
Aide sociale à l'enfance (ASE)	**6 308**	**6 466**	**6 738**	**6 914**	**7 027**
Prestations d'hébergement et d'accueil	4 801	4 930	5 118	5 227	5 313
AED/AEMO	384	393	408	400	406
Prévention spécialisée	250	247	252	243	247
Dépenses diverses liées à l'ASE (bourses, subventions,frais de placement...)	872	895	960	1 044	1 061
Complément de rémunération	**2 543**	**2 575**	**2 613**	**2 657**	**2 722**
Supplément familial de traitement et supplément familial de solde	1 884	1 901	1 929	1 964	2 006
Majorations familiales	659	674	684	693	716
Prestations liées à la maternité	**4 027**	**4 036**	**4 037**	**4 036**	**4 094**
Indemnités journalières	3 101	3 106	3 123	3 124	3 187
Congés de naissance	258	264	259	256	260
Maintien de salaire / complément d'indemnités journalières des mutuelles et institutions de prévoyance	14	15	10	3	2
PAJE - Prime de naissance	654	650	645	653	644
Autres prestations famille	**2 058**	**1 898**	**1 745**	**1 743**	**1 842**
Compensations sociales en faveur de la politique de mobilité	69	67	50	40	28
Action sociale individuelle des caisses	273	270	264	253	340
Actions collectives des caisses	495	459	508	525	484
Prestations d'employeurs	606	468	349	346	348
Autres prestations famille nca	615	634	575	579	642
EMPLOI	**38 605**	**38 285**	**40 748**	**42 161**	**42 794**
INSERTION ET RÉINSERTION PROFESSIONNELLE	**3 397**	**3 352**	**3 416**	**3 304**	**3 462**
Formation professionnelle	**1 861**	**1 898**	**2 026**	**2 052**	**2 133**
Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) - Formation	1 045	1 061	1 060	1 056	1 070
Stages de formation professionnelle des régions	779	795	910	962	1 027
Autres dépenses de formation	37	41	56	35	37
Insertion professionnelle	**1 478**	**1 399**	**1 313**	**1 175**	**1 237**
Aide à la reprise ou à la création d'entreprise	991	979	844	736	720
Bourses et subventions diverses	6	6	5	6	5
Insertion professionnelle des jeunes	79	1	0	0	0
Autres prestations liées à l'insertion professionnelle	402	413	463	433	512
Insertion et réinsertion professionnelle nca	**58**	**56**	**76**	**77**	**91**
Insertion et réinsertion professionnelle nca	58	56	76	77	91
CHÔMAGE	**35 209**	**34 933**	**37 333**	**38 858**	**39 333**
Allocation chômage	**30 862**	**30 285**	**32 154**	**33 804**	**34 282**
Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE)	25 407	25 583	27 047	28 156	28 537
Allocation spécifique de reclassement (ASR)	1 553	1 182	289	3	1
Aide aux chômeurs âgés (ACA)	21	8	4	2	1
Prestations du Fonds de solidarité	2 533	2 345	2 454	2 606	2 783
Dépenses de placement de Pôle emploi	511	384	347	298	348
Aides de Pôle emploi et de l'Unédic	187	205	180	199	151
Prestations chômage versées par les mutuelles et institutions de prévoyance	7	6	6	6	7
Allocation de sécurisation professionnelle (ASP)	0	61	1 320	1 984	2 014
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	82	84
Prestations de chômage partiel	352	97	135	130	64
Fonds d'investissement social	289	0	0	0	0
Autres prestations chômage nca	3	413	372	337	295

	2010	2011	2012	2013	2014
Préretraites	**578**	**588**	**598**	**562**	**549**
ASCAA (amiante des ouvriers de l'Etat)	184	181	191	197	197
Contribution de l'Unédic au fonds national de l'emploi (FNE)	14	12	8	5	3
Préretraites d'entreprises	212	240	251	258	281
Allocations financées par l'État (ASFNE, CAF, ATA…)	124	127	109	69	41
Autres préretraites	44	28	38	33	26
Autres prestations chômage	**3 769**	**4 060**	**4 580**	**4 492**	**4 502**
Prestations d'employeurs	3 769	4 060	4 580	4 492	4 502
LOGEMENT	**16 481**	**16 835**	**17 196**	**17 700**	**17 983**
Allocation de logement à caractère familial (ALF)	**4 149**	**4 214**	**4 246**	**4 370**	**4 439**
ALF location	3 591	3 660	3 706	3 847	3 927
ALF accédants	558	554	541	524	512
Aide personnalisée au logement (APL)	**6 873**	**7 173**	**7 426**	**7 767**	**7 988**
APL location HLM + foyers	6 036	6 329	6 537	6 863	7 057
APL location hors HLM + foyers	541	546	594	615	651
APL accédants	296	298	295	290	280
Allocation de logement à caractère social (ALS)	**4 957**	**4 961**	**5 102**	**5 187**	**5 183**
ALS location	4 863	4 869	5 008	5 092	5 087
ALS accédants	94	91	93	96	96
Autres prestations logement	**503**	**488**	**422**	**375**	**374**
Prime de déménagement	4	4	4	4	3
Fonds de solidarité pour le logement	137	149	159	129	134
Action sociale individuelle des caisses	276	245	228	211	194
Autres prestations logement	85	89	31	32	42
PAUVRETÉ-EXCLUSION SOCIALE	**17 857**	**18 221**	**18 687**	**19 149**	**20 142**
Revenu minimum d'insertion (RMI)	**747**	**19**	**0**	**3**	**4**
Revenu de solidarité active (RSA)	**8 541**	**9 883**	**10 378**	**11 236**	**12 316**
RSA socle	6 820	7 970	8 416	9 151	9 975
RSA activité	1 343	1 550	1 578	1 685	1 908
Prime de solidarité active (avril 2009) et primes de Noël	379	363	384	400	433
Autres prestations pauvreté-exclusion (CCAS, hébergement…)	**8 569**	**8 319**	**8 310**	**7 911**	**7 822**
RSTA (revenu supplémentaire temporaire d'activité) - Outremer	112	94	97	52	0
Prime pour l'emploi (PPE)	3 427	3 099	2 990	2 353	2 209
Aide personnalisée de retour à l'emploi (APRE)	118	80	50	21	35
Prestations liées à l'hébergement	1 638	1 674	1 738	1 829	1 856
Pensions militaires d'invalidité - divers	22	21	18	17	17
Allocation temporaire d'attente (ATA)	105	147	145	145	164
Action sociale individuelle des caisses	524	538	551	579	585
Prestations des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS)	1 966	2 025	2 077	2 249	2 286
Autres prestations pauvreté-exclusion nca	657	640	644	665	669

Note > nca : non classé ailleurs.
Source > DREES-CPS.

Tableaux détaillés 4
Prestations de protection sociale par régime et secteur institutionnel de 2010 à 2014

En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014
Tous secteurs institutionnels	**617 571**	**635 248**	**656 603**	**674 719**	**689 830**
Régimes issus des administrations publiques	560 664	576 429	595 793	612 386	626 734
Régimes issus des administrations de Sécurité sociale	450 317	463 037	478 232	491 217	502 696
Régimes d'assurance sociale	390 374	401 923	415 551	426 848	436 200
Régime général de la Sécurité sociale	**221 185**	**228 382**	**236 559**	**242 843**	**249 123**
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	89 876	92 040	95 575	97 290	100 207
Caisse nationale des allocations familiales	35 379	35 889	36 924	37 595	38 208
Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés	95 431	99 924	103 527	107 430	110 178
Autres organismes du régime général	498	529	533	527	530
Régimes spéciaux de salariés	**38 385**	**39 502**	**40 770**	**41 404**	**41 860**
Régime des salariés agricoles	8 389	8 462	8 485	8 444	8 409
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	13 919	14 974	15 906	16 687	17 336
Caisse de prévoyance de la Société nationale des chemins de fer français	6 217	6 235	6 437	6 354	6 340
Caisse de retraites du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	896	940	992	1 027	1 043
Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines	2 935	2 887	2 845	2 786	2 724
Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs	691	613	570	526	486
Établissement national des invalides de la marine	1 381	1 399	1 424	1 426	1 406
Caisse nationale militaire de Sécurité sociale	1 326	1 331	1 350	1 354	1 338
Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires	905	936	967	996	1 012
Caisse d'assurance vieillesse, invalidité, maladie des cultes	383	367	365	367	354
Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières	212	227	231	233	242
Union des caisses de France congés intempéries BTP	147	97	135	130	64
Caisse de réserve des employés de la Banque de France	414	427	440	449	455
Régime de retraite d'Altadis (Alliance-tabac-distribution), ex-Seita	159	164	168	170	169
Caisses de retraite du personnel des théâtres nationaux : Opéra et Comédie-Française	27	28	28	29	30
Régimes spéciaux de retraite et de maladie de la chambre de commerce et d'industrie de Paris (intégrés au régime général à compter de 2013)	14	14	12	0	0
Fonds routiers	212	240	251	258	281
Régime de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales	138	142	150	155	159
Régimes divers gérés par la Caisse des dépôts et consignations - périmètre actuel*	21	20	15	13	13
Régimes complémentaires de salariés	**68 945**	**71 416**	**73 934**	**76 236**	**77 876**
Association générale des institutions de retraite des cadres	22 449	23 025	23 803	24 369	24 796
Association des régimes de retraite complémentaire des salariés	43 480	45 205	46 921	48 471	49 505
Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques	2 040	2 181	2 192	2 317	2 479
Régime additionnel de la fonction publique	217	224	211	275	291
Caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile	489	501	523	536	555
Régime temporaire de retraites des enseignants du privé	270	280	284	268	250
Régimes de base des non-salariés	**25 459**	**26 035**	**26 494**	**26 793**	**26 989**
Régime des exploitants agricoles	13 197	13 293	13 254	13 181	13 107
Régime social des indépendants	11 193	11 585	11 972	12 239	12 425
Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales	974	1 052	1 148	1 250	1 326
Caisse nationale des barreaux français	95	105	120	123	131
Régimes complémentaires des non-salariés	**5 417**	**5 748**	**6 062**	**6 393**	**6 839**
Régime complémentaire des exploitants agricoles	535	542	553	563	686
Régime complémentaire du Régime social des indépendants	1 647	1 742	1 824	1 906	2 003
Régime complémentaire de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales	3 092	3 271	3 507	3 739	3 951
Régime complémentaire de la Caisse nationale des barreaux français	142	194	179	185	199

	2010	2011	2012	2013	2014
Régimes d'indemnisation du chômage	**28 806**	**28 683**	**30 362**	**31 718**	**32 117**
Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce	28 806	28 683	30 362	31 718	32 117
Fonds spéciaux	**2 177**	**2 156**	**1 369**	**1 462**	**1 396**
Service de l'allocation spéciale aux personnes âgées	549	578	578	598	594
Fonds commun des accidents du travail	28	25	22	19	17
Fonds commun des accidents du travail agricoles	84	81	78	73	69
Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (intégré au régime général à compter de 2012)	879	847	0	0	0
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	386	353	387	469	428
Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales	58	76	105	105	85
Régime des prestations extra-légales versées aux agents des organismes de Sécurité sociale	193	196	199	198	203
Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	57 826	59 128	60 638	62 352	64 360
Régime d'intervention sociale des hôpitaux publics	57 826	59 128	60 638	62 352	64 360
Autres organismes dépendants des assurances sociales	2 117	1 986	2 043	2 017	2 135
Pôle emploi	972	867	870	810	905
Œuvres sociales	458	421	469	484	484
Régime des prestations extra-légales versées aux agents des organismes divers de Sécurité sociale (hôpitaux notamment)	687	698	704	723	746
Régimes issus des administrations publiques centrales	82 857	84 941	87 878	90 069	91 630
État	77 354	79 628	82 428	84 198	85 412
Régime d'intervention sociale de l'État	25 333	25 848	26 861	27 730	28 283
Régime des crédits d'impôts de l'État	4 266	3 972	3 961	3 524	3 388
Régime direct des agents de l'État	46 726	48 782	50 580	51 913	52 701
Régime des prestations extra-légales versées aux agents de l'État	1 029	1 026	1 026	1 031	1 041
Organismes divers d'administration centrale	5 503	5 313	5 450	5 871	6 219
Régime d'intervention sociale des organismes divers d'administration centrale (ODAC)	5 238	5 033	5 161	5 570	5 908
Régime des prestations extra-légales versées aux agents des organismes divers d'administration centrale	265	280	289	301	311
Régimes d'intervention sociale des administrations publiques locales	27 489	28 451	29 683	31 101	32 408
Régime d'intervention sociale des communes	5 808	6 053	6 362	6 783	6 961
Régime d'intervention sociale des départements	19 866	20 561	21 316	22 230	23 253
Régime d'intervention sociale des régions	1 093	1 106	1 248	1 310	1 394
Régime des prestations extra-légales versées aux agents des collectivités locales	722	731	757	778	800
Régimes privés	56 907	58 819	60 810	62 333	63 096
Institutions sans but lucratif au service des ménages	19 994	20 988	21 656	22 381	22 835
Régime d'intervention sociale des institutions sans but lucratif au service des ménages	19 994	20 988	21 656	22 381	22 835
Sociétés financières et non financières	36 913	37 831	39 154	39 952	40 261
Régimes de la mutualité et de la prévoyance	25 050	25 727	26 499	27 388	27 565
Mutuelles	16 322	16 487	16 909	17 141	17 072
Institutions de prévoyance	8 728	9 240	9 590	10 247	10 494
Autres régimes des sociétés financières et non financières	11 864	12 104	12 655	12 564	12 696
Régime direct des agents des grandes entreprises publiques	1 422	1 778	1 886	1 999	2 108
Régime des prestations extra-légales versées aux salariés des entreprises non financières	9 598	9 466	9 868	9 647	9 658
Régime des prestations extra-légales versées aux salariés des entreprises financières (banques et assurances)	844	860	901	917	930

* *Cf.* glossaire pour la liste des régimes.
Source > DREES-CPS.

PANORAMAS

La protection sociale en France et en Europe en 2014

Résultats des comptes de la protection sociale

ÉDITION 2016

En 2014, les prestations sociales s'élèvent à 689,8 milliards d'euros en 2014, soit 32,2 % du PIB. Entre 2013 et 2014, elles augmentent de 2,2 %, soit le plus bas rythme de croissance observé depuis 1981 : après avoir progressé de 9 % par an dans les années 1980, elles ont crû de 4,5 % par an lors des décennies 1990 et 2000, et avaient ralenti à 3 % par an depuis 2010. Les ressources de la protection sociale, quant à elles, croissent de 2,5 % en 2014, portées par le dynamisme des cotisations effectives.

En présentant les principaux résultats des comptes de la protection sociale en France en 2014, dernière année disponible, cet ouvrage analyse les évolutions récentes des dépenses sociales en Europe. Outre des fiches enrichies sur les prestations, il étudie également les dépenses médico-sociales en faveur des personnes handicapées et propose une actualisation du compte de la dépendance

Dans la même collection SOCIAL

> Minima sociaux et prestations sociales
> Les retraités et les retraites

www.drees.social-sante.gouv.fr

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

ISBN : 978-2-11-139562-6 • N° Diffusion : S 16-069 • N° Dicom : 16-034