

La protection sociale : des fluctuations conjoncturelles aux tendances structurelles

Julien Bechtel, Laurent Caussat*

Les dépenses de protection sociale représentent 29,1 % du produit intérieur brut en 2004. Elles se sont accrues de manière significative depuis le début des années quatre-vingt-dix – de l'ordre de 3,4 points de PIB entre 1990 et 2003. Cette progression n'a pas été régulière : les dépenses sociales progressent rapidement les années où la croissance économique est faible, et plus lentement lorsque la croissance est plus forte. Cependant, des facteurs structurels expliquent la croissance à moyen terme des dépenses sociales. Tout d'abord, les dépenses de retraite restent guidées par les changements démographiques. Par ailleurs, les politiques de régulation peinent à ramener le rythme d'évolution des dépenses de santé à un niveau équivalent à celui de la richesse nationale. Enfin, les dépenses en faveur de la maternité et de la famille progressent à un rythme comparable à celui du produit intérieur brut, malgré une diminution du poids des moins de vingt ans dans l'ensemble de la population française.

En 2004, selon les données dans la nouvelle base des comptes nationaux, dite « base 2000 », les ménages ont bénéficié de 480,4 milliards d'euros de prestations de protection so-

ciale, soit 29,1 % du produit intérieur brut (*encadré*). Entre 1990 et 2003, la part des dépenses de protection sociale dans le produit intérieur brut (PIB), dénommée aussi taux de redistribution sociale, a

progressé de plus de trois points, passant de 26,5 % à 29,9 % dans la « base 1995 » (*figure 1*).

De 1990 à 1993, le taux de redistribution sociale a fortement pro-

* Julien Bechtel et Laurent Caussat font partie de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, et du ministère de la Santé et des Solidarités.

7 Santé et protection sociale

gressé, passant de 26,5 % à 29,0 % du PIB. Il s'est ensuite stabilisé autour de 29 % du PIB. À partir de 1996, il a diminué régulièrement, pour atteindre 28,2 % du PIB en 2000. Le taux de redistribution sociale repart nettement à la hausse en 2002, pour avoisiner 30 % du PIB en 2003.

Le rôle de la protection sociale comme amortisseur du cycle économique

Cette alternance de périodes de croissance et de décroissance reflète d'abord le lien entre la

protection sociale et l'activité économique. Les dépenses de protection sociale ont augmenté plus vite que le PIB pour huit des treize années de la période 1991-2003 (figure 2). En moyenne, leur croissance a été supérieure de 0,9 point par an à celle du PIB (4,15 % contre 3,25 %).

Figure 1 - Part des dépenses de protection sociale dans le PIB

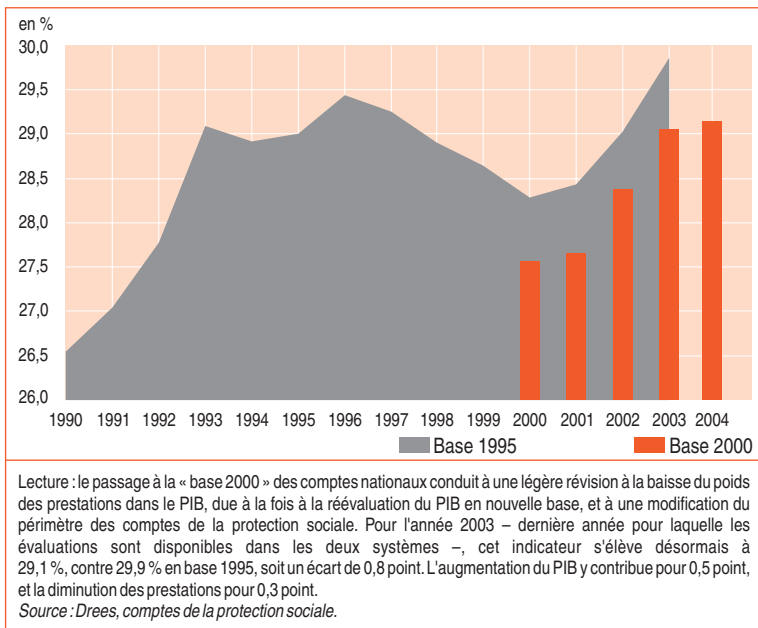
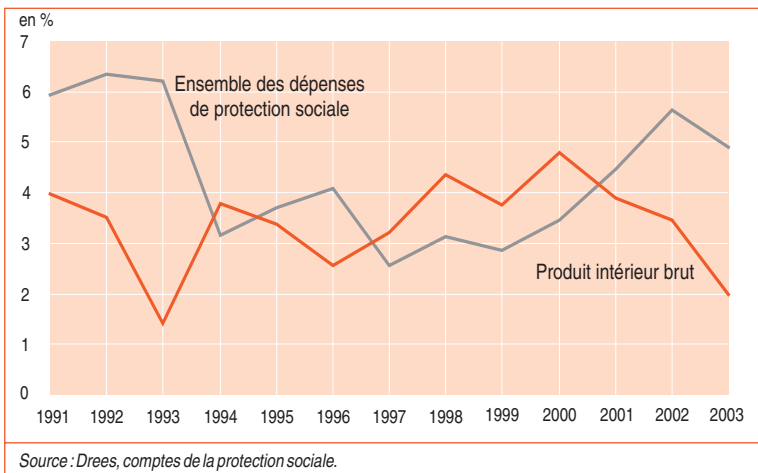


Figure 2 - Taux de croissance annuel des dépenses de protection sociale et du PIB



Cependant, le taux de croissance annuel des dépenses de protection sociale paraît lié négativement à celui du PIB. Dans l'ensemble, les dépenses sociales progressent rapidement les années où la croissance économique est faible, et plus lentement lorsque la croissance est plus forte. Quand au contraire la croissance économique est dynamique, la progression ralentit pour les dépenses de protection sociale liées à l'emploi, au logement et à la « pauvreté et exclusion sociale » (figure 3). Une forte croissance économique entraîne en effet, éventuellement avec un certain délai, une progression de l'emploi et une diminution du nombre des demandeurs d'emploi. En conséquence, les dépenses pour l'indemnisation du chômage diminuent. De plus, la croissance de l'emploi améliore les revenus des ménages et par suite diminue le nombre des bénéficiaires des dispositifs de protection sociale soumis à condition de ressources, comme certaines prestations familiales, les aides au logement, ou encore les minima sociaux. Ainsi, certaines dépenses de protection sociale permettent-elles d'amortir les conséquences des fluctuations conjoncturelles sur les revenus des ménages.

Le ralentissement de ces dépenses en période de croissance est d'autant plus remarquable qu'il résiste aux changements importants intervenus dans les règles d'attribution des droits aux pres-

tations depuis 1990. Ainsi, le dispositif du revenu minimum d'insertion n'a cessé de monter en charge à partir de sa création en 1989. De même, les aides au logement ont progressé à partir de 2000, à la suite des mesures visant à maintenir le montant de ces allocations pour une personne retrouvant un emploi à l'issue d'une période de perception d'un minimum social. Enfin, le niveau de l'indemnisation du

chômage a été accru dans les périodes de réduction importante du nombre de demandeurs d'emploi, comme en 2000 – et diminué durant les phases d'augmentation du chômage (1992, 2002).

Cependant, au cours de la période 1990-2003, les dépenses afférentes à l'emploi, au logement et à la pauvreté-exclusion sociale ne pèsent que pour un huitième dans l'ensemble des dépenses de

protection sociale. La répartition par types des dépenses de protection sociale s'est peu modifiée depuis le début des années quatre-vingt-dix ; si la part de certaines d'entre elles a pu s'accroître, c'est d'à peine plus d'un point, comme dans le cas des prestations santé qui représentent 35,3 % des dépenses de protection sociale en 2003, contre 34,1 % en 1990 (*figures 4 et 5*). La tendance de moyen terme des dé-

Encadré

Les comptes de la protection sociale

Les comptes de la protection sociale sont établis depuis 1999 selon la base 1995 des comptes nationaux et ont été recalculés dans cette base depuis 1981. En 2005, le passage en base 2000 introduit des modifications conceptuelles de faible envergure. Cependant, les données disponibles en base 2000 se limitent à l'heure actuelle à la période 2000-2004. Cet article s'appuie essentiellement sur les données évaluées dans la base 1995, qui offrent une plus grande profondeur d'historique, bien qu'elles ne soient pas disponibles après 2003.

La protection sociale comprend la couverture des charges résultant de l'apparition ou de l'existence de certains risques pour les individus ou les ménages, dans la mesure où cette dépense donne lieu à l'intervention d'un mécanisme de prévoyance.

Les prestations de protection sociale regroupent les prestations sociales et les services sociaux servis aux ménages. Les prestations sociales constituent des transferts effectifs attribués personnellement à des ménages (*figure 5*). Les prestations de services sociaux retracent l'accès à des services concourant à la couverture de certains risques fournis à prix réduit ou gratuitement. La principale composante de ces dernières prestations est la dotation globale versée par les régimes d'assurance maladie aux

établissements publics ou privés participant au service public hospitalier.

Les prestations santé regroupent les prestations liées à la maladie, à l'invalidité et aux accidents du travail. Le poste le plus important de ces dépenses correspond au remboursement partiel ou intégral des soins de santé. La prise en charge des soins de santé dans le secteur public hospitalier par la Sécurité sociale au moyen de la dotation globale hospitalière constitue une composante de ces dépenses de santé en tant que prestations de services sociaux.

À côté des pensions, les prestations classées en vieillesse-survie incluent des avantages attribués sans égard aux versements de contributions des assurés – à l'instar du « minimum vieillesse » –, et des aides accordées dans le cadre de l'action sociale développée par les différents régimes, ainsi que les dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes, notamment l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les prestations dites de survie sont des prestations directes, c'est-à-dire déterminées par référence à une prestation à laquelle aurait eu droit le conjoint (telle l'assurance veuvage) ou des prestations dérivées d'un droit du conjoint (comme la pension de réversion).

Les prestations « famille » comprennent les dépenses liées à la famille et à la maternité. Ces dernières sont composées d'indemnités journalières, d'une partie de l'allocation pour

jeune enfant, des remboursements de soins de santé et, depuis 2002, du congé de paternité. Les prestations versées au titre de la famille incluent aussi, à côté des prestations familiales, des aides dispensées dans le cadre de l'action sociale.

Au sein des prestations « emploi », les prestations chômage regroupent 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 envisagée comme définitive ; elles comprennent également les préretraites. Les prestations insertion et réinsertion professionnelle correspondent aux aides à la recherche et à l'adaptation à un nouvel emploi et aux versements compensant la perte de salaire due à l'absence de travail pour cause de formation professionnelle.

Les prestations logement comprennent principalement les allocations de logement et accessoirement des prestations extra-légales des régimes spéciaux. Les allocations de logement sont l'allocation de logement à caractère familial (ALF), l'allocation de logement à caractère social (ALS) et l'aide personnalisée au logement (APL).

La prise en charge de l'exclusion sociale par le biais du revenu minimum d'insertion (RMI) constitue l'essentiel des prestations liées à la pauvreté et à l'exclusion sociale.

7 Santé et protection sociale

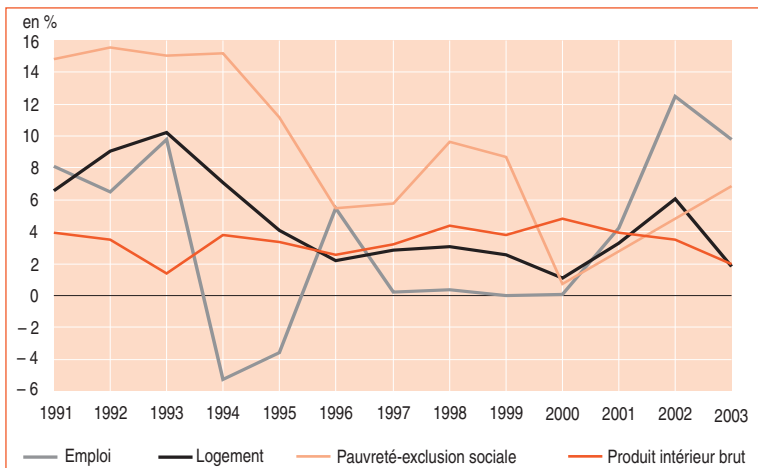
penses de protection sociale est donc guidée par les évolutions des trois principaux domaines : « vieillesse-survie », « santé », « maternité-famille ». Or, ces évolutions sont d'une nature davantage structurelle, et expliquent la progression tendancielle du taux de redistribution sociale, augmentant de près d'un point d'un bas de cycle économique (1993) à l'autre (2003).

Les dépenses de retraite marquent un répit avant les départs massifs des générations du baby-boom

En 1994, le régime général d'assurance vieillesse, auquel adhèrent les salariés du secteur privé, a été réformé, ainsi que les régi-

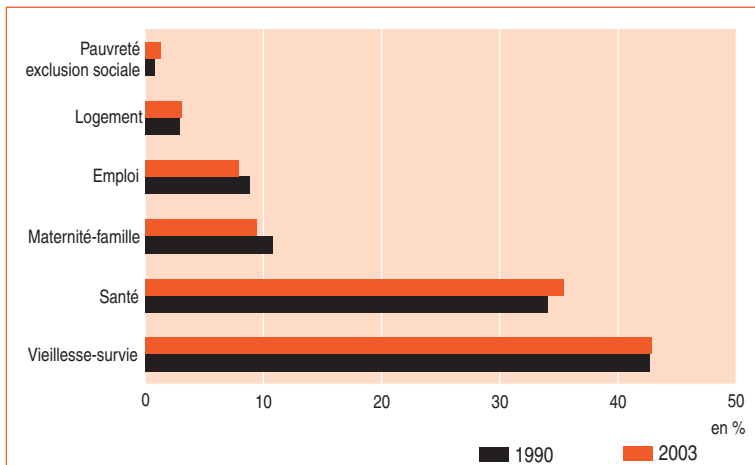
mes des professions non salariées non agricoles – à l'exception des professions libérales. Mise en œuvre progressivement, cette réforme a posé le principe de la revalorisation des pensions par référence à l'évolution des prix ; elle a également modifié le salaire servant de référence pour le calcul de la pension, afin qu'il se rapproche du salaire moyen sur l'ensemble de la carrière ; elle a porté à quarante années, au lieu de trente-sept et demie, la durée de cotisation requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

Figure 3 - Taux de croissance annuels du PIB et de certaines dépenses de protection sociale



Source : Drees, comptes de la protection sociale.

Figure 4 - Structure des prestations de protection sociale en 1990 et 2003



Source : Drees, comptes de la protection sociale.

Ces mesures ont eu pour effet de modérer l'évolution de la pension moyenne perçue par les retraités, et d'inciter certains assurés à retarder leur départ en retraite. Cependant, leur mise en œuvre a été très progressive, et leur impact étalé dans le temps, puisqu'elles ne portent que sur les retraités ayant liquidé leur pension à partir de 1994. Parallèlement, les personnes qui ont liquidé leurs droits à la retraite au cours des années les plus récentes ont validé des durées de carrière plus longues leur permettant d'obtenir de meilleures pensions que leurs aînées. En particulier, les droits à la retraite des femmes ont augmenté du fait d'une participation croissante au marché du travail. Au total, la réforme de 1994 n'a qu'à peine freiné la dynamique propre des droits à la retraite liés aux carrières individuelles. Ainsi, la pension moyenne des retraités âgés de 65 ans et plus a progressé de 3,7 % en euros constants entre 1993 et 1997, puis de 7,8 % entre 1997 et 2001 (Raynaud, 2003).

En fait, le phénomène le plus marquant en matière de dépenses de retraite depuis le début des années quatre-vingt-dix est l'arrivée à l'âge de la retraite des générations creuses nées pendant la se-

conde guerre mondiale. Ainsi, dans le régime général d'assurance vieillesse, 450 000 nouvelles pensions de droits directs ont été attribuées chaque année au début des années 2000, soit 80 000 de moins qu'en 1990. Au total, le nombre de retraités de ce régime a tout d'abord progressé de 4 % en moyenne par an entre 1990 et 1995, au moment où l'abaissement à soixante ans de l'âge de la retraite décidé en 1983 n'avait pas encore produit tous ses effets. Entre 1995 et 2000, le nombre de retraités a augmenté chaque année de 2,2 % en moyenne, puis de 1,8 % entre 2000 et 2003. Les dépenses de « vieillesse-survie » depuis le milieu des années quatre-vingt-dix ont en définitive crû à peine plus vite que le PIB.

Quelque important que soit l'impact à moyen terme de la nouvelle réforme des retraites issue

de la loi du 21 août 2003, les dépenses de protection sociale pour la « vieillesse-survie » vont augmenter plus rapidement dans les prochaines années. En 2004, 125 000 personnes ayant eu de très longues carrières ont pris leur retraite avant 60 ans, et ce mouvement va se poursuivre jusqu'à la fin de la présente décennie. Surtout, à partir de 2006, l'arrivée à l'âge légal de la retraite des générations nombreuses nées au lendemain immédiat de la seconde guerre mondiale contribuera à alourdir ses charges.

La difficile régulation des dépenses de santé

Dans le domaine de la santé, de multiples mesures ont été prises depuis les années quatre-vingt-dix afin de maîtriser l'évolution des

dépenses d'assurance maladie. La loi du 13 août 2004 organise la régulation du système de santé et d'assurance maladie sur une base médicalisée, à l'aide d'instruments tels que le dossier médical personnel de chaque assuré, le choix par les patients d'un « médecin traitant » chargé de les orienter dans leur parcours de soins, une réforme du financement des établissements hospitaliers, ou encore la promotion des médicaments génériques.

Avec 76,1 % en 1990 et 75,8 % en 2003, la part des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie est restée stable au cours de la période. Pour apprécier l'impact des mesures de régulation prises dans le passé, il est donc utile de considérer l'ensemble des dépenses de santé, qui comprend aussi les prestations versées par les organismes privés dispensateurs de couvertures maladie complémentaires et les dépenses restant à la charge des ménages.

Évaluée en 2004 à 8,8 % en « base 2000 », la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB a progressé d'un point et demi entre 1990 et 2003 (Fenina et Geffroy, 2004 et 2005 ; *figure 6*). Cependant, la moitié de la progression a été réalisée entre 1990 et 1993, en raison du ralentissement de la croissance économique au cours de ces trois années ; de 1993 à 2000, le ratio de la consommation de soins et de biens médicaux au produit intérieur brut est resté stable autour de 8,5 % (évaluation en « base 1995 ») ; à partir de 2001, il progresse à nouveau, en particulier en 2003 du fait d'un écart record de quatre points entre la croissance en valeur des dépenses de santé (+ 6,4 %) et celle du PIB (+ 2,4 %).

Figure 5 - Structure détaillée des prestations de protection sociale en 2003

| | en % |
|--|--------------|
| Maladie | 19,0 |
| Invalidité | 4,7 |
| Accidents du travail | 1,5 |
| Total Santé | 25,2 |
| Vieillesse | 36,2 |
| Survie | 6,6 |
| Total Vieillesse-Survie | 42,9 |
| Maternité | 0,9 |
| Famille | 7,9 |
| Total Famille | 8,8 |
| Insertion et réinsertion professionnelle | 0,6 |
| Chômage | 7,3 |
| Total Emploi | 7,9 |
| Logement | 3,0 |
| Pauvreté - Exclusion sociale | 1,3 |
| Total des prestations sociales | 89,1 |
| Prestations de services sociaux | 10,9 |
| Total des prestations de protection sociale | 100,0 |

Source : Drees, comptes de la protection sociale.

7 Santé et protection sociale

Ces alternances de périodes de croissance rapide et plus modérée sont difficiles à expliquer. La stabilisation entre 1993 à 2000 est sans doute due à la mise en œuvre des plans « Veil » puis « Juppé » de maîtrise des dépenses de santé. Le redémarrage de la consommation de soins et de biens médicaux en 2000 (+ 4,8 % en valeur) a été masqué par le fort dynamisme de la croissance économique la même année (+ 5,5 % en valeur). En 2002 et 2003, la progression du ratio des dépenses de santé au PIB s'explique non seulement par le ralentissement de la croissance économique, mais aussi par une forte progression de la consommation de soins et de biens médicaux (+ 6,4 % en 2002 et en 2003, après + 5,7 % en 2001). Des revalorisations tarifaires importantes ont en effet été consenties au cours de ces deux années aux médecins généralistes et spécialistes, et la réduction du temps de travail a induit des coûts supplémentaires dans les établissements hospitaliers. Enfin, les consommations de mé-

dicaments ont continué à croître à un rythme élevé (+ 6,4 % en 2003).

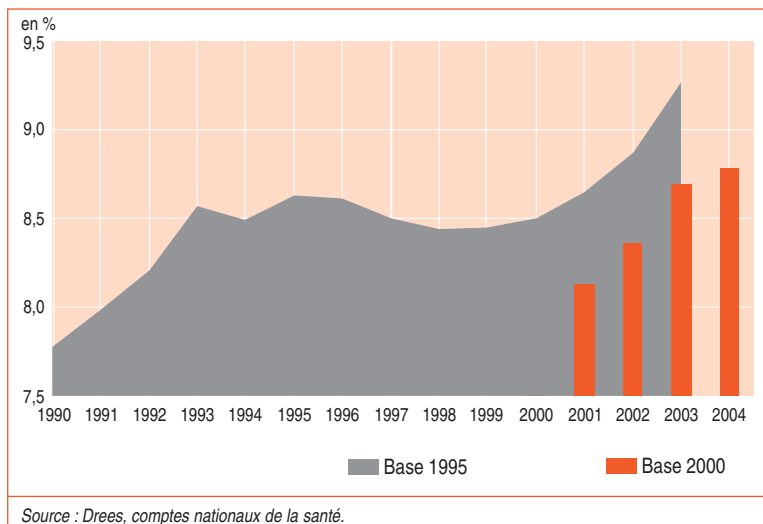
Des études économétriques suggèrent que la dynamique des dépenses de santé à long terme est liée à la croissance de la richesse nationale et à la déformation de la structure par âge de la population. Elle est également liée aux incitations à un recours plus ou moins parcimonieux aux soins que l'assurance maladie adresse aux patients et aux professionnels de santé, en modulant le niveau des remboursements offerts aux assurés ou les modes de rémunération des médecins (Azizi, Pereira, 2005). Or, autant l'environnement démographique et économique du système de santé peut être assez bien balisé à moyen terme, autant les effets des changements de ses propriétés incitatives sont difficiles à prévoir. C'est là l'un des enjeux essentiels à moyen terme de la réforme de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004.

Un effort financier maintenu en faveur des familles

En matière de transferts en faveur des familles, la part des prestations sociales pour la « maternité-famille » est restée stable dans le PIB, passant de 2,9 % en 1990 à 2,8 % en 2003. Toutefois, elle a d'abord augmenté jusqu'en 1997 (3,1 %), pour décliner légèrement ensuite. Les transferts pour la « maternité-famille » représentaient 10,7 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale en 1990, et ont diminué jusqu'à 9,5 % en 2003 (figure 4). Les dépenses sociales en faveur des familles ont donc progressé sensiblement comme le PIB, mais leur part dans l'ensemble du budget social de la Nation a décliné, l'ensemble des prestations de protection sociale ayant augmenté plus vite que la richesse nationale.

La croissance des dépenses de protection sociale pour la « maternité-famille » est donc à peine moins rapide que celle du PIB. Or, la population âgée de moins de vingt ans – grandeur dont l'évolution permet d'approcher la tendance à moyen terme des prestations familiales et de maternité en volume – a diminué de 4 % entre 1990 et 2003, malgré la reprise de la fécondité depuis le milieu des années quatre-vingt-dix. Comme les prestations familiales ont été indexées seulement sur les prix, la part des prestations pour la « maternité-famille » dans le PIB aurait donc logiquement dû diminuer à législation inchangée. De fait, ce sont plusieurs mesures nouvelles en matière de politique familiale qui ont maintenu au cours des quinze dernières années l'effort financier en faveur des familles.

Figure 6 - Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB



Parmi ces mesures, la loi sur la famille de 1994 a élevé l'âge limite de versement des prestations familiales. Il a été porté à vingt ans à partir de 1999, que l'enfant soit ou non scolarisé, pourvu qu'il soit à la charge de ses parents. Les parents d'un deuxième enfant peuvent également bénéficier de l'allocation parentale d'éducation (APE), une prestation versée jusqu'au troisième anniversaire du benjamin, lorsqu'un des parents interrompt son activité professionnelle. Par ailleurs, de nouvelles prestations familiales ont été créées entre 2001 et 2003 : l'allocation de présence parentale, le congé de paternité, et l'allocation forfaitaire

en faveur des familles nombreuses – dont l'enfant à charge le plus âgé atteint l'âge de vingt ans. En 2004 enfin, la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a été créée. Elle améliore sensiblement les montants des aides antérieures pour les familles comprenant un enfant âgé de moins de trois ans.

Malgré une situation financière fragile, les dépenses de protection sociale devraient rester soumises à des tensions à la hausse, du fait de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du « baby-boom ». La France doit par ailleurs honorer ses engagements européens en matière

d'emploi, et en particulier atteindre en 2010 un taux d'emploi de 70 % de la population en âge de travailler. Des solutions nouvelles devront donc être apportées aux politiques en faveur des familles, et plus généralement à l'équilibre entre les grands domaines de la protection sociale. Selon l'OCDE, les pays dans lesquels l'indicateur de fécondité est le plus élevé sont aujourd'hui ceux dans lesquels la participation des femmes à l'activité économique est la plus forte (OCDE, 2005). La politique familiale de la France pourrait alors être dotée de plus fortes incitations à l'emploi des mères. ■

Pour en savoir plus

Azizi K., Pereira C., « Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolutions dans sept pays (1970-2002) », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 1, Drees, janvier-mars 2005.

Bechtel J., « Les prestations de protection sociale en 2004 », *Études et Résultats*, n° 426, Drees, septembre 2005.

Fenina A., Geffroy Y., « Les comptes de la santé en 2003 », *Études et Résultats*, n° 323, Drees, juillet 2004.

Fenina A., Geffroy Y., « Les comptes de la santé en 2004 », *Études et Résultats*, n° 413, Drees, juillet 2004.

Insee, *France portrait social*, édition 2005-2006.

OCDE, « Accroître les chances de chacun - Pour une politique sociale active au bénéfice de tous », 2005.

Raynaud É., « L'évolution des retraites versées entre 1997 et 2001 », *Études et Résultats*, n° 270, Drees, novembre 2003.