

Haut Conseil du financement de la protection sociale

ANALYSE COMPAREE DES MODES DE FINANCEMENT DE
LA PROTECTION SOCIALE EN EUROPE

INTRODUCTION

A la suite de la remise au Premier Ministre, le 5 mars 2014, d'un point d'étape sur les évolutions du financement de la protection sociale, le Haut Conseil est convenu de lancer entre avril et novembre 2014 un programme de travail sur l'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe.

Les échanges au sein du Haut Conseil du financement de la protection sociale ont en effet fait émerger un intérêt partagé pour la prise en compte des expériences étrangères dans ses réflexions sur l'allocation des ressources au système de protection sociale. Cette prise en compte peut par ailleurs s'appuyer sur les travaux statistiques récents réalisés par la Commission européenne, qui permettent désormais de comparer les modes de financement des différents risques de la protection sociale dans les États-membres de l'Union européenne. Les membres du Haut Conseil ont en outre souhaité approfondir la dimension redistributive de cette allocation, ainsi que les expériences de modulation des prélèvements sociaux destinés à infléchir les comportements des acteurs.

Le présent rapport restitue les travaux présentés aux membres du Haut Conseil du financement de la protection sociale dans le domaine de l'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe lors de deux réunions tenues les 8 avril et 14 mai 2014, ainsi que lors d'un séminaire organisé le 2 juillet 2014 avec la participation d'experts français et européens.

L'attention doit être attirée sur le fait que, malgré l'acquis que constitue l'émergence de données statistiques comparables entre États-membres de l'Union européenne sur les modes de financement de la protection sociale, l'analyse comparée de ces modes de financement reste une entreprise délicate, d'une part en raison des spécificités institutionnelles propres à chaque pays que les données statistiques disponibles ne permettent pas complètement de prendre en compte, et d'autre part, et surtout, parce que la notion même de « financement de la protection sociale » n'a généralement pas dans les pays européens la même signification qu'elle revêt en France, et peut même parfois être étrangère aux modes de pilotage et de gouvernance des finances sociales et publiques dans certains de ces pays. L'exercice auquel le Haut Conseil du financement de la protection sociale s'est livré dans le présent rapport est à cet égard une première tentative de synthèse qui mobilise les données disponibles sur les agrégats macro-économiques et les revenus individuels des ménages, ainsi que des études économiques relatives aux propriétés redistributives et incitatives des différents modes de financement de la protection sociale, et enfin des informations relatives aux arrangements institutionnels recueillies pour certains pays européens. Les développements de ce document ne sauraient donc prétendre à l'exhaustivité, ni géographique ni problématique. A cet égard, le Haut Conseil du financement de la protection sociale encourage les administrations et le monde académique à développer les travaux d'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale, en espérant que cette première tentative pourra servir d'impulsion à ces travaux.

Le présent rapport se compose de quatre chapitres. Le premier chapitre présente les données statistiques et, compte tenu des cadres institutionnels en vigueur, les termes des débats publics relatifs au financement de la protection sociale dans les principaux pays européens. Le deuxième chapitre propose une synthèse des résultats disponibles quant à l'impact redistributif des dépenses et des ressources de la protection sociale dans ces pays, à l'aide notamment des études réalisées par la Commission européenne et l'OCDE. Le troisième chapitre traite plus spécifiquement de la question des modulations des cotisations à la charge des employeurs à des fins d'incitation, en présentant d'une part les résultats attendus de ces modulations au regard de l'analyse économique, et d'autre part les expériences mises en œuvre en France et à l'étranger, essentiellement dans les domaines de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles et de l'assurance chômage. Le quatrième chapitre examine enfin les liens entre les modes de financement de la protection sociale et le pilotage et la gouvernance financière des finances sociales à l'œuvre dans les principaux pays européens.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
Chapitre I : Les principales caractéristiques des modes de financement de la protection sociale en Europe	11
I. Les sources statistiques permettant la comparaison des systèmes de protection sociale en Europe identifient clairement un périmètre et des définitions communes	12
II. Les données statistiques globales sur le financement mettent en évidence une distinction nette entre systèmes de protection sociale « bismarckiens » et « beveridgiens », qui s’est toutefois estompée au cours des années récentes	15
II.1. <u>La part des dépenses de protection sociale dans la richesse des États-membres de l’Union européenne, et leur répartition par fonctions</u>	16
II.2. <u>Les deux grands modes de financement de la protection sociale</u>	20
II.3. <u>Les tendances récentes des structures du financement de la protection sociale</u>	23
III. Des travaux statistiques récents de la Commission européenne accentuent en outre l’idée que les systèmes de protection sociale comportent des spécificités nationales majeures ...	25
III.1. <u>Les structures du financement de la protection sociale en Europe, au-delà de la seule distinction entre cotisations sociales et contributions publiques</u>	25
III.2. <u>Les structures de financement des différentes fonctions de la protection sociale</u>	28
IV. La distinction entre systèmes de protection sociale « bismarckiens » et « beveridgiens » doit enfin s’adapter à la diversité des représentations et des arrangements institutionnels qui président au financement de la protection sociale en Europe	31
IV.1. <u>La notion de protection sociale dans les débats publics nationaux sur la protection sociale en Europe</u>	31
IV.2. <u>La place du financement de la protection sociale au regard des processus de décision en matière de finances publiques</u>	32
IV.3. <u>Le rôle des autorités locales en matière de protection sociale</u>	33
V. De premiers enseignements peuvent être dégagés de cette approche comparative globale	34

Chapitre II : La contribution de la protection sociale à la réduction des inégalités de revenus dans les pays européens..... 37

I. Les données disponibles à l'échelle européenne sur la distribution des revenus des ménages et sur le rôle de la protection sociale dans leur formation 41

I.1. Les données européennes disponibles sur les revenus primaires, les transferts et les prélèvements et les revenus disponibles des ménages..... 41

I.2. Les données complémentaires permettant d'approcher le rôle spécifique de la protection sociale dans la réduction des inégalités de revenu..... 43

II. Les travaux exploitant les données existantes à l'échelle internationale sur l'impact des prestations en espèces et de l'imposition directe des revenus sur la distribution des revenus des ménages 45

II.1. Les travaux de l'OCDE sur l'évolution récente des inégalités de revenus dans les pays développés, et sur le rôle redistributif des prestations sociales et des prélèvements directs sur les revenus 47

II.2. Une exploitation inédite des données de l'enquête EU-SILC, réalisée par la DREES..... 54

III. Des jalons vers une approche plus complète de l'impact redistributif des prestations et des prélèvements de protection sociale 59

III.1. La contribution des prestations sociales en nature à la redistribution des revenus 60

III.2. La progressivité des prélèvements sociaux et des prélèvements concourant au financement de la protection sociale..... 62

III.2.1. La progressivité des prélèvements sociaux dans les pays membres de l'OCDE 62

III.2.2. La progressivité des prélèvements fiscaux qui concourent indirectement au financement de la protection sociale..... 62

III.2.2.1.L'importance des concours budgétaires de l'État et des collectivités locales dans les pays membres de l'OCDE 63

III.2.2.2.La structure des recettes des administrations publiques centrales et locales dans les pays de l'OCDE 64

III.2.2.3.Quel potentiel de la fiscalité nationale et locale sur le profil redistributif du financement de la protection sociale ?..... 66

Chapitre III : Les expériences internationales de modulation des cotisations sociales à la charge des employeurs : le cas des accidents du travail et de l'assurance chômage	69
I. Les expériences internationales de modulation des cotisations sociales à la charge des employeurs.....	70
I.1. <u>Les expériences de modulation des cotisations d'assurance chômage</u>	70
I.1.1. <u>L'expérience américaine</u>	70
I.1.2. <u>Des expériences européennes plus récentes et plus limitées</u>	73
I.2. <u>Les expériences de modulation des cotisations d'accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)</u>	74
I.3. <u>Les autres dispositifs de modulation des cotisations sociales à la charge des employeurs.</u>	77
II. Les résultats des études internationales sur l'impact de ces expériences de modulation	78
II.1. <u>La modulation des cotisations sociales à la charge des employeurs peut entraîner une diminution des licenciements ou des risques professionnels.....</u>	78
II.1.1. <u>Une incidence avérée de la modulation des cotisations d'assurance chômage aux Etats-Unis, avec parfois des répercussions sur les salariés.....</u>	78
II.1.2. <u>En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, un impact sur la diminution de la sinistralité recensée</u>	79
II.2. <u>La modulation peut cependant aussi entraîner certaines difficultés de mise en œuvre ou des effets non désirés.....</u>	80
II.2.1. <u>Des difficultés de mise en œuvre.....</u>	80
II.2.2. <u>Des risques d'accroissement de la sous-déclaration des sinistres et du recours au contentieux.</u>	80
III. Les principaux enseignements et questionnements suscités par ces études	81
III.1. <u>Des paramètres clés pour la mise en œuvre de mécanismes de modulation.....</u>	81
III.2. <u>Des questionnements qui persistent sur ces dispositifs.....</u>	82
Annexe 1 : L'analyse économique de l'assurance accidents du travail maladies professionnelles (AT-MP) : principes et effets	84
Annexe 2 : La tarification des cotisations AT-MP en Allemagne, en Italie et aux Etats-Unis.....	89

Chapitre IV : Les conséquences des modes de financement sur le pilotage et la gouvernance financière de la protection sociale en Europe 93

I. De fortes spécificités nationales dans l'organisation et la gestion financière de la protection sociale en Allemagne, en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède 95

I.1. Des organisations des systèmes de protection sociale liées au contexte historique national 95

I.2. Des montants relativement proches dans les cinq pays de la part des dépenses de protection sociale dans la richesse nationale, mais des différences dans la répartition par risques et la structure des prélèvements..... 97

I.2.1. Des écarts limités quand à la part globale de la protection sociale dans le PIB, mais des différences importantes des structures par risques de ces dépenses dans les cinq pays sous revue 98

I.2.2. Des structures de financement de la protection sociale qui se distinguent essentiellement par le poids des cotisations sociales dans l'ensemble des recettes 99

I.3. Des répartitions de compétences diversifiées en matière de délivrance et de financement des prestations de protection sociale 100

I.3.1. Des modes de gestion et de délivrance des prestations assez différenciés, mais toujours avec une intervention significative de l'État..... 100

I.3.2. Des dévolutions parfois importantes aux autorités locales de certains segments des politiques sanitaires et sociales 102

I.4. Des conséquences en termes de pilotage financier des dépenses et des recettes sociales 105

I.4.1. L'encadrement par les normes gouvernant le contenu, le financement et l'équilibre des différents segments de la protection sociale..... 105

I.4.2. Le pilotage financier des différents opérateurs ou organismes mettant en œuvre des dispositifs de protection sociale 106

I.4.3. L'allocation des ressources financières aux différentes catégories de dépenses de protection sociale 106

I.4.4. Le cas particulier des dispositifs de protection sociale dévolus à des autorités locales 107

II. Des modalités de pilotage et de gouvernance financière de la protection sociale qui découlent des arrangements institutionnels retenus dans les différents pays européens.....	108
II.1. <u>L'insertion des finances sociales dans les finances publiques et leur encadrement éventuel par des lois financières.....</u>	109
II.1.1. <u>Les opérations de protection sociale appréhendées dans le cadre des processus budgétaires nationaux.....</u>	110
II.1.2. <u>L'identification de l'ensemble des dépenses et des recettes de la protection sociale ...</u>	112
II.1.3. <u>La prise en compte du caractère intrinsèquement évaluatif d'une part majeure des dépenses de protection sociale</u>	113
II.2. <u>Les modes d'élaboration et le processus de suivi des prévisions financières des dépenses et de recettes de la protection sociales à court, moyen et long terme.....</u>	115
II.2.1. <u>Les prévisions budgétaires à court-moyen terme</u>	115
II.2.2. <u>Les prévisions à long terme en matière de retraite.....</u>	116
II.3. <u>Les modalités générales d'équilibre des finances publiques, et leur impact éventuel sur le pilotage des finances sociales.....</u>	116
II.3.1. <u>Des règles budgétaires propres à chaque pays, mais qui n'engagent qu'indirectement l'équilibre spécifique des comptes sociaux.....</u>	117
II.3.2. <u>... dont la portée normative est variable.....</u>	119
II.4. <u>Les modalités retenues pour la gestion des aléas conjoncturels et le lissage des évolutions à long terme.....</u>	121
II.4.1. <u>Les modalités de prise en compte de la conjoncture</u>	121
II.4.2. <u>L'existence de mécanismes de lissage de la dépense à moyen-long terme.....</u>	123
II.5. <u>L'autonomie des opérations de financement de la protection sociale</u>	124
II.6. <u>La gouvernance financière des dépenses sociales décentralisées</u>	126

Complément au chapitre II :

Note de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du 30 septembre 2014 : analyse des propriétés redistributives des transferts et des prélèvements de protection sociale à partir de l'enquête européenne EU-SILC (rédacteurs : Carole Bonnet, Denis Maguain, Jérôme de Tychey) 134

Complément au chapitre IV :

Synthèse par la Direction générale du Trésor (Ministère des Finances et des Comptes publics) des réponses des services économiques et des services affaires sociales des Ambassades de France en Allemagne, en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède à un questionnaire du Haut Conseil du financement de la protection sociale sur la gouvernance et le pilotage financier de la protection sociale, reçues en septembre 2014..... 169

Chapitre I

Les principales caractéristiques

des modes de financement de la protection sociale en Europe

Comparer les systèmes de protection sociale, même au sein de la seule Union européenne, demeure une entreprise délicate, si l'on souhaite que cette comparaison porte à la fois sur les caractéristiques des prestations et services offerts dans les différents pays et sur les représentations et les arrangements institutionnels retenus par ces pays pour organiser la couverture de leurs citoyens contre les risques sociaux. L'exercice d'analyse comparée est en effet confronté à la grande diversité des systèmes de protection sociale européens, qui découle à la fois de l'histoire et de la reconnaissance par les traités qui ont institué l'Union européenne de la compétence principale des États pour organiser la couverture des risques vieillesse, maladie, chômage, etc. Toujours inscrits dans l'histoire économique, politique et sociale de leurs pays, les systèmes européens de protection sociale n'ont pas particulièrement amorcé de rapprochement de leurs modes d'organisation, et restent donc marqués par de fortes particularités institutionnelles.

Lorsque la comparaison des systèmes de protection sociale porte plus particulièrement sur les structures du financement, comme c'est le cas dans le présent rapport, l'analyse peut de prime abord sembler plus simple. S'agissant d'une dimension financière et donc quantifiable de la comparaison, on dispose de fait d'outils statistiques développés à l'échelle communautaire, comme le système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (système « SESPROS », cf. Encadré 1 ci-dessous). Cependant, il convient d'être conscient du poids important des cadres institutionnels nationaux même pour la simple analyse des ressources des systèmes de protection sociale : comme on le verra, les statistiques européennes sur la protection sociale offrent une représentation certes harmonisée, et qui constitue un pas en avant décisif pour l'analyse comparée, mais qui ne reflète que partiellement la notion de « financement de la protection sociale » telle qu'elle est mobilisée dans les débats nationaux, pour autant qu'il s'agisse d'un objet de débat identifié, ce qui n'est pas toujours le cas dans l'ensemble des pays européens.

Ce premier chapitre du rapport s'efforce de tenir compte, dans la présentation des modes de financement de la protection sociale dans les pays européens, à la fois de l'approche statistique, permettant une appréhension harmonisée des systèmes européens de protection sociale, et de la façon dont celle-ci reflète, compte tenu des cadres institutionnels en vigueur, les enjeux du débat public et les processus de décision politique à l'œuvre dans les différents pays. Il présente dans une première partie les définitions qui sont à la base des sources statistiques harmonisées sur le financement de la protection sociale au niveau européen (I). Il résume ensuite les principaux résultats que ces données statistiques dégagent, en particulier le clivage net qui sépare les pays d'Europe continentale et ceux du nord de l'Europe au regard de la part des cotisations sociales dans l'ensemble des ressources de la protection sociale (II). Une troisième partie prend en compte des travaux récents de la Commission européenne, qui fournissent un plus grand détail sur la structure du financement des systèmes nationaux, et permettent ainsi de mieux identifier leurs spécificités (III). La quatrième partie resitue ces éléments dans les cadres institutionnels et politiques qui président aux débats et aux décisions sur le financement de la protection sociale dans les principaux pays européens (IV). Enfin, la cinquième et dernière partie tente de dégager quelques enseignements de cette première analyse (V).

I. Les sources statistiques permettant la comparaison des systèmes de protection sociale en Europe identifient clairement un périmètre et des définitions communes

L'analyse comparée des systèmes de protection sociale en Europe est grandement facilitée par l'existence, depuis plus de trente ans, d'un « système européen de statistiques intégrées de la protection sociale » (SESPROS, cf. Encadré 1 ci-dessous). Cette source statistique permet en effet d'analyser ces systèmes dans un cadre homogène, en ce qui concerne tant le périmètre de la protection sociale que la définition des opérations qui s'y rattachent.

Encadré 1

Le système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS)

Dès la fin des années 1970, sur la base de l'article 2 du traité européen mentionnant la mission de l'Union européenne « de promouvoir un niveau élevé de protection sociale et le développement de la cohésion économique et sociale entre les États-membres », le service statistique de l'Union européenne (Eurostat) a développé un instrument spécifique d'observation statistique de la protection sociale dans l'ensemble des États-membres.

Ce dispositif, dénommé « système européen de statistiques intégrées de la protection sociale » (SESPROS) a été révisé à plusieurs reprises, et dernièrement en 2008 à la suite de l'adoption d'un règlement européen régissant ce système d'information¹. Depuis l'entrée en vigueur de ce règlement et des règlements d'application qui en découlent, les États-membres ont l'obligation d'élaborer et de transmettre à la Commission européenne des données relatives à la protection sociale conformes aux principes et normes du système SESPROS². En France, les comptes de la protection sociale élaborés chaque année par la DREES constituent la contribution de la France au système SESPROS³

On décrit ci-après les principales définitions retenues par le système SESPROS, s'agissant du périmètre de la protection sociale, des différentes fonctions auxquelles se rattachent les prestations versées aux bénéficiaires, des régimes qui en font partie, et de la diversité des ressources dont bénéficient ces régimes afin de financer ces prestations. Au préalable, il est important de rappeler que les données collectées au sein du système SESPROS sont cohérentes quant à leur définition et voisines quant à leur montant avec les agrégats relatifs à la protection sociale des comptes nationaux. Ainsi, en France, les comptes de la protection sociale constituent un compte satellite des comptes nationaux, c'est-à-dire un module qui détaille la formation des dépenses et des ressources des différents régimes de protection sociale qui figurent dans les comptes nationaux.

¹ Règlement (CE) n° 458/2007 du Parlement européen et du Conseil du 25 avril 2007 concernant le système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (Sespros).

² Ces principes et normes sont décrits dans : Eurostat (2008), Manuel Sespros ; ce manuel est consultable à la page Web suivante : http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-07-027/FR/KS-RA-07-027-FR.PDF.

³ Cf. « Les comptes de la protection sociale en France et en Europe en 2012 », DREES, sous la direction de Catherine Zaidman et Romain Roussel, coordonné par Myriam Mikou et Julie Solard, juillet 2014.

(suite encadré 1)

1. Définition de la protection sociale

La protection sociale se compose de « 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 ».

La définition de la protection sociale retenue par SESPROS est donc large, et en tout état de cause non limitée aux dispositifs légalement obligatoires. S'agissant des dispositifs facultatifs et/ou privés, le critère déterminant est que les avantages offerts aux personnes protégées ne soient pas liés à une contrepartie individuelle simultanée sous forme de contribution, auquel cas l'opération relèverait de l'assurance. Sous cet angle, les régimes couvrant à titre collectif un groupe de personnes, notamment dans le cadre d'accords collectifs, mais aussi des dispositifs à adhésion individuelle, telles que les institutions mutualistes françaises dont la tarification s'écarte du coût du risque individuel, entrent dans le champ de la protection sociale. Les aides ou services rendus par des organismes à but non lucratif appartiennent également au champ de la protection sociale.

Toutefois, les montants des prestations de protection sociale ne prennent en compte dans le système SESPROS que les versements directs aux bénéficiaires, et non pas les avantages prenant la forme de réductions d'impôts (comme au titre des enfants à charge) ou de cotisations sociales (comme en France dans le cas du recours aux services à la personne). Toutefois, à partir de l'exercice 2013, les nouvelles règles de traitement de ces « dépenses fiscales » en comptabilité nationale, qui prévoient le traitement en dépenses de la totalité du montant d'une réduction d'impôt dès lors qu'une partie fait l'objet d'un remboursement de l'administration aux bénéficiaires, pourra entraîner la prise en compte au titre des prestations sociales de certaines réductions d'impôt liées à la compensation d'un risque social (par exemple, la prime pour l'emploi au titre du risque « pauvreté – exclusion sociale »)

2. Les fonctions de la protection sociale

SESPROS énumère huit fonctions de la protection sociale – maladie/soins de santé, invalidité, vieillesse, survie, famille/enfants, chômage, logement, exclusion sociale -, toute prestation de protection sociale, en espèces ou en nature, intégrée au système devant être rattachée à l'une de ses fonctions. Étant précisé que les dépenses au titre de la compensation de la perte d'autonomie et de l'hébergement des personnes âgées relèvent de la fonction « vieillesse », cette nomenclature paraît apte à décrire l'ensemble des programmes de protection sociale mis en œuvre en France.

3. Les régimes de protection sociale

L'unité statistique retenue dans le système SESPROS est le régime, soit « un ensemble de règles distinct, géré par une ou plusieurs unités institutionnelles, régissant la fourniture de prestations sociales et leur financement ». Ce régime peut avoir une existence juridique, à l'instar des organismes de protection sociale opérant en France, ou dépendre d'une entité publique ou privée dont les missions débordent du cadre de la protection sociale : État, collectivités locales, entreprises, organismes à but non lucratif...

Même si le manuel SESPROS recommande aux États-membres de choisir leur nomenclature de régimes en sorte que chacun d'entre eux ne remplisse qu'une seule fonction de la protection sociale, il peut arriver qu'un même régime concoure à la couverture de plusieurs fonctions de la protection sociale (par exemple : la Caisse nationale des allocations familiales pour les fonctions « famille/enfants » et « logement », ou l'État).

(suite encadré 1)

4. Les ressources de la protection sociale

L'intérêt de la notion de régime est de rassembler dans un même ensemble comptable des dépenses (prestations, transferts et gestion administrative) au titre de diverses fonctions de la protection sociale, et les ressources permettant de financer ces dépenses.

S'agissant des ressources, le système SESPROS propose la nomenclature suivante :

- cotisations sociales : à la charge des employeurs (effectives ou imputées lorsque l'employeur prend directement en charge une prestation), ou des personnes protégées (salariés, travailleurs indépendants, bénéficiaires de pensions) ;
- contributions publiques : recettes fiscales affectées et générales ;
- transferts reçus d'autres régimes ;
- autres recettes (dont revenus de la propriété).

Les développements de la quatrième partie du présent chapitre reviendront sur la distinction et le poids respectif des recettes fiscales affectées et générales au sein des contributions publiques.

Ainsi, le système statistique SESPROS, conçu en cohérence avec les normes du système européen de comptabilité nationale, repose sur des définitions qui conduisent aux représentations suivantes dans le champ de la protection sociale :

- en ce qui concerne tout d'abord le périmètre de la protection sociale, le choix a été fait de retenir une définition large et indépendante des modalités institutionnelles et juridiques de la délivrance et du financement des prestations et services ; sont ainsi considérées comme des opérations de protection sociale tous les dispositifs qui assurent la couverture de certains risques ou besoins (*cf.* leur définition *infra*), pour autant qu'il n'existe pas de lien direct et simultané au niveau individuel de chaque bénéficiaire entre le montant des prestations promises et l'effort contributif demandé ; cela répond à l'objectif d'une comparaison des systèmes européens de protection sociale qui retrace la couverture des risques sociaux sans être tributaire des choix d'organisation institutionnelle de la protection sociale retenus par les différents États-membres, notamment quant au caractère légalement obligatoire, déterminé par un accord collectif, ou facultatif de l'affiliation des personnes aux divers dispositifs ; cet objectif n'est toutefois pas entièrement atteint du fait de la non-prise en compte des dépenses fiscales consenties sous forme de réductions d'impôt au titre des différents risques de la protection sociale, et auxquelles certains pays comme le Royaume-Uni mais aussi la France recourent de façon importante (*cf.* encadré 1) ;
- le système SESPROS propose également une nomenclature des huit fonctions de la protection sociale, - maladie/soins de santé, invalidité, vieillesse, survie, famille/enfants, chômage, logement, exclusion sociale -, qui elle aussi concourt à l'homogénéité de la comparaison des systèmes de protection sociale européens, et favorise l'analyse comparée des priorités, qui peuvent être différentes, des politiques sanitaires et sociales dans ces pays ;

- il place en outre au centre de ses concepts la notion de régime de protection sociale, qui peut soit correspondre à des institutions existantes (comme les organismes de protection sociale distincts de l'État et des collectivités locales), soit au contraire revêtir un caractère fictif (comme par exemple les programmes sanitaires et sociaux inscrits dans les budgets de l'État et des collectivités locales) ; cette notion permet de synthétiser dans un même cadre comptable d'une part les prestations et services fournis aux bénéficiaires et les coûts administratifs afférents, et d'autre part les ressources assurant le financement de ces dépenses ; cette approche est également propice à la prise en compte des transferts financiers existant entre les organismes de protection sociale, l'État et les collectivités locales ;
- enfin, le système SESPROS retient une classification des sources de financement de la protection sociale structurée par la distinction entre « cotisations sociales » et « contributions publiques⁴ » ; les cotisations sociales constituent des dépenses engagées par les personnes protégées ou leurs employeurs aux fins exclusives de constitution de droits à prestations ; les contributions publiques sont au contraire des ressources que l'État et les autorités locales attribuent au financement de prestations de protection sociale, mais qui pourraient contribuer à d'autres fonctions des administrations publiques ; cette attribution peut prendre la forme de l'affectation à la protection sociale d'impôts et de taxes spécifiques ou de dotations budgétaires globales.

II. Les données statistiques globales sur le financement mettent en évidence une distinction nette entre systèmes de protection sociale « bismarckiens » et « beveridgiens », qui s'est toutefois estompée au cours des années récentes

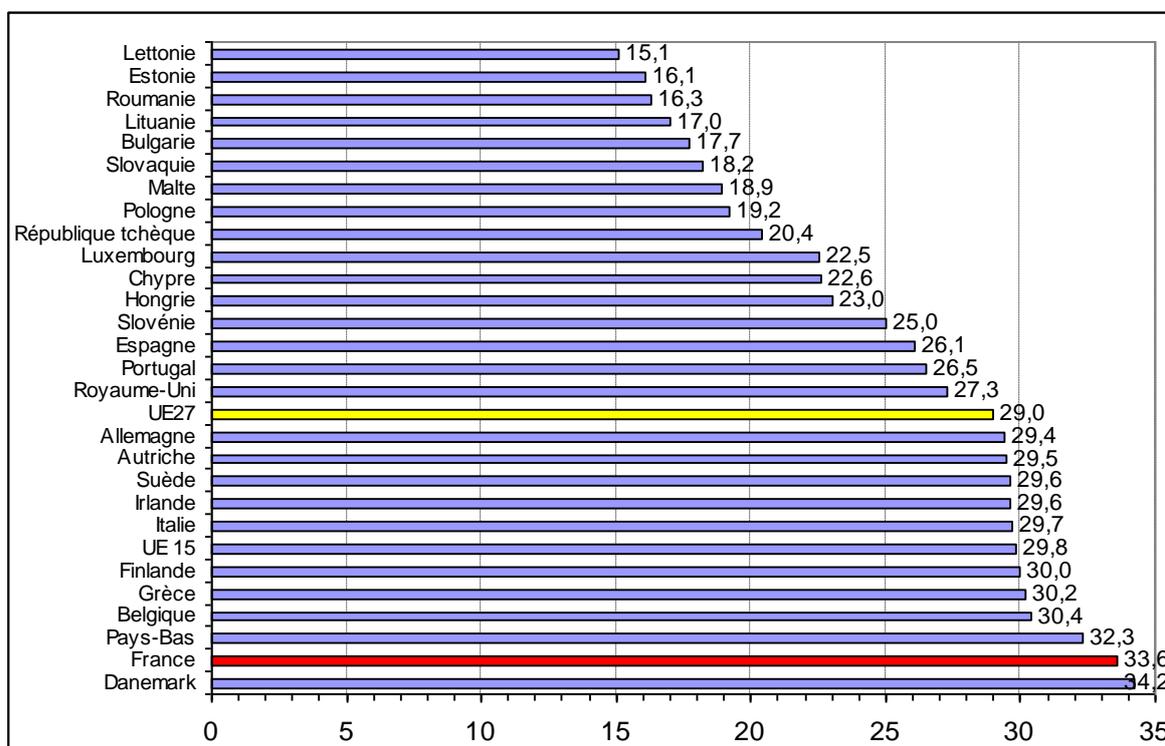
Sur la base des données collectées dans le cadre du système européen SESPROS, il est possible de dégager de premiers enseignements de la comparaison des systèmes européens de protection sociale, portant sur le poids global des dépenses de protection sociale dans le PIB et leur ventilation par fonctions (II.1), la structure des ressources qui financent les prestations de protection sociale (II.2) et leur évolution au cours des dernières années (II.3). Se distinguent ainsi deux grands groupes de pays qui relèvent de « modèles idéaux-typiques » de protection sociale différents : d'une part, ceux, couramment qualifiés de « bismarckiens », dont la couverture des risques sociaux repose fortement sur une logique d'assurances sociales qui conditionne l'accès à certains droits à l'exercice d'une activité professionnelle, et dans lesquels le poids des cotisations sociales est déterminant dans les ressources des régimes de protection sociale ; d'autre part, les pays à systèmes de protection sociale à dominante « beveridgienne », qui garantissent des droits sociaux à l'ensemble de la population résidente sans égard à la situation professionnelle des bénéficiaires, et qui mobilisent majoritairement l'impôt pour le financement de ces droits.

⁴ Il est important d'apporter la précision suivante de vocabulaire : alors que l'expression « contributions publiques » désigne dans le système européen SESPROS l'ensemble des ressources de nature budgétaire ou fiscale dont bénéficient les régimes de protection sociale, les mêmes termes désignent dans le contexte français des comptes de la protection sociale les seules dotations budgétaires que l'État et les autorités locales consacrent aux opérations de protection sociale qui leur sont propres et à des subventions aux autres régimes de protection sociale, à l'exclusion des « impôts et taxes affectés » à ces régimes qui sont distingués dans un agrégat spécifique.

II.1. La part des dépenses de protection sociale dans la richesse des États-membres de l'Union européenne, et leur répartition par fonctions

En 2011, les dépenses de protection sociale, telles qu'appréhendées à l'aide du système statistique SESPROS, s'élevaient à 29,0% du produit intérieur brut en moyenne dans l'Union européenne à 27 (cf. graphique 1). La France se situait en deuxième position pour la part de ses dépenses sociales dans sa richesse nationale avec 33,6% derrière le Danemark à 34,2%, mais devant les Pays-Bas (32,3%), les autres pays d'Europe du Nord (Finlande : 30,0%, et Suède : 29,6%), l'Italie (29,7%) ou l'Allemagne (29,4%).

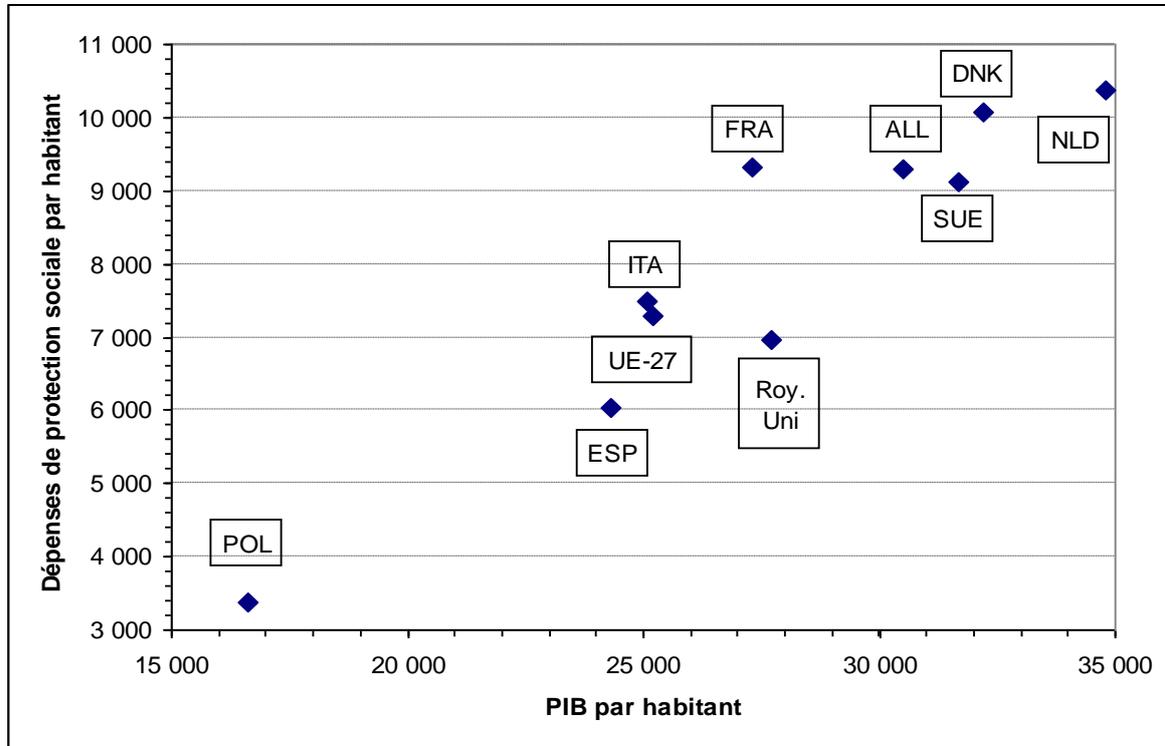
Graphique 1
Dépenses de protection sociale en 2011 (en % du PIB)



Source : Eurostat – Sespros.

Les pays qui présentent les ratios « dépenses de protection sociale/PIB » les plus élevés sont à l'évidence aussi ceux qui possèdent les niveaux les plus élevés de richesse par habitant. L'accès à des niveaux élevés de protection sociale paraît ainsi lié à des revenus moyens eux-mêmes importants (cf. graphique 2). Le facteur démographique peut également constituer une contrainte forte pour les systèmes de protection sociale, dans la mesure où une part élevée d'enfants, et surtout de personnes âgées, entraîne des dépenses sanitaires et sociales plus importantes. Mais d'autres facteurs, tenant à l'organisation des systèmes de protection sociale, et en particulier au degré de mutualisation des risques sociaux qu'ils réalisent, concourent aussi à des différences sensibles de l'effort en faveur de la protection sociale dans les différents pays européens.

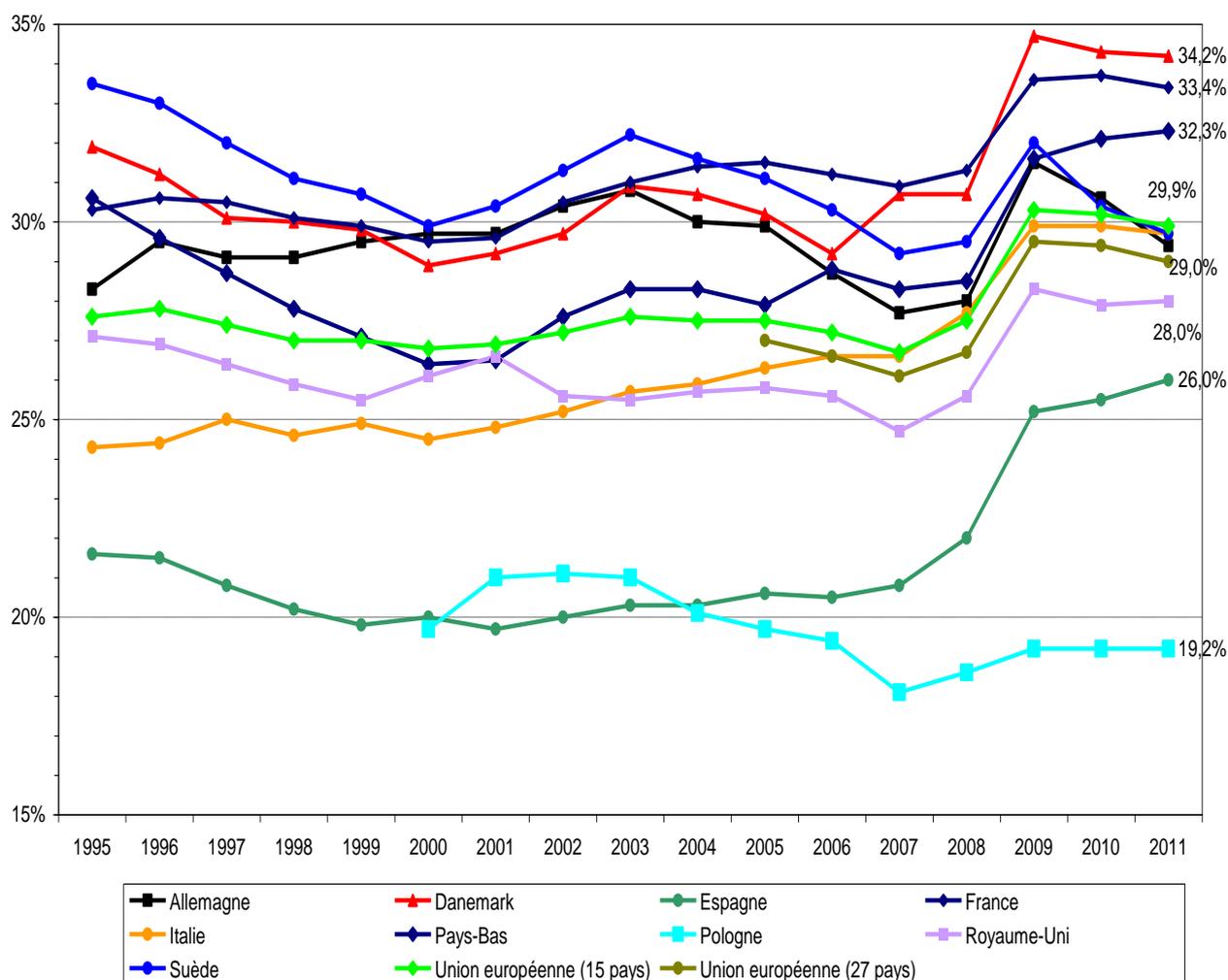
Graphique 2
Dépenses de protection sociale et PIB par habitant en 2011
(en euros en parité de pouvoir d'achat)



Source : Eurostat – Sespros.

Le graphique 3 suivant montre l'évolution entre 1995 et 2011 de la part des dépenses de protection sociale dans la richesse nationale en Allemagne, au Danemark, en Espagne, en France, en Italie, aux Pays-Bas, en Pologne, au Royaume-Uni et en Suède, ainsi qu'en moyenne dans l'Union européenne, calculée à l'aide des données du système statistique SESPROS. Dans le contexte de la forte dégradation de l'activité économique à la fin de la précédente décennie, tous les pays ont en effet laissé jouer les « stabilisateurs automatiques » en maintenant le montant global des dépenses de protection sociale malgré l'affaiblissement de la base économique sur laquelle repose son financement. On observe cependant que des pays comme l'Allemagne et la Suède ont amorcé à partir de 2010 un repli du ratio « dépenses de protection sociale/PIB », alors que cet indicateur est seulement stabilisé dans les autres pays et en moyenne dans l'Union européenne.

Graphique 3
Evolution de la part des dépenses de protection sociale dans le PIB
dans une sélection de pays européens



Source : Eurostat – Sespros.

Au-delà de la part du PIB consacrée à la protection sociale, on observe en outre des différences importantes selon les pays européens dans la répartition par risques des dépenses de prestations sociales (cf. tableau 1 et graphique 4 ci-dessous⁵). Si en moyenne les 27 premiers États-membres de l'Union européenne consacraient en 2011 12,7% du PIB aux fonctions « vieillesse-survie », 8,2% du PIB à la fonction « maladie-soins de santé », 2,2% du PIB à la fonction « famille/enfants », 1,6% du PIB à la fonction « chômage » et 3,1% du PIB aux autres fonctions (« invalidité » et « logement/exclusion »), la France a des ratios de dépenses rapportées au PIB systématiquement plus élevés pour toutes ces fonctions : 14,5% pour « vieillesse-survie », 9,1% pour « maladie-soins

⁵ Au sein des dépenses de protection sociale, seules les prestations proprement dites peuvent être ventilées par risque (cf. graphique 2). Cela n'entraîne aucune perte de généralité de l'analyse, puisque les prestations de protection sociale représentent en moyenne en Europe près de 96% de l'ensemble des dépenses de protection sociale hors transferts (lesquelles incluent également les frais de gestion et financiers). Le tableau 1 présente à la fois les prestations et les dépenses totales de protection sociale, en part du produit intérieur brut.

de santé », 2,6% pour « famille-enfants », 2,1% pour « chômage ». Cependant, en termes de part de chacun des risques dans le montant total des prestations sociales, la situation française est proche de la moyenne européenne : environ 46% pour les dépenses de « vieillesse-survie », 29% pour celles de « maladie-soins de santé », 8% pour l'invalidité et le risque « famille-enfants », 6% pour le chômage et 4% pour le logement et l'exclusion sociale. D'autres pays présentent des structures très différentes : ainsi, les pays d'Europe du Sud ont un poids des dépenses de retraite sensiblement plus élevé (supérieur à 50% en Grèce, en Italie et au Portugal), et à l'inverse une faible importance des dépenses en faveur de la famille et de l'enfance. Cette dernière fonction est au contraire plus développée dans les pays d'Europe du Nord, sa part dans l'ensemble des dépenses dépassant 10% dans les trois pays nordiques, en Allemagne et en Irlande. Dans les pays nordiques, la structure des dépenses sociales par risques montre en outre un accent mis sur la prise en charge de l'invalidité (13% de l'ensemble des prestations sociales en Suède, par exemple). Enfin les Pays-Bas et le Royaume-Uni manifestent un effort particulier dans le domaine du logement et de l'exclusion sociale, avec des parts respectives de 8,5% et 6,5% des dépenses sociales affectées à ce risque. Bien que, comme mentionné antérieurement, une partie de ses disparités s'explique par des caractéristiques démographiques de la population, la répartition par risques des prestations de protection sociale explique en partie la structure des ressources qui financent ces dépenses, comme on le verra dans la suite du présent chapitre.

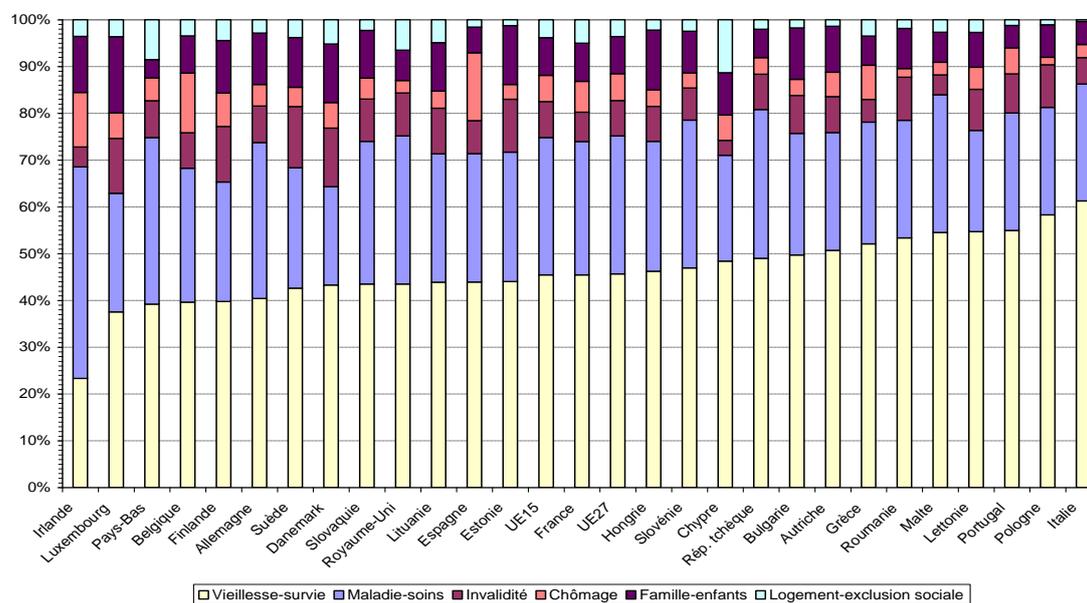
Tableau 1
Prestations de protection sociale par risques regroupés en 2011
(en % du PIB)

	Maladie-soins	Invalidité	Vieillesse-survie	Logement-exclusion sociale	Famille-enfants	Chômage	Total prestations de protection sociale	Total dépenses de protection sociale
Lettonie	3,2	1,3	8,1	0,4	1,1	0,7	14,8	15,1
Estonie	4,4	1,8	7,0	0,2	2,0	0,5	15,9	16,1
Roumanie	4,1	1,5	8,7	0,3	1,4	0,3	16,3	16,3
Lituanie	4,5	1,6	7,2	0,8	1,7	0,6	16,4	17,0
Bulgarie	4,5	1,4	8,6	0,3	1,9	0,6	17,3	17,7
Slovaquie	5,4	1,6	7,7	0,4	1,8	0,8	17,7	18,2
Malte	5,5	0,8	10,2	0,5	1,2	0,5	18,7	18,9
Pologne	4,3	1,7	10,9	0,2	1,3	0,3	18,7	19,2
Rép. tchèque	6,3	1,5	9,7	0,4	1,2	0,7	19,8	20,4
Chypre	5,0	0,7	10,7	2,5	2,0	1,2	22,1	22,5
Luxembourg	5,6	2,6	8,3	0,8	3,6	1,2	22,1	22,6
Hongrie	6,3	1,7	10,5	0,5	2,9	0,8	22,7	23,0
Slovénie	7,8	1,7	11,6	0,6	2,2	0,8	24,7	25,0
Espagne	7,0	1,8	11,2	0,4	1,4	3,7	25,5	26,1
Portugal	6,3	2,1	13,8	0,3	1,2	1,4	25,1	26,5
Royaume-Uni	8,3	2,4	11,4	1,7	1,7	0,7	26,2	27,3
UE27	8,2	2,1	12,7	1,0	2,2	1,6	27,8	29,0
Allemagne	9,4	2,2	11,4	0,8	3,1	1,3	28,2	29,4
Autriche	7,2	2,2	14,5	0,4	2,8	1,5	28,6	29,5
Irlande	12,8	1,2	6,6	1,0	3,4	3,3	28,3	29,6
Suède	7,5	3,8	12,4	1,1	3,1	1,2	29,1	29,6
Italie	7,1	1,6	17,4	0,1	1,4	0,8	28,4	29,7
UE15	8,4	2,2	13,0	1,1	2,3	1,6	28,6	29,8
Finlande	7,5	3,5	11,7	1,3	3,3	2,1	29,4	30,0
Grèce	7,5	1,4	15,0	1,0	1,8	2,1	28,8	30,2
Belgique	8,3	2,2	11,5	1,0	2,3	3,7	29,0	30,4
Pays-Bas	10,9	2,4	12,0	2,6	1,2	1,5	30,6	32,3
France	9,1	2,0	14,5	1,6	2,6	2,1	31,9	33,6
Danemark	6,9	4,1	14,2	1,7	4,1	1,8	32,8	34,2

Note : pour la Slovaquie, les dépenses au titre du risque regroupé « Logement-exclusion sociale » ne portent que sur l'exclusion sociale.

Source : Eurostat – Sespros.

Graphique 4
Structure par risques des prestations de protection sociale



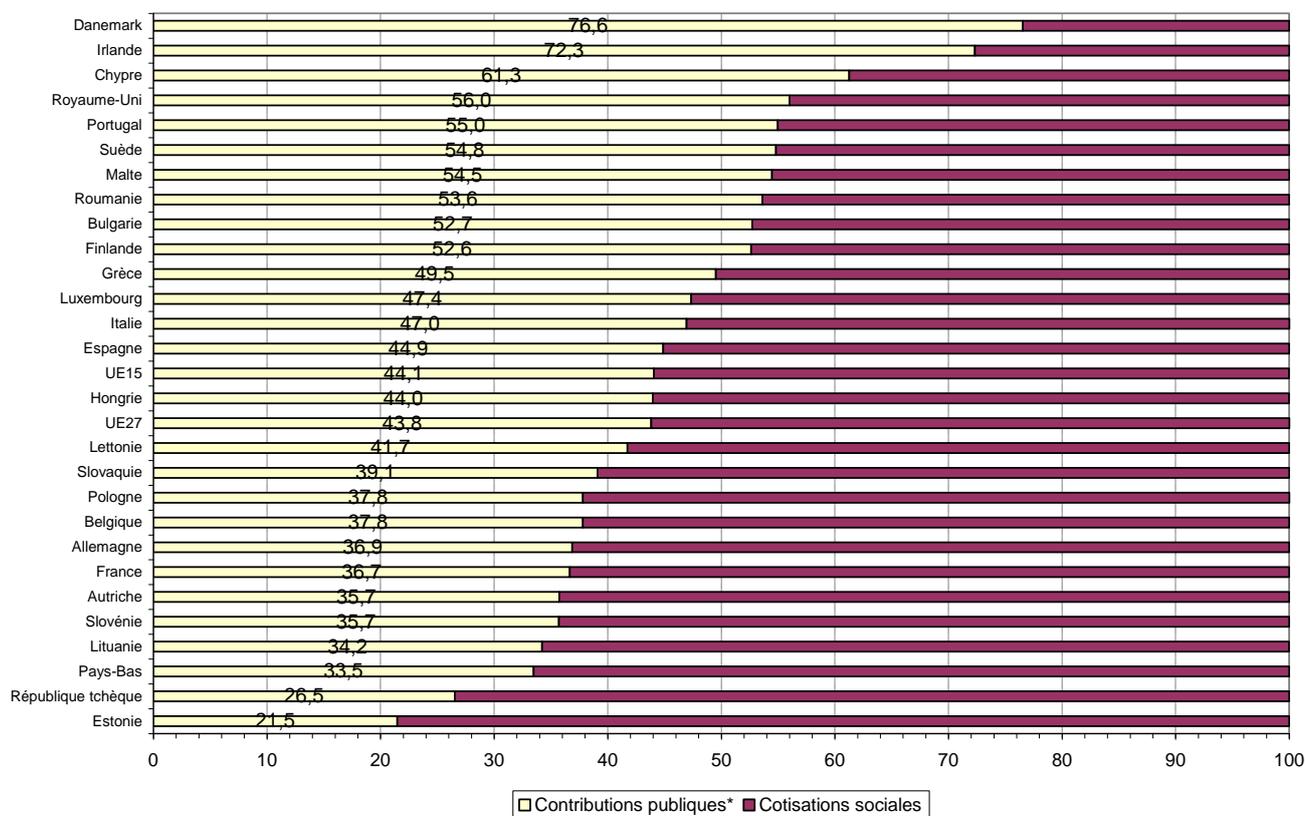
Source : Eurostat – Sespros. Les pays sont classés par part croissante des dépenses au titre du risque « vieillesse-survie ».

II.2. Les deux grands modes de financement de la protection sociale

Le graphique 5 suivant présente la répartition des ressources de l'ensemble des régimes de protection sociale, tels que les définit le système SESPROS et en neutralisant les transferts entre régimes⁶, entre cotisations sociales prises globalement – c'est-à-dire faisant masse des cotisations acquittées par les employeurs et les personnes protégées – et les contributions publiques également considérées dans leur ensemble, donc sans distinguer entre contributions affectées et générales.

⁶ Les régimes de protection sociale entretiennent entre eux un ensemble de transferts (prise en charge de prélèvements ou de prestations, contributions à des fonds de financement, mécanismes de compensation démographique...) que le système européen SESPROS ambitionne de prendre en compte de façon complète et exacte. En vertu du principe de « partie double », tout transfert versé par un régime constitue donc un emploi de ce régime, mais doit également apparaître en ressources d'un autre régime. Lorsque l'on raisonne à l'échelle de la protection sociale dans son ensemble, la somme des transferts versés par des régimes de sécurité sociale est nécessairement égale à la somme des transferts reçus par ces mêmes régimes, ce qui autorise à les consolider et par suite à analyser la structure des dépenses et des recettes hors transferts de l'ensemble des régimes de protection sociale.

Graphique 5
Structure du financement de la protection sociale en 2011 (hors transferts)



(*) : y compris autres recettes.

Source : Eurostat – Sespros.

En moyenne en Europe, les cotisations sociales restent en 2011 la composante majoritaire (56,2%) des ressources hors transferts de la protection sociale dans son ensemble. Cependant, à l'aune de ce critère, un clivage net sépare les pays d'Europe continentale, centrale et orientale d'une part, et les Iles britanniques et l'Europe du Nord d'autre part. Alors que dans le premier groupe de pays la part des cotisations sociales dans le PIB dépasse généralement 60 % (73,5% en République tchèque, 66,5% aux Pays-Bas, 63,3% en France et 63,1% en Allemagne), elle est minoritaire dans le deuxième groupe (45,2% en Suède, 44,0% au Royaume-Uni, 23,5% au Danemark).

Cette part des cotisations sociales dans les ressources traduit de façon générale le degré d'ancrage professionnel des droits à la protection sociale dans les divers États-membres de l'Union européenne. Certes, comme on peut l'observer dans le contexte français, un poids élevé des cotisations sociales n'implique pas automatiquement une contributivité stricte des droits à protection sociale – selon laquelle les droits de chaque assuré dépendraient étroitement de l'effort contributif qu'il a réalisé -, et est compatible avec la mise en œuvre de mécanismes de solidarité⁷. Cependant, un tel indicateur peut révéler une conception faisant du travailleur et de sa

⁷ Le rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale de juin 2013 sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale s'est attaché à préciser les notions de « contributivité » et

famille les bénéficiaires naturels de la protection sociale, et considérant les cotisations comme des ressources appropriées au financement des prestations associées. A l'inverse, un poids majoritaire des contributions publiques, qu'elles soient de nature fiscale ou budgétaire, apparaît comme le reflet d'une conception de la protection sociale, ou au moins de la couverture de certains risques sociaux, ouverte à tous les citoyens ou résidents sans égard à leur statut professionnel, et qui en conséquence ne nécessite pour mode de financement qu'un prélèvement sur les ressources des administrations publiques centrales et locales, c'est-à-dire *in fine* sur la fiscalité générale.

On reconnaît là la distinction, proposée par G. Esping-Andersen⁸, entre « modèles » de protection sociale « bismarckiens », caractéristiques de l'Europe continentale et méridionale, « sociaux-démocrates » présents en Europe du Nord, et « libéraux » typiques de l'Irlande et du Royaume-Uni. Certes, les deux premiers modèles s'opposent au troisième quant à l'étendue et à la générosité des systèmes de protection sociale, alors que les prestations sont fortement ciblées vers les ménages à bas revenu dans les systèmes « libéraux ». Mais, à l'inverse, les modèles « sociaux-démocrates » et « libéraux », qui ont une inspiration « beveridgienne » commune, se rejoignent sous l'angle des institutions de la protection sociale, qu'ils ont en commun d'organiser, à l'exception des systèmes de retraite et parfois d'assurance chômage, dans le cadre de dispositifs généraux destinés à l'ensemble de la population, particulièrement dans les domaines des soins de santé et des politiques en faveur des familles. Elles sont alors financées par les budgets de l'État ou des collectivités locales, quand les pays de tradition « bismarckienne » recourent fortement à des logiques d'assurances sociales instituées dans le cadre de régimes à base professionnelle.

La distinction précédente ne doit pas faire obstacle à la prise en compte des disparités et des tendances à la diversification qui existent à partir de ces trois modèles idéaux-typiques de protection sociale. Par exemple, les pays d'Europe du Sud, que G. Esping-Andersen regroupe avec les pays d'Europe continentale de tradition « bismarckienne », présentent des caractéristiques propres, telles qu'un poids élevé des dépenses de retraites, et un moindre accent mis sur les dispositifs en faveur des enfants et des familles, ce qui relativise l'importance des cotisations dans ces pays. Au demeurant, la situation n'est pas homogène dans l'ensemble de ce groupe, puisque, si en Italie et en Espagne la part des cotisations sociales est à peine inférieure à la moyenne européenne, le Portugal se situe quant à lui au voisinage des pays d'Europe du Nord. Dans une autre zone géographique, les pays baltes présentent également des différences notables : c'est ainsi en Estonie que la part des cotisations sociales (78,5%) est la plus élevée, et si la Lituanie est également dans le groupe de tête des pays européens pour cet indicateur (65,8%), la Lettonie est quant à elle dans une situation proche de la moyenne européenne (58,3%).

Il faut en outre d'ores et déjà souligner, avant de le développer plus avant dans les parties III et IV du présent chapitre, que la catégorisation élémentaire entre « cotisations sociales » et « contributions publiques » omet des sous-distinctions importantes telles que : au sein des cotisations sociales, celles acquittées par les employeurs et par les personnes protégées ; au sein des contributions publiques, les dotations budgétaires et les recettes fiscales spécifiquement

« d'universalisation » des droits à protection sociale, ainsi que la nature des mécanismes qui contribuent à la redistribution des revenus à l'œuvre au sein des régimes sociaux.

⁸ Gosta Esping-Andersen (1999), « Les trois mondes de l'État-providence – essai sur le capitalisme moderne », *Presses Universitaires de France*, collection *Le lien social*.

affectées ; au sein des dotations budgétaires, celles provenant de l'État et des collectivités locales. Des combinaisons multiples de ces alternatives existent dans les arrangements institutionnels de la protection sociale que les États membres mettent en œuvre, ce qui conduit à une réalité complexe et variée, parfois au sein même de chacun des modèles mis en évidence par G. Esping-Andersen.

II.3. Les tendances récentes des structures du financement de la protection sociale

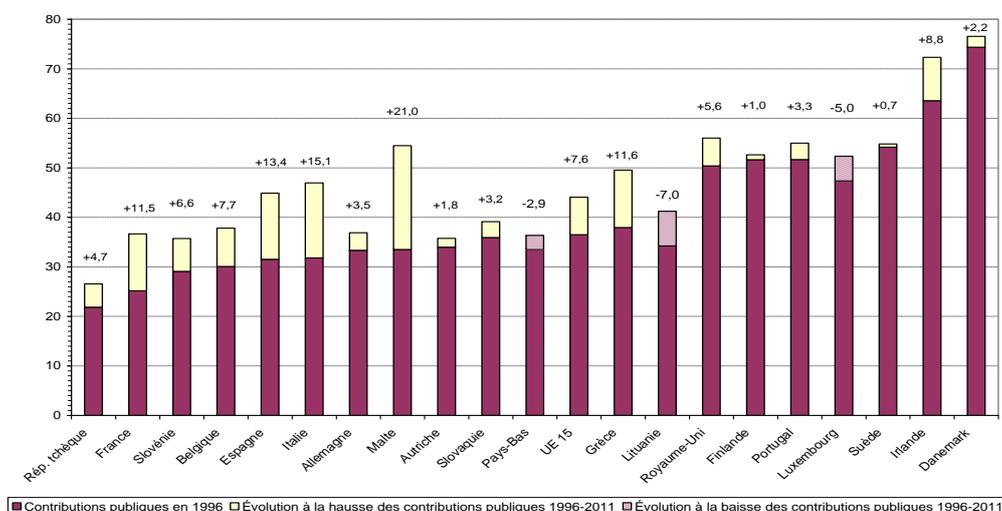
Si l'observation comparée une année donnée des structures du financement de la protection sociale en Europe permet dans une certaine mesure d'accuser les contrastes entre des modes d'organisation de la couverture des risques sociaux, l'analyse de l'évolution de ces structures au cours des années récentes conduit quant à elle plutôt à nuancer le constat.

Comme le montre le graphique 6 ci-dessous, la majorité des pays européens a connu une progression de la part des contributions publiques dans les ressources totales de la protection sociale entre 1996 et 2011. Logiquement, cette évolution a été plus forte dans les pays où cette part était relativement faible à l'origine, et ayant des systèmes de protection sociale de nature « bismarckienne » (France, Belgique, Espagne, Italie, Allemagne), et elle s'est fortement accentuée pendant les années postérieures au déclenchement de la crise économique et financière en 2008. S'agissant de la France, le premier rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale (« État des lieux du financement de la protection sociale en France », octobre 2012) a consacré une analyse détaillée à l'augmentation significative de la part des contributions publiques, passées de 16% à 35% des ressources totales hors transferts, soit un gain de 19 points. Ont ainsi joué la création puis le développement de la contribution sociale généralisée (CSG), la compensation des allègements généraux de cotisations sociales au moyen de recettes fiscales, l'essor de la fiscalité comportementale (notamment des droits sur les tabacs et les boissons), et d'une façon générale la volonté de diversifier le financement de la protection sociale.

A l'inverse, deux pays parmi les quinze premiers membres de l'Union européenne, le Luxembourg et la Suède, ont connu entre 1996 et 2011 une diminution, certes modeste, de la part des contributions publiques dans l'ensemble des ressources de la protection sociale hors transferts. En outre, au Danemark, l'introduction en 1994 de nouvelles cotisations pour alimenter des fonds d'aide au marché du travail a contribué à réduire la part largement prépondérante des contributions publiques et des impôts et taxes affectés. Alors que cette part dépassait 88 % en 1993, elle a été réduite à 74 % dès 1996. Elle a ensuite diminué chaque année jusqu'à 68 % en 2002, avant de progressivement remonter à 76 % en 2011.

Graphique 6

Evolution en points de la part des contributions publiques* dans le financement de la protection sociale (1996-2011)



* : y compris autres recettes.

Source : Eurostat – Sespros, calculs Drees.

A partir de ces évolutions qui marquent une certaine convergence des structures du financement de la protection sociale en Europe, on a ainsi pu parler « d’hybridation » des systèmes de protection sociale, et ce bien que les institutions et les modes de financement conservent fortement l’empreinte des spécificités nationales d’origine.

Enfin, il convient à nouveau de souligner les limites de l’évolution du seul partage entre cotisations sociales et contributions publiques pour comprendre le sens des réformes du financement de la protection sociale conduites dans les différents États-membres de l’Union européenne. Le cas des pays d’Europe centrale et orientale est à cet égard riche d’enseignements. Dans ces pays, à partir des régimes de protection sociale hérités de la période communiste, les réformes mises en oeuvre paraissent en effet avoir emprunté des voies assez différentes : si certains d’entre eux, comme l’Estonie, la République tchèque, la Lituanie ou la Slovaquie, se sont rapprochés des « modèles » continentaux de protection sociale caractérisés par une forte logique d’assurances sociales assortie d’un poids élevé des cotisations sociales dans leurs ressources, d’autres (Roumanie, Bulgarie, Hongrie, Lettonie, Pologne) ont introduit une part très significative de financements reposant sur des dotations budgétaires ou des transferts de recettes fiscales, sous l’inspiration d’approches davantage « libérales » de la protection sociale.

III. Des travaux statistiques récents de la Commission européenne accentuent en outre l'idée que les systèmes de protection sociale comportent des spécificités nationales majeures

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale a pu bénéficier de travaux inédits la Commission européenne⁹, qui permettent d'enrichir les analyses précédentes, d'une part en analysant plus en profondeur les structures de financement de la protection sociale (III.1), d'autre part en détaillant les structures de financement de chacune des grandes fonctions de la protection sociale (III.2).

III.1. Les structures du financement de la protection sociale en Europe, au-delà de la seule distinction entre cotisations sociales et contributions publiques

Les travaux conduits par la Commission européenne portent en premier lieu sur la répartition détaillée des ressources de la protection sociale, en distinguant au sein des cotisations sociales celles acquittées par les employeurs et celles supportées par les personnes protégées, et au sein des contributions publiques les recettes fiscales affectées et les dotations budgétaires en provenance de l'État et des autorités locales.

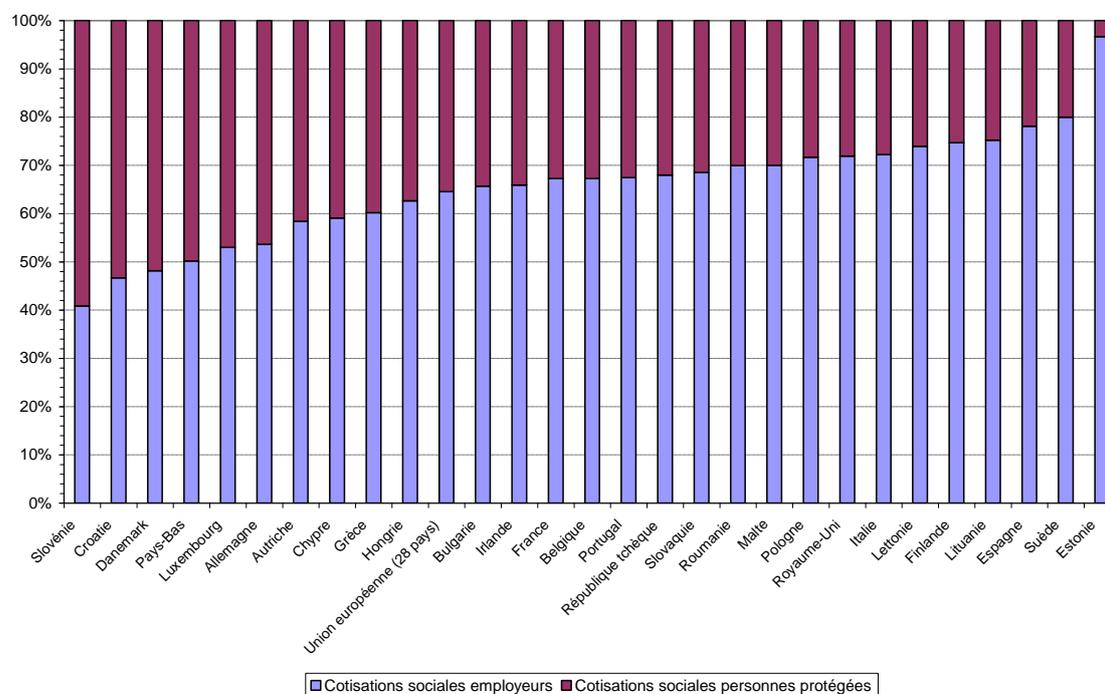
Le graphique 7 suivant montre la répartition des cotisations sociales entre employeurs et personnes protégées en 2010 au sein des 28 États-membres de l'Union européenne pour l'ensemble des risques de la protection sociale. En moyenne dans l'Union européenne, les employeurs acquittaient 61% du montant total des cotisations sociales. La France se situait à peine au-dessus de cette moyenne (63%). La part des cotisations sociales acquittées par les employeurs est la plus élevée dans les pays d'Europe centrale, orientale et méridionale, mais aussi en Suède et en Finlande. Elle est plus faible dans une majorité de pays d'Europe continentale, dont l'Allemagne, ainsi que dans les Iles britanniques et au Danemark.

Il y a toutefois lieu de rappeler que la signification économique de la distinction entre cotisations sociales acquittées par les employeurs et par les personnes protégées donne lieu à débat et à interrogation, comme l'a souligné le Haut Conseil du financement de la protection sociale dans son rapport de mars 2014. Deux conceptions sont en présence : soit les cotisations sociales acquittées par les employeurs sont *in fine* effectivement supportées par les entreprises, et influent sur le coût total du travail ; soit elles sont considérées comme un élément de la rémunération des salariés, susceptible de s'arbitrer avec la rémunération brute pour un coût total du travail inchangé. Selon que l'on retient une hypothèse ou l'autre, l'impact sur l'emploi d'une réforme du financement de la protection sociale, par exemple d'une substitution de ressources budgétaires ou fiscales à des cotisations à la charge des employeurs, pourra être très différent.

⁹ Commission européenne, Direction Générale Emploi, Affaires sociales et Inclusion (2014), « Social protection systems in the EU : financing arrangements and the effectiveness and efficiency of resource allocation », *rapport du Comité de la protection sociale et de la Commission européenne*, octobre. Le Haut Conseil du financement de la protection sociale a également auditionné M. Olivier Bontout, administrateur à la Commission européenne (Direction générale « Emploi, affaires sociales et inclusion »), le 8 avril 2014.

Quelle que soit la conception privilégiée, les différences observées dans la répartition des cotisations sociales entre des pays relevant d'un même « modèle » de protection sociale (par exemple les pays nordiques) enrichissent l'information disponible.

Graphique 7
Répartition des cotisations sociales entre employeurs et personnes protégées en 2010



Source : Eurostat – Sespros ; calculs DG EMPL. Les pays sont classés par rang croissant de la part des cotisations sociales à la charge des employeurs dans l'ensemble des cotisations sociales.

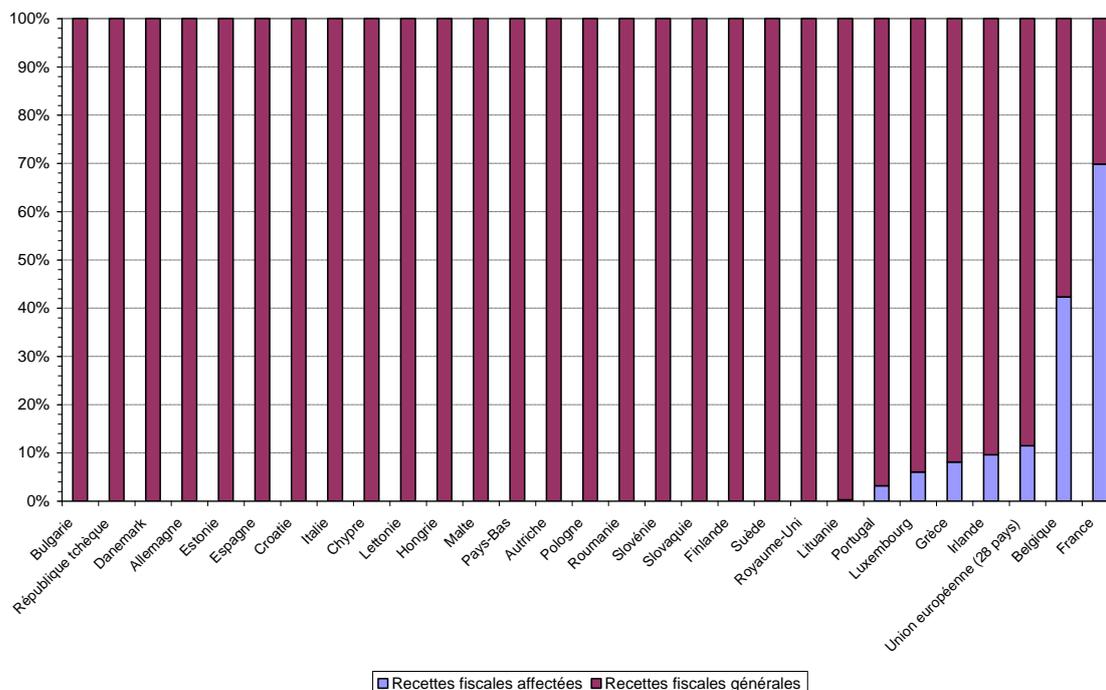
L'analyse de la répartition des contributions publiques entre impôts et taxes affectés et dotations budgétaires de l'État et des collectivités locales dégage également des enseignements. Au vu du graphique 8 ci-dessous, il apparaît que seuls trois pays européens recourent significativement à l'affectation d'impôts et taxes à des régimes de protection sociale, les autres pays utilisant des financements *via* des dotations directes de l'État ou des collectivités locales. Parmi ces trois pays figure le Royaume-Uni, du fait de l'existence d'une contribution dite « *National Insurance contribution* » acquittée par les employeurs, les salariés et les travailleurs indépendants. Cette contribution était initialement entièrement destinée à alimenter un « Fonds national d'assurance » (« *National Insurance Fund* ») qui finance les prestations de remplacement du revenu (retraites, pensions d'invalidité, assurance chômage, etc.). Cependant, 20% de son produit est aujourd'hui dirigé vers le budget du service national de santé, et de plus il n'y a pas formellement d'affectation du reste de son montant au « *National Insurance Fund* ». En définitive, cette contribution paraît en fait revêtir un caractère hybride entre cotisation sociale et impôt affecté. De son côté, la Belgique dispose d'une taxe sur les contrats d'assurance automobile qui constitue une ressource importante des régimes d'assurance maladie.

Mais c'est surtout la France qui fait une utilisation importante des impôts et de taxes affectés aux régimes de protection sociale, dont le montant atteint 70% de l'ensemble des contributions publiques. Parmi les raisons de ce recours important aux recettes fiscales affectées, il faut mentionner en particulier le développement de la contribution sociale généralisée (CSG), une

imposition pesante à taux essentiellement uniforme sur la plupart des revenus des ménages quelle que soit leur nature (revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine), et qui représentait à elle seule en 2012 13% de l'ensemble des ressources de la protection sociale hors transferts. Il y a d'ailleurs lieu de rappeler que le Haut Conseil du financement de la protection sociale a eu l'occasion, dans son rapport sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale de juin 2013, de questionner la qualification juridique de la CSG, au regard de son affectation exclusive à des régimes de protection sociale, et de la jurisprudence européenne. Dans l'hypothèse où la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement serait comptabilisée en tant que cotisation sociale à la charge des personnes protégées, la structure du financement de la protection sociale en France serait sensiblement modifiée : la part des impôts et taxes affectés dans les contributions diminuerait mais resterait majoritaire (55%, contre 70% environ lorsque la CSG y est intégrée) ; surtout, la part des cotisations sociales ainsi redéfinies dépasserait les trois quarts (contre 62% dans le mode de comptage habituel), et en leur sein la part des montants à la charge des personnes protégées atteindrait 45% (contre 32% dans les présentations usuelles).

Graphique 8

Répartition des contributions publiques entre impôts affectés et dotations budgétaires en 2010



Source : Eurostat – Sespros ; calculs DG EMPL. Les pays sont classés par rang croissant de la part des recettes fiscales affectées dans l'ensemble des contributions publiques.

III.2. Les structures de financement des différentes fonctions de la protection sociale

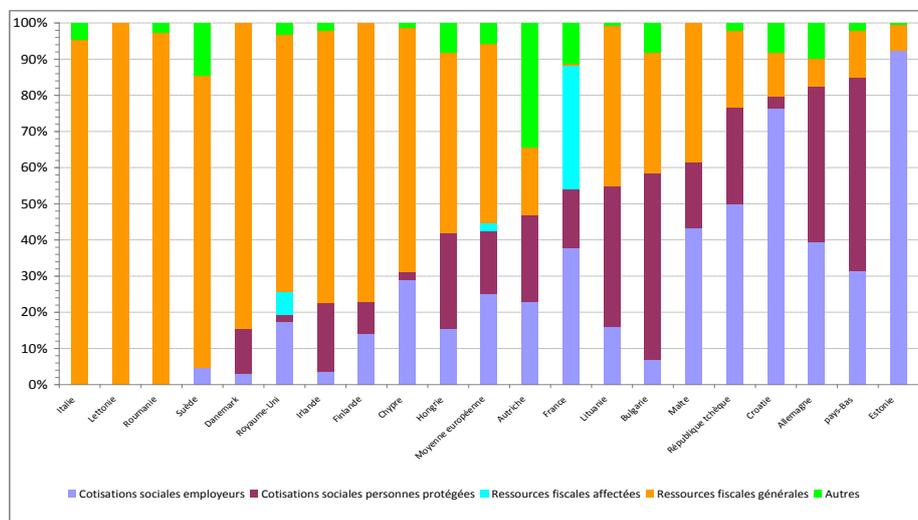
La Commission européenne a par ailleurs engagé des travaux tentant d'analyser, pour vingt États-membres de l'Union européenne, la répartition des ressources qui financent les différents risques de la protection sociale¹⁰. A l'issue de ces travaux, il est désormais possible de présenter des structures de financement pour chacune des fonctions « vieillesse », « chômage », « maladie/soins de santé » (hors invalidité) et « famille/enfants ».

S'agissant des fonctions « vieillesse » et « chômage », les structures de financement observées en 2010 paraissent relativement homogènes en Europe, et fondées pour une part majoritaire sur les cotisations sociales (en moyenne, 65% pour les retraites, et 67% pour les indemnités d'assurance chômage). Toutefois, certains pays recourent de façon importante à des contributions publiques pour le financement des retraites (Danemark : 51%) et plus fréquemment encore de l'assurance chômage (Irlande : 100% ; Allemagne : 70% ; Danemark : 70% ; Royaume-Uni : 53%). La contribution des cotisations sociales au financement des fonctions « vieillesse » et « chômage » explique en partie leur part élevée dans l'ensemble des ressources de la protection sociale dans les pays où ces deux fonctions occupent une place importante, ce qui est le cas de la France et des pays d'Europe du Sud.

En revanche, une forte hétérogénéité prévaut en matière de financement de la santé et des prestations familiales (cf. graphiques 9 et 10). S'agissant de la fonction « maladie/soins de santé », les vingt pays pris en compte dans l'étude font en moyenne reposer en 2010 son financement à hauteur de 42% sur les cotisations sociales, de 3% sur des impôts affectés, de 50% sur des dotations budgétaires et de 5% sur d'autres ressources. Cependant, la part des cotisations sociales est inférieure à 20% dans six pays, dont la Suède (où elle est nulle), le Danemark et le Royaume-Uni, et supérieure à 80% dans quatre autres (Croatie, Allemagne, Pays-Bas, Estonie). Les pays d'Europe centrale et orientale se répartissent d'un extrême à l'autre, depuis la Lettonie qui mobilise uniquement des ressources d'origine budgétaire pour le financement de son système de santé, jusqu'à l'Estonie qui le finance à plus de 90% par des cotisations sociales acquittées par les employeurs, en passant par la Hongrie dont la structure de financement de la santé s'équilibre entre cotisations sociales et contributions publiques, et est proche de la moyenne européenne. La France se singularise quant à elle par un poids des cotisations sociales plus élevé (55%), et surtout par une contribution sans égale dans aucun autre pays européen des impôts et taxes spécifiquement affectés (33%). On retrouve là l'incidence de la CSG, dont une fraction majoritaire est affectée à la branche maladie de la sécurité sociale, et des autres taxes, notamment comportementales, dont bénéficie cette branche.

¹⁰ Dans son étude, la Commission européenne retient une convention consistant à associer à chacun des régimes de protection sociale identifiés par les pays européens dans leurs transmissions de données au système SESPROS la fonction de la protection sociale qui représente la charge financière la plus importante pour ce régime (un même régime pouvant verser des prestations sociales au titre de plusieurs fonctions de la protection sociale). Par ailleurs, l'étude porte sur les pays suivants : Bulgarie, République tchèque, Danemark, Allemagne, Estonie, Irlande, France, Croatie, Italie, Chypre, Lituanie, Lettonie, Hongrie, Malte, Pays-Bas, Autriche, Roumanie, Finlande, Suède, Royaume Uni.

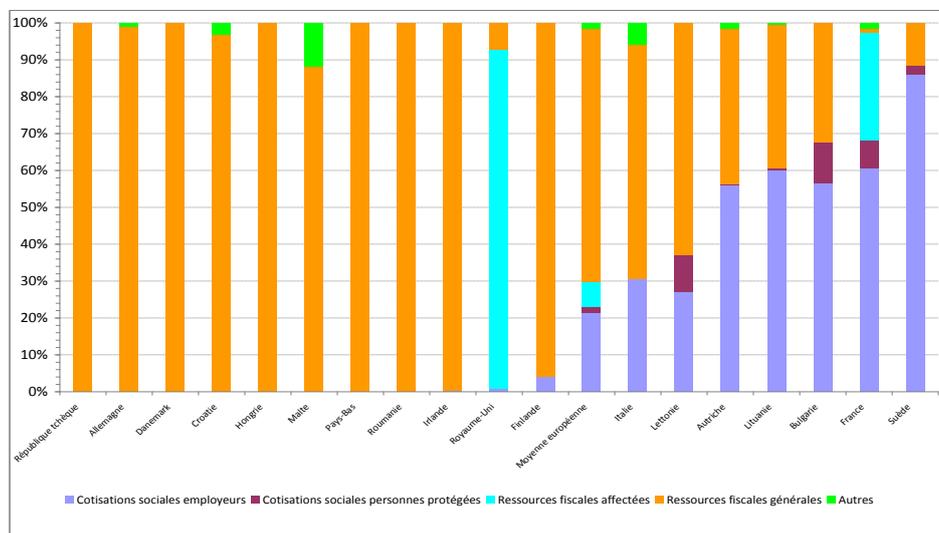
Graphique 9
Structure du financement de la fonction « Maladie/Soins de santé »
dans vingt pays européens en 2010



Source : Eurostat – Sespros ; calculs DG EMPL. Les pays sont classés par rang croissant de la part du total des cotisations sociales (à la charge des employeurs et des personnes protégées) dans les ressources des régimes de protection sociale délivrant des prestations au titre de la fonction « Maladie/Soins de santé ».

En ce qui concerne enfin la fonction « famille/enfants », son financement repose en 2010 très majoritairement, dans les vingt pays étudiés par la Commission européenne, sur des contributions publiques (77% en moyenne, dont 7% pour les impôts et taxes affectés et 70% pour les dotations budgétaires). Une majorité de pays ne recourt pas du tout aux cotisations sociales, et parmi les pays les plus importants sur le plan économique, l'Italie n'y recourt qu'à hauteur de 30% environ. Á l'inverse, la France mais aussi la Suède se distinguent par un recours élevé aux cotisations sociales (respectivement 67% et 86%), et principalement aux cotisations acquittées par les employeurs. Comme dans le cas de la santé, la France se distingue par la mobilisation importante (31%) d'impôts et taxes affectés, à nouveau du fait de la fraction de la CSG affectée à la branche famille de la sécurité sociale.

Graphique 10
Structure du financement de la fonction « Famille/Enfants »
dans vingt pays européens en 2010



Source : Eurostat – Sespros ; calculs DG EMPL. Les pays sont classés par rang croissant de la part du total des cotisations sociales (à la charge des employeurs et des personnes protégées) dans les ressources des régimes de protection sociale délivrant des prestations au titre de la fonction « Famille/Enfants ».

A l'issue de cette analyse détaillée du financement des différents risques de la protection sociale en Europe, se dégage une impression de diversité des situations observées. Ainsi, des pays appartenant à une « famille » de systèmes de protection sociale identifiée peuvent recourir pour certains risques à des modes de financement d'une autre inspiration. Par exemple, l'Italie, généralement regroupée avec l'ensemble des pays à système de protection sociale « bismarckien » - tout en tenant compte des spécificités précédemment évoquées des pays méridionaux -, fait reposer la quasi-totalité du financement de son système de santé sur des ressources budgétaires mises en œuvre par les régions dans le cadre d'une organisation s'apparentant plutôt à un système national de santé qu'à une logique d'assurances sociales. La Suède constitue un autre exemple de cette hétérogénéité des modes de financement de la protection sociale, avec un système national de santé dont les ressources proviennent presque exclusivement des budgets des régions, mais une politique familiale financée majoritairement par les cotisations sociales acquittées par les employeurs. Ce pays se distingue ainsi nettement des deux autres pays nordiques (Danemark et Finlande) qui, tout en consacrant un effort financier de même ampleur en faveur des familles et des enfants, ne mobilisent presque à cette fin que des ressources budgétaires.

IV. La distinction entre systèmes de protection sociale « bismarckiens » et « beveridgiens » doit enfin s'adapter à la diversité des représentations et des arrangements institutionnels qui président au financement de la protection sociale en Europe

Comme on l'a vu, les définitions internationales permettant de comparer les divers systèmes nationaux de protection sociale, notamment le système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS, *cf.* Encadré 1), reposent sur la notion de « risques » et de « régimes » de la protection sociale, et proposent une comptabilisation qui associe des prestations et services versés à des bénéficiaires et des ressources nécessaires à leur financement.

Ce cadre méthodologique, fondé sur les notions de « risques » et de « régimes », paraît largement inspiré d'une représentation « assurancielle » de la protection sociale, qui possède un intérêt majeur en tant qu'outil descriptif et analytique de la fonction de couverture des risques sociaux dans les divers pays européens, mais qui ne reflète que de façon inégale les conceptions de la protection sociale en vigueur dans les débats publics nationaux. Une telle approche recoupe en effet en partie l'architecture des systèmes de protection sociale de la plupart des pays d'Europe continentale et méridionale (systèmes « bismarckiens » mettant en œuvre une logique « d'assurances sociales », *cf. supra*), et notamment de la France, dans lesquels il existe des institutions de protection sociale dont les comptes sont distincts de ceux des autres administrations publiques. En revanche, elle ne correspond que de façon plus indirecte aux approches de la protection sociale dans les pays de tradition « libérale » (Iles britanniques) ou « social-démocrate » (Europe du Nord), où la protection sociale n'est pas forcément perçue comme un sous-ensemble autonome des finances publiques, sujet à des logiques de financement et à des contraintes d'équilibre propres.

A l'aide des analyses et des expériences qu'il a recueillies au cours du deuxième trimestre de l'année 2014, le Haut Conseil du financement de la protection sociale a notamment identifié trois questions qui ne reçoivent pas un traitement identique dans les débats nationaux sur la protection sociale dans les divers pays européens : le périmètre de la protection sociale tel qu'il est appréhendé dans les débats publics nationaux (IV.1), l'identification d'une problématique propre au financement de la protection sociale dans les processus d'élaboration des stratégies de finances publiques (IV.2), le rôle des autorités locales dans la délivrance et le financement des prestations de protection sociale (IV.3).

IV.1. La notion de protection sociale dans les débats publics nationaux sur la protection sociale en Europe

Des contributions recueillies par le Haut Conseil sur les arrangements institutionnels en matière de protection sociale dans plusieurs pays européens, il apparaît que le terme « protection sociale » ne reçoit pas une acception identique dans ces différents pays. En règle générale, les débats publics séparent nettement les questions relatives aux revenus de remplacement (retraites, assurance chômage, indemnités journalières de maladies, prestations d'invalidité et d'accidents du travail) et celles portant sur les autres risques : famille-enfance, et surtout maladie. Tous les pays européens considèrent peu ou prou que les dispositifs procurant aux individus des revenus de remplacement lorsqu'ils doivent interrompre leur activité temporairement ou définitivement, ou

correspondant à un besoin de report de revenu au cours du cycle de vie, constituent le cœur des problématiques de protection sociale, même si un doute peut exister pour l'indemnisation du chômage dans certains pays, notamment le Royaume-Uni, qui tendent à la considérer comme un dispositif d'assistance plutôt que d'assurance.

S'agissant en revanche de la santé, les pays où les soins sont dispensés dans le cadre de « systèmes nationaux de santé », qui coordonnent étroitement les fonctions d'offre et de financement des soins, ne considèrent généralement pas que la fourniture des soins à la population ressortit à la même problématique que la délivrance des prestations en espèces. Ils la rapprochent davantage des autres services publics aux prestations individualisables comme l'éducation ou les transports publics. Les pays concernés sont pour une part ceux qui relèvent des modèles de protection sociale « sociaux-démocrates » (Europe du Nord) et « libéraux » (Irlande et Royaume-Uni), mais incluent aussi des pays de tradition « bismarckienne » sur laquelle se sont greffées, dans le domaine des soins, des structures s'apparentant à des systèmes nationaux de santé, par exemple en Italie. A l'inverse, l'empreinte « bismarckienne » paraît être restée présente dans certains pays d'Europe continentale, dont l'Allemagne et la France, du fait de l'existence de caisses d'assurance maladie qui assurent le financement de la santé sans être directement responsables de l'offre de soins.

Les politiques en faveur des enfants et des familles, à l'exception de la France où pour des raisons historiques et institutionnelles ces politiques sont intégrées dans les dispositifs de sécurité sociale, se voient également réserver un statut spécifique dans la plupart des pays européens. Cela est particulièrement net dans le domaine de la fourniture de services aux familles pour l'accueil des jeunes enfants. En Allemagne, par exemple, il s'agit majoritairement d'une prérogative des autorités locales (*Länder*), et elle suscite un débat sur les résultats de la décentralisation de cette politique, au regard des écarts de capacité d'accueil des jeunes enfants entre les différents *Länder* (particulièrement entre ceux de la partie occidentale et ceux de la partie orientale de l'Allemagne), du coût de ces politiques pour les *Länder* et des mécanismes financiers qui permettraient de mieux répartir l'effort entre eux¹¹.

IV.2. La place du financement de la protection sociale au regard des processus de décision en matière de finances publiques

Il en découle que le « financement » n'est pas systématiquement un enjeu central des débats nationaux sur la protection sociale en Europe. Outre qu'il n'existe généralement pas de problématique financière commune à l'ensemble de ses fonctions (*cf.* la dissociation fréquente entre questions relatives aux prestations en nature et aux prestations en espèces précédemment évoquée), les pays de tradition « sociale-démocrate » ou « libérale » tendent à identifier la protection sociale comme l'une des fonctions du budget de l'État (sous réserve du rôle des autorités locales, évoqué ci-dessous au § IV.3), aux côtés d'autres fonctions comme l'éducation, la sécurité, l'administration générale, etc., sans considérer qu'elle ait à bénéficier de ressources

¹¹ Hradil S. (2013), « Enjeux de la politique familiale », in O. Bontout, S. Hazouard, R. Lasserre, C. Zaidman (eds.), « Les réformes de la protection sociale en Allemagne : état des lieux et dialogue avec des experts français », CIRAC/DREES, Travaux et documents du Centre d'Information et de Recherche sur l'Allemagne Contemporaine (CIRAC).

propres pour son financement. Ainsi, au Royaume-Uni, la question la plus débattue est celle du montant souhaitable des dépenses de santé et de protection sociale, dans le cadre de la construction et de l'exécution du budget de l'État, bien davantage que celle des ressources adéquates à mobiliser au service du financement de ces prestations, qui n'a pas véritablement de sens dans le contexte britannique.

En Allemagne, la référence à l'équilibre financier de la protection sociale paraît davantage présente dans le débat public, mais semble plutôt traitée risque par risque que globalement. Les experts allemands consultés par le Haut Conseil font ainsi état d'un « principe d'équivalence » constituant une référence commune du pilotage des finances publiques, qui fixe l'objectif de l'équilibre financier de toute entité publique, y compris les régimes d'assurance maladie, de retraite et d'assurance chômage. Dans ce cadre, des débats peuvent se déployer sur l'arbitrage à trouver entre efforts en dépenses et en recettes afin d'atteindre l'équilibre de ces régimes, mais sans nécessairement dégager des orientations générales portant sur le financement de la protection sociale dans son ensemble, et ce d'autant plus que, comme on l'a vu (*cf. supra*, III.1), le financement des politiques en faveur des enfants et des familles obéit à des problématiques distinctes.

C'est finalement en France que la question du financement de la protection sociale est posée de la façon la plus explicite et au niveau le plus global dans le débat public, comme en témoignent les travaux du Haut Conseil du financement de la protection sociale. Cela tient sans doute d'une part, comme on l'a mentionné antérieurement, au recours important à l'affectation de ressources propres aux régimes de protection sociale, et d'autre part, depuis 1996, au processus particulier de pilotage d'une partie des finances sociales, la sécurité sociale, au moyen de lois de financement spécifiques. Ce processus amène à poser de façon publique les enjeux du financement d'une partie majeure de la protection sociale, sachant qu'à la différence d'une majorité d'autres pays, l'assurance chômage fait en France l'objet d'une régulation institutionnelle et financière distincte.

Il ne faut enfin pas perdre de vue une dimension particulière qui intervient dans certains pays européens : celle qui porte sur la régulation des opérateurs privés lorsque la délivrance de prestations au titre d'une couverture de base leur est déléguée (comme dans le cas de l'assurance maladie aux Pays-Bas), ou lorsque ces opérateurs gèrent des dispositifs complémentaires facultatifs, mais pour lesquels une certaine mutualisation des risques est recherchée (à l'exemple des dispositifs de retraite complémentaire de « deuxième pilier » au Royaume-Uni). Certes, dans ce cas, les enjeux pour les finances publiques sont le plus souvent indirects, *via* les incitations fiscales à l'adhésion à des dispositifs facultatifs. Cependant, la question de l'articulation entre les interventions des programmes publics de protection sociale et celles des opérateurs privés intervient alors dans le processus de décision politique.

IV.3. Le rôle des autorités locales en matière de protection sociale

Les modes de financement de la protection sociale des différents pays européens se distinguent, comme on l'a vu, par les parts respectives qu'y prennent les cotisations sociales acquittées par les employeurs et par les personnes protégées, les dotations budgétaires et l'affectation d'impôts et taxes. Mais il y a lieu aussi de distinguer, au sein des contributions publiques, celles qui sont allouées par l'État et celles qui le sont par les autorités locales. En effet,

lorsque ces dernières contribuent de façon significative au financement de la couverture de certains risques, elles peuvent, de façon plus ou moins prononcée et selon leur degré d'autonomie fiscale, exercer une influence importante sur la nature des débats publics sur la protection sociale et sur son mode de pilotage financier.

De fait, dans plusieurs pays, la délivrance et le financement de certains dispositifs de protection sociale sont délégués aux autorités locales, selon des modalités variables qui seront précisées au chapitre IV du rapport. On citera ainsi :

- en Italie et en Suède : la fourniture des soins de santé par les régions ;
- en France et en Suède : l'aide à l'autonomie des personnes handicapées et âgées, respectivement par les départements et les communes ;
- en Allemagne, en France, en Italie et en Suède : l'aide sociale aux personnes à revenu modeste, notamment la délivrance des revenus minima lorsqu'ils existent ; il s'agit d'une responsabilité des *Länder* en Allemagne, des départements en France, des régions en Italie et des communes en Suède, les collectivités ayant toutefois des degrés d'autonomie divers en ce qui concerne la définition, le montant et le financement de ces prestations ;
- en Allemagne : l'investissement et le fonctionnement des structures d'accueil des jeunes enfants, majoritairement à la charge des *Länder*.

En règle générale, les collectivités locales gèrent ces fonctions de la protection sociale dans le cadre de leurs budgets globaux, sans disposer de ressources qui y sont spécifiquement affectées. Cependant, le jeu combiné de l'autonomie fiscale dont les collectivités peuvent disposer et des règles budgétaires propres aux autorités locales peut conduire à un pilotage financier spécifique de ces dispositifs obéissant à des contraintes propres. Tel est le cas, par exemple, du financement des dépenses de santé par les régions en Suède.

En définitive, le regard en partie « assurantiel » que les normes statistiques internationales ont tendance à projeter sur les systèmes européens de protection sociale doit être complété par l'analyse des arrangements institutionnels et financiers nationaux, et de la façon dont ils déterminent les débats sociaux et les processus de décision politique sur les risques couverts par la protection sociale. Le présent rapport reviendra sur ces enjeux dans sa quatrième partie, lorsqu'il traitera des liens entre modes de financement, gouvernance et pilotage de la protection sociale.

V. De premiers enseignements peuvent être dégagés de cette approche comparative globale

A l'issue de cette première phase d'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe, plusieurs enseignements se dégagent :

- En premier lieu, les données statistiques issues du système européen SESPROS proposent un cadre harmonisé indispensable. Elles fournissent notamment des informations primaires essentielles, telles que le poids des dépenses de protection sociale dans le PIB dans un périmètre commun, la ventilation de ces dépenses par grandes fonctions, ou encore la répartition des ressources de la protection sociale par grandes catégories : cotisations sociales à la charge des employeurs et des personnes protégées, impôts et

taxes affectés, dotations budgétaires... Sur cette base, des disparités significatives peuvent être observées et interprétées, notamment sous l'angle du rôle des cotisations sociales dans le financement de la protection sociale : si tous les pays européens recourent principalement aux cotisations sociales pour le financement des fonctions « vieillesse » et « chômage », les situations sont plus contrastées pour le financement de la santé et des prestations en faveur des familles. On observe à cet égard une relative concordance entre l'organisation des couvertures santé, selon qu'elles reposent sur des systèmes nationaux assurant offre et financement des soins, ou sur des régimes d'assurance maladie chargés seulement du financement, et la part des cotisations sociales dans le financement de la fonction « maladie/soins de santé ». De façon plus générale, le poids relatif des cotisations sociales reflète la bipartition traditionnelle entre systèmes de protection sociale « sociaux-démocrates » et « libéraux » d'un côté, et « bismarckiens » de l'autre.

- Cependant, ces indicateurs restent très agrégés, et circonscrire l'analyse au commentaire des parts respectives des cotisations sociales et des contributions publiques risquerait de la limiter à l'opposition classique entre ces trois familles. Or il importe aussi de tenir compte des formes « d'hybridation » de ces familles de systèmes de protection sociale depuis une vingtaine d'années, et des disparités importantes qui subsistent entre systèmes nationaux à l'intérieur de chacune de ces « familles » - les pays d'Europe du Sud et ceux d'Europe centrale et orientale étant particulièrement représentatifs de cette hétérogénéité. La prise en compte détaillée des arrangements institutionnels en vigueur dans les principaux pays européens est donc nécessaire à une compréhension plus complète de la diversité des modes de financement de la protection sociale, que le présent chapitre a amorcée, et qui sera poursuivie dans le quatrième chapitre de ce rapport.
- Si les concepts retenus par le système statistique communautaire SESPROS paraissent s'inspirer fortement des notions propres aux « assurances sociales », notamment en mettant en évidence les notions de « risques » et de « régimes » de protection sociale, l'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale doit également prendre en compte la façon dont s'y articulent des débats sociaux et des processus de décision, où les références assurancielles peuvent ne pas être forcément présentes. Par ailleurs, la diversité des modes de recours aux contributions publiques peut avoir un sens politique important : l'intervention significative des autorités locales peut orienter les débats publics vers des problématiques spécifiques et conduire à des modes de gouvernance financière particuliers de la couverture de certains risques.
- Enfin, ces premières analyses mettent d'ores et déjà en évidence des spécificités de la France en matière de modes de financement et de gouvernance de la protection sociale : un poids élevé des cotisations sociales dans le financement de la protection sociale qui conduit à ranger notre pays dans le groupe des systèmes « bismarckiens », mais aussi un recours important à des impôts et taxes spécifiquement affectés aux régimes de protection sociale, comme la contribution sociale généralisée dont aucun équivalent ne semble exister dans les autres pays européens. Cette dernière particularité peut au demeurant conduire à un questionnement critique de la distinction entre cotisations sociales et impôts et taxes affectés sur laquelle repose le système statistique SESPROS. D'une façon plus générale, cette spécificité française, qu'on ne peut manquer de mettre

en relation avec la gouvernance de la protection sociale propre à notre pays, notamment à travers les lois de financement de la sécurité sociale, invitent à une poursuite de la réflexion sur les liens entre les modes de financement, la gouvernance et le pilotage de la protection sociale, qui sera conduite dans la quatrième partie du présent rapport.

Chapitre II

La contribution de la protection sociale à la réduction des inégalités de revenus dans les pays européens

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale s'est intéressé, dans son rapport de mai 2013 sur la clarification et la diversification des ressources des régimes de protection sociale, à la contribution du système de protection sociale à la réduction des inégalités de revenus en France.

Si la mission première des dispositifs de protection sociale est de fournir une garantie aux individus face à des risques susceptibles de diminuer leur revenu ou d'accroître leurs charges, c'est-à-dire de réaliser une redistribution des revenus parfois qualifiée « d'horizontale » entre personnes affectées et épargnées par un risque, il est clair que les modes d'ouverture des droits à protection sociale, liés à la situation objective des personnes à l'égard des différents risques, et que les modalités de leur financement, fondées sur des prélèvements en grande partie proportionnels au revenu, contribuent à une réduction très significative des inégalités « verticales » de revenu, des ménages aisés vers les ménages modestes.

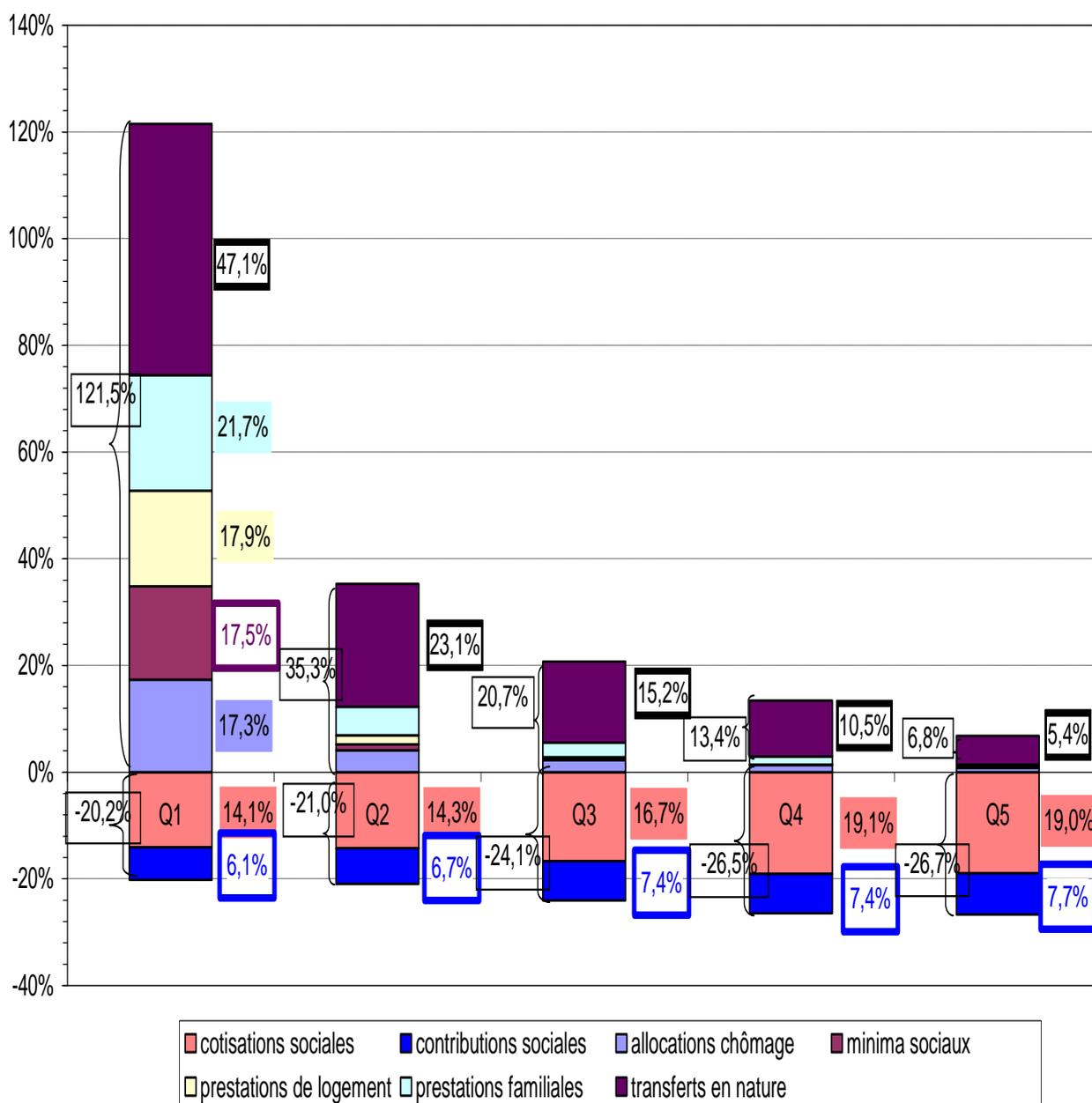
A cet effet, le Haut Conseil s'est notamment appuyé d'une part, sur les études publiées annuellement par l'Insee sur l'impact des prestations en espèces et des prélèvements directs sur les revenus des ménages sur la distribution des revenus, d'autre part et surtout sur une étude spécifique réalisée par l'Insee, qui s'est efforcée d'approcher au plus près le périmètre des prestations et des prélèvements de protection sociale, en intégrant à l'analyse les prestations en nature d'assurance maladie et en retranchant les prélèvements directs qui ne sont pas directement affectés au financement de la protection sociale (*cf.* Encadré 1).

Encadré 1

Bref rappel des résultats de l'étude réalisée par l'Insee pour le Haut Conseil sur les effets redistributifs de la protection sociale

L'étude réalisée par l'Insee pour le compte du Haut Conseil du financement de la protection sociale avait permis d'estimer les montants de prestations reçues et de prélèvements acquittés au titre de la protection sociale par les ménages tout au long de la distribution des revenus. Le graphique 1 ci-dessous indique ainsi le bilan redistributif de la protection sociale et des prélèvements qui la financent en 2009 pour les cinq quintiles de la population, c'est-à-dire cinq groupes d'effectif identique classés par niveau de vie croissant. On voit ainsi que les 20% d'individus les plus pauvres recevaient en moyenne dans l'année un montant de prestations nets des prélèvements sociaux d'environ 7 000 €, tandis qu'à l'autre extrême de la distribution des revenus les 20% de ménages les plus aisés acquittaient un montant de prélèvements nets des prestations sociales d'environ 12 000 €. Par comparaison des distributions des revenus avant et après prestations et prélèvements sociaux, les calculs réalisés par l'Insee montraient également qu'à elle seule la protection sociale réduisait de 30% les inégalités de revenu. Les prestations sociales contribuaient à hauteur de 91% à cet effort redistributif, contre seulement 9% pour les prélèvements sociaux. C'est la généralité des droits aux prestations, couplée à leur montant élevé, qui explique ce résultat, du fait de l'importance de la masse des revenus que la protection sociale transfère entre les bénéficiaires et les contributeurs. A cet égard, le rôle déterminant joué par les prestations sociales en nature, notamment les remboursements de l'assurance maladie avait également été noté ainsi que le suggère le graphique 1.

Graphique 1
Montant des prestations de protection sociale nettes des prélèvements
en part du revenu avant transferts (en euros par unité de consommation et par an)
par quintiles de niveau de vie



Lecture : Les 20% d'individus les plus pauvres (Q1) reçoivent des prestations sociales en espèces et en nature qui représentent 121,5% de leur revenu par unité de consommation avant prélèvements et transferts ; ils acquittent ailleurs des prélèvements sociaux qui s'élèvent à 20,2% de ce même revenu ; au total, leur niveau de vie est augmenté de 101,3% après prélèvements et transferts.

Source : Insee-Drees, modèle INES, 2009 ; calculs Insee.

Lors de l'examen de ces travaux, le Haut Conseil du financement de la protection sociale avait souhaité bénéficier d'un éclairage sur l'incidence de la protection sociale sur la distribution des revenus dans d'autres pays européens. Le deuxième chapitre de ce rapport vise donc à tenter à l'échelle européenne le même type d'analyse, en partant des données sur l'impact redistributif des principaux transferts en espèces et prélèvements directs pour essayer d'approcher une mesure de l'incidence de la protection sociale sur la distribution des revenus. A cet égard, un constat s'impose d'emblée :

- les études comparées disponibles portent sur l'impact redistributif des prestations sociales et des prélèvements directs sur les revenus, soit un périmètre proche des publications annuelles que réalise l'Insee sur données françaises ; peuvent être mobilisés à cet effet les travaux de l'OCDE sur la distribution des revenus dans les pays industrialisés, ainsi que, limitées aux États-membres de l'Union européenne, les données issues de l'enquête européenne harmonisée sur les revenus et les conditions de vie des ménages (EU-SILC) ; ces travaux ont toutefois pour limite de ne pas prendre en compte l'ensemble des dispositifs de protection sociale, notamment pas les prestations et services en nature (soins de santé, équipements et services d'accueil des jeunes enfants...), et de faire masse dans les prélèvements directs sur le revenu de prélèvements qui financent directement des risques de la protection sociale (cotisations sociales et impôts affectés aux régimes de protection sociale) et des autres impôts directs (impôt sur le revenu, taxe d'habitation) qui contribuent de façon indistincte aux dépenses inscrites dans les budgets de l'État et des collectivités locales ;
- en revanche, l'étude spécifique réalisée en 2013 par l'Insee pour le Haut Conseil du financement de la protection sociale, portant sur un périmètre plus directement proche de celui de la protection sociale, tant du côté des prestations (en incluant les prestations en nature) que de celui des prélèvements (en ne prenant en compte que les prélèvements expressément affectés au financement de la protection sociale), ne peut être directement transposée à l'échelle européenne ou internationale ; d'une part, il n'existe pas de données harmonisées sur les prestations et services sanitaires et sociaux en nature ; d'autre part, comme l'ont montré les analyses conduites au premier chapitre de ce rapport, dans presque tous les pays partenaires de la France, les prélèvements directement affectés au financement de la protection sociale ne représentent qu'une part minoritaire des ressources de celle-ci ; il y aurait donc lieu de tenir compte, dans le champ qui intéresse plus particulièrement le Haut Conseil du financement de la protection sociale, du profil des prélèvements qui, sans être directement affectés au financement des dépenses de protection sociale, y contribuent toutefois *via* leur apport aux ressources de l'État et des collectivités locales, qui participent dans certains pays à une hauteur importante à la couverture financière de ces dépenses (cf. Encadré 2 et chapitre IV).

Encadré 2

Prélèvements sociaux et prélèvements concourant au financement de la protection sociale : une distinction importante pour l'analyse internationale comparée

En France, les cotisations sociales, la CSG et les autres contributions sociales, qui sont exclusivement affectés au financement de la protection sociale et que l'on dénomme fréquemment par l'expression « prélèvements sociaux », représentent une part déterminante (82% en 2011) de l'ensemble des ressources concourant au financement des dépenses de protection sociale. Les autres prélèvements qui y contribuent sont :

- d'une part un ensemble d'impôts et de taxes qui lui sont directement mais pas exclusivement affectés (comme des fractions du produit de la TVA) ;
- d'autre part, les prélèvements qui financent les budgets de l'État et des collectivités locales, et qui contribuent indirectement à ce financement pour la partie des dépenses relevant directement de ces budgets.

De fait, dans le contexte français, les termes « prélèvements sociaux » et « financement de la protection sociale » sont souvent utilisés indifféremment par abus de langage.

Il ne peut en être de même en comparaison internationale, dans la mesure où dans beaucoup d'autres pays européens, d'une part le poids des cotisations sociales dans les ressources de la protection sociale est plus faible qu'en France, d'autre part une part significative des prestations peut directement relever des budgets de l'État et des collectivités locales (systèmes de protection sociale dits « beveridgiens »), et enfin il n'existe pas d'impôts et de taxes qui soient intégralement affectés au financement de la protection sociale à l'instar de la CSG et des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine en France.

Aussi, dans le présent chapitre :

- le terme « prélèvements sociaux » désignera strictement les ressources intégralement affectées au financement des dépenses de protection sociale (en pratique, les cotisations sociales dans tous les pays, et en outre, en France, la CSG et les autres contributions sociales, au premier chef les prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine) ;
- le terme « prélèvements concourant au financement de la protection sociale » désignera l'ensemble des ressources affectées au financement de la protection sociale, c'est-à-dire les prélèvements sociaux, les financements mobilisés dans ce champ par l'État et les collectivités locales, et les autres produits des régimes de protection sociale.

L'analyse de la progressivité et de l'incidence redistributive des prélèvements finançant la protection sociale ne doit pas être confondue avec celle portant sur les seuls prélèvements sociaux, la première devant intégrer la part et les caractéristiques de la structure fiscale des budgets de l'État et des collectivités locales contribuant à ce financement, et dont la progressivité et l'incidence redistributive peuvent être différentes de celle des prélèvements sociaux proprement dits.

Le présent chapitre se compose de trois parties. Dans une première partie, sont brièvement exposées les données statistiques disponibles au niveau européen sur les revenus des ménages ainsi que les transferts et les prélèvements au titre de la protection sociale (I). Puis sont présentées les études réalisées à l'échelle internationale qui mettent en œuvre une méthodologie traditionnelle de l'analyse des propriétés redistributives des prélèvements et des transferts, prenant en compte les seules prestations sociales en espèces et l'ensemble des prélèvements directs. Seront mobilisés des travaux de l'OCDE, ainsi qu'une étude spécialement réalisée par la

DREES pour le compte du Haut Conseil, et exploitant les données de l'enquête européenne harmonisée sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC) (II). La troisième partie s'efforce de réorienter ces premiers résultats vers une approche complète de l'impact redistributif des systèmes européens de protection sociale, au moyen d'une présentation, essentiellement qualitative, de l'incidence spécifique des prestations en nature, et du rôle des prélèvements sociaux et des autres prélèvements fiscaux qui participent indirectement au financement de la protection sociale au travers de leur contribution aux budgets de l'État et des collectivités locales.

I. Les données disponibles à l'échelle européenne sur la distribution des revenus des ménages et sur le rôle de la protection sociale dans leur formation

Les développements qui suivent présentent un état des lieux des sources disponibles à l'échelle européenne dans le domaine de la distribution des revenus des ménages et du rôle de la protection sociale dans la formation de ceux-ci, ainsi que les éléments statistiques plus spécifiques mais aussi moins intégrés sur l'effet redistributif des prestations et services en nature et sur la progressivité des différents types de prélèvements.

I.1. Les données disponibles à l'échelle européenne sur les revenus des ménages et sur le rôle de la protection sociale dans leur formation

L'expérience des travaux menés antérieurement par le Haut Conseil du financement de la protection sociale, avec l'appui technique de l'Insee, sur l'impact de la protection sociale sur la distribution des revenus des ménages, a mis en évidence les fortes contraintes que la disponibilité des données exercent sur ces travaux, et ce dans un cadre seulement national. Ces difficultés d'ordre statistique se retrouvent, sensiblement amplifiées, lorsqu'il s'agit d'étendre ce cadre analytique à plusieurs pays européens.

Une première source de difficultés provient de la diversité des conditions dans lesquelles il est possible d'accéder à des données individuelles relatives aux différentes catégories de revenus et de transferts dont bénéficient les ménages.

Quelques pays, pour la plupart d'Europe du Nord, disposent de registres administratifs récapitulant les différents revenus perçus par chaque individu ou ménage, qu'il est possible d'interconnecter au moyen d'un identifiant unique propre à chaque individu. Peuvent ainsi être aisément recueillis les revenus primaires, les différentes prestations sociales en espèces comme en nature, et les prélèvements sociaux et fiscaux afférents à chaque individu ou ménage. Cependant, dans une majorité d'États-membres de l'Union européenne, et notamment en France, les dispositions juridiques relatives à la protection des données personnelles proscrivent l'existence d'un identifiant unique propre à chaque individu. Dès lors, la reconstitution au niveau individuel des revenus primaires, des transferts et prélèvements sociaux et fiscaux et des revenus disponibles, requiert la mise en place de protocoles statistiques exprès, généralement complexes et dont la réplique année après année n'est pas forcément aisée.

La complexité de ces protocoles et leur dépendance aux données administratives nationales expliquent qu'il soit impossible d'obtenir des données harmonisées au niveau européen par la

simple juxtaposition des méthodes utilisées dans chaque pays pour calculer au niveau individuel les revenus primaires, les prélèvements et les transferts, et les revenus disponibles. C'est la raison pour laquelle l'Union européenne a entrepris de se doter d'une enquête par sondage portant sur les revenus et les conditions de vie des ménages, réalisée de façon coordonnée dans les différents États-membres sur la base d'un questionnaire harmonisé. Il s'agit de l'enquête « EU-SILC (« Survey on Income and Living Conditions », cf. Encadré 3). Chaque pays réalise cette enquête à l'aide de ses propres outils statistiques : ainsi la version française de l'enquête est-elle réalisée par l'Insee sous le nom « d'enquête sur les revenus et les conditions de vie » (ERCV).

Encadré 3

L'enquête européenne harmonisée EU-SILC

Les développements de la coopération entre États-membres de l'Union européenne dans le domaine des politiques sociales ont fait émerger le besoin d'indicateurs sociaux, tels que la proportion de personnes pauvres, l'inégalité de la distribution des revenus ou les obstacles à l'accès aux soins, permettant de mesurer les progrès réalisés par l'Union en matière de cohésion sociale, ce dans le contexte de la « stratégie de Lisbonne » (2000-2010), puis de la stratégie « EU-2020 » (2010-2020). La nécessité s'est rapidement fait rapidement sentir de disposer de sources statistiques harmonisées entre les États-membres permettant la production régulière de ces indicateurs et leur comparaison en niveau comme en évolution.

Une première tentative en ce sens a été le « panel communautaire des ménages », réalisé sur base de « gentleman-agreement » par 14 pays européens dont la France, par vagues annuelles de 1994 à 2001. Avec l'adhésion de dix nouveaux pays, la Commission européenne a pris l'initiative de proposer un règlement régissant la réalisation harmonisée d'enquêtes statistiques sur les revenus et les conditions de vie des ménages dans l'ensemble des États-membres. Le règlement cadre n° 1177/2003 du 16 juin 2003 encadre ainsi depuis 2004 la mise en œuvre dans les États-membres d'une enquête dite « EU-SILC » (Survey on Income and Living Conditions), qui comporte des domaines « primaires » traités chaque année (données de base, revenus, exclusion sociale, travail, logement, éducation, santé), et des domaines « secondaires » sur des thèmes variables (privations matérielles, endettement, partage des ressources au sein du ménage...), qui ont été définis à l'initiative de la Commission à partir de 2005.

L'enquête consiste à interroger le même échantillon de ménages et d'individus neuf années de suite. Elle se présente sous la forme d'un questionnaire ménage et de questionnaires individuels, qui permettent de recueillir des informations sur trois grandes catégories de ressources qui permettent de reconstituer le revenu disponible des ménages :

- les revenus primaires tirés du travail et du patrimoine, ces derniers incluant les pensions privées individuelles ;
- les transferts reçus, dont les prestations sociales par grands risques (maladie en espèces, invalidité, vieillesse-survie, famille, logement, chômage, pauvreté-exclusion sociale) ; les allocations liées à l'éducation et les transferts courants entre ménages sont également recueillis ;
- les impôts sur le revenu et les cotisations sociales, sachant que d'une part la distinction entre ces deux catégories de prélèvements ne peut pas être systématiquement réalisée dans l'ensemble des pays, et que d'autre part la répartition des cotisations sociales entre celles à la charge des salariés et celles acquittées par les employeurs n'est pas toujours effectuée de manière complète ; les impôts sur la fortune sont également collectés

(suite encadré 3)

En dépit de l'accent mis sur la qualité du recueil des données de l'enquête EU-SILC, celles-ci présentent plusieurs limites :

- les personnes vivant dans des « ménages collectifs » - notamment les personnes handicapées ou âgées résidant en institution – ne sont pas incluses dans l'échantillon des personnes interrogées ;
- dans de nombreux pays – à l'exception des pays nordiques et de la France -, les données sur les revenus des ménages découlent des déclarations des personnes interrogées, et non des informations détenues par les administrations fiscales et sociales ;
- la liste des prestations sociales dont l'enquête recherche la perception par les personnes interrogées est limitative, et en particulier se limite aux prestations en espèces, à l'exclusion des prestations en nature.

1.2. Les données complémentaires permettant d'approcher le rôle spécifique de la protection sociale dans la réduction des inégalités de revenu

Bien que permettant une avancée appréciable dans la connaissance de l'impact comparé des prélèvements et des transferts sur le revenu disponible des ménages, les données harmonisées européennes restent limitées par le fait qu'elles portent sur un périmètre de prestations et de prélèvements sociaux peu cohérent avec le champ de la protection sociale qui fait l'objet des préoccupations du Haut Conseil. D'une part, il ne prend pas en compte les prestations en nature dont on a déjà mentionné dans le contexte français le potentiel de contribution à la réduction des inégalités de revenu. D'autre part, les prélèvements pris en compte s'étendent à l'ensemble des contributions directes sur le revenu, dont certaines peuvent financer des prestations en nature exclues de l'analyse, et d'autres ne sont pas spécifiquement dédiés au financement de la protection sociale (par exemple, l'impôt sur le revenu).

Disposer d'un bilan comparé des propriétés redistributives des systèmes de protection sociale européens, utilisant une méthodologie proche de celle mise en œuvre sur données françaises, permettrait à cet égard d'enrichir substantiellement l'analyse. Cependant, une telle entreprise s'expose à des difficultés tenant d'une part à la validité même de la notion de bilan redistributif de la protection sociale dans certains pays (*cf.* Chapitre I), et d'autre part des hypothèses et conventions qu'il faudrait retenir pour approximer un tel bilan.

S'agissant tout d'abord de la prise en compte des prestations sociales en nature, il y a lieu de rappeler que les données pour la France dont le Haut Conseil du financement de la protection sociale a pu bénéficier en 2013, qui intègrent au bilan redistributif de la protection sociale les prestations en nature d'assurance maladie, sont le résultat d'une opération spécifique de rapprochement de l'enquête sur les revenus fiscaux et sociaux des ménages et de l'enquête « Santé et protection sociale » réalisée tous les deux ans par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), elle-même appariée avec les données de remboursement des soins par l'assurance maladie. Sa transposition aux données d'autres pays européens est donc hors de portée. Toutefois, l'OCDE a publié en 2012 une étude sur le rôle spécifique des prestations et services en nature fournis par les administrations publiques dans la

formation des inégalités de la distribution des revenus¹². Les dispositifs intégrés à l'étude concernent l'éducation, la santé, la prise en charge de la perte d'autonomie, le logement social et l'accueil des jeunes enfants. Bien que cette étude s'intéresse au seul impact redistributif de ces prestations et services, sans tenir compte de l'incidence que pourrait avoir leur mode de financement, elle pourra être utilisée à titre de complément des données statistiques générales sur les revenus, les transferts et les prélèvements afin de mieux approcher l'incidence redistributive de la protection sociale.

S'agissant ensuite d'enrichir et de rendre plus cohérent le champ des prélèvements de protection sociale intégrés à l'analyse, il faut noter que, lorsque les dépenses sociales sont majoritairement financées par les budgets de l'État et des autorités locales, comme c'est le cas dans les pays à systèmes de protection sociale « beveridgiens », il n'est pas immédiatement possible d'imputer à chaque individu sa contribution personnelle au financement de la protection sociale au travers de ces impôts. Comme on l'a remarqué au chapitre I, la France est en situation particulière parmi les pays européens en matière de financement de la protection sociale, avec un poids important des impôts exclusivement affectés au financement de la protection sociale, notamment la CSG et les prélèvements sociaux sur le patrimoine. Si cette configuration spécifique a permis à l'Insee de calculer des bilans redistributifs étendus à la gamme la plus large des prestations et prélèvements sociaux, elle ne peut être répliquée de façon automatique dans les autres pays européens.

Une notion étendue de financement de la protection sociale peut toutefois être reconstituée en faisant l'hypothèse que, lorsque des dépenses de protection sociale sont financées par les budgets de l'État et des collectivités locales, on peut mettre en face des montants des divers impôts figurant en recettes de ces budgets. On passerait ainsi d'une notion de « prélèvements sociaux » à une notion élargie de « prélèvements concourant au financement de la protection sociale » (cf. Encadré 2 précédent). Cela suppose toutefois de convenir d'hypothèses pour réaliser cette imputation, dont la plus naturelle consiste à déterminer des montants des divers prélèvements proportionnels à leur part dans les budgets nationaux et locaux et dont le total équilibre la dépense considérée, mais qui sont par nature conventionnelles et de ce fait discutables. En outre, le rapprochement ainsi opéré entre dépenses et financement porte sur des agrégats financiers, alors qu'un enrichissement du bilan redistributif de la protection sociale nécessiterait une imputation de ces prélèvements dans les revenus individuels.

En l'absence d'études ayant suivi une telle démarche selon une méthodologie harmonisée, il est toutefois possible de tenter de rassembler des informations sur la progressivité des barèmes des prélèvements et sur la structure fiscale des budgets de l'État et des collectivités locales dans les pays où ces derniers apportent une contribution importante au financement de la protection sociale, afin d'être en mesure de porter une appréciation globale et qualitative sur la progressivité de l'ensemble des prélèvements qui concourent au financement de la protection sociale. A cet égard, il est possible de mobiliser :

¹² Verbist G., M. F. Förster and M. Vaalavuo (2012), "The Impact of Publicly Provided Services on the Distribution of Resources: Review of New Results and Methods", *OECD Social Employment and Migration Working Papers*, N° 130, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k9h363c5szq-en>.

- d'une part, une étude publiée par l'OCDE en 2012, qui porte sur les tendances qui ont affecté les barèmes des prélèvements sociaux et fiscaux pesant sur les revenus des ménages depuis 2000 dans 17 pays de l'OCDE¹³ ; cette étude comporte notamment des informations sur les mécanismes qui introduisent dans certains pays des éléments de progressivité dans les barèmes des cotisations sociales ;
- d'autre part, les données collectées par l'OCDE sur les dépenses sociales et la fiscalité dans les pays membres, afin d'apprécier de façon qualitative l'incidence indirecte de la structure de la fiscalité nationale et locale sur l'impact redistributif du financement de la protection sociale dans les différents pays.

II. Les travaux exploitant les données existantes à l'échelle internationale sur l'impact des prestations en espèces et de l'imposition directe des revenus sur la distribution des revenus des ménages

Malgré les limites du cadre statistique au plan européen et international, qui ont été mentionnées dans la première partie de ce chapitre, il est possible de procéder au moyen des données de l'enquête EU-SILC à de premières analyses comparées des contributions des impôts directs et des prestations sociales en espèces à la redistribution des revenus. Ainsi, la Commission européenne a pris l'initiative de confier à un groupe d'experts la charge de réaliser une exploitation dans une perspective comparative des premiers résultats de l'enquête européenne harmonisée EU-SILC. Ce projet a donné lieu à un ouvrage collectif publié en 2010, dont l'une des contributions traite de l'impact redistributif des impôts directs et des prestations en espèces dans 24 pays européens, avec des données portant sur l'année 2007¹⁴, et dont les résultats sont commentés dans l'encadré 4 suivant.

Encadré 4

L'impact redistributif des impôts directs et des prestations en espèces : les résultats d'une première étude publiée en 2010

Atta-Darkua et Barnard (2010) ont mobilisé des données individuelles pour 24 pays et portant sur l'année 2007, qui leur permettent de passer du revenu initial (revenus du travail et du patrimoine, pensions des régimes publics de retraite) au revenu brut (le revenu initial augmenté des prestations en espèces au titre de l'indemnisation du chômage, de la réversion, des indemnités journalières de maladie, des prestations de réparation du handicap, des bourses d'éducation, des prestations familiales, des aides au logement et des minima sociaux), puis au revenu disponible (le revenu brut diminué des prélèvements directs et des transferts entre ménages : impôts sur le revenu et le patrimoine et prélèvements sociaux). Le champ de cette étude est donc proche de celui publié annuellement en France dans la publication France, portrait social, moyennant deux réserves importantes relatives d'une part à la prise en compte des prestations d'indemnisation du chômage au sein des transferts, alors qu'elles sont comptabilisées comme des revenus primaires dans les travaux français, et d'autre part à l'intégration de l'ensemble des cotisations et contributions sociales et non de seules celles d'entre elles qui financent les prestations sociales en espèces prises en considération dans les calculs.

¹³ Torres, C., K. Mellbye and B. Brys (2012), "Trends in Personal Income Tax and Employee Social Security Contribution Schedules", *OECD Taxation Working Papers*, n° 12, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k95qw9633vf-en>.

¹⁴ V. Atta-Darkua, A. Barnard (2010), "Distributional effects of direct taxes and social transfers (cash benefits)", in T. Atkinson, É. Marlier (éds.), "Income and living conditions in Europe", Eurostat, décembre.

(suite encadré 4)

Dans l'ensemble des 24 pays étudiés, le jeu des prélèvements directs et des prestations sociales en espèces conduit à réduire de près de neuf points le degré d'inégalité des revenus lorsque l'on passe des revenus initiaux aux revenus disponibles (le coefficient de Gini passant de 39,3% à 30,6%). Les prestations sociales contribuent à hauteur de 55% à ce résultat, le complément (45%) incombant aux prélèvements directs. Les pays d'Europe du Nord, les Pays-Bas, la Belgique, mais aussi l'Irlande, sont ceux dans lesquels l'effort de redistribution réalisé par les prélèvements directs et les prestations sociales est le plus important : ainsi, au Danemark, l'inégalité des revenus passe de 40,7% au stade des revenus initiaux à 29,8% après prise en compte des prestations sociales en espèces, et à 25,8% après application des prélèvements directs. Dans ce pays, les prestations sociales en espèces contribuent donc à hauteur de près des trois quarts à la réduction des inégalités de revenu prise en compte dans l'étude. A l'inverse, les pays baltes, l'Italie et l'Espagne se caractérisent par un effort de redistribution des revenus à l'aide des prestations sociales en espèces et des prélèvements directs plus faible qu'en moyenne européenne (-6 points d'indice de Gini pour l'Italie) et une contribution plus élevée, voire souvent majoritaire, des impôts directs. Les résultats de la France se situent légèrement au-dessus de la moyenne européenne, avec une réduction de 8,9 points de l'indice de Gini, imputable à hauteur de 61% aux prestations sociales en espèces et de 39% aux impôts directs. La source européenne harmonisée retrouve ainsi approximativement les résultats auxquels aboutissent les études sur données nationales.

Les développements de l'enquête harmonisée EU-SILC ont en outre contribué à un essor d'études de simulation de l'impact des politiques fiscales et sociales en Europe. On peut citer à cet égard les travaux réalisés à l'aide du modèle de micro-simulation EUROMOD, développé par un réseau de chercheurs européens coordonné par Mme Holly Sutherland, Professeure à l'Université d'Essex. Ce modèle de micro-simulation, qui repose sur l'enquête harmonisée EU-SILC pour 21 États-membres de l'Union européenne, permet de mesurer l'incidence redistributive de chacun des transferts ou prélèvements, de simuler l'impact de mesures de politique sociale ou fiscale, ou encore d'étudier les conséquences qu'aurait sur la distribution des revenus d'un pays l'application de la législation sociale et fiscale d'un autre pays. A titre d'exemple, afin d'évaluer ces effets, une étude publiée en avril 2014¹⁵ à l'aide du modèle de micro-simulation EUROMOD calcule pour les 27 États-membres de l'Union européenne l'impact qu'aurait sur la distribution des revenus de 2010 l'hypothèse d'une suppression de chacun des différents transferts en espèces et des prélèvements directs appréhendés dans l'enquête.

Dans le cadre de sa préoccupation d'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe, le Haut Conseil du financement de la protection sociale a pris connaissance de ces travaux, et a en outre bénéficié de deux contributions spécifiques, sur lesquelles se concentreront les développements qui suivent :

- un exposé présenté le 14 mai 2014 par des experts de l'OCDE¹⁶ sur les propriétés redistributives des prélèvements et des prestations sociales dans les pays de l'OCDE ;
- une exploitation réalisée par la DREES des données les plus récentes de l'enquête européenne EU-SILC, qui permet notamment, outre la prise en compte des prélèvements

¹⁵ S. Avram, H. Levy, H. Sutherland (2014), "Income redistribution in the European Union", *EUROMOD Working Paper n° EM 8/14*, avril.

¹⁶ M. Michael Förster, administrateur principal à la Division des politiques sociales, Mme Dominique Paturot, économiste au Centre de politique et d'administration fiscale, Mme Monika Queisser, chef de la division des politiques sociales à l'OCDE

directs, une approche plus détaillée de la contribution des prestations afférentes aux différents risques de la protection sociale à la redistribution des revenus.

Ces développements privilégient l'analyse de la réduction des inégalités de revenu à l'aide du coefficient de (pseudo-)Gini, sachant que l'étude de la DREES mentionne également le rapport interquintile, et que les indicateurs européens font plutôt référence au taux de pauvreté au seuil de 60% du niveau de vie médian (cf. Encadré 5).

II.1. Les travaux de l'OCDE sur l'évolution récente des inégalités de revenus dans les pays développés, et sur le rôle redistributif des prestations sociales et des prélèvements directs sur les revenus

En premier lieu, l'OCDE a conduit plusieurs études visant à mesurer de façon harmonisée l'évolution des inégalités de revenu dans les pays développés, et à identifier les facteurs à l'œuvre dans ces évolutions¹⁷. Ces travaux se fondent sur les sources nationales sur les revenus des ménages, dont pour la France l'enquête sur les revenus fiscaux et sociaux (ERFS), mais aussi sur l'enquête EU-SILC pour certains États-membres de l'Union européenne. S'agissant de l'analyse des causes de l'évolution des inégalités de revenus, l'OCDE distingue le rôle des prestations en espèces et des prélèvements directs sur les revenus, soit comme on l'a vu précédemment un champ pour partie différent de celui de la protection sociale.

Encadré 5

Différents indicateurs pour mesurer les inégalités et la redistribution des revenus

Les études qui sont présentées dans le présent chapitre recourent à des indicateurs synthétiques permettant de mesurer l'inégalité de la distribution des revenus avant et après transferts et prélèvements, et de calculer la contribution des différents transferts et prélèvements à la redistribution des revenus. Il importe donc de rappeler les notions de revenu utilisées dans ces études, et la définition des indicateurs utilisés.

Revenus primaires, revenus initiaux, revenus disponibles, unités de consommation

Les revenus primaires correspondent aux revenus bruts perçus par un individu ou un ménage, et recouvrent les rémunérations du travail, salarié ou non salarié, et celles du patrimoine investi ou placé.

Les revenus initiaux sont une notion voisine des revenus primaires, mais qui tient compte du fait que certains transferts sociaux ne remplissent pas exclusivement une fonction de redistribution. C'est le cas des revenus de remplacement (pensions de retraite ou d'invalidité, allocations d'indemnisation du chômage, indemnités journalières de maladie ou d'accidents du travail), qui dans de nombreux pays ont pour contrepartie le paiement de cotisations sociales sur les revenus d'activité, et dont le montant individuel est lié à l'effort contributif réalisé.

¹⁷ Au travers des publications suivantes disponibles via www.oecd.org/fr/social/inegalite-et-pauvrete.htm :

- « Croissance et inégalité : distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE », octobre 2008 ;

- « Toujours plus d'inégalité : pourquoi les inégalités se creusent ? », décembre 2011 ;

- « Rising Inequality: Youth and poor fall further behind », juin 2014.

(suite encadré 5)

Si assurément ces dispositifs « assuranciers » réalisent une certaine redistribution du revenu en raison de l'écart positif ou négatif existant entre les cotisations acquittées par et les prestations promises à chaque individu, il ne serait cependant pas exact de considérer qu'en l'absence de ces revenus de remplacement, les individus ne disposeraient d'aucun revenu primaire. Il est en effet probable que dans ce cas ils adhéreraient à des dispositifs d'épargne ou d'assurance. La notion de revenu initial vise à élargir celle de revenu primaire à tout ou partie de ces revenus de remplacement. En pratique, si toutes les études incluent les pensions de retraite et les indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail dans les revenus initiaux, en dépit d'effets redistributifs avérés mais spécifiques (cf. encadré 6), le traitement des indemnités de chômage et des allocations liées à l'invalidité est plus hétérogène dans les comparaisons internationales, une majorité les considérant toutefois comme des revenus de transfert, eu égard à la diversité du mode d'attribution de ces prestations dans les pays européens.

Les revenus disponibles correspondent aux revenus initiaux augmentés des transferts sociaux non déjà pris en compte, et diminués des prélèvements directs sur le revenu (cotisations sociales, impôts nationaux et locaux sur le revenu, impôts sur la fortune).

Pour comparer les niveaux de vie de ménages de composition différente, on rapporte en outre les revenus ainsi calculés au nombre et à l'âge des personnes du ménage, en tenant compte des économies d'échelle. L'échelle d'équivalence communément utilisée consiste à attribuer une part ou « unité de consommation » au premier adulte, une demi-part aux autres personnes âgées de plus de 14 ans, et 0,3 part aux enfants jusqu'à 14 ans. Le niveau de vie d'un ménage et de chacun des individus qui le composent est égal au revenu (primaire, initial ou disponible) divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage.

Le rapport interquintiles

Une première mesure de la redistribution utilisée dans ce rapport est donnée par la variation du rapport interquintile (Q5/Q1), selon qu'il est calculé sur la distribution des niveaux de vie initiaux ou sur celle des niveaux de vie disponibles. Q5/Q1 est le ratio du revenu par unité de consommation au-dessus duquel se trouvent les 20% les plus aisés (Q5) rapporté au revenu par unité de consommation en-dessous duquel se trouvent les 20% de la population au niveau de vie le plus bas (Q1). Si ces ratios diminuent après transferts et prélèvements, cela signifie que les niveaux de vie des ménages situés relativement aux extrêmes de la distribution se sont rapprochés, et donc que la redistribution a réduit les inégalités entre ces points de la distribution.

L'Union européenne utilise un indicateur d'inégalité, dit « S80/S20 », qui rapporte la masse des revenus accumulés par les 20% d'individus les plus favorisés à la masse des revenus accumulés par les 20% d'individus les plus pauvres.

Les indices ou coefficients de Gini et pseudo-Gini des différents prélèvements et prestations

Au contraire des précédents, les indicateurs comme l'indice de Gini prennent en compte la totalité de la population et de la distribution des revenus. Cet indice mesure en effet la concentration des niveaux de vie comme la distance de la distribution réelle des revenus par unité de consommation à une situation hypothétique de parfaite égalité des niveaux de vie (chaque unité de consommation recevant le même pourcentage du revenu total du pays). La distribution des niveaux de vie est d'autant plus inégalitaire que la part du revenu total par unité de consommation perçue par les x% les plus modestes est inférieure à x%, et c'est cet écart que mesure l'indice de Gini.

(suite encadré 5)

Pour comparer le caractère plus ou moins redistributif de différentes prestations ou prélèvements, on définit l'indice de « pseudo-Gini » : il se construit comme l'indice de Gini, mais on considère la part de la masse totale d'une prestation ou d'un prélèvement selon la position des ménages dans la distribution des revenus initiaux. Il est alors possible de décomposer l'indice d'inégalité du revenu disponible en fonction de l'indice du revenu initial et de ceux concernant les transferts et les prélèvements, et d'évaluer pour chacun d'entre eux sa contribution relative à la réduction des inégalités. Elle dépend à la fois de son poids relatif dans l'ensemble des revenus et de sa progressivité.

Le taux et l'intensité de la pauvreté

Un dernier indicateur relatif à la distribution des revenus est le taux de pauvreté, qui mesure la proportion de personnes dont le niveau de vie, avant ou après transferts et prélèvements, est inférieur à un seuil conventionnellement fixé à 60% du niveau de vie médian dans chaque pays. Il s'agit donc d'une mesure relative de la pauvreté, qui tient compte du niveau de vie général de chaque pays. L'intensité de la pauvreté est égale à l'écart relatif entre le seuil de pauvreté et le niveau de vie moyen ou médian des personnes dont le niveau de vie est inférieur à ce seuil. Elle permet une appréciation de la gravité de la situation économique des personnes pauvres à travers la distance entre le revenu moyen des personnes pauvres et le seuil de pauvreté. L'encadré 7 *infra* propose une approche, couramment mise en avant par les travaux de la Commission européenne, de l'impact redistributif des prestations sociales à partir de la différence entre les taux de pauvreté calculés sur les distributions des revenus avant et après prise en compte de ces prestations.

Encadré 6

Les effets redistributifs non pris en compte liés au système de retraite

Les calculs réalisés par l'OCDE et analysés ci-après ne prennent pas en compte les retraites et les indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail dans les prestations en espèces, celles-ci étant intégrées aux revenus initiaux.

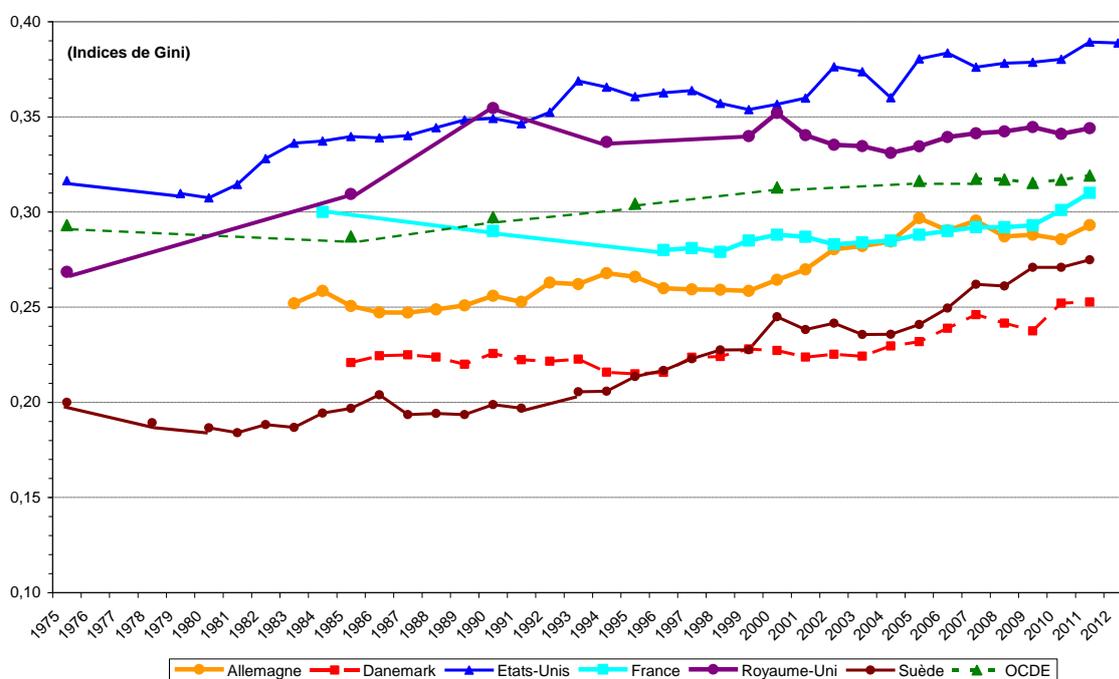
S'agissant des retraites, et dans le cas de la France, les travaux du Conseil d'orientation des retraites, notamment son douzième rapport publié en 2013, sur lesquels le Haut Conseil du financement de la protection sociale s'est appuyé dans son rapport de juin 2013 sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale, ont toutefois souligné l'importance des mécanismes redistributifs à l'œuvre dans le calcul des droits à la retraite. Ces effets redistributifs passent à la fois par des dispositions visant un objectif redistributif explicite (minima de pensions, avantages en faveur des assurés ayant élevé des enfants, possibilités de départ anticipé en retraite...), et par des mécanismes plus indirects insérés dans les formules de calcul des droits (tels que par exemple le calcul du salaire de référence).

D'une façon générale, les taux de pauvreté sont en général plus faibles parmi les personnes âgées que pour l'ensemble de la population (respectivement 13,8% et 16,7% dans l'Union européenne en 2013). Si la France s'inscrit dans cette tendance (13,7% de personnes pauvres dans l'ensemble de la population, pour 8,7% parmi les 65 ans et plus), d'autres pays présentent cependant des taux de pauvreté relativement plus élevés parmi les personnes âgées : c'est le cas en Suède, où 16,4% des personnes âgées de 65 ans et plus ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté, contre 14,8% dans l'ensemble de la population).

Les analyses de l'OCDE dégagent trois types d'enseignements. En premier lieu, les inégalités de la distribution des revenus disponibles des ménages ont augmenté depuis la crise économique et financière de 2008 dans un grand nombre de pays développés, et ont progressé sur une période plus longue dans la majorité d'entre eux (*cf.* graphique 2). L'augmentation récente des inégalités

de revenu s'explique en partie, dans de nombreux pays, d'une part par l'augmentation des revenus primaires perçus par les actifs et les détenteurs de patrimoine au sommet de la distribution, et d'autre part par les réductions importantes des ressources apportées aux programmes sanitaires et sociaux dans le cadre des plans de redressement des finances publiques mis en œuvre postérieurement à la crise, après une première étape où les stabilisateurs automatiques et les mesures de relance ont soutenu le revenu des ménages mais détérioré la situation des comptes publics. La France apparaît comme le pays dans lequel les inégalités de revenu ont le moins progressé depuis le milieu des années quatre-vingt, malgré une nette reprise à la hausse depuis 2008, sachant que ces évolutions sur la longue période s'inscrivent dans une tendance au ralentissement de la progression moyenne du produit intérieur brut par tête, voire à une stagnation depuis une dizaine d'années.

Graphique 2
Evolution des inégalités de revenu disponibles dans une sélection de pays membres de l'OCDE



Source : OCDE 2013, *La crise amoindrit les revenus et retentit sur les inégalités et la pauvreté* 2014, *Le point sur les inégalités de revenu - juin 2014: Le creusement des inégalités touche plus particulièrement les jeunes et les pauvres*. www.oecd.org/fr/social/inegalite-et-pauvrete.htm

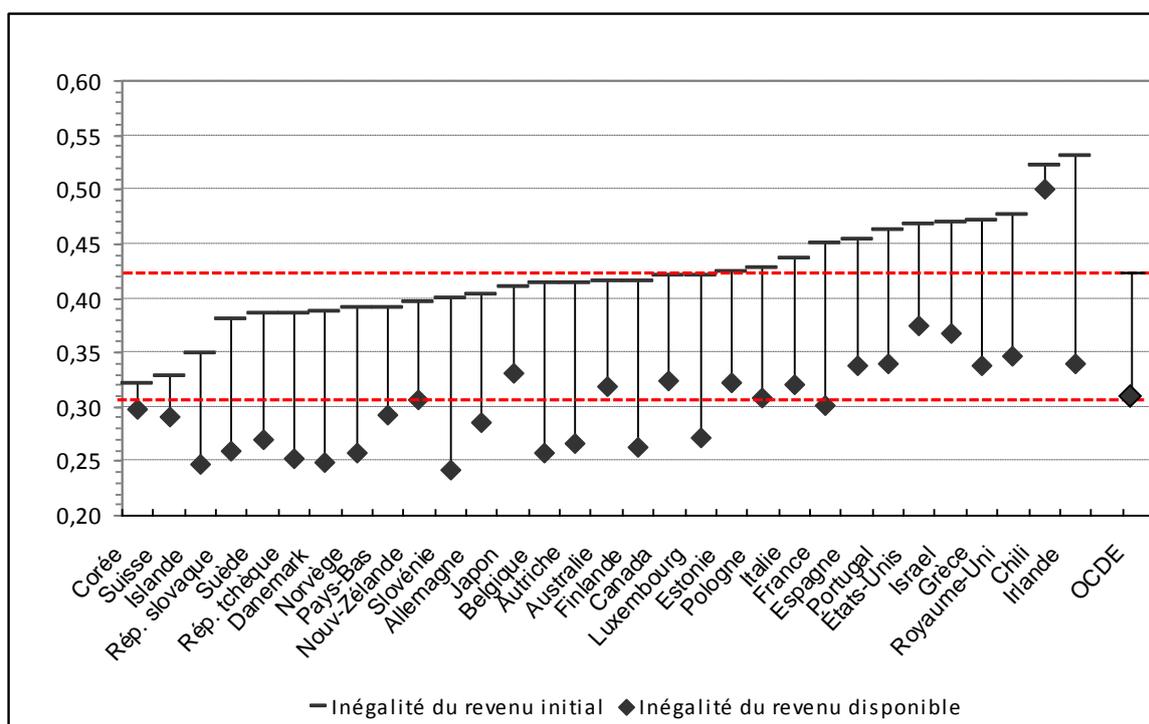
Note: Les données concernent les revenus disponibles par unité de consommation (« niveaux de vie »).

Cf. Encadré 5 pour la définition de l'indicateur d'inégalité présenté sur ce graphique (coefficient de Gini).

En second lieu, l'ampleur des inégalités de revenu disponible dans les différents pays dépend d'une part du niveau des inégalités de revenu « primaires » ou « initiaux », avant transferts et prélèvements, et d'autre part de l'impact redistributif de ces transferts et prélèvements (cf. graphique 3). Certains pays, comme les pays scandinaves, présentent des inégalités de revenus « primaires » de faible ampleur, ce qui leur permet d'atteindre des degrés d'inégalité des revenus disponibles parmi les plus bas avec un impact redistributif des transferts et des prélèvements relativement plus limité. D'autres, comme l'Irlande, se caractérisent par un haut degré d'inégalité des revenus primaires, et doivent exercer un effort redistributif considérable à l'aide des transferts et des prélèvements pour se rapprocher de la moyenne des pays développés en termes

d'inégalités de revenu disponible. La France s'apparente à cette deuxième catégorie de pays, avec des inégalités de revenus primaires plus élevées que la moyenne de l'OCDE, et un impact redistributif significatif des transferts et des prélèvements qui permet à notre pays de rejoindre exactement la moyenne de l'OCDE en termes d'inégalité de la distribution des revenus disponibles. En revanche d'autres pays présentant un degré élevé d'inégalité des revenus primaires (Espagne, Etats-Unis, Royaume-Uni) restent, du fait d'un impact redistributif limité des prélèvements directs et des prestations en espèces, significativement au-dessus de la moyenne de l'OCDE en termes d'inégalités finales des revenus disponibles.

Graphique 3
Inégalités de la distribution des revenus avant et après transferts et prélèvements
dans les pays de l'OCDE pour la population âgée de 15 à 64 ans, en 2010

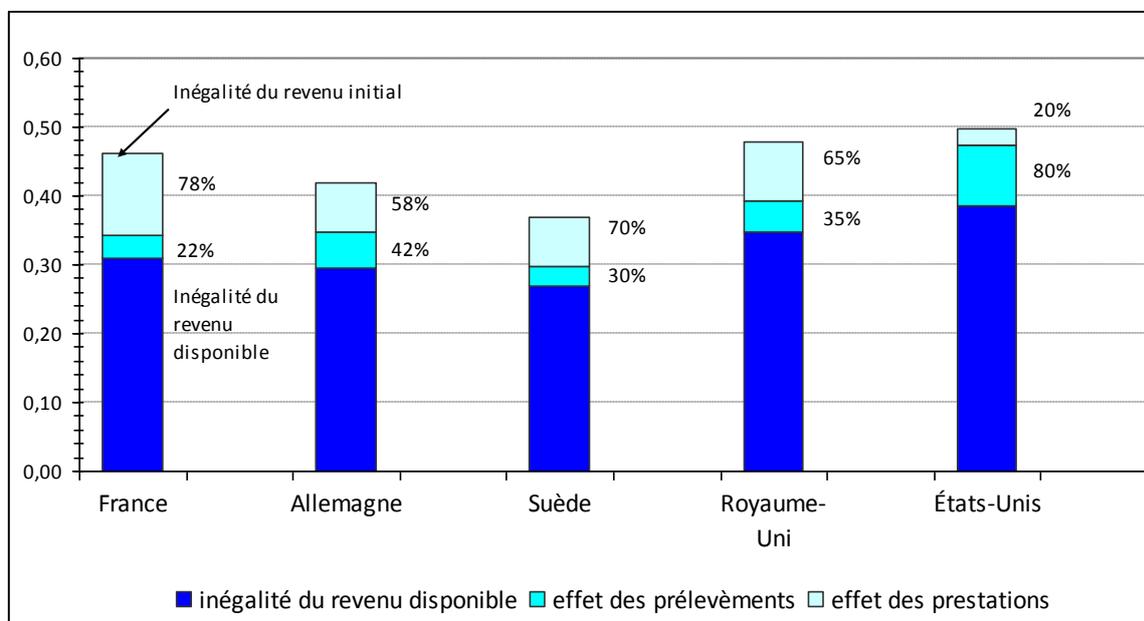


Source : OCDE 2013, *La crise amoindrit les revenus et retentit sur les inégalités et la pauvreté*, www.oecd.org/fr/social/inegalite-et-pauvrete.htm.

Enfin, lorsque l'on essaie de décomposer les contributions respectives des prestations sociales en espèces d'une part, et des prélèvements directs sur le revenu d'autre part, à la réduction des inégalités du revenu disponible, on observe que les pays européens se caractérisent par un apport des prestations en espèces à la redistribution sensiblement plus important que celui des prélèvements directs (cf. graphique 4). Avec la Suède, la France paraît particulièrement accentuer cette tendance européenne, avec une contribution des prestations à la redistribution 3,5 fois plus importante que celle des prélèvements, tandis que l'Allemagne et le Royaume-Uni équilibrent davantage les impacts redistributifs de ces deux mécanismes. En revanche, le contraste est net avec les États-Unis, pays dans lequel ce sont les prélèvements qui réalisent 80% de la réduction des inégalités des revenus disponibles par rapport à celles des revenus primaires. Cette contribution importante en Europe des prestations en espèces à la réduction des inégalités de revenu explique que les mesures de réduction de ces dépenses intervenues dans le cadre des

plans de redressement financier mis en œuvre à partir de 2010 aient pu dans certains pays avoir pour effet d'accroître ces inégalités au cours des dernières années (cf. graphique 2 précédent).

Graphique 4
Contributions des prestations sociales en espèces et des prélèvements directs sur le revenu à la réduction des inégalités de revenu dans les pays de l'OCDE



Source : données préliminaires de la Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus ; elles portent sur 2011 pour la France, l'Allemagne et la Suède, et 2012 pour le Royaume-Uni et les États-Unis.

Champ : population âgée de 15 à 64 ans.

Lecture : En France, l'indice de Gini de la distribution des niveaux de vie passe de 0,47 avant prestations en espèces et prélèvements directs à 0,31 après prestations et prélèvements. 78% de cet écart est imputable aux prestations en espèces (ce qui signifie que l'indice de Gini de la distribution des niveaux de vie après prestations et avant prélèvements s'élève à environ 0,33), et 22% aux prélèvements directs.

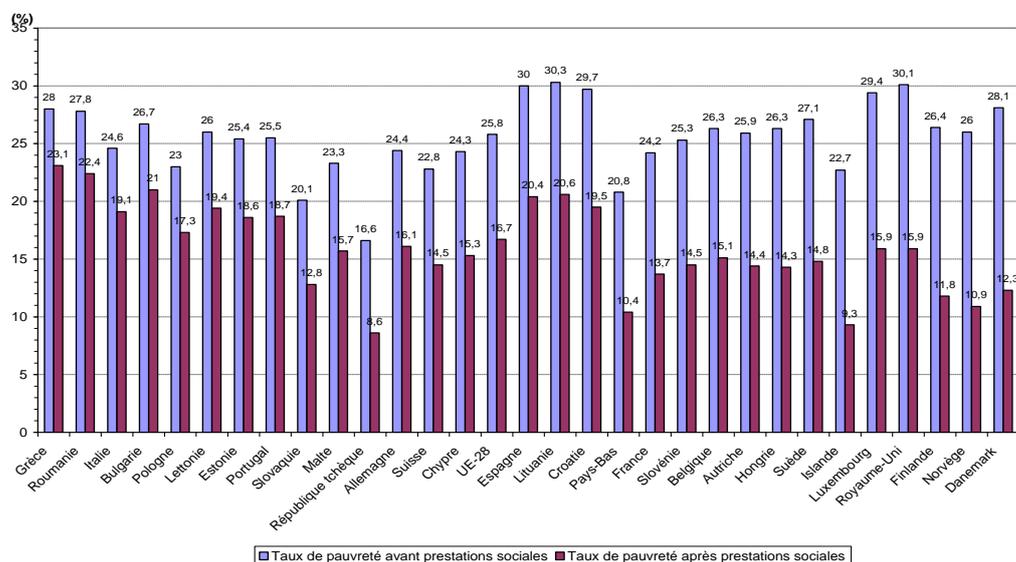
Encadré 7
Une approche de l'impact redistributif de la protection sociale
au travers de l'écart des taux de pauvreté avant et après prestations sociales

Comme cela a été mentionné plus haut (cf. *supra*, Encadré 5), l'analyse comparée des taux de pauvreté est également riche d'enseignements pour l'appréciation de la contribution de la protection sociale à la réduction des inégalités de revenu.

Dans le cadre du processus d'échanges de pratiques entre pays européens dans le domaine des politiques sociales (processus dénommé « méthode ouverte de coordination »), la Commission européenne publie et met à jour un ensemble d'indicateurs, parmi lesquels les taux de pauvreté au seuil de 60% du niveau de vie médian (cf. définition à l'encadré 5) mesurés d'une part sur les revenus disponibles avant prise en compte des prestations sociales, d'autre part sur les revenus disponibles après prise en compte des prestations sociales (les prélèvements sociaux acquittés par les personnes aux revenus les plus modestes pouvant être négligés). La comparaison de ces deux mesures de la pauvreté permet d'approcher l'incidence des prestations sociales sur la distribution des revenus *via* la proportion de personnes qui sortent de la pauvreté grâce à ces prestations. Le graphique 5 suivant propose cette comparaison.

(suite encadré 7)

Graphique 5
Taux de pauvreté avant et après prestations sociales
dans les États-membres de l'Union européenne en 2013



Source : Eurostat.

Note : les pays sont classés par écart croissant entre les taux de pauvreté avant et après prestations sociales. Les données relatives à l'Irlande sont indisponibles.

Sous cet angle, les résultats obtenus par les États-membres de l'Union européenne apparaissent pour partie différents de ceux qui transparaissent des études de l'OCDE (cf. *infra*, Graphique 3). Si les pays d'Europe du Nord demeurent ceux dans lesquels l'impact des prestations sociales sur la pauvreté est le plus élevé en 2013, le Royaume-Uni s'insère à présent dans le voisinage de ces pays. Cela tient sans doute à la forte concentration des prestations sociales en faveur des ménages modestes au Royaume-Uni. La France obtient pour sa part résultat un peu plus favorable que la moyenne des États-membres, avec un recul de plus de dix points des taux de pauvreté du fait des prestations sociales (de 24,2% avant à 13,7% après prestations sociales), contre neuf points en moyenne européenne (le taux de pauvreté passant de 25,8% avant à 16,7% après prestations sociales). En revanche, l'Allemagne ne parvient à réduire que de huit points son taux de pauvreté à l'aide des prestations sociales. Les propriétés redistributives relativement faibles du système de protection sociale italien sont enfin confirmées, avec une diminution de seulement 5,5 points du taux de pauvreté du fait des prestations sociales.

II.2. Une exploitation inédite des données de l'enquête EU-SILC, réalisée par la DREES

La DREES a exploité pour le compte du Haut Conseil du financement de la protection sociale la dernière vague disponible (vague 2011 portant sur les données 2010) de l'enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC), afin d'enrichir le bilan de la redistribution verticale opérée par les transferts sociaux et fiscaux. La méthodologie est précisée à l'encadré 8 suivant, et les résultats détaillés sont joints en complément au présent rapport.

Encadré 8

Méthodologie de l'étude réalisée par la DREES sur la contribution des prélèvements directs et des prestations en espèces à la redistribution des niveaux de vie à partir des données de l'enquête européenne harmonisée EU-SILC de 2011

Les données exploitées par la DREES sont celles de la vague 2011 de l'enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC), portant sur les revenus de 2010.

Compte tenu des problèmes de qualité et de comparabilité des données de l'enquête EU-SILC (*cf.* Encadré 3 précédent), seuls neuf pays ont pu être intégrés à l'analyse (Autriche, Belgique, Espagne, France, Luxembourg, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Italie). En particulier les données relatives à l'Allemagne sont absentes des données transmises par Eurostat, Par ailleurs, bien que complètes, les données relatives au Danemark présentaient des évolutions inexpliquées qui ont également conduit à leur retrait.

En termes de dispositifs pris en compte, l'analyse intègre, du côté des prélèvements, les cotisations et contributions sociales salariales, l'impôt sur le revenu et les autres impôts directs (tels que la taxe d'habitation en France), ainsi que l'impôt sur la fortune. En outre, l'impôt sur le revenu et les cotisations sociales étant dans plusieurs pays prélevés à la source, les données de l'enquête EU-SILC ne permettent pas de distinguer ces deux catégories de prélèvements de façon suffisamment robuste. En ce qui concerne les prestations, l'analyse porte sur la plupart des prestations en espèces, à l'exception des pensions de retraite considérées comme « assurancielles » sur le cycle de vie : les prestations familiales (y compris les aides à la garde d'enfants), les aides au logement, les allocations chômage, les prestations d'invalidité et les prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale sont prises en compte, tandis que les prestations en nature sont comme à l'accoutumée laissées de côté.

Le tableau 1 suivant expose les principaux résultats de cette exploitation. Il présente l'indice de Gini de la distribution des niveaux de vie avant et après ces prélèvements et ces transferts. Il fournit les contributions des prélèvements et des prestations afférentes aux différents risques à la réduction des inégalités de niveau de vie. Ainsi que précisé dans la note de la DREES jointe en complément, ces contributions peuvent elles-mêmes être décomposées en un premier effet qui retrace le poids de chaque transfert dans le revenu disponible, et un second effet lié à la progressivité de chaque transfert. Ainsi, une prestation ou un prélèvement fortement progressif peut ne pas contribuer fortement à la redistribution des revenus s'il ne représente qu'une part réduite du revenu disponible.

S'agissant d'une étude exploratoire, et en raison des limites de la comparabilité des données et des choix méthodologiques retenus, les résultats doivent être commentés avec prudence. Il ressort toutefois de l'analyse, que, sauf en Italie où les impôts directs concentrent 60% de la réduction des inégalités de revenu, ce sont les prestations sociales hors retraites (*cf.* Encadré 6) qui apportent une contribution majoritaire à cette réduction. Cette contribution varie de 40% (Italie) à 84% (Pays-Bas), et est proche de 75% pour la France.

Ces contributions ne peuvent toutefois pas être directement comparées à celles de l'exercice annuel mené par l'INSEE (*France Portrait Social [2011]*) d'analyse de la redistribution, ni avec les résultats des travaux de l'OCDE présentés au paragraphe précédent, qui portent sur des champs différents¹⁸.

A cet égard, le principal apport de l'étude de la DREES est l'information détaillée qu'elle fournit sur l'incidence redistributive des grandes catégories de prestations par risque. Elle permet par ailleurs, pour chacune de ces catégories, d'apprécier si leur incidence découle de la progressivité du barème des prestations, ou plutôt de leur poids dans le revenu disponible des ménages et par suite de la masse des revenus qu'elles conduisent à transférer entre les individus. Ce sont à cet égard les prestations d'indemnisation du chômage qui apparaissent encore les premières contributrices à la réduction des inégalités de revenu dans la plupart des pays. Cette contribution est particulièrement importante en Espagne (44,5%), en raison du taux de chômage élevé de la population active dans ce pays. A l'inverse, les prestations chômage jouent faiblement dans la redistribution au Royaume-Uni (3,6%), compte tenu de leur montant quasi-forfaitaire et de leur durée d'attribution limitée.

Tableau 1
Contributions des transferts de protection sociale
à la réduction des inégalités de niveau de vie

Pays	Italie		
Gini du revenu initial	0,39		
	Part du transfert ou du prélèvement dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert ou du prélèvement	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	2,7	-0,43	16,4
invalidité	1,4	-0,74	14,5
famille	0,7	-0,64	6,2
logement	0,1	-0,76	1,2
exclusion sociale	0,2	-0,59	1,8
impôts	31,8	0,13	59,9
			100
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,31		

¹⁸ En particulier la publication annuelle de l'Insee inclut les allocations chômage au revenu avant redistribution. Appréhender, ces dernières comme des transferts, comme le fait l'étude de la DREES, a pour effet de conforter la primauté des prestations en termes de contribution à la redistribution.

Tableau 1 (suite)

**Contributions des transferts de protection sociale
à la réduction des inégalités de niveau de vie**

Pays	France			Pays	Autriche		
Gini du revenu initial	0,38			Gini du revenu primaire	0,37		
	Part du transfert ou du prélèvement dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert ou du prélèvement	Contribution à la réduction des inégalités (en %)		Part du transfert ou du prélèvement dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert ou du prélèvement	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	2,9	-0,69	25,5	chômage	2,3	-0,95	20,6
invalidité	0,7	-0,90	8,1	invalidité	2,2	-0,94	19,3
famille	1,8	-0,63	14,2	famille	3,5	-0,53	17,2
logement	1,6	-0,91	17,8	logement	0,3	-1,10	2,8
exclusion sociale	0,7	-1,11	9,4	exclusion sociale	0,4	-1,11	3,8
impôts	21,5	0,09	24,9	impôts	33,2	0,12	36,3
			100				100
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,30			Pseudo-Gini du revenu disponible	0,27		

Pays	Belgique			Pays	Espagne		
Gini du revenu initial	0,40			Gini du revenu initial	0,40		
	Part du transfert ou du prélèvement dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert ou du prélèvement	Contribution à la réduction des inégalités (en %)		Part du transfert ou du prélèvement dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert ou du prélèvement	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	6,0	-0,89	37,9	chômage	4,4	-0,79	44,5
invalidité	2,9	-1,03	21,0	invalidité	1,7	-0,88	19,6
famille	2,6	-0,43	7,8	famille	0,5	-0,25	1,5
logement	0,0	-0,60	0,2	logement	0,2	-0,57	1,3
exclusion sociale	0,5	-1,23	4,5	exclusion sociale	0,7	-0,85	7,7
impôts	28,8	0,14	28,6	impôts	14,6	0,14	25,5
			100				100
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,26			Pseudo-Gini du revenu disponible	0,32		

Tableau 1 (suite)
Contributions des transferts de protection sociale
à la réduction des inégalités de niveau de vie

Pays	Luxembourg			Pays	Pays-Bas		
Gini du revenu initial	0,36			Gini du revenu initial	0,37		
	Part du transfert ou du prélèvement dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert ou du prélèvement	Contribution à la réduction des inégalités (en %)		Part du transfert ou du prélèvement dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert ou du prélèvement	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	2,6	-0,91	22,4	chômage	2,2	-0,69	11,8
invalidité	2,0	-1,02	19,1	invalidité	3,9	-0,95	29,1
famille	3,7	-0,55	19,7	famille	1,1	-0,51	4,6
logement	0,3	-0,62	1,7	logement	1,2	-1,05	9,7
exclusion sociale	1,1	-1,18	13,0	exclusion sociale	3,0	-1,15	27,0
impôts	27,4	0,09	24,0	impôts	49,7	0,05	17,8
			100				100
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,26			Pseudo-Gini du revenu disponible	0,25		

Pays	Royaume-Uni			Pays	Suède		
Gini du revenu initial	0,45			Gini du revenu initial	0,34		
	Part du transfert ou du prélèvement dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert ou du prélèvement	Contribution à la réduction des inégalités (en %)		Part du transfert ou du prélèvement dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert ou du prélèvement	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	0,4	-1,08	3,6	chômage	2,1	-0,80	19,1
invalidité	1,3	-1,03	10,6	invalidité	3,4	-0,83	32,4
famille	2,5	-0,84	16,0	famille	2,6	-0,43	13,0
logement	2,6	-1,14	23,0	logement	1,0	-1,11	12,3
exclusion sociale	1,2	-1,22	11,0	exclusion sociale	0,5	-1,20	7,1
impôts	30,7	0,15	35,8	impôts	35,0	0,04	16,0
			100				100
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,32			Pseudo-Gini du revenu disponible	0,25		

Note : calculs Drees, à partir des données d'Eurostat (EU-SILC).

Lecture : En France, les prestations d'indemnisation du chômage représentent une masse financière égale à 3,2% du revenu disponible des ménages. Leur impact sur la distribution des revenus, soit l'écart entre l'indice de Gini de la distribution des revenus avant prélèvements et transferts et le pseudo-indice de Gini des prestations d'indemnisation du chômage, est égal à ce poids multiplié par un facteur de progressivité, découlant de la relation existant entre le montant des droits à indemnisation et le revenu des bénéficiaires, égal à -0,70 : le pseudo-indice de Gini est donc inférieur à l'indice de Gini des revenus avant prélèvements et transferts de $-0,70 \times 0,032 = 0,0224$. Comme l'ensemble des prélèvements et transferts a pour effet de réduire de 8 points l'indice de Gini de la distribution des revenus (qui passe de 0,38 avant prélèvements et transferts à 0,30 après), la contribution des prestations d'indemnisation du chômage à la réduction des inégalités de revenu est égale à $0,0224 / 0,08$, soit 29,0% (compte tenu des arrondis). La note de la DREES en complément au présent chapitre présente en détail la méthodologie statistique utilisée.

Dans tous les pays, les prestations familiales sont celles qui sont le moins progressives. Cependant, elles apportent dans certains pays une contribution importante à la réduction des inégalités de revenu (19,7% au Luxembourg, 17,2% en Autriche, 16,0% au Royaume-Uni), en raison du poids important qu'elles représentent dans le revenu disponible des ménages. A l'inverse, des prestations plus nettement progressives, comme les aides au logement et surtout les prestations au titre de la lutte contre l'exclusion sociale (essentiellement des minima sociaux), ne contribuent généralement pas plus fortement que les précédentes à la redistribution des revenus. C'est seulement dans trois pays (France, Pays-Bas, et surtout Royaume-Uni) que les aides au logement apportent une contribution plus importante que les prestations familiales à la redistribution : elles contribuent ainsi à près d'un quart de la redistribution assurée par le système socio-fiscal au Royaume-Uni. Ce n'est le cas qu'en Espagne et aux Pays-Bas pour les prestations relevant de la lutte contre l'exclusion sociale. Enfin, les prestations d'invalidité peuvent dans certains pays à la fois être nettement progressives et représenter une part importante du revenu disponible des ménages. En Autriche, en Belgique, en Espagne et au Luxembourg, elles avoisinent une contribution de 20% à la redistribution des revenus, qui atteint même 29% aux Pays-Bas et 32% en Suède.

Les prélèvements pris en compte dans l'étude (impôt sur le revenu, impôt sur la fortune, cotisations et contributions sociales, sans qu'il soit possible de les distinguer au sein de l'ensemble) contribuent quant à eux à une hauteur comprise entre 18% (aux Pays-Bas) à 60% (en Italie) à la diminution des inégalités de revenu. Dans ce dernier pays, et alors que la progressivité des prélèvements est relativement élevée, celle des prestations est particulièrement faible, ce qui explique la part très forte que prennent les prélèvements à la redistribution. Globalement, la progressivité des prélèvements apparaît globalement relativement modérée, avec toutefois des différences entre pays. On note ainsi aux Pays-Bas que la contribution limitée des prélèvements à la redistribution résulte d'une progressivité très modeste malgré un poids élevé dans les revenus disponibles, tandis qu'à l'inverse la contribution des prélèvements est assez forte en Espagne (29%), en dépit d'un poids modeste, mais grâce à une progressivité plus marquée.

*

**

Quelques enseignements finaux peuvent être dégagés de cette synthèse des études disponibles portant sur la contribution des prestations en espèces et des prélèvements directs à la réduction des inégalités de revenus :

- en premier lieu, il faut souligner la grande hétérogénéité des choix méthodologiques faits dans les différentes études, particulièrement en ce qui concerne le champ des prestations et des prélèvements retenus ; il en découle une variabilité importante des résultats, notamment quant aux contributions respectives des prestations et des impôts à la redistribution des revenus ;

- cependant, en second lieu, et malgré une tendance nette à l'augmentation des inégalités de revenu dans de nombreux pays développés, une majorité de pays européens présente des niveaux relativement limités d'inégalité : seules les Îles britanniques, les pays d'Europe du Sud et l'Estonie se situent au-dessus de la moyenne de l'ensemble de l'OCDE ; cela suggère qu'en Europe le système de prélèvements et de prestations joue un rôle redistributif très important ;
- en troisième lieu, un contraste important oppose l'Amérique du Nord à l'Europe quant aux contributions respectives des prestations en espèces et des prélèvements directs à la redistribution des revenus ; tous les pays européens étudiés par l'OCDE font jouer en la matière un rôle primordial aux prestations en espèces, alors qu'à l'inverse ce sont les impôts directs qui exercent aux Etats-Unis l'impact redistributif le plus important sur la redistribution ; au sein de l'Europe, des nuances apparaissent entre les pays d'Europe continentale et le Royaume-Uni, où la contribution des prélèvements est plus importante ; les calculs de l'OCDE comme l'étude de la DREES placent la France parmi les pays dans lesquels le rôle redistributif des prestations est particulièrement marqué ;
- s'agissant enfin des risques pour lesquels les prestations contribuent le plus à réduire les inégalités de revenu, ce sont les prestations d'indemnisation du chômage qui exercent l'impact le plus important ; s'agissant des autres risques (invalidité, famille, logement, exclusion sociale), l'étude de la DREES fait état d'une variété de situations dans les différents pays, qui en tout état de cause ne permet pas de conclure à un lien étroit entre la progressivité des barèmes des prestations et leur contribution à la redistribution : entre aussi en ligne de compte la masse des revenus transférés *via* ces prestations, notamment pour les prestations familiales, mais aussi, de façon plus inédite, pour les pensions d'invalidité dans des pays comme les Pays-Bas ou la Suède.

III. Des jalons vers une approche plus complète de l'impact redistributif des prestations et des prélèvements de protection sociale

Les analyses précédentes sont comme on l'a vu limitées par le fait qu'elles ne prennent pas en compte les prestations en nature, et qu'elles portent sur des prélèvements qui ne sont pas tous spécifiquement dédiés au financement de la protection sociale (*cf. supra*, § 1.2).

Si l'objectif d'estimer l'impact sur les revenus individuels de l'ensemble des prestations et des prélèvements de protection sociale dans d'autres pays que la France est dans l'état actuel des données disponibles impossible à atteindre, les développements qui suivent proposent néanmoins quelques avancées dans cette direction, au moyen de compléments d'analyse mobilisant les études spécifiques qui ont pu être réalisées sur deux points particuliers :

- le rôle redistributif des prestations sociales en nature (III.1) ;
- la progressivité des prélèvements sociaux et plus largement des prélèvements concourant au financement de la protection sociale (III.2)

III.1. La contribution des prestations sociales en nature à la redistribution des revenus

L'étude publiée par l'OCDE en 2012, relative au rôle spécifique des prestations et services en nature fournis par les administrations publiques dans la réduction des inégalités de la distribution des revenus, mentionnée antérieurement (*cf. supra*, § I.2) relève tout d'abord que ces prestations et services représentent en moyenne une part de la richesse nationale supérieure à celui des prestations sociales en espèces (13% du PIB, contre 11%, respectivement). Cela souligne le potentiel important de contribution à la réduction des inégalités de ces dispositifs, comme cela avait été observé sur données françaises.

De fait, les calculs menés dans l'étude de l'OCDE évaluent l'impact de la valeur monétaire des prestations et services en nature à 28% en moyenne du revenu disponible des ménages. A eux seuls, ils contribueraient à réduire de 22% les inégalités de revenu, et de 40% le risque de pauvreté monétaire. Les services sanitaires et sociaux (santé, aides à l'autonomie, accueil des jeunes enfants) réalisent les deux tiers de la contribution de l'ensemble des prestations et services en nature à la diminution des inégalités de revenu, dont plus de la moitié pour les seuls services de santé (*cf.* Tableau 2). Cette contribution des services sanitaires et sociaux à la redistribution des revenus paraît particulièrement importante en Allemagne, en Belgique et en France, et à l'inverse plus modeste aux Pays-Bas.

Les auteurs de l'étude soulignent enfin que, dans une optique plus globale et de long terme, les prestations et services en nature ont un second impact, plus indirect, sur la distribution des revenus, en améliorant les opportunités d'emploi et de rémunération des bénéficiaires tout au long de leur vie professionnelle, si l'on songe en particulier aux liens entre état de santé et maintien dans l'emploi ou à l'impact d'une offre adéquate de structures d'accueil des jeunes enfants sur l'activité féminine.

Tableau 2
Décomposition par types de prestations de la contribution
des services en nature à la redistribution des revenus

	Indice de Gini des revenus disponibles après prestations en espèces et prélèvements directs (1)	Indice de Gini des revenus disponibles élargis aux prestations et services en nature (2)	Impact des prestations et services en nature sur l'inégalité de la distribution des revenus (3) = ((1)-(2))/(1)	dont soins de santé	dont éducation	dont garde d'enfants	dont logement social	dont soins de longue durée
Allemagne	0,30	0,25	-16,9%	61,5%	30,2%	7,1%	1,8%	-0,6%
Australie	0,31	0,26	-17,3%	59,5%	38,2%	2,3%		
Suisse	0,24	0,20	-18,1%	62,4%	32,0%	5,0%		0,6%
Autriche	0,27	0,22	-18,5%	56,8%	34,1%	7,6%	1,6%	
Estonie	0,34	0,28	-18,7%	60,4%	32,1%	5,3%	0,5%	1,6%
Finlande	0,27	0,22	-18,7%	57,8%	23,0%	5,3%	0,5%	13,4%
Italie	0,32	0,26	-19,0%	48,4%	41,1%	7,9%	2,6%	
Pays-Bas	0,27	0,22	-19,2%	42,2%	33,3%	9,4%		15,1%
Etats-Unis	0,37	0,30	-19,8%	49,5%	45,5%	4,5%	0,5%	
Canada	0,32	0,26	-19,9%	48,2%	45,7%	6,0%		
République Pologne	0,25	0,20	-19,9%	60,8%	33,7%	3,0%	2,5%	
Espagne	0,32	0,26	-20,0%	43,0%	49,5%	5,5%	2,0%	
Grèce	0,31	0,25	-20,6%	56,3%	31,1%	6,8%	1,9%	3,9%
République	0,34	0,27	-20,6%	46,6%	28,6%	2,4%	22,3%	
Luxembourg	0,26	0,21	-20,8%	63,9%	24,5%	7,7%	3,8%	
Norvège	0,27	0,21	-21,1%	50,7%	36,0%	10,9%	2,4%	8,3%
Belgique	0,24	0,19	-21,6%	42,1%	31,5%	5,1%		21,3%
OCDE (27 pays)	0,30	0,23	-21,8%	50,5%	32,1%	5,5%	3,7%	8,6%
Danemark	0,25	0,20	-21,8%	45,9%	26,1%	5,0%		22,9%
France	0,28	0,22	-22,5%	57,8%	25,8%	8,0%	4,9%	3,6%
Portugal	0,37	0,29	-22,6%	60,2%	35,4%	4,0%	0,4%	
Hongrie	0,26	0,20	-22,8%	46,1%	36,0%	12,3%		5,7%
Royaume-Uni	0,33	0,25	-22,9%	54,6%	30,6%	3,1%	4,8%	7,0%
Irlande	0,32	0,25	-23,2%	53,9%	43,5%	0,4%	2,2%	
Suède	0,24	0,18	-23,8%	52,1%	23,5%	6,3%	0,4%	17,6%
Mexique	0,47	0,36	-24,3%	46,1%	47,3%	5,3%	1,2%	
Islande	0,29	0,21	-28,3%	40,3%	27,9%	8,8%	12,0%	11,0%

Source: Verbist G., M.-F. Förster, M. Vaalavuo (2012) (*op. cit.*), calculs OCDE. Les données portent sur l'année 2007. Les pays sont classés par valeur absolue croissante de l'impact des prestations et services en nature sur l'inégalité de la distribution des revenus.

Note : les valeurs des indices de Gini des revenus disponibles avant et après prestations et services en nature sont arrondis, et de ce fait l'impact de ces prestations et services présenté dans la colonne (3) ne coïncide pas exactement avec ces valeurs.

III.2. La progressivité des prélèvements sociaux et des prélèvements concourant au financement de la protection sociale

III.2.1. La progressivité des prélèvements sociaux dans les pays membres de l'OCDE

Une autre étude de l'OCDE publiée également en 2012 porte sur les tendances qui ont affecté les barèmes des prélèvements sociaux et fiscaux pesant sur les revenus des ménages depuis 2000¹⁹ dans 17 pays de l'OCDE.

L'enseignement majeur de cette étude est la réduction des taux légaux maxima de l'impôt sur le revenu dans un grand nombre de pays de l'OCDE, qui n'appelle pas de commentaire particulier dans le cadre du présent rapport. Toutefois, elle présente également des informations éclairantes sur les barèmes des cotisations sociales, qui, s'ils ont tendance à être essentiellement proportionnels dans la plupart des pays industrialisés, peuvent intégrer des éléments de progressivité dans certains pays. Ainsi, il apparaît que quelques pays de l'OCDE pratiquent des exonérations de tout ou partie des cotisations salariales pour les bas revenus (Belgique, Canada, Norvège, Suède), ou des abattements d'assiette à la base (Autriche, Irlande, Royaume-Uni). D'un autre côté, de nombreux pays mettent en œuvre des plafonds de cotisations, et certains des mécanismes de cotisations minimales (Espagne, notamment).

III.2.2. La progressivité des prélèvements fiscaux qui concourent indirectement au financement de la protection sociale

Ainsi qu'annoncé antérieurement, un panorama complet de l'incidence de la protection sociale et de son financement sur la distribution des revenus nécessite de se pencher également sur le rôle que jouent les prélèvements fiscaux qui, sans contribuer directement au financement de la protection sociale, exercent néanmoins un impact indirect dès lors qu'ils visent à financer, dans les budgets des administrations publiques centrales et locales, les dotations que ces dernières consacrent au financement de dispositifs de protection sociale. Comme cela a déjà été indiqué dans le premier chapitre du rapport, certains pays, notamment lorsque leurs systèmes de protection sociale s'inspirent de la logique « beveridgienne » d'accès universel aux droits sociaux, mobilisent fortement les concours budgétaires de l'État et des collectivités locales pour le financement de leurs politiques sanitaires et sociales. Les analyses précédentes de l'impact des prestations et des prélèvements sociaux omettent de prendre en compte qu'un effet redistributif spécifique existe, du fait de la progressivité éventuelle de ces recettes fiscales.

Ce développement final vise à amorcer cette prise en compte à partir des données et études disponibles. En premier lieu, il est nécessaire de décrire brièvement la part que prennent les concours de l'État et des collectivités locales, pris sur leurs budgets, au financement de la protection sociale. On peut utiliser à cet effet des données de l'OCDE, plus précisément la base SOCX (SOCial eXpenditure) relative aux dépenses sociales, la base de données sur la fiscalité, et les comptes nationaux afin de croiser des données sur les dépenses sociales financées et les recettes fiscales prélevées par les différents sous-secteurs des administrations publiques. Cela conduit à se

¹⁹ Torres, C., K. Mellbye and B. Brys (2012), *op. cit.*

référer à des grandeurs financières différentes de celles présentées dans le premier chapitre du rapport (cf. notamment le § III.2 de ce chapitre) qui s'appuyaient sur le système européen harmonisé SESPROS, notamment en ce qui concerne la structure des ressources des régimes de protection sociale. En outre, l'analyse à venir porte sur les seules dépenses de protection sociale financées par les différentes administrations publiques, soit un périmètre plus restreint que celui des comptes européens de la protection sociale²⁰.

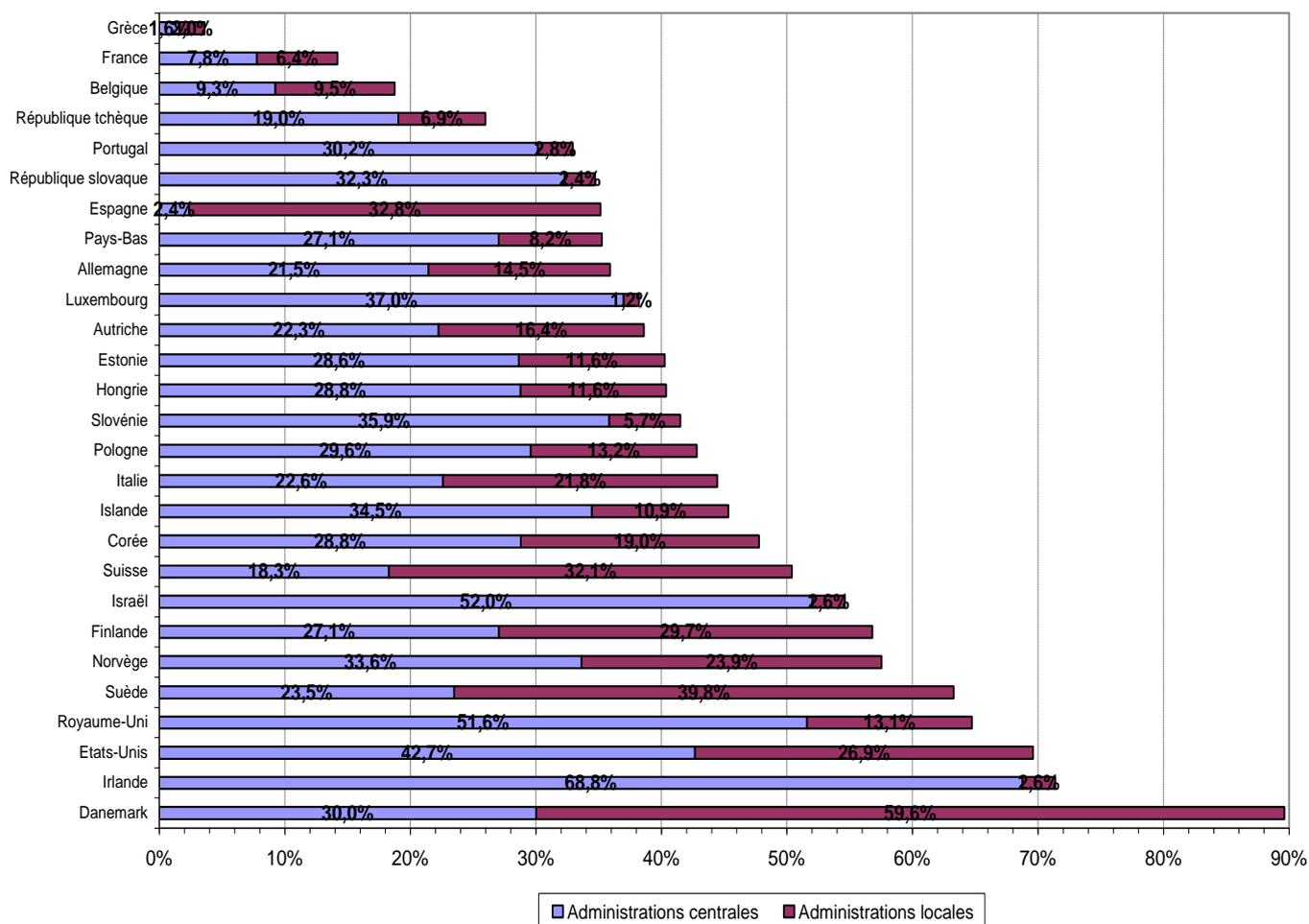
III.2.2.1. L'importance des concours budgétaires de l'État et des collectivités locales dans les pays membres de l'OCDE

Le graphique 6 suivant présente les contributions des budgets de l'État et des collectivités locales au financement des dépenses sociales publiques en 2011 dans 27 pays membres de l'OCDE. En cohérence avec les observations faites dans le premier chapitre du rapport, et malgré le recours à des sources statistiques différentes, on retrouve les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord en tête pour l'importance de ces contributions, qui atteignent ou dépassent presque toujours la moitié du montant de la dépense publique sanitaire et sociale dans ces deux groupes de pays. A l'inverse, dans les pays d'Europe continentale, dont la France et la Belgique, les parts des concours de l'État et des autorités locales sont réduites dans le financement de la dépense publique sociale, ces pays étant caractérisés par un poids déterminant des cotisations sociales dans les ressources de leurs régimes sociaux.

Dans la majorité des pays représentés au graphique 6, c'est le budget de l'État qui apporte la contribution la plus importante au financement des dépenses sanitaires et sociales, devant celui des autorités locales. Cependant l'apport de ces dernières est significatif, et même parfois majoritaire, dans plusieurs pays : des États fédéraux comme les États-Unis, mais aussi des États unitaires comme les pays nordiques. Même parmi les pays à système de protection sociale « bismarckien », certains font jouer un rôle appréciable aux autorités locales dans le financement des dépenses sociales : la Belgique (État fédéral), ou l'Espagne (État unitaire mais reconnaissant des communautés autonomes dotées d'une large autonomie notamment dans le domaine des soins de santé) (cf. le chapitre IV du présent rapport pour une analyse approfondie des compétences des autorités locales en matière de protection sociale en Europe).

²⁰ Les dépenses publiques sociales des différents sous-secteurs des administrations publiques sont estimées en décomposant leur montant total, figurant dans la base de données SOCX de l'OCDE (disponible à partir de www.oecd.org/fr/social/depenses.htm, en fonction de la répartition entre ces sous-secteurs des dépenses publiques au titre des fonctions « santé » et « protection sociale », tirées des comptes nationaux des pays membres. La base de données sur la fiscalité de l'OCDE permet également de disposer de la répartition des recettes de l'État et des autorités locales selon leur nature (cotisations sociales, différentes catégories d'impôts) dans les différents pays. Les dépenses publiques sociales de l'État et des autorités locales ont donc pour contrepartie en termes de financement, d'une part des cotisations sociales qui sont une ressource propre du système de protection sociale, et d'autre part un solde correspondant aux contributions budgétaires à ce financement.

Graphique 6
Part des contributions des budgets de l'État et des collectivités locales
dans la dépense publique sociale dans les pays membres de l'OCDE, en 2011



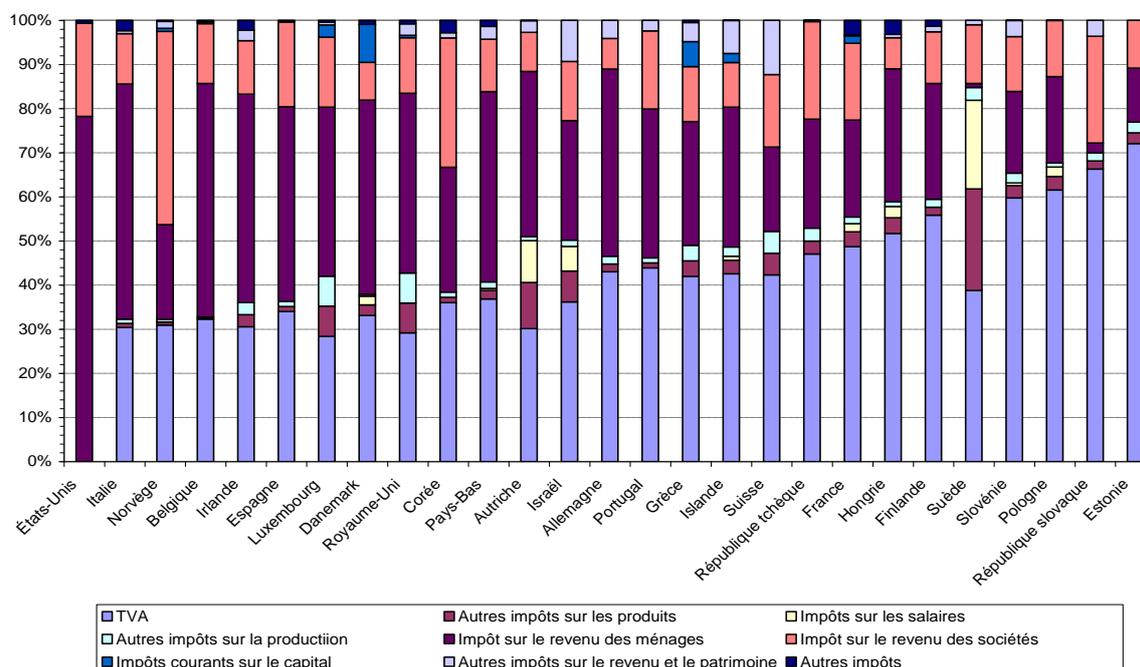
Source : OCDE (SOCX/ESSPROS, comptes nationaux), calculs HCFI-PS (cf. note de bas de page 11).

Note : les données sont indisponibles pour l'Australie, le Canada, le Chili, le Japon, le Mexique, la Nouvelle-Zélande et la Turquie.

III.2.2.2. La structure des recettes des administrations publiques centrales et locales dans les pays de l'OCDE

La fiscalité de l'État et des collectivités locales peut dès lors affecter indirectement le rôle redistributif de la protection sociale, en fonction du caractère plus ou moins progressif du panier d'impôts qui compose cette fiscalité. Les graphiques 7 et 8 suivants montrent la structure des recettes fiscales (à l'exclusion des cotisations sociales) perçues par les administrations publiques centrales d'une part, locales d'autre part. Cette structure détaille neuf catégories de recettes fiscales : la TVA, les autres impôts sur les produits (du type des droits sur les tabacs ou les alcools), les impôts sur les salaires (à l'instar de la taxe sur les salaires en France), les autres impôts sur la production (comme en France la contribution sociale de solidarité des sociétés), l'impôt sur les revenus des ménages, les impôts sur les revenus des sociétés, les impôts courants sur le capital, les autres impôts sur le revenu et le patrimoine, et le reste des autres impôts.

Graphique 7
Structure des recettes fiscales des administrations publiques centrales
dans les pays membres de l'OCDE, en 2011



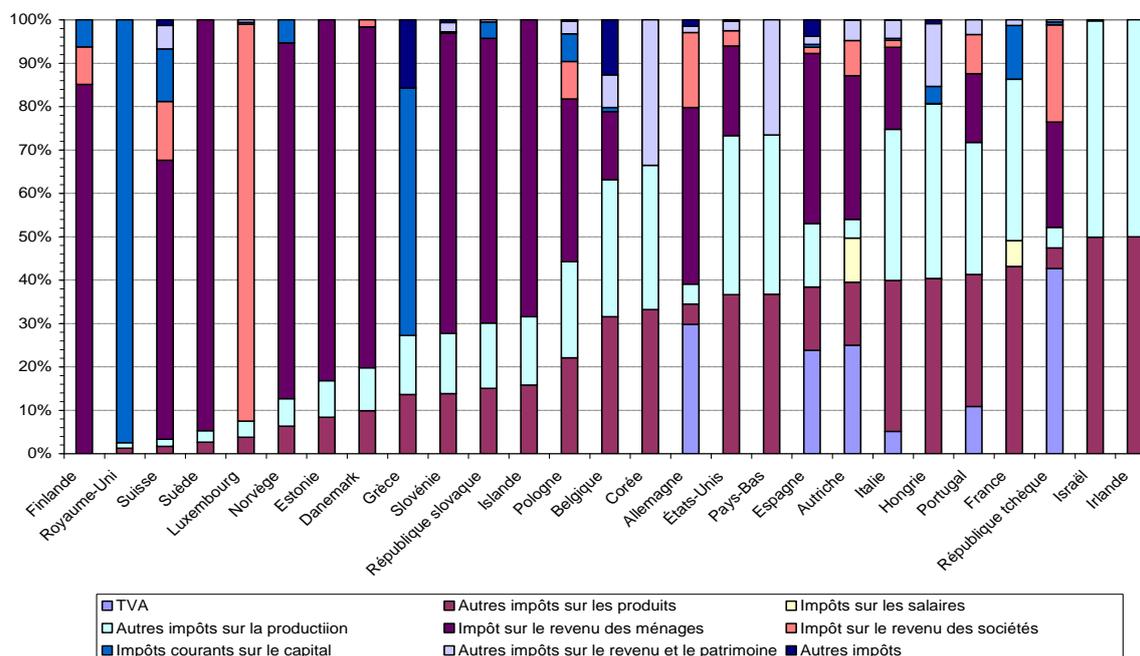
Source : OCDE (base de données sur la fiscalité), calculs HCFi-PS (cf. note de bas de page 11).

Note : les données sont indisponibles pour l'Australie, le Canada, le Chili, le Japon, le Mexique, la Nouvelle-Zélande et la Turquie ; les pays représentés sont classés par part croissante de l'ensemble « TVA + autres impôts sur les produits ».

Trois catégories de recettes fiscales se détachent par leur importance dans les recettes du budget de l'État des pays membres de l'OCDE : la TVA, les impôts sur les revenus des ménages et les impôts sur les revenus des sociétés. Parmi les pays qui recourent fortement à la TVA, on retrouve notamment les pays d'Europe orientale et une partie des pays d'Europe du Nord. Le cas de la Suède est particulier, puisque le poids de la TVA se situe dans la moyenne des pays développés, mais il faut aussi tenir compte d'autres impôts sur les produits qui représentent 20% des recettes du budget de l'État suédois, dont une composante significative correspond à la fiscalité écologique. Quant à l'impôt sur les revenus des ménages, ce sont les pays anglo-saxons, d'Europe comme d'Amérique du Nord, qui y recourent le plus fortement. Enfin, à l'exception de quelques pays singuliers dans lesquels les impôts sur les revenus des sociétés pèsent d'un poids important dans les recettes fiscales de l'État (Norvège, Corée), la plupart des pays comptent sur ces impôts à hauteur de 10% à 20% de leurs recettes totales.

Le paysage est sensiblement plus contrasté s'agissant de la structure de la fiscalité bénéficiant aux autorités locales dans les pays membres de l'OCDE (cf. graphique 8). Dans les pays d'Europe du Nord et en Suisse, ces autorités sollicitent fortement les revenus des ménages. Cependant, dans une majorité de pays, c'est la fiscalité indirecte sur les produits et sur la production qui constitue la première ressource des collectivités locales : c'est le cas dans la plupart des pays d'Europe continentale ainsi qu'aux États-Unis. Il y a enfin lieu de souligner le rôle parfois déterminant pour les finances locales de la fiscalité du capital, s'agissant le plus souvent de taxes sur la valeur foncière des logements ou des locaux détenus par les ménages ou les entreprises, en particulier au Royaume-Uni.

Graphique 8
Structure des recettes fiscales des administrations publiques locales
dans les pays membres de l'OCDE, en 2011



Source : OCDE (base de données sur la fiscalité), calculs HCFi-PS (cf. note de bas de page 11).

Note : les données sont indisponibles pour l'Australie, le Canada, le Chili, le Japon, le Mexique, la Nouvelle-Zélande et la Turquie ; les pays représentés sont classés par part croissante de l'ensemble « TVA + autres impôts sur les produits ».

III.2.2.3. Quel potentiel de la fiscalité nationale et locale sur le profil redistributif du financement de la protection sociale ?

Au total, la mobilisation des budgets de l'État et des autorités locales au service du financement de la protection sociale peut renforcer ou au contraire amoindrir les propriétés redistributives des prestations sociales et des prélèvements sociaux proprement dits. L'impact qu'elles exercent sur ces propriétés redistributives dépend de la combinaison dans chaque pays de trois facteurs :

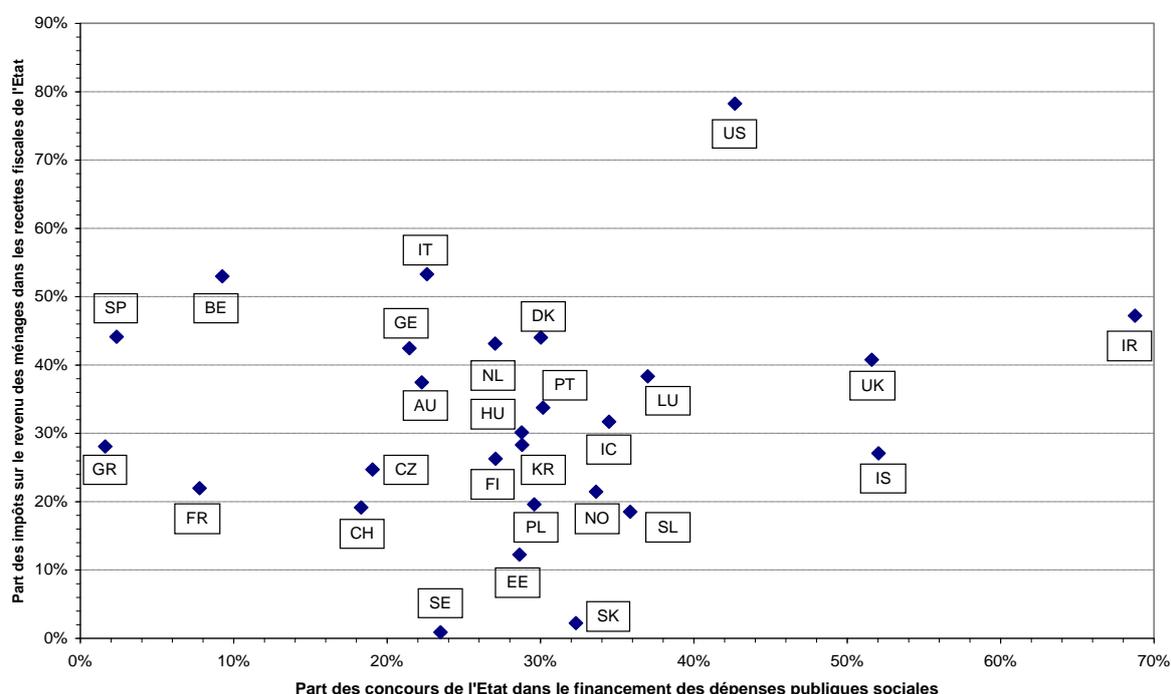
- le poids global des contributions des administrations publiques centrales et locales au financement de la protection sociale ;
- la structure des recettes fiscales de l'État et des collectivités locales ;
- et enfin, la progressivité des barèmes des ces différents impôts.

Quantifier ces différents effets, et en particulier le dernier, supposerait d'entrer dans le détail des législations fiscales des différents pays membres de l'OCDE, ce qui dépasserait l'ambition et les possibilités du présent rapport. Cependant, partant de l'hypothèse raisonnable que le potentiel de progressivité des impôts sur les revenus et le patrimoine des ménages est toujours plus important que celui des impôts indirects (TVA, impôts sur la production...), et sans méconnaître la possibilité de contrastes importants de la progressivité des barèmes fiscaux d'un pays à l'autre, on peut formuler les deux observations suivantes.

En premier lieu, les évolutions récentes de la fiscalité dans l'Union européenne ont été marquées par une légère diminution, en part du produit intérieur brut, des impôts sur le revenu, et par une légère augmentation des impôts indirects. Selon une étude publiée en 2014 par Eurostat²¹, la part des impôts sur le revenu des ménages et des entreprises a diminué de 0,5 point de PIB entre 2007 et 2012, tandis que les impôts indirects ont progressé de 0,2 point de PIB au cours de la même période. Ces tendances ont pu contribuer à rendre moins progressive la structure fiscale d'ensemble des pays européens.

En second lieu, on peut tenter d'examiner s'il existe un lien entre l'importance de la part du financement de la protection sociale reposant sur les dotations budgétaires de l'État ou des autorités locales et la structure des recettes fiscales des administrations publiques centrales et locales. En d'autres termes, peut-on ou non étayer le fait que les pays qui mobilisent fortement les budgets nationaux et locaux pour financer la protection sociale tendraient à solliciter le plus significativement des impôts au potentiel de progressivité important ? Lorsque l'on rapproche le poids des concours budgétaires dans l'ensemble des dépenses publiques sociales et la part des impôts sur les revenus des ménages dans l'ensemble des recettes fiscales, pour l'État d'une part et pour les autorités locales d'autre part, on n'observe pas de lien évident entre ces deux indicateurs dans le cas des recettes de l'État (cf. graphique 9).

Graphique 9
Contribution de l'État aux dépenses sociales
et poids de l'impôt sur le revenu des ménages dans son budget en 2011

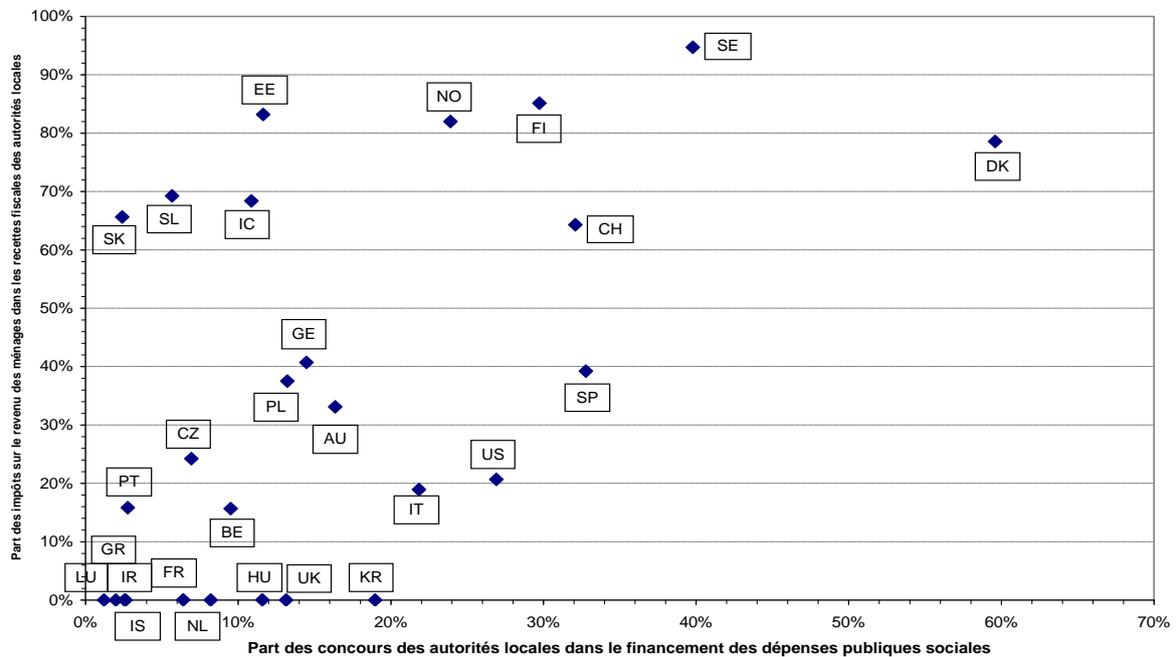


Source : OCDE (base de données sur la fiscalité), calculs HCFi-PS (cf. note de bas de page 11).

²¹ « In 2012 tax revenues increased from 40,6% of GDP to 41,7% of GDP in The Euro-Area 18 », *Statistics in Focus*, n° 4/2014, Eurostat.

En revanche, il semblerait que les pays qui délèguent à des autorités locales des politiques sanitaires et sociales importantes semblent aussi permettre à ces autorités de mobiliser plus fortement l'impôt sur le revenu des ménages (*cf.* graphique 10). C'est par exemple le cas en Suède, où les régions ont en charge l'offre et le financement des soins qui représentent près de 90% de leurs dépenses, et où les communes consacrent la moitié environ de leurs dépenses aux politiques sociales. Ces collectivités ont pour principale ressource l'impôt sur le revenu acquitté par les ménages, dont elles peuvent décider du taux dans certaines limites. Cette modalité de décentralisation des politiques de santé et de protection sociale a des conséquences importantes en termes de gouvernance des finances sociales, qui seront analysées dans le quatrième chapitre du présent rapport.

Graphique 10
Contribution des autorités locales aux dépenses sociales
et poids de l'impôt sur le revenu des ménages dans leurs budgets en 2011



Source : OCDE (base de données sur la fiscalité), calculs HCFi-PS (*cf.* note de bas de page 11).

Chapitre III
Les expériences internationales de modulation
des cotisations sociales à la charge des employeurs :
le cas des accidents du travail et de l'assurance chômage

Les prélèvements sociaux versés par les employeurs ont pour finalité première le financement des dépenses sociales. Aussi, leur impact économique est-il généralement envisagé sous l'angle macro-économique, les coûts liés aux prélèvements, qu'ils portent sur les entreprises ou sur les ménages, devant alors être mis en balance avec les bénéfices sociaux attendus de la distribution des prestations sociales aux ménages.

Cependant, dans certains cas, des modes de financement de la protection sociale ont aussi pu être mis en place dans une perspective d'incitations micro-économiques adressées aux employeurs ou aux assurés, afin de favoriser des comportements réduisant l'occurrence de certains risques sociaux et les coûts qui leur sont associés en termes de protection sociale. L'idée est alors d'individualiser tout ou partie des cotisations dues par les entreprises ou les assurés en fonction de l'historique des coûts qu'ils ont exposés à certains régimes sociaux : comme dans les tarifications de type « bonus – malus » en assurance privée (cas de l'assurance automobile), un agent voyant sa cotisation augmenter serait alors encouragé à prendre des dispositions qui permettent de réduire les dépenses qu'il présente aux régimes sociaux (la réalisation du risque entraînant une augmentation des cotisations alors qu'un historique favorable se verrait accompagner d'une diminution des cotisations).

S'agissant de ce type d'incitations adressées aux employeurs, les expériences mises en œuvre dans les pays développés portent très majoritairement sur l'assurance « accidents du Travail-maladies professionnelles » et dans une moindre mesure sur l'assurance chômage, ainsi que, plus occasionnellement, sur la prise en charge de l'invalidité ou sur d'autres risques sociaux. Ces expériences sont présentées dans la première partie de ce chapitre (I). La deuxième partie du chapitre présente les résultats les plus significatifs des études ayant porté sur ces dispositifs (II), et la troisième tente d'en tirer un certain nombre d'enseignements et de questionnements sur leur usage, notamment dans le cas où leur extension potentielle serait envisagée (III).

I. Les expériences internationales de modulation des cotisations sociales à la charge des employeurs

La modulation des cotisations patronales a été mise en œuvre dans les pays développés essentiellement dans deux domaines : en matière d'assurance chômage, elle est quasi-exclusivement limitée aux Etats-Unis, tandis que pour l'assurance « accidents du travail-maladies professionnelles » (AT-MP), elle est beaucoup plus largement utilisée.

I.1. Les expériences de modulation des cotisations d'assurance chômage

La modulation des cotisations patronales d'assurance chômage aux Etats-Unis est l'expérience la plus importante et dont la mise en œuvre est unique à cette échelle, dans la mesure où elle s'applique à l'ensemble des Etats fédérés, concerne la quasi-totalité du secteur privé et s'est généralisée dans les années 1980. Néanmoins, plus récemment, des expériences de modulations plus limitées ont été mises en place en France et en Italie.

I.1.1. L'expérience américaine

Créée par une loi fédérale en 1935, l'assurance chômage aux États-Unis est gérée par chacun des États dans le cadre fixé par la loi fédérale. Les cotisations sociales dues pour son financement sont en règle générale acquittées par les seuls employeurs²². Depuis sa création l'assurance chômage aux Etats-Unis a subi de nombreuses modifications notamment dans le sens des formules de tarification individualisée en fonction de l'historique des coûts, dénommées « *experience rating* », qui se sont progressivement développées, puis généralisées dans les années quatre-vingt.

La formule la plus couramment employée – par deux tiers des États environ – est celle dite du « ratio de réserve ». Dans ce système, un compte est établi pour chaque entreprise, qui retrace en dépenses les coûts d'indemnisation du chômage dus à des licenciements décidés par l'entreprise et supportés par le régime, et en recettes les cotisations dont elle s'est acquittée, ces deux flux pouvant être appréciés sur différentes périodes de temps selon les Etats (le plus souvent sur toute la durée de l'historique de l'entreprise, parfois sur des périodes plus courtes, de six ans au Nevada ou trois ans en Virginie par exemple). Ces coûts sont rapportés à la masse salariale (elle-même appréciée sur des périodes différentes suivant les Etats, souvent trois ans, parfois l'année passée dans le Massachusetts, parfois sur quatre ans comme dans le Montana ou la Virginie) et comparés au taux moyen de cotisation en vigueur dans l'État : le taux auquel sera soumis l'entreprise est fonction de l'écart entre ces deux ratios. Une autre formule, employée dans 18 Etats en 2013, est celle du « ratio de versements » qui rapporte le total des allocations facturées à la masse salariale au cours d'une période fixe (et non plus sur l'historique)²³. Il existe par ailleurs dans chaque État des taux plancher et plafond de cotisations qui limitent, à la hausse ou à la baisse, les cotisations dues et qui induisent une certaine mutualisation entre entreprises. Cette tarification a donc pour

²² Seuls trois Etats font également contribuer les salariés (Alaska, New Jersey et Pennsylvanie).

²³ Deux autres ratios (allocations facturées/total des cotisations et la variation de la masse salariale) sont utilisés, dans trois Etats.

objet de moduler les cotisations chômage d'une entreprise en fonction des coûts qu'elle fait effectivement supporter à l'assurance chômage : une entreprise qui a un historique de licenciements défavorable verra ses cotisations, donc ses coûts, augmenter, alors que dans le cas contraire ses cotisations diminueront. Ce faisant, le système impose ainsi des coûts de licenciement aux entreprises, sachant que le cadre juridique et les règles de rupture du contrat de travail sont différents de ceux qui prévalent dans un pays comme la France (cf. encadré 1), mais également des coûts d'embauche puisque l'augmentation du taux de cotisation à l'assurance chômage qui fait suite à un licenciement se traduira *ipso facto* par une augmentation du coût de l'embauche qui suivra.

Encadré 1

Le contrat de travail aux Etats-Unis

La législation sur les relations de travail aux Etats-Unis est complexe car elle est caractérisée par une imbrication entre les lois fédérales, qui instituent des règles minimales (salaire minimum, santé au travail, dispositions visant à lutter contre les discriminations de genre, race, âge, croyances, appartenance syndicale, etc..), et celles des Etats fédérés, qui peuvent aller au-delà (voire prendre la forme d'un « Code du Travail » comme en Californie). Ces règles sont en outre évolutives du fait du système juridique de la « *common law* », qui permet aux tribunaux saisis d'un différend entre employeur et salarié de faire évoluer les règles en vigueur.

Historiquement, l'emploi est gouverné par la doctrine de « *at-will employment* » : toujours en vigueur dans de nombreux Etats, celle-ci considère qu'à moins de dispositions expressément contraires incluses dans le contrat de travail, l'employeur ou l'employé peut mettre fin à tout moment au contrat, sans avoir à en justifier la raison. C'est une règle « par défaut » qui s'applique quand d'autres dispositions ne viennent pas la limiter. Cette règle implique en particulier que la distinction entre contrats à durée déterminée et indéterminée ne trouve pas à s'appliquer dans le secteur privé américain (contrairement à l'administration ou l'université). Toutefois, un certain nombre d'exceptions et de lois fédérales sont venues progressivement encadrer l'emploi « *at will* », notamment un ensemble de lois fédérales anti-discrimination, ou des lois interdisant le licenciement pour refus du travailleur d'accomplir un acte illégal. Par ailleurs, des législations spécifiques existent dans chaque Etat et les tribunaux ont la possibilité, en vertu de la *common law*, de faire évoluer les règles appliquées.

Ces modalités générales de rupture du contrat de travail peuvent inclure la pratique de « licenciements temporaires » (« *temporary layoffs* »). Il s'agit de licenciements de courte période (inférieure à six mois au sens du Bureau of Labor Statistics) suivis par une ré-embauche du travailleur dans la même entreprise. Le travailleur ainsi licencié temporairement est éligible dans la plupart des Etats à l'indemnisation chômage (sauf dans certains cas, par exemple si l'entreprise indemnise elle-même l'employé ou lui propose un autre emploi, éventuellement dans une de ses filiales), tous éléments qui renforcent l'idée que l'assurance chômage figure parmi les instruments de gestion conjoncturelle de la main-d'œuvre.

En ce qui concerne l'éligibilité à l'assurance chômage, il existe des conditions de revenus et de durée de d'emploi au cours d'une période donnée qui sont spécifiques à chaque Etat. Par ailleurs, certains motifs peuvent rendre les travailleurs inéligibles à l'assurance chômage, comme l'incapacité de travail, la démission, le licenciement pour faute (au sens où cette notion est définie dans l'Etat considéré), ou le refus d'un « emploi convenable ». La règle générale est donc que l'indemnisation s'applique essentiellement aux cas de licenciement économique, sachant que les employeurs ont par ailleurs la possibilité de contester une demande d'indemnisation faite par un de leurs anciens salariés, dans la mesure où celle-ci peut induire une augmentation de leurs taux de cotisation.

Le système est géré au niveau de chaque État qui détermine la mesure dans laquelle les entreprises ont à internaliser les coûts qu'elles engendrent pour le régime : il est théoriquement possible d'envisager tout type de règle, depuis une mutualisation complète (qui se traduit par une cotisation unique pour chaque entreprise, indépendamment de son historique de licenciements), jusqu'à une individualisation intégrale des cotisations des employeurs (où chaque entreprise supporte les coûts de ses licenciements passés). Le degré de modulation effectif des cotisations, tout comme les autres paramètres de l'assurance (critères d'éligibilité, taux de remplacement, durée d'indemnisation, taux maximal et minimal de cotisation, etc.), peuvent être assez variables d'un État à l'autre, à la fois parce que ces derniers peuvent faire des choix différents, mais également parce qu'ils peuvent se trouver dans des situations conjoncturelles différentes qui les obligent à modifier certains paramètres de l'assurance chômage. Dans tous les cas de figure, la non-individualisation intégrale et l'existence de taux minimaux et maximaux induisent de nombreux transferts entre entreprises, de taille ou de secteur différents. Enfin on notera qu'une disposition permet aux entreprises de ne pas acquitter de cotisations, dès lors qu'elles paient directement les coûts des allocations servies à leurs salariés aux caisses chargées de leur indemnisation.

A titre d'exemples des disparités qui peuvent être constatées entre les États, en 2011 la durée potentielle d'indemnisation pouvait varier entre 21 semaines (Alaska, Idaho) et 26 semaines (New-Hampshire, Vermont), le taux de remplacement moyen (calculé par rapport au salaire le plus élevé) se situait entre 30% (Alaska) et près de 60% (Rhode Island), et le taux de recours à l'assurance chômage (*cf. infra*) pouvait aller de l'ordre de 25% (Arizona, Nevada) à quasiment 100% (Alaska, Montana par exemple). Les taux minimaux de cotisations peuvent aller de 0% (Illinois, Indiana, Utah, Texas) à 0,6% (Rhode Island) et les taux maximaux de 5,4% (dans 25 États) à 10,3% (Michigan).

L'assurance chômage aux Etats-Unis a été principalement conçue pour permettre aux entreprises de « lisser » des à-coups « normaux » de production (saisonnalité de l'offre ou de la demande) et indemniser les salariés qui se trouveraient en situation de chômage, dans un contexte où, du fait des caractéristiques du marché du travail américain, la durée moyenne au chômage est faible. Les cycles d'activité exceptionnels et les crises qui provoquent une situation de chômage massif doivent alors être traités dans le cadre de dispositions spécifiques, qui sont activées soit au niveau des États fédérés soit au niveau fédéral. Par exemple la durée d'indemnisation peut augmenter, *via* un dispositif appelé « extended unemployment benefit program » au niveau des États ou par le biais d'un programme fédéral, le « federal extended benefit », tous deux déclenchés quand les taux de chômage dans un État dépassent certains seuils. En 2008, le Gouvernement Fédéral a lui-même adopté un programme spécifique d'extension du bénéfice de l'assurance chômage (sous la forme d'une augmentation de la durée d'indemnisation pouvant aller jusqu'à 47 semaines) dans le cadre de « l'Emergency Unemployment Compensation Act ». Tous les programmes fédéraux sont financés par le Gouvernement fédéral.

On notera que le système de modulation des cotisations dont s'acquittent les entreprises est fondé, non pas sur le nombre de licenciements effectifs dont est responsable l'entreprise, mais sur les frais que ces derniers entraînent pour l'assurance chômage. Cette caractéristique rend

importante la question du non recours de la part des personnes qui seraient éligibles mais qui ne font pas valoir leurs droits. De fait, ce taux oscillait en moyenne nationale autour de 20% des personnes éligibles depuis le début des années quatre-vingt dix puis a connu une hausse à partir du milieu des années 2000 pour s'établir aujourd'hui autour de 35%.

Certaines entreprises (notamment celles qui appartiennent au secteur non-lucratif ou certaines agences des États fédérés) ou certaines catégories de personnel (par exemple les cadres dirigeants de l'entreprise²⁴) peuvent recourir à « *l'opting out* ». Elles s'acquittent alors uniquement des dépenses relatives aux seuls employés qu'elles ont mis au chômage. Cette possibilité de choix favorise des comportements d'optimisation de la part des entreprises dans le but de réduire leurs coûts au titre de l'assurance chômage : la proportion des personnes sous le régime de « *l'opting out* » parmi les personnes éligibles est passée de l'ordre de 5% jusqu'en 2005 à près de 35% en 2012 au niveau national.

Les prestations versées aux travailleurs licenciés affectant directement les coûts supportés par l'entreprise qui a procédé au licenciement, les entreprises sont très attentives au niveau du recours à l'assurance chômage. Cela peut avoir pour conséquence d'accentuer la sélection des travailleurs à l'embauche, les entreprises privilégiant ceux qui, de par leurs caractéristiques, pourraient être les moins enclins à recourir à l'indemnisation en cas de licenciement, car susceptibles de retrouver rapidement un emploi, avec par conséquent peu d'impact potentiel sur leur taux de cotisation futur. Pour ce qui concerne les travailleurs, il peut aussi exister une incitation à ne pas recourir aux prestations chômage auxquelles ils auraient droit, de façon à donner un « signal » à un futur employeur qu'ils ne pèseront pas sur ses coûts en cas de licenciement, et à tenter d'accroître ainsi leur employabilité.

I.1.2. Des expériences européennes plus récentes et plus limitées

Les Etats-Unis restent à ce jour le seul pays développé qui ait mis en œuvre le principe de la « cotisation basée sur l'expérience » de manière généralisée pour l'assurance chômage. Pour autant des expériences plus limitées ont pu être tentées sur des points précis en Europe.

En France par exemple, la « contribution Delalande » versée en cas de licenciement d'un travailleur de plus de 50 ans visait à décourager l'éviction des travailleurs âgés du marché du travail. Introduite en 1987, elle a été totalement supprimée en 2008, sachant que certaines évaluations ont estimé qu'elle aurait plutôt eu un effet dissuasif vis-à-vis de l'embauche de travailleurs de plus de 50 ans (cf. Behaghel, Crépon et Sédillot (2004)²⁵).

Plus récemment, l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 a prévu une majoration des cotisations sociales patronales d'assurance chômage pour les contrats à durée déterminée (CDD) de très courte durée, sauf quand le salarié est ensuite embauché à durée

²⁴ Une loi fédérale de 2009 permet de ne pas affilier les cadres dirigeants d'une entreprise (« *corporate officer* »), et donc de diminuer les cotisations à l'assurance chômage de l'entreprise, dès lors que ceux-ci donnent leur accord.

²⁵ Behaghel L., B. Crépon, B. Sédillot (2004), « Contribution Delalande et flux sur le marché du travail », *Économie et Statistique*, n° 373, Insee.

indéterminée, que le CDD vise au remplacement d'un salarié absent, et pour les contrats saisonniers ou conclus avec des particuliers employeurs : elle est de 3 points pour les contrats inférieurs à un mois, et de 1,5 point pour ceux compris entre un et trois mois, à l'exception des contrats d'usage pour lesquels elle est de 0,5 point. A l'inverse, l'ANI prévoit une exonération de la part patronale des contributions chômage pour l'embauche d'un jeune de moins de 26 ans à durée indéterminée : sa durée est de trois mois dans les entreprises de 50 salariés ou plus, et de quatre mois dans les entreprises de taille inférieure.

L'Italie, quand à elle, vient de procéder à une réforme de son système d'assurance chômage, dans le cadre d'une refonte plus vaste des dispositifs dits d'« amortisseurs sociaux » (loi Fornero de 2012), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013. Cette réforme modifie en profondeur le droit du travail et va en particulier dans le sens d'un assouplissement du droit de licenciement (elle comporte en particulier dans son article 18 une disposition analogue à la rupture conventionnelle). En contrepartie, elle introduit une protection sociale accrue au bénéfice des catégories exclues des grandes conventions collectives, notamment les salariés des petites entreprises. La loi crée également un nouveau contrat de travail d'une durée de trois ans, qui vise à faciliter l'embauche des jeunes.

Certaines dispositions relatives au financement de l'assurance chômage vont dans le sens d'une prise en compte des comportements d'emploi des entreprises et des coûts qu'ils induisent pour l'assurance chômage : la réforme du financement mise en place prévoit en effet une contribution additionnelle de 1,4% pour tous les contrats à durée déterminée ainsi que le versement d'une contribution forfaitaire par salarié licencié, à hauteur d'environ 500€ par année de présence dans la limite de trois ans.

Peu d'autres pays développés recourent à la modulation individualisée des cotisations d'assurance chômage. Comme le remarquent Behaghel, Crépon et Sédillot (2004, *op.cit*), les pays européens dont la réglementation du travail est relativement protectrice, en comparaison de celle en vigueur dans les autres zones adhérentes à l'OCDE, ne jugent généralement pas nécessaire de mettre en place une incitation des employeurs à modérer leurs décisions de licenciement. Cependant, on peut noter que les indemnités de licenciement légales ou conventionnelles versées par les employeurs aux salariés licenciés, s'apparentent à une contribution proportionnelle au nombre de séparations, sans mutualisation toutefois des sommes ainsi versées au bénéfice des régimes d'assurances sociales.

I.2. Les expériences de modulation des cotisations d'accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)

C'est dans le domaine des AT-MP que la modulation des cotisations est la plus répandue puisqu'un grand nombre de pays développés, dont la France (c.f. *encadré 2*), pratiquent la modulation individualisée des cotisations d'accidents du travail.

Encadré 2

La réforme de 2010 de la tarification des AT-MP en France

Le dispositif français de tarification des AT-MP, dont le caractère à la fois complexe et relativement peu incitatif avait été déjà souligné²⁶, a été revu en 2010, dans le cadre des orientations déterminées par les partenaires sociaux dans un accord national interprofessionnel conclu en 2007, et des objectifs de la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP pour la période 2009-2012. Les nouvelles règles de tarification des risques prévues par le décret n° 2010-753 du 5 juillet 2010 prévoient notamment :

- une mutualisation possible au niveau de l'entreprise

Jusqu'en 2010, la tarification se faisait au niveau de chaque section d'établissement, une même entreprise pouvant se voir notifier autant de taux qu'elle regroupait de sections d'établissement. La nouvelle mesure propose aux entreprises d'opter pour l'application d'un seul taux pour l'ensemble des sections d'établissement (art 1-2), et ainsi de mutualiser la sinistralité sur l'ensemble de ses sections d'établissement relevant d'un même code-risque.

- une simplification du mode d'imputation des dépenses

La réforme vise à simplifier le système d'imputation des frais, source de contentieux important. Depuis 2010, ce ne sont plus les coûts réels (donc individualisés) qui sont retenus mais les coûts moyens par catégorie de sinistre (art. 1-3).

- des changements dans les seuils d'individualisation

Enfin, la réforme prévoyait de modifier les seuils qui déterminent les différents modes de tarification, uniforme, mixte et individuelle. Le seuil de passage d'une tarification uniforme à mixte a été relevé de 10 à 20 salariés, tandis que celui de la tarification individuelle a été abaissé de 200 à 150 salariés.

Ce mode de tarification fondé sur « l'expérience » se veut une incitation pour l'entreprise à internaliser les coûts qu'elle est susceptible d'engendrer pour la collectivité et à investir dans la sécurité et la prévention (cf. annexe 1 sur l'analyse économique de l'assurance AT-MP).

²⁶ Voir par exemple Inspection générale des affaires sociales (2004), « Tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles », *Rapport 2004-171*, Novembre.

Tableau 1
Les principes généraux de l'assurance AT-MP à l'étranger

Pays	Principes généraux	Tarifification
Allemagne	Assurances obligatoires organisées par branches professionnelles	Taux de cotisation décidé au niveau de chaque branche professionnelle avec distinction par classe de risque. Système de bonus-malus pour les entreprises en fonction de la comparaison des cotisations versées avec les coûts qu'elles engendrent.
Belgique	Système d'assurance AT obligatoire géré par des compagnies d'assurance privées. Les MP sont gérées dans le cadre d'un fond public.	Le calcul de la prime tient compte du groupe de risque. Pour les grandes entreprises, la tarification est individuelle et basée sur la sinistralité passée de l'entreprise.
Finlande	Système d'assurance obligatoire délégué à des assurances privées.	Tarifification modulée selon le risque et individualisation des primes pour les grandes entreprises basée sur la sinistralité des cinq années précédentes.
Grande Bretagne	Système mixte public (pour la partie « sans faute »), et privé (pour le recours en responsabilité civile) géré par des compagnies d'assurance.	Financement par l'impôt pour le système public.
Italie	Système obligatoire public sous la tutelle du ministère du travail.	Tarifification fortement individualisée avec système de bonus-malus.
Portugal	Système mixte : géré par des assurances privées pour les AT et un fonds public pour les MP.	Classement par risque et liberté tarifaire pour les assurances privées.
Etats Unis	Système organisé par Etats. Le plus souvent pris en charge par des assurances privées.	Système de tarification qui combine individualisation et classement par groupe de risque avec bonus-malus.

Source : « Tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles », Rapport IGAS 2004-171, Novembre 2004.

Le tableau 1 précédent, complété par les informations plus détaillées pour l'Allemagne, l'Italie et les Etats-Unis présentées en annexe 2 au présent chapitre, permet de dégager plusieurs enseignements :

- dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, les systèmes d'assurance AT-MP sont obligatoires ;
- la gestion de ce risque peut être déléguée à des opérateurs privés d'assurance (Belgique, Finlande, Portugal), organisée au niveau des branches professionnelles (Allemagne) ou être prise en charge par un opérateur public national (France, Italie) ;
- les cotisations sont, pour partie, et dans une plus ou moins grande mesure, toujours individualisées et fixées en fonction du coût direct des accidents et maladies professionnelles survenus (« experience rating »). Afin de ne pas imposer aux PME des primes trop importantes par rapport à leur chiffre d'affaires suite à un accident grave, certains systèmes prévoient un taux d'individualisation de la contribution croissant avec la taille de l'entreprise. D'autres (Allemagne) ne pratiquent pas de différence selon la taille des entreprises mais mettent en œuvre des grilles de tarification différentes selon le secteur d'activité, donc selon le niveau de risque. Enfin, pour lisser les conséquences de la survenue d'un accident grave dans le temps, la prime payée l'année n est généralement calculée sur les accidents survenus au cours d'une période passée prenant en compte plusieurs années ;
- on notera également que certains systèmes sont organisés en deux piliers : une assurance couvrant les accidents du travail contractée par les entreprises, et une réparation des maladies professionnelles relevant de la sécurité sociale (Belgique, Royaume-Uni).

I.3. Les autres dispositifs de modulation des cotisations sociales à la charge des employeurs.

Si les assurances chômage et accidents du travail sont les deux principaux domaines dans lesquelles des expériences de tarification individualisée peuvent s'observer, il existe quelques autres dispositifs analogues dans des domaines distincts.

A titre d'exemple, la Finlande fait reposer une partie du financement de son système de retraite sur des cotisations sociales des employeurs qui dépendent de la taille de l'entreprise, de l'âge de chaque salarié, et qui sont aussi partiellement fonction de la valeur présente des dépenses à verser s'agissant de salariés admis au bénéfice du dispositif de préretraite et licenciés avant l'âge de 65 ans (Hakola, Uusitalo, 2004²⁷). Cette composante modulée des cotisations des entreprises aux régimes de retraite a été fortement relevée lors de la réforme des retraites mise en œuvre à partir de 2000, le taux d'internalisation par les entreprises des charges de préretraite étant passé de 50 % à 80 % pour les plus grandes entreprises.

S'agissant de la France, des dispositions relatives à la prise en compte de la pénibilité ont été introduites dans le cadre de la loi 2014-40 du 20 janvier 2014 « garantissant l'avenir et la justice du

²⁷ Hakola T., R. Uusitalo (2004), « Not so voluntary retirement decisions ? Evidence from a pension reform », *Journal of Public Economics*, vol. 89 (11-12).

système de retraites » et précisées par décret du 10 octobre 2014. Ces dispositions sont relatives à la création d'un « compte personnel de prévention de la pénibilité » qui permettra au salarié d'accumuler des points quand il sera exposé à des conditions de travail pénibles au-delà d'un certain seuil, relevant d'une première liste de quatre types d'exposition (travail de nuit, travail répétitif, travail en milieu hyperbare, travail d'équipe en horaires alternant) à compter du 1er janvier 2015, à laquelle s'ajoutera une liste complémentaire (manutention de charges lourdes, postures pénibles, vibrations mécaniques, exposition aux agents chimiques dangereux, aux températures extrêmes ou au bruit) à compter du 1er janvier 2016. Les points accumulés permettront au salarié d'entreprendre une action de formation professionnelle continue en vue d'accéder à un emploi non exposé ou moins exposé, d'obtenir une réduction de son temps de travail ou encore de bénéficier de majorations de durée d'assurance vieillesse. Afin de financer ces actions et d'inciter au développement des politiques de prévention, les entreprises où travaillent des salariés entrant dans le champs d'application de ces dispositions devront s'acquitter d'une cotisation de base assise sur la masse salariale des employés effectivement exposés au taux de 0,01% à compter de 2017. Une cotisation additionnelle sera perçue avec un taux de 0,1% pour les années 2015 et 2016 et 0,2% à compter de 2017 lorsque les salariés sont exposés à un seul critère de pénibilité. Ces taux seront fixés à 0,2% pour les années 2015 et 2016 et 0,4% à compter de 2017 en cas d'exposition à plusieurs critères de pénibilité.

II. Les résultats des études internationales sur l'impact de ces expériences de modulation

Les expériences de modulation des cotisations sociales chômage et AT-MP ont fait l'objet d'un certain nombre d'études, particulièrement en Amérique du Nord où ces pratiques sont plus anciennes et plus étendues. Ces études s'attachent à examiner l'influence de ce mode de tarification sur la sinistralité (effective et/ou déclarée), sur le fonctionnement du marché du travail et sur les comportements des agents.

II.1. La modulation des cotisations sociales à la charge des employeurs peut entraîner une diminution des licenciements ou des risques professionnels

II.1.1. Une incidence avérée de la modulation des cotisations d'assurance chômage aux Etats-Unis, avec parfois des répercussions sur les salariés

La tarification de l'assurance chômage aux Etats-Unis a donné lieu à de nombreuses études qui ont cherché à évaluer son impact sur les flux de licenciement. Selon une synthèse de ces travaux réalisée par Fougère et Margolis (1999)²⁸, la totalité de ces études conclut à l'efficacité d'un accroissement de l'individualisation des cotisations en termes de diminution des licenciements. Cette conclusion vaut autant pour des études en coupe comparant les régimes tarifaires des différents États américains (on a ainsi pu évaluer à 30% la baisse potentielle du nombre de chômeurs temporaires – c'est à dire ceux qui ont une perspective de réembauche - aux États-Unis en cas de généralisation à tous les États d'une formule d'individualisation intégrale des cotisations chômage), que pour des études sur données individuelles, qui suggèrent que plus de 20 % des

²⁸ Fougère D., D. Margolis (1999), « Moduler les cotisations employeurs à l'assurance chômage : le système américain de 'l'experience rating' », in Bourguignon F., D. Bureau, « L'architecture des prélèvements en France : état des lieux et voies de réforme », rapport du Conseil d'analyse économique, n° 17, *La Documentation Française*.

licenciements – temporaires comme définitifs – pourraient être dus à une insuffisante individualisation des cotisations. Ces études mettent toutefois également en évidence le fait que les salaires ont diminué dans les entreprises ayant connu une atténuation de leur degré de mutualisation, ces dernières ayant reporté sur les salariés une part significative du surcoût lié à l’individualisation des cotisations.

Un autre point concerne l’impact de la modulation des cotisations sur les fluctuations du chômage. L’idée sous-jacente est que le chômage représente un coût pour les entreprises, qui ont à supporter une part des conséquences de leurs décisions en matière de licenciements sous forme d’une hausse de leurs cotisations, et donc de leurs coûts. Cette caractéristique pourrait donc avoir comme conséquence de limiter les fluctuations du chômage puisque les entreprises auraient intérêt à diminuer leur recours au licenciement en cas de choc conjoncturel négatif, limitant aussi leurs embauches dans les phases de reprise. Plus le degré de modulation est fort, plus stable devrait être le niveau d’emploi. Plusieurs études (Card et Levine²⁹, Anderson³⁰, Anderson et Meyer³¹, et plus récemment Auray, Fuller³²) confirment l’intuition selon laquelle l’effet du cycle sur les licenciements/embauches est plus faible quand la mutualisation est elle-même plus faible.

II.1.2. En matière d’accidents du travail et de maladies professionnelles, un impact sur la diminution de la sinistralité recensée

Dans le domaine des accidents du travail, on ne dispose pas d’un nombre aussi important d’études économiques. L’annexe 1 jointe au présent chapitre résume les résultats des études réalisées sur ce thème aux Etats-Unis. Ils peuvent être synthétisés en deux points essentiels :

- la moindre mutualisation (ou l’introduction de mécanismes de franchise) se traduit par une diminution de la sinistralité qui est à la fois le résultat d’une meilleure prise en compte de la sécurité au travail, mais qui peut aussi résulter d’une augmentation de la sous-déclaration, sans qu’il soit toujours possible de quantifier précisément le poids respectif des deux effets ;
- une augmentation de la générosité de la réparation des AT-MP incite par ailleurs les employeurs à améliorer la santé et la sécurité au travail (ce qui diminue la sinistralité), et favorise le plein exercice par les salariés accidentés de leurs droits à réparation (ce qui tend à augmenter les déclarations). Des effets contradictoires se manifestent donc quand la générosité de la réparation varie.

L’annexe 1 fait également état de deux études sur données françaises, ayant trait au système de tarification antérieur à la réforme de 2010. La première identifie un impact « toutes choses égales par ailleurs » de la taille de l’entreprise sur la sinistralité, ce qui peut être le signe d’une

²⁹ Card, D., P.B. Levine (1994), “Unemployment Insurance Taxes and the Cyclical and Seasonal Properties of Unemployment”, *Journal of Public Economics*, Elsevier, vol. 53, pp. 1-59, janvier.

³⁰ Anderson, P.M (1993), “Linear Adjustment Costs and Seasonal Labor Demand: Evidence from Retail Trade Firms”, *Quarterly Journal of Economics*, MIT Press, vol. 108, pp. 1015-1042, novembre.

³¹ Anderson, P.M., B.D. Meyer (1998), “Using a Natural Experiment to Estimate the Effects of Unemployment Insurance Payroll Tax on Wages, Employment and Denials”, *NBER Working Paper 6808*, National Bureau of Economic Research.

³² Auray, S., D.L. Fuller (2014), “Unemployment insurance across US States and Time : an Empirical Analysis” *Working Paper 13001*, Concordia University.

incidence du degré d'individualisation des cotisations AT-MP (croissant avec la taille de l'entreprise) sur la sinistralité.

En revanche, la seconde étude, qui compare la fréquence des accidents du travail avant 2010 en Alsace-Moselle et dans le reste de la France dans les entreprises comptant de 10 à 50 salariés – les cotisations étant entièrement mutualisées en Alsace-Moselle sur cette catégorie d'entreprises et partiellement individualisées ailleurs –, ne détecte pas de différences significatives de la fréquence des risques professionnels dans ces deux groupes d'entreprises.

II.2. La modulation peut cependant aussi entraîner certaines difficultés de mise en œuvre ou des effets non désirés

II.2.1. Des difficultés de mise en œuvre

Certains auteurs ont toutefois pu arguer (Blanchard, Tirole, 2003)³³ que l'imposition aux entreprises de taux de cotisation d'assurance chômage reflétant les coûts qu'elles exposent au régime d'indemnisation pouvait les induire à rechercher par voie de procédure juridictionnelle la qualification du licenciement en départ volontaire ou en licenciement pour faute, cas dans lesquels soit le salarié ne bénéficie pas d'une indemnisation, soit le coût de celle-ci n'est pas imputé à l'entreprise (cf. encadré 1).

D'une façon plus générale, Blanchard et Tirole (2003, *op. cit.*) soutiennent que les dispositifs « *d'experience rating* » s'exposent à une diversité de difficultés de mise en œuvre. Ainsi, les plus petites entreprises ont de moindres possibilités de mettre en œuvre des actions de prévention des licenciements ou des accidents du travail, et la hausse des cotisations en cas d'augmentation de leur sinistralité peut les mettre en difficulté financière. D'un autre côté, le décalage entre l'augmentation des risques de licenciement ou d'accident dans l'entreprise et sa transmission dans les tarifs des cotisations demandées en cas de modulation fondée sur un historique important des coûts peut au contraire inciter certaines entreprises à cesser leur activité avant d'avoir à payer la cotisation augmentée, et reprendre leur activité ultérieurement sous une autre raison sociale. Il a également pu être soutenu que, dans le cas de l'individualisation des cotisations d'assurance chômage, la réduction des coûts en cas de diminution des licenciements pouvait se répercuter sur les revendications salariales, dans un contexte où les salariés se trouveraient moins exposés au risque de perte d'emploi.

II.2.2. Des risques d'accroissement de la sous-déclaration des sinistres et du recours au contentieux

La question de la sous-déclaration est souvent évoquée dans les études portant sur la modulation des cotisations. Si elles concluent généralement à un effet significatif sur la sinistralité déclarée, elles reconnaissent aussi qu'une partie, difficilement quantifiable, de cette baisse pourrait provenir d'une sous-déclaration en cas d'individualisation de la cotisation. En effet,

³³ Blanchard O., J. Tirole (2003), « Protection de l'emploi et procédures de licenciement », rapport du Conseil d'analyse économique, n° 44, *La Documentation Française*.

l'augmentation prévisible des cotisations dont s'acquitte l'entreprise en cas de sinistre peut l'inciter à développer des stratégies lui permettant de sous-déclarer des accidents ou des licenciements. Ce problème a en particulier été identifié en France dans le cas des accidents du travail et des maladies professionnelles, puisque l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale prévoit qu'une commission indépendante évalue tous les trois ans les incidences financières pour les branches « maladie » et « AT-MP » de la sécurité sociale de la sous-déclaration des accidents et maladies professionnelles.

Dans le cas de l'assurance chômage, on a vu que les phénomènes de non recours (de la part des salariés comme de l'utilisation par les entreprises de « l'opting out ») étaient non seulement très répandus aux Etats-Unis mais croissants depuis le milieu des années 2000.

Face à la complexité de la réglementation d'une part, et aux enjeux financiers liés à la modulation des cotisations d'autre part, le développement d'un contentieux est également cité comme l'un des effets indésirables de « l'*experience rating* ». Ce sujet est évoqué dans le cas américain (cf. annexe 2) mais également français : le rapport de l'IGAS précité soulève ainsi le problème de l'incertitude judiciaire découlant des contentieux pour les différents acteurs, ainsi que celui de la difficulté et de la longueur des procédures qui affectent la capacité des salariés concernés à être couverts et indemnisés.

III. Les principaux enseignements et questionnements suscités par ces études

Ces résultats conduisent à un certain nombre d'enseignements, mais aussi de questionnements sur l'usage de la modulation des cotisations, notamment dans le cas où leur extension serait envisagée pour favoriser l'emploi ou la stabilité de celui-ci, et « responsabiliser » en ce sens les entreprises et les salariés.

III.1. Des paramètres clés pour la mise en œuvre de mécanismes de modulation

Les observations précédentes conduisent en premier lieu à prêter attention aux paramètres suivants dans la mise en œuvre de tarifications individualisées des risques sociaux :

- Il semble en premier lieu logique que l'ampleur de l'individualisation soit croissante avec la taille de l'entreprise, sans exclure l'exemption des plus petites entreprises de ce type de mécanismes.
- Il est également plausible que la modulation varie en importance selon la nature des risques, pour être d'autant plus marquée que le risque couvert est susceptible d'être significativement réduit par les actions de prévention des employeurs : à cet égard, il est permis de penser que l'assurance accidents du travail est plus propice à « l'*experience rating* » que l'ensemble des prestations d'invalidité.
- La profondeur de l'historique sur lequel sont mesurés les coûts exposés par l'entreprise implique en outre un arbitrage entre, d'une part la nécessité pour l'employeur de disposer d'un délai suffisant pour que les actions de prévention se répercutent dans les coûts et que le renchérissement subit des cotisations ne mette l'entreprise en difficulté, et d'autre part, l'intérêt d'une fenêtre temporelle relativement réduite pour dissuader les comportements opportunistes de cessation d'activité.

- La prise en compte prospective dans les cotisations de l'impact de mesures de prévention prises par l'employeur, dans la mesure où elles sont observables par l'organisme assureur, pourrait enfin s'avérer préférable à la prise en compte de sa sinistralité sur la base des coûts rétrospectifs.

III.2. Des questionnements qui persistent sur ces dispositifs

L'usage pertinent de la modulation suscite par ailleurs un certain nombre de questionnements, auxquels les réponses n'apparaissent pas toujours aisées à apporter :

- S'agissant des cotisations chômage, les résultats des études suggèrent que les mécanismes de modulation des cotisations en fonction des comportements d'emploi ont davantage de pertinence sur des marchés du travail où le risque de perte d'emploi est plus également réparti entre les salariés, et où les employeurs ont moins de marges de manœuvre pour sélectionner les salariés à l'embauche en fonction de leur risque potentiel vis-à-vis de l'emploi, ce qui pose bien sûr question eu égard à la forte sélectivité du marché du travail en période de sous-emploi. Se pose également la question de savoir si c'est la durée du seul chômage indemnisé qui doit être prise en compte dans la modulation au titre des coûts directs qu'elle engendre, ou la durée totale au chômage qui peut être supérieure dans les pays où existe un important chômage de longue durée et qui, lorsqu'elle s'allonge, est susceptible d'engendrer des coûts sociaux élevés (minima sociaux, politique d'assistance ou de réinsertion,...).
- Une deuxième question porte sur les interactions entre modulation des cotisations sociales patronales et contexte macro-économique. A cet égard, si les risques individuels sont non pas indépendants mais corrélés positivement – l'exemple le plus flagrant étant le risque de perte d'emploi qui augmente ou diminue pour tous les salariés en période de ralentissement ou de reprise de l'activité -, la modulation pourrait conduire à augmenter les cotisations lorsque la conjoncture est défavorable, et donc à exercer des effets procycliques, sauf si les règles de modulation étaient elles-mêmes continûment adaptées en fonction de l'évolution moyenne du marché du travail (ce qui poserait alors la question de l'influence de la variabilité des règles sur le niveau d'emploi).
- En troisième lieu, les expériences de modulation des cotisations chômage sont basées sur les seules dépenses engendrées par le chômage indemnisé. Or le chômage de longue durée, au-delà de la durée d'indemnisation, peut engendrer des coûts sociaux qui ne sont pas pris en compte par ce mode de tarification.
- Enfin, la modulation des cotisations sociales à la charge des employeurs soulève la question des transferts inter-sectoriels qu'elle est susceptible d'induire, qui tient pour une part importante aux différences des modes d'exercice de l'activité ou des combinaisons productives qui caractérisent chaque secteur d'activité : une réponse possible serait alors que la modulation n'intervienne qu'en écart à la valeur sectorielle moyenne de l'indicateur dont on souhaite favoriser l'amélioration (par exemple, le recours aux emplois à durée déterminée). Cette modulation sectorielle est du reste couramment employée dans l'assurance AT-MP (en Allemagne dans le cadre des branches professionnelles ou en France qui prend en compte la sinistralité dans le cadre de comités techniques nationaux, au nombre de neuf, organisés également par branche).

Le questionnement devient alors celui de l'arbitrage à opérer entre l'adaptation des mécanismes de modulation à la variabilité de l'activité économique et/ou aux caractéristiques des différents secteurs, et le caractère lisible et appropriable de ces mécanismes par les acteurs sociaux, dans un contexte où la complexité peut être source de difficultés administratives ou facteur de développement de litiges.

Annexe 1

L'analyse économique de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) : principes et effets

1. Les principes en cause

L'assurance AT-MP est une forme d'assurance qui dégage en cas d'accident du travail l'employeur de sa responsabilité (sauf en cas de faute inexcusable) en fournissant un droit à compensation pour le travailleur affecté. Comme tous les autres types d'assurance, l'assurance AT-MP est soumise aux asymétries d'information entre agents : les conditions initiales de santé des salariés peuvent être mal connues (y compris d'eux-mêmes), le respect des mesures de sécurité par les salariés peut être difficile à vérifier pour les entreprises, et l'assureur, public ou privé, ne peut qu'imparfaitement contrôler la bonne mise en œuvre des mesures de sécurité annoncées.

Ces asymétries peuvent avoir plusieurs conséquences quant à la couverture du risque :

- si les agents (entreprises et salariés) sont assurés, ils peuvent être tentés de prêter une moindre attention à la sécurité puisqu'ils seront indemnisés contre les conséquences de leurs actes (phénomène connu sous le nom de « aléa moral *ex-ante* ») ;

- une fois l'accident survenu, les entreprises peuvent chercher à éviter de le déclarer, et les travailleurs peuvent être tentés de « majorer » la gravité de leur accident (phénomène connu sous le nom de « aléa moral *ex-post* ») ;

- les entreprises ou les travailleurs qui connaissent les niveaux de risque les plus faibles peuvent ne pas avoir intérêt à adhérer à un dispositif d'assurance qui mutualise les coûts liés aux accidents avec les entreprises ou travailleurs qui connaissent les niveaux de risque les plus élevés (phénomène connu sous le nom de « sélection adverse »).

La tarification devra donc être mise en œuvre de manière que les différents agents qui participent à la prévention des AT-MP en réduisent les conséquences, c'est à dire adoptent des comportements qui diminuent tout à la fois la probabilité de survenance d'un accident et la gravité potentielle de celui-ci.

Les problèmes « d'aléa moral » (modifications du comportement des agents qui bénéficient d'une assurance), conduisent quant à eux les assureurs (publics ou privés), qui ne peuvent qu'imparfaitement observer les comportements de prévention au sein des entreprises, à rechercher des mécanismes incitatifs cherchant à partager le coût entre les assurés (les entreprises dans le cas des AT-MP) et l'assureur : les réclamants fréquents, qui ont un niveau de risque supérieur à la moyenne du secteur dont ils font partie et qui sont donc *a priori* peu portés à la prévention, se voient ainsi imputer des primes plus élevées.

S'agissant des problèmes de sélection adverse, ils peuvent être résolus en prévoyant une assurance obligatoire pour empêcher les entreprises connaissant les risques les plus faibles de ne pas s'assurer, un choix fait en France comme dans la plupart des pays développés où l'assurance AT-MP (dont la gestion peut être prise en charge par des opérateurs privés d'assurance comme en Belgique, Finlande et Portugal, organisée au niveau de chacune des branches professionnelles

comme en Allemagne, ou assurée par un opérateur public national comme en France ou en Italie) est à adhésion obligatoire.

2. Les effets potentiels et empiriquement observés de la modulation

Une abondante littérature théorique³⁴ s'est penchée sur les différents aspects de l'assurance AT-MP, et en particulier sur la modulation des cotisations, et de nombreuses études empiriques (principalement d'origine nord-américaine) ont cherché à en évaluer les effets sur différents paramètres tels que la fréquence, la durée et les demandes d'indemnisation, l'impact sur les salaires ou sur l'offre de travail.

2.1. Les effets attendus sur les comportements des salariés et des employeurs

Une assurance AT-MP peut affecter autant le nombre des accidents effectifs que celui des accidents déclarés (qui peuvent différer à cause de la sur- ou de la sous-déclaration). Les études mettent en évidence plusieurs effets potentiels.

Pour un niveau de salaire donné et un niveau de dépenses de sécurité donné, une augmentation du niveau de réparation des AT-MP peut être susceptible de conduire certains salariés à moins développer leurs efforts d'évitement des accidents. *A contrario*, une assurance généreuse peut aussi être conçue de manière à augmenter l'investissement dans la santé au travail, ce qui aura pour conséquence qu'un moindre nombre de personnes seront exclues par l'accident ou la maladie, et l'offre de travail pourra s'en trouver améliorée en particulier dans les secteurs les plus accidentogènes.

Du côté des employeurs, en cas de modulation individuelle de la tarification, une augmentation des cotisations pourra se traduire par un effort supplémentaire en faveur de la prévention ou du contrôle, mais également par une incitation à la sous-déclaration des accidents survenus, phénomènes d'autant plus prononcés que le niveau d'individualisation est lui-même plus élevé.

Par ailleurs, les effets du type de tarification peuvent également être observés du côté de la demande de travail, pour des raisons analogues à celles s'appliquant à l'assurance chômage, avec laquelle l'assurance AT-MP partage une certaine proximité³⁵. Une tarification indépendante de la sinistralité (comme c'est le cas en France pour les petites entreprises) peut avoir un effet favorable sur la demande de travail (puisque les entreprises ne supporteront pas les effets d'une augmentation de la probabilité d'accident ou de licenciement), mais également accroître sa volatilité (puisque à l'inverse elles seront plus enclines à ajuster leur demande de travail à la baisse si elles n'en supportent pas directement les coûts). A l'inverse, une tarification de type « *experience rating* » est susceptible d'entraîner à la fois un moindre niveau d'emploi et une moindre variabilité de celui-ci.

³⁴ Ph. Askenazy (2005), « Santé et sécurité au travail. Quelques éclairages économiques et internationaux », *Note CEPREMAP*.

³⁵ Il s'agit d'assurer le travailleur contre une perte de revenu, en instaurant une assurance financée au moins partiellement par l'employeur.

2.2. Les effets empiriques observés dans les études américaines et françaises

Comme on l'a vu, la théorie prévoit donc des conséquences souvent ambiguës de la tarification de l'assurance AT-MP sur le niveau de sinistralité ou le niveau d'emploi. Seules des études empiriques permettent de trancher l'intensité relative des effets contraires auxquels conduisent une variation des taux ou des changements du mode de tarification.

➤ Les études empiriques ont principalement trait au cas nord-américain. Elles peuvent porter sur les données d'un État, d'une industrie ou d'une entreprise implantée dans différents États et soumise à ce titre à différentes réglementations. Elles cherchent à relier le taux observé de sinistralité (ou certains types d'accidents ou pathologies) à différentes variables relatives aux caractéristiques démographiques, sectorielles, sociales (syndicalisation), des entreprises et, bien sûr à l'intensité du degré d'individualisation des cotisations.

➤ Trois conclusions principales peuvent en être tirées :

- Une moindre mutualisation de la tarification de l'assurance AT-MP (soit en introduisant un mécanisme qui lie la prime payée aux sinistres observés, soit en introduisant des franchises) se traduit par une diminution significative de la fréquence des accidents du travail déclarés. Cette diminution est à la fois le résultat d'une meilleure prise en compte de la sécurité par les salariés et les entreprises mais aussi, probablement, d'une augmentation de la sous-déclaration. En témoignent une étude canadienne comparée de l'assurance AT-MP de l'industrie forestière en Ontario (passé en 1984 d'une tarification totalement mutualisée à une tarification basée sur l'historique des accidents) et en Alberta (avec une tarification mutualisée)³⁶, et une étude américaine sur la sinistralité dans l'État de New York comparant les résultats des entreprises dont les primes dépendent de leurs comportements passés par rapport à ceux pour lesquels ce n'est pas le cas³⁷. D'autres travaux examinent les effets de l'introduction de contrats d'assurance AT-MP avec franchise dans les années 90³⁸.

- L'augmentation du niveau de la réparation des AT-MP a des conséquences plus complexes. Elle participe certainement à une amélioration de la santé et de la sécurité des salariés au travail (l'accroissement du niveau de la réparation renchérit le coût de l'assurance qui se répercute en augmentation des cotisations pour les employeurs, ce qui incite ces derniers à investir dans la sécurité au travail), mais elle peut aussi avoir comme conséquence d'augmenter le niveau observé de déclaration des accidents en diminuant l'incitation à la sous déclaration de ces derniers. Les travaux empiriques (dont une étude américaine sur données françaises³⁹) semblent ainsi montrer

³⁶ Bruce C, F Atkins (1993), "Efficiency of premium-setting regimes under workers' compensation : Canada and the United States", *Journal of Labor Economics*, University of Chicago Press, vol. 11, pp. S38-S69,

³⁷ Thomason T. (1993), "Permanent partial disability in workers' compensation: probability and cost", *Journal of Risk and Insurance*, vol. 70(4), pp. 570-590.

³⁸ Shields J, X. Lu, G. Oswald (1999), "Workers' compensation deductibles and employers' costs", *Journal of Risk and Insurance*, vol. 66(2), pp. 207-218.

³⁹ Cf. Moore M.J, W.K. Viscusi (1990), "Compensation mechanisms for job risks: wages, workers' compensation and product liability", Princeton University Press.

qu'une augmentation du niveau de la réparation augmente les déclarations mais diminue le nombre réel d'accidents du travail.

- D'autres travaux suggèrent en tout état de cause que l'impact de la sous-déclaration peut être important (cf. une étude appariant des déclarations de réparation d'accident avec des fichiers de personnes souffrant du dos dans le Michigan⁴⁰).

➤ En ce qui concerne la France, la littérature empirique est plus rare. Deux études relatives au régime en vigueur avant 2010 méritent néanmoins d'être citées.

La première est une étude de la DREES⁴¹ qui utilise la différence de tarification entre l'Alsace Moselle et le reste de la France en matière d'assurance AT-MP pour tenter de mettre en évidence une sinistralité différentielle entre les deux zones ne permet pas de conclure à une influence de la tarification. Mais ce résultat pourrait en partie être lié au mode de calcul des primes (la prise en compte d'un passé, parfois assez lointain, dans le calcul de la cotisation permettant mal de lier la sinistralité observée une année donnée et le taux de cotisation effectivement payé).

Une seconde référence est une thèse de doctorat en sciences économiques⁴², qui utilise des données relatives à la tarification mise en place suite à la réforme de 1995, affectant le degré de mutualisation pour les entreprises comprises entre 10 et 300 salariés. Il met en évidence que :

- l'individualisation a été plus efficace dans les petites entreprises des secteurs les moins accidentogènes (« commerce non alimentaire », « services bancaires et financiers », « administration », « santé » et « nettoyage » dans l'étude) que dans les petites entreprises des secteurs les plus risqués (« métallurgie », « construction » et « carrières » dans l'étude) : cette observation est interprétée comme la conséquence d'investissements en matière de sécurité relativement moins élevés et plus faciles à mettre en œuvre dans les secteurs peu accidentogènes que dans les secteurs qui le sont plus.

- l'individualisation accrue des cotisations des entreprises entre 20 et 300 salariés s'est traduite par un accroissement notable du contentieux.

Butler R.J, J.D.Worrall (1991), "Claims reporting and risk bearing moral hazard in workers' compensation", *Journal of Risk and Insurance*, vol. 58, pp 191-204.

Aiupa T., J. Trieschmann (1998), "Moral hazard in the french workers' compensation system", *Journal of risk and insurance*, vol. 65(1), pp. 125-133.

⁴⁰ Biddle J., K. Roberts (2003), "Claiming behavior in worker's compensation", *Journal of Risk and Insurance*, vol. 70(4), pp. 759-780.

⁴¹ F. Lé, F. Tallet (2012), « Cotisations et prestations d'accidents du travail : un dispositif qui était en 2009 plus redistributif qu'incitatif », *Document de travail, série Etudes et Recherches*, n° 115, Drees, mars.

⁴² M. Aubier-Funaro (2010), « Assurance AT-MP et marché du travail », *EHESS-PSE*, thèse soutenue en juillet 2010.

Une évaluation complète d'un mode de tarification plus individualisé nécessiterait de prendre en compte les comportements de recours au contentieux, face à une législation dont la complexité peut favoriser le développement de litiges, ainsi que les phénomènes de sous-déclaration qui font l'objet d'une évaluation périodique dans le cadre de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale. Cette commission évalue les dépenses supportées par l'assurance maladie au titre des affections qui devraient relever de l'assurance AT-MP et non prises en charge du fait de la sous-déclaration, montant qui doit faire l'objet d'un versement compensatoire à l'assurance maladie et qui est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Annexe 2

La tarification des cotisations AT-MP en Allemagne, en Italie et aux Etats-Unis⁴³

1- La tarification des AT-MP en Allemagne

L'assurance AT-MP est organisée par branches professionnelles dans le cadre de caisses de branche (les « Berufsgenossenschaften » ou BG), dont l'activité est encadrée par la législation qui impose que chaque BG module ses taux de cotisation (*bonus-malus*). Elle institue également la possibilité de mettre en place des incitations financières en faveur des entreprises qui ont une action marquante en matière de sécurité au travail. Dans ce cadre légal, les BG ont interdiction de faire des bénéfices. La cotisation est entièrement individualisée par entreprise (la taille n'est pas prise en compte), calculée sur la base des dépenses réelles de l'assureur lors de l'année écoulée, en fonction des catégories de risque⁴⁴, et fixée une fois pour toutes (mais néanmoins susceptible de recours de la part de l'entreprise). Tous les coûts (accidents du travail, accidents de trajet, maladies professionnelles) sont pris en compte dans le calcul.

A l'intérieur de ce cadre, les BG ont une grande latitude d'application et peuvent proposer différents mécanismes d'incitations financières faisant varier les cotisations (*bonus-malus*, incitations telles que ristournes, rabais ou subventions) :

- le *bonus-malus* est calculé en comparant la charge qu'impose une entreprise à la BG dont elle est adhérente à la charge moyenne des entreprises adhérentes à la même caisse. Les conseils d'administration de chaque BG sont libres d'exclure ou de prendre en compte certains types de coûts (accidents de trajet, niveau de gravité des accidents présentés, types de maladies professionnelles) dans le calcul du *bonus-malus* et d'en moduler l'application (par exemple en limitant les taux d'augmentation des *malus*, ou de baisse des *bonus*). C'est ainsi qu'en 2013 la BG sectorielle des industries du sucre modulait de -50% à +60% ses *bonus-malus* tandis que celle de la fabrication du papier le faisait de -10% à +40% ;
- des dispositifs complémentaires proposés par les BG qui visent à inciter ou récompenser des efforts de prévention : il peut s'agir de ristournes ou de primes, accordées par exemple pour l'utilisation de machines plus sûres, de formation en sécurité et santé au travail, de dispositifs accrus de protection contre le bruit, de campagnes internes de prévention, etc.

⁴³ Les éléments utilisés sont tirés des documents :

- EuroGip (2013), « Incitations financières à la prévention des risques professionnels », novembre.
- M. Garwacki (2006), « L'assurance accident du travail et maladies professionnelles aux Etats-Unis ». *Risques*, n° 68, décembre.
- Ph. Askenazy (2005), *op.cit.*

⁴⁴ Il peut y avoir plusieurs catégories de risque par entreprise (production, commercial, administration, etc...) et le nombre de catégories varie d'une BG à l'autre.

Ces incitations sont choisies, gérées et administrées par les BG en fonction des caractéristiques propres des branches qu'elles prennent en charge et des objectifs que les administrateurs des BG se fixent.

2- La tarification des AT-MP en Italie

L'assurance AT-MP est obligatoire et gérée par une institution publique, l'INAIL (*Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro*). La tarification doit assurer l'équilibre entre les recettes et les dépenses. Les entreprises sont réparties en quatre secteurs (industrie, artisanat, services et « autres activités ») disposant chacun de sa propre grille de taux de cotisation, correspondant à la moyenne nationale des risques du secteur. Chaque secteur est lui-même divisé en groupes de risques, les taux (calculés sur la masse salariale de l'entreprise) variant entre 0,5% et 16% (données relatives à 2012) selon le groupe de risque. La fixation des taux ne tient pas compte de l'effectif, petites et grandes entreprises d'une même classe de risque étant appelées à cotiser au même taux.

Le dispositif italien comprend deux mécanismes d'incitations financières : un *bonus-malus* et des aides à la prévention.

- Le système de *bonus-malus* est fondé sur la sinistralité passée, avec une double limite aux variations possibles de taux. D'une part, la différence entre la sinistralité propre à l'entreprise et la sinistralité moyenne de sa classe de risque est d'autant plus prise en compte que l'entreprise emploie un grand nombre de salariés. D'autre part, la variation de taux possible est elle-même limitée (le plafond de cette variation de taux va de 7% pour les entreprises de moins de 100 salariés jusqu'à 20% pour celles de plus de 500 salariés depuis la réforme de 2000). Les taux sont symétriques à la hausse (*malus*) et à la baisse (*bonus*) de telle sorte que les plus grandes entreprises (où la sinistralité est en général la plus faible) bénéficient de *bonus* plus importants que les petites. Pour atténuer ce problème un second étage a été institué au dispositif. Les deux dispositifs cumulés permettent d'appliquer des taux maximum de *bonus-malus* variant de 22% pour les entreprises les plus petites (au dessous de 10 salariés) jusqu'à 35% pour celles de plus de 500 salariés.

- Le second mécanisme prend en compte les mesures de prévention, choisies dans le catalogue de l'INAIL, mises en place l'année précédente. Chaque action est assortie d'un « score » (un certain nombre de points) qui donne droit à un certain montant de ristourne, d'autant plus forte que l'entreprise est petite, sur la cotisation due. Ce deuxième dispositif est assorti d'aides financières ciblées en direction des seules PME, entreprises agricoles ou artisanales, et portant sur les programmes de mise en conformité avec la loi, ainsi que sur des actions de formation et d'information. Ces aides doivent obligatoirement être complétées par des financements propres de l'entreprise.

Au total, en cumulant les deux mécanismes (*bonus-malus* et ristourne au titre des actions de prévention), la modulation maximale qui peut être obtenue varie entre 52% (pour les entreprises jusqu'à 10 salariés) et 42% (pour celles au-delà de 500 salariés).

3- L'assurance AT-MP aux États-Unis

Les entreprises doivent obligatoirement souscrire pour leurs employés une assurance couvrant les frais et l'indemnisation d'un accident ou d'une maladie professionnels. Une réglementation fédérale est définie par l'*Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) et mise en œuvre par chaque État, sous l'autorité des commissaires aux assurances. L'assurance est souscrite directement par l'employeur auprès d'un assureur, en général privé (à l'exception de cinq États), mais les États peuvent en dispenser certaines catégories d'entreprises (les très petites entreprises en général) ou de travailleurs (les agriculteurs par exemple). L'OSHA a en outre pu autoriser certaines grandes entreprises ou des entreprises de secteurs à très faible sinistralité à s'auto-assurer.

Le système a été confronté dès la fin des années quatre-vingt à une croissance très rapide des coûts, elle-même provoquée par l'explosion des frais médicaux et l'accroissement des procédures de « *class action* » pour de nouvelles catégories de maladies professionnelles (consécutives à l'exposition à l'amiante par exemple). Ces éléments ont conduit à se préoccuper de la réduction des risques professionnels dans les entreprises, les employeurs souhaitant contenir leur primes d'assurance, et les assureurs, confrontés à une hausse des indemnisations et à une concurrence accrue sur ce marché, tentant de restaurer leurs marges. Cela a conduit à l'apparition de contrats avec franchise et à l'instauration de mécanismes obligatoires « *d'experience rating* » dans plus de la moitié des États. C'est cependant la sensibilité des entreprises à leur image publique et l'émergence d'un marché du conseil en sécurité au travail qui ont contribué à l'amélioration sensible de la situation et une baisse de la sinistralité à partir du milieu des années quatre-vingt dix.

Pour autant, cette baisse du nombre d'accidents du travail (-42% entre 1990 et 2003) n'a pas permis une baisse parallèle du coût de la garantie en raison de l'inflation des frais médicaux et de la hausse des litiges (la présence d'un avocat dans un litige lié à un accident du travail augmenterait de 12 à 15% le coût de ce dernier).

Chapitre IV

Les conséquences des modes de financement sur le pilotage et la gouvernance financière de la protection sociale en Europe

Le souhait des travaux d'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe lancés par le Haut Conseil du financement de la protection sociale est enfin d'analyser les liens existant entre les arrangements institutionnels retenus dans les différents pays européens, et les règles de pilotage et de gouvernance des dépenses et des recettes de protection sociale aux fins de soutenabilité tant sociale que financière. Tel est l'objet de ce chapitre final du présent rapport⁴⁵.

Intuitivement, on s'attendrait à ce que les pays ayant fait le choix d'organiser leurs systèmes de protection sociale sur la base de grands régimes d'assurances sociales disposant d'une autonomie juridique par rapport à l'État prévoient des règles spécifiques pour la régulation et la gouvernance de ces régimes, comme sous-ensemble particulier des finances publiques prises dans leur ensemble. A l'inverse, les pays de tradition « beveridgienne », dans lesquels l'essentiel des dépenses de santé et de protection sociale est financé par des dotations de l'État, ou le cas échéant des collectivités locales, ne devraient logiquement pas attacher une importance particulière aux perspectives de financement de la protection sociale en tant que telle, mais seulement à l'évolution de l'ensemble des dépenses et des recettes publiques. Cependant, comme on l'a déjà entrevu dans le chapitre initial du présent rapport, les systèmes nationaux de protection sociale ont été sujets à des processus d'hybridation, qui conduisent à ce que, à partir de principes de gouvernance financière globalement en phase avec la philosophie générale des différents systèmes de protection sociale, la pratique de leur pilotage financier connaisse des modalités beaucoup plus diverses et complexes.

Traiter de ces questions de pilotage et de gouvernance financière de la protection sociale dans une approche européenne comparée nécessite de disposer de données précises sur les arrangements institutionnels et juridiques retenus par les principaux États-membres de l'Union européenne. A cet égard, les données financières agrégées sur le financement de protection sociale, comme celles tirées du système statistique SESPROS, qui ont été présentées dans le premier chapitre du rapport, sont insuffisantes pour retracer ces dispositions institutionnelles. Le système européen MISSOC (« Mutual Information System on Social Protection ») fournit quant à lui des éléments substantiels sur les principaux paramètres régissant les prestations et les prélèvements sociaux (nature des prestations, règles d'éligibilité, assiette et taux des prélèvements, etc.), mais ne comporte que peu d'informations sur les règles de pilotage et de gouvernance financière de la protection sociale.

⁴⁵ La rédaction de ce chapitre a bénéficié du concours de M. Benjamin Ferras, inspecteur des affaires sociales, désigné rapporteur par l'Inspection générale des affaires sociales sur la demande de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes par lettre du 27 janvier 2014.

Aussi, afin de parvenir à une description suffisamment documentée des règles de pilotage et de gouvernance des finances sociales dans les États-membres de l'Union européenne, le Haut Conseil du financement de la protection sociale a tenté de recueillir des informations spécifiques par trois voies :

- en premier lieu, il a organisé le 2 juillet 2014 un séminaire sur les modes de financement de la protection sociale en Europe, auquel ont participé des experts français et étrangers⁴⁶, sur les arrangements institutionnels relatifs à la protection sociale et à son financement en Allemagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède ;
- ensuite, il a pu exploiter les réponses des conseillers économiques et sociaux des ambassades de France en Allemagne, en Espagne, aux États-Unis, en Italie, au Japon, au Royaume-Uni et en Suède à un questionnaire sur le pilotage des finances sociales adressé à eux par la Cour des comptes en février 2014, qui lui ont été transmises avec l'accord de cette dernière ;
- enfin, le Haut Conseil a pris l'initiative d'adresser un questionnaire complémentaire aux conseillers économiques et sociaux des ambassades de France en Allemagne, en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède, grâce au concours conjoint de la Direction générale du Trésor du Ministère des Finances et des Comptes publics et de la Délégation aux affaires européennes et internationales du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes ; ce questionnaire et les réponses des postes diplomatiques sont présentés en complément au présent chapitre.

Au final, les analyses qui composent le présent chapitre portent sur cinq pays – Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suède -, le Haut Conseil du financement de la protection sociale ayant fait le choix de concentrer sa compréhension des pratiques de pilotage et de gouvernance de la protection sociale en Europe sur un nombre de pays limité, aux systèmes de protection sociale contrastés.

Le présent chapitre comprend deux parties. Dans un premier temps, on présente les caractéristiques principales des cinq pays sélectionnés, en termes de principes généraux de l'organisation des systèmes de protection sociale, de structure du financement, et d'arrangements institutionnels (I). La seconde partie traite des règles relatives à la gouvernance financière des différents segments des finances sociales, des responsabilités qu'y prennent les différents acteurs, et de leur articulation avec le cadre général d'élaboration et d'exécution des budgets publics (II).

⁴⁶ - Mme Indra Morris, Directrice des prélèvements et des prestations au Trésor britannique (« HM Treasury ») ;

- M. Fabrice Perrin, Conseiller pour les affaires sociales à l'ambassade de France en Suède ;

- M. Salvatore Pirrone, Directeur des politiques actives et passives du marché du travail au Ministère italien du Travail ;

- M. Hilmar Schneider, Directeur du Centre de recherches CEPS-INSTEAD à Luxembourg.

I. De fortes spécificités nationales dans l'organisation et la gestion financière de la protection sociale en Allemagne, en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède

Dans cette partie, sont tout d'abord brièvement présentés les origines historiques et les grands traits de l'architecture des systèmes de protection sociale des cinq pays étudiés (I.1). On rappelle ensuite quelques données quantitatives sur la protection sociale et son financement dans ces pays, notamment en termes d'affectation de ressources propres à des dispositifs sanitaires et sociaux (I.2). Sont enfin décrits les arrangements institutionnels retenus dans les cinq pays européens (I.3) et leurs conséquences en termes de pilotage financier (I.4).

I.1. Des organisations des systèmes de protection sociale liées au contexte historique national

Les cinq pays retenus dans l'analyse menée dans ce chapitre ont en commun de proposer à leurs citoyens une offre de prestations et de services couvrant, à quelques nuances près, l'ensemble des risques de la protection sociale, mais avec une grande variété d'arrangements institutionnels. D'une façon générale, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suède mettent en œuvre des dispositifs publics qui assurent une large couverture des risques maladie, santé au travail, vieillesse et chômage. La situation est plus contrastée dans le domaine des prestations en faveur des familles, des aides au logement et de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale : la générosité des prestations familiales varie sensiblement d'un pays à l'autre, et est relativement faible dans les pays du sud de l'Europe ; l'Italie est le seul parmi les cinq pays à ne pas disposer d'un minimum social national.

D'une façon générale, on peut remarquer que les étapes décisives de l'édification des systèmes de protection sociale des pays européens ont été contemporaines d'événements historiques fondateurs pour ces pays : la réalisation de l'unité allemande et italienne à la fin du XIX^{ème} siècle, la seconde guerre mondiale pour la France et le Royaume-Uni. L'Allemagne a ainsi été le pays européen précurseur, avec l'institution en 1883 de régimes de protection contre la maladie et les accidents du travail, complétée en 1891 par la création d'un régime de retraite, financés par des cotisations acquittées aux deux tiers par les employeurs et au tiers restant par les salariés. À l'origine, la protection sociale n'avait vocation à bénéficier qu'au groupe professionnel des ouvriers de l'industrie, et parmi ceux-ci aux seules personnes dont les salaires étaient inférieurs à un plafond. Cependant, au fil du temps, son champ s'est étendu aux employés, puis aux travailleurs indépendants, pour couvrir aujourd'hui l'ensemble de la population. Le mode de financement s'est également diversifié, avec, comme on le verra, une participation importante du budget de l'État aux dépenses d'assurance maladie, de retraites et de politique familiale, et des budgets des autorités locales (*Länder*) aux dépenses d'équipements et de services en faveur des familles. Les *Länder* ont également la charge de l'aide sociale aux personnes démunies, qui a fait l'objet de réformes importantes au cours des années 2000. Ce dispositif comporte aujourd'hui un volet important d'assistance aux chômeurs de longue durée, à côté d'un régime d'assurance chômage initialement créé en 1925, et dont la gestion est aujourd'hui confiée à une agence fédérale. L'empreinte initiale demeure toutefois jusqu'à nos jours, avec notamment le maintien de règles d'affiliation professionnelle à l'assurance maladie légale, qui laissent de côté 10% environ

de la population allemande, dans certaines catégories socioprofessionnelles (travailleurs indépendants, agents publics) ou parmi les personnes bénéficiant des plus hautes rémunérations, qui peuvent opter pour des couvertures maladie volontaires. Le choix d'un recours préférentiel aux mécanismes d'assurances sociales en Allemagne se traduit également par le fait que ce pays a été le seul en Europe à créer, en 1995, un régime de prise en charge de la dépendance sur la base d'un dispositif d'assurance financé par des cotisations des employeurs et des salariés.

En Espagne et en Italie, le développement de la protection sociale s'est également inspiré de la référence aux assurances sociales, mais a été plus progressif et plus fragmentaire qu'en Allemagne. On peut considérer que la consolidation des premiers régimes de protection sociale couvrant les risques maladie, accidents du travail et vieillesse a été initiée par les régimes autoritaires que ces deux pays ont connus à partir de l'entre-deux guerres. En Italie, après les lois sociales de la fin du XIX^{ème} siècle (loi *Crispi* de 1890 sur l'assistance sociale et la protection de la santé, création en 1890 d'une Caisse nationale des assurances sociales) qui ont constitué les premières étapes de la construction d'un système public de couverture des risques sociaux, à la suite des institutions privées caritatives, le plus souvent religieuses. Puis une loi de 1919 rend l'assurance vieillesse obligatoire et au cours des années trente, le régime de retraite des salariés du secteur privé voit ses prérogatives étendues à la prise en charge des accidents du travail et du chômage. En Espagne, des régimes obligatoires de protection sociale ont été mis en place tout au long de la première partie du XX^{ème} siècle, d'abord en matière de retraite (en 1919, ouvert seulement aux salariés aux plus bas revenus), puis de maternité (en 1929), enfin d'assurance maladie (1942). Parmi les évolutions contemporaines des systèmes de protection sociale espagnol et italien, il y a lieu de noter, dans un contexte où la couverture maladie reste parfois fragmentée entre systèmes publics et privés de prise en charge, la délégation poussée de la gestion et du financement des soins de santé aux autorités locales (communautés autonomes en Espagne, régions en Italie), avec des modalités toutefois différentes comme on le verra dans la seconde partie de ce chapitre. Dans le domaine des politiques d'assistance, l'Espagne a mis en place depuis les années quatre-vingt dix un minimum social en faveur des personnes âgées de 25 ans et plus (*renta minima*). En revanche, l'Italie est le seul des cinq pays étudiés à n'avoir pas mis en place de « filet de sécurité » généralisé, une expérimentation conduite à la fin des années quatre-vingt dix n'ayant pas débouché.

L'expérience de la Suède en matière d'édification de ses institutions de protection sociale a suivi un cours différent de celui des pays d'Europe continentale. Contemporain de la prédominance du courant social-démocrate à partir des années trente, ce processus a constitué en une traduction du compromis social trouvé entre les représentants des entreprises et des travailleurs (notamment lors des accords de Saltsjöbaden en 1938), sous la forme de larges régimes couvrant tous les risques sociaux sur une base égalitaire. Mais il a en outre marqué très tôt la volonté de concilier développement économique et cohésion sociale, formulée dès les années trente par A. et G. Myrdal, et qui a conduit à mettre fortement en valeur à la fois les enjeux de redistribution et d'investissement dans le capital humain, qu'il s'agisse d'éducation, d'accueil de la petite enfance en vue de favoriser l'activité des mères, ou d'aide au reclassement professionnel et de santé au travail afin d'encourager le maintien en activité des travailleurs âgés. La Suède est ainsi l'un des pays membres de l'Union européenne qui consacre la part la plus importante de sa richesse nationale à la protection sociale, et notamment aux fonctions « famille-

enfance » et « emploi ». S'agissant de la santé, la Suède a opté pour une organisation de type « système national de santé », avec une unité des fonctions d'organisation et de financement des soins, mais dans le cadre d'une délégation de ces fonctions aux régions. La responsabilité de la délivrance et du financement de l'aide sociale, ainsi que des services à la petite enfance, aux handicapés et aux personnes âgées est quant à elle confiée aux communes suédoises.

Enfin, parmi les cinq pays étudiés dans le présent chapitre, le Royaume-Uni est le dernier à s'être doté de grands régimes publics de protection sociale. Le processus de construction de la protection sociale britannique a suivi une voie originale, qui s'est ultérieurement imposée comme une référence alternative aux modèles fondés sur les assurances sociales. C'est le rapport Beveridge publié en novembre 1942 qui a posé les principes du système britannique : des prestations sociales versées à tous les résidents, générales et uniformes, qui doivent protéger leurs bénéficiaires du risque de connaître un niveau de vie trop bas. Ces principes ont été mis en œuvre dès le lendemain de la seconde guerre mondiale : en 1946 avec la mise en place de « l'assurance nationale » chargée de dispenser les prestations en espèces (retraites indemnités de chômage, minima sociaux...), puis en 1948 avec la création du service national de santé (*National Health Service - NHS*) chargé d'offrir à tous les résidents des soins pour une large part gratuits, et financés par le budget de l'État. Les traits originaux du système de protection sociale britannique se sont pour une large part maintenus jusqu'à nos jours, avec cependant une tendance à la concentration du bénéfice des prestations en espèces vers les ménages à bas revenus. Par ailleurs, le Royaume-Uni se caractérise aujourd'hui par un recours important à des mécanismes de réduction ou de crédit d'impôt, dont le montant au titre de la protection sociale, de la santé et du logement atteignait 3,5% du PIB à la fin de la précédente décennie. L'approche « assurancielle » trouve aussi à se déployer outre-Manche, dans le domaine de la protection sociale complémentaire d'entreprise, particulièrement en matière de retraites.

1.2. Des montants relativement proches dans les cinq pays de la part des dépenses de protection sociale dans la richesse nationale, mais des différences dans la répartition par risques et la structure des prélèvements

Les développements qui suivent reprennent quelques données sur la protection sociale (1.2.1) et son financement (1.2.2) dans chacun des cinq pays étudiés, à partir de la présentation plus détaillée faite à l'échelle de l'Union européenne dans le premier chapitre du présent rapport.

I.2.1. Des écarts limités quand à la part globale de la protection sociale dans le PIB, mais des différences importantes des structures par risques de ces dépenses dans les cinq pays sous revue

L'évolution entre 1995 et 2011 de la part des dépenses de protection sociale dans la richesse nationale en Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni et Suède peut être connue à l'aide des données du système statistique SESPROS (cf. le chapitre I du présent rapport). En 2011, dernière année pour laquelle les données sont disponibles, les dépenses de protection sociale s'élevaient entre 26,1% du PIB en Espagne et 29,7% du PIB en Suède et en Italie. L'Allemagne (29,4% du PIB) forme avec ces deux derniers pays un groupe très proche de la moyenne des quinze premiers États-membres de l'Union européenne (29,9% du PIB). Le Royaume-Uni se situe à un niveau légèrement plus bas de la part de la richesse nationale consacrée à la protection sociale (28,0%). Au total, les écarts de taille financière des systèmes de protection sociale paraissent relativement limités entre les cinq pays considérés⁴⁷, et une certaine convergence peut être constatée à partir du déclenchement de la crise économique et financière en 2008, l'Allemagne et la Suède présentant toutefois un infléchissement à la baisse de ce ratio à partir de 2010.

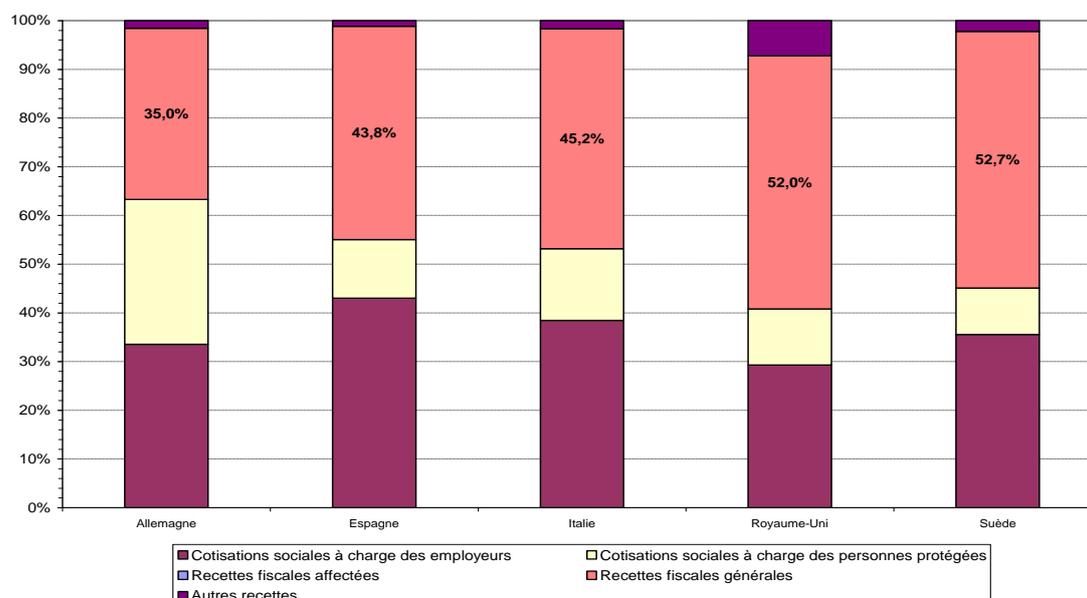
Cette homogénéité du niveau des dépenses de protection sociale recouvre toutefois des priorités différentes en matière de couverture des différents risques. Alors qu'en moyenne les quinze premiers États-membres de l'Union européenne consacraient en 2011 45% de leurs dépenses de protection sociale à la couverture du risque vieillesse, l'Allemagne, l'Espagne, le Royaume-Uni et la Suède se situent au voisinage de cette moyenne, mais l'Italie se distingue par une part significativement supérieure des dépenses afférentes à ce risque (61%), du fait d'un régime de retraite historiquement généreux, et qui pèse encore fortement sur les dépenses de retraites, sachant que les réformes entreprises s'appliquent aux cohortes de nouveaux retraités. Par suite, ce pays présente une part de dépenses consacrées aux autres risques plus faible qu'en moyenne dans l'Union européenne à quinze, en particulier pour le risque maladie : les dépenses à ce titre représentent 25 % des dépenses de protection sociale en Italie, alors que presque tous les autres pays étudiés y consacrent aux alentours du tiers de leurs dépenses totales de protection sociale. La Suède présente également une part relativement faible (26%) des transferts sociaux allouée aux soins de santé, cela s'expliquant par l'importance plus grande que prennent dans ce pays la couverture des risques « invalidité » et « famille-enfance ». Enfin, l'Espagne se distingue par un poids élevé des dépenses consacrées à l'indemnisation du chômage (près de 15%, contre 5,5% en moyenne dans l'Union européenne à 15), en raison d'un taux de chômage particulièrement élevé (24,5% à la mi-2014, contre 11,5% en moyenne dans la zone euro).

⁴⁷ Il convient de rappeler que les dépenses de protection sociale prises en compte par le système statistique SESPROS portent non sur les seules dépenses publiques de protection sociale, correspondant aux dispositifs obligatoires de par la loi ou des accords collectifs de portée nationale, mais également sur les dépenses privées, dispensées dans un cadre collectif – telles que les couvertures complémentaires offertes dans le cadre professionnel avec participation financière de l'employeur – ou même individuelles, pour autant qu'il n'existe pas de lien strict entre le montant des prestations garanti aux bénéficiaires et celui des contributions qui lui sont demandées. Cela explique que les pays tels que l'Allemagne ou le Royaume-Uni, dans lesquels la composante publique des dépenses de protection sociale est relativement faible parce que la couverture de certains risques est assurée au moyen de dispositifs facultatifs (notamment dans le domaine de la couverture complémentaire vieillesse), présentent cependant des montants élevés de dépenses totales de protection sociale dans le produit intérieur brut.

I.2.2. Des structures de financement de la protection sociale qui se distinguent essentiellement par le poids des cotisations sociales dans l'ensemble des recettes

Les différences de la structure par risques des dépenses de protection sociale se répercutent sur les structures du financement observées dans chacun des cinq pays étudiés, et qui ont été commentées au premier chapitre. Ces pays présentent en particulier des différences importantes quant à la part du financement reposant sur des cotisations sociales, acquittées par les employeurs comme par les personnes protégées (cf. graphique 1). En cohérence avec la logique d'assurances sociales qui continue à inspirer son système de protection sociale, l'Allemagne fait reposer les ressources de ce dernier à hauteur de 63% sur les cotisations sociales, soit sept points de plus que la moyenne des quinze premiers États-membres de l'Union européenne (56%). Cette part reste supérieure à 50% en Espagne et en Italie (respectivement 56% et 53%), mais est en revanche plus faible en Suède (45%) et surtout au Royaume-Uni (41%), ces deux pays ayant fait le choix dès l'origine de systèmes de prestations et de soins financés par des contributions publiques.

Graphique 1
Structure des ressources de l'ensemble des régimes de protection sociale en 2011



Source : Eurostat, Sespros.

Concernant la répartition des cotisations sociales entre employeurs et personnes protégées, l'Allemagne présente également une situation particulière, avec une répartition presque égale. A l'inverse, les quatre autres pays ont en commun de faire reposer sur les employeurs le financement de plus de 70% des cotisations sociales, et jusqu'à 79% en Suède.

En revanche, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suède ont tous les cinq pour caractéristique commune de ne mobiliser, en dehors des cotisations sociales, que des contributions ou impôts généraux, ignorant l'affectation de recettes fiscales propres aux régimes de protection sociale. Cela constitue une différence essentielle avec la France où, comme on l'a vu, les impôts et taxes affectés à la protection sociale représentent un quart environ des ressources de cette dernière.

En termes d'évolution, le recul général observé de la part des cotisations sociales dans le financement de la protection sociale a été particulièrement marqué dans les pays où cette proportion était initialement élevée (Allemagne, Espagne, Italie) : entre 1990 et 2011, il a atteint 15 points dans le premier pays, et 17 points dans les deux derniers. A l'inverse, le Royaume-Uni a connu une relative stabilité au cours du temps de la contribution des cotisations sociales au financement de la protection sociale, qui s'établit depuis une quinzaine d'année au voisinage de 45%. Cependant, la Suède a connu une évolution différente des autres pays, avec un poids des cotisations sociales qui a augmenté sur l'ensemble de la période (45% en 2011, contre 40% vingt ans auparavant). Ce mouvement de hausse s'est essentiellement concentré sur la fin des années quatre-vingt dix, lorsque la Suède a profondément réformé son système fiscal en réponse à la crise financière qu'elle a traversée, et qui l'a conduit à réduire l'imposition directe sur les revenus.

I.3. Des répartitions de compétences diversifiées en matière de délivrance et de financement des prestations de protection sociale

L'organisation de la protection sociale dans les cinq pays passés en revue porte pour une part la marque des « modèles » idéaux-typiques - « bismarckien » fondé sur les assurances sociales financées par des cotisations sociales, et « beveridgien » mettant en œuvre des dispositifs universels financés par l'impôt -, mais elle n'empêche pas, dans tous les cas, une implication directe de l'État dans le financement d'une part appréciable des prestations sociales (I.3.1). Dans certains pays, il existe en outre une dévolution aux autorités locales de pans importants des dispositifs de protection sociale, notamment en matière de santé, et ce y compris dans des pays de tradition « bismarckienne » (I.3.2).

I.3.1. Des modes de gestion et de délivrance des prestations assez différenciés, mais toujours avec une intervention significative de l'État

Les responsabilités en matière de délivrance et de gestion des prestations de protection sociale varient fortement dans les cinq pays considérés, et portent la marque du modèle dominant de protection sociale dans lesquelles elles s'inscrivent : ce sont ainsi des caisses d'assurances sociales, professionnelles ou locales, qui ont en charge en Allemagne à la fois le versement des retraites, des indemnités d'accidents du travail et le remboursement des soins de santé, tandis qu'en Espagne un « Institut National de la Sécurité Sociale » délivre les prestations en espèces autres que l'indemnisation du chômage et les soins de santé, et qu'en Italie l'Institut National de la Prévoyance Sociale a une compétence très large en matière de gestion et de versement des prestations, à l'exception des rentes d'accidents du travail et des soins de santé. Cependant, dans tous les pays étudiés, même ceux où la protection sociale conserve fortement l'empreinte des assurances sociales, l'État exerce des responsabilités majeures dans son organisation, son financement et son pilotage, qui restent dans tous les cas des politiques nationales majeures et représentent une part importante des dépenses publiques. La règle commune est que les caisses de sécurité sociale sont sous la tutelle de l'État, bien que le champ sur lequel s'exerce cette tutelle puisse varier d'un pays à l'autre. L'État exerce dans tous les cas des prérogatives importantes en matière de prise en charge financière des risques de la protection sociale, et en a dans certains cas la responsabilité directe, de façon variable selon les pays.

L'exemple qui illustre le plus clairement ce constat est le Royaume-Uni, dans lequel, conformément à la logique « beveridgienne », la quasi-totalité des politiques sociales relèvent directement de l'État qui les décide, les met en œuvre et les finance à partir du budget voté au titre d'une année. Les soins de santé (dans le cadre d'un système national de santé – *National Health System (NHS)*), la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, les retraites publiques, l'indemnisation du chômage et les minima sociaux entrent dans ce cadre. La seule exception concerne l'offre d'hébergement des personnes dépendantes qui relève de la responsabilité des « *councils* » (troisième niveau « vertical » de gouvernement, équivalent aux départements français). Il y a également lieu de souligner que certaines fonctions de la protection sociale sont financées au Royaume-Uni par des dispositifs de réduction ou de crédit d'impôt, notamment en matière de politique familiale et d'incitation à l'adhésion volontaire à des dispositifs de retraite complémentaire.

Dans les autres pays, les compétences de l'État dans le domaine de la protection sociale s'exercent plus fréquemment par délégation à des opérateurs nationaux chargés de la délivrance des prestations et parfois de leur gestion financière. La Suède confie ainsi la gestion de grands risques de la protection sociale à trois agences nationales⁴⁸ : l'Agence suédoise de Sécurité Sociale chargée du versement des prestations familiales (y compris les indemnités journalières maternité), des indemnités journalières maladie et accidents du travail ; l'Agence suédoise des pensions chargée des prestations de retraite de base ; l'Agence de l'emploi chargée du régime de base de l'indemnisation du chômage sur une base forfaitaire, lequel est complété par des dispositifs institués par accord collectif et gérés par des caisses d'assurance chômage. L'offre et le financement des soins de santé, les aides à l'autonomie des personnes handicapées et âgées et l'offre de structures et services d'accueil des jeunes enfants relèvent en revanche des autorités locales (régions et communes, *cf. infra*, § 1.3.2).

En Espagne, la tutelle des régimes sociaux est également assurée par l'État à l'exception de la santé qui est une compétence des communautés autonomes (*cf. infra*, § 1.3.2). Le Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale exerce aussi la tutelle :

- sur le Service public de l'emploi, agence qui délivre les prestations d'indemnisation du chômage ;
- sur l'Institut National de la Sécurité Sociale qui distribue les pensions de vieillesse et d'invalidité, les indemnités de maladie et de maternité et les prestations familiales ;
- sur les organismes dispensateurs d'indemnités d'accidents du travail-maladies professionnelles ;
- et sur la « Trésorerie générale de la sécurité sociale » qui collecte les ressources de la sécurité sociale (analogue à l'ACOSS en France), et sur certains régimes spéciaux.

⁴⁸ L'organisation administrative suédoise fait une séparation nette entre les fonctions de conception des politiques et les fonctions de gestion, confiées à des Agences, dont l'Agence Suédoise de Sécurité Sociale est l'une des plus importantes.

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales a quant à lui la tutelle de l'institution en charge des personnes âgées et des services sociaux.

En Italie, le Ministère du Travail et des Affaires Sociales exerce la tutelle sur l'Institut National de la Prévoyance Sociale (INPS), compétent pour le versement des prestations vieillesse, chômage, les prestations familiales et l'assistance ainsi que pour les indemnités journalières maladie et maternité, et sur l'institution chargée de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (INAIL). Le service national de santé est comme en Espagne délégué aux régions, ainsi que les politiques d'assistance sociale (*cf. infra*, § 1.3.2).

Enfin, en Allemagne, les risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles, vieillesse et dépendance sont délégués à un ensemble de régimes institués dans le cadre professionnel ou à l'échelon local, sous tutelle du Ministère fédéral de la Santé (assurance maladie et dépendance) et du Ministère du Travail (retraites et accidents du travail). Le budget de l'État prend directement en charge les allocations familiales, parentales et d'éducation, et cofinance avec les régions (*Länder*) et les communes l'avance sur pension alimentaire, les aides au logement et l'aide sociale. Le cas de l'indemnisation du chômage est spécifique : un établissement public autonome, l'Agence Fédérale de l'Emploi, collecte les cotisations, verse les prestations aux demandeurs d'emploi, et est également chargé de leur accompagnement. Cette Agence sert également de guichet pour la délivrance des prestations familiales pour le compte de l'État.

1.3.2. Des dévolutions parfois importantes aux autorités locales de certains segments des politiques sanitaires et sociales

L'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suède délèguent aux divers niveaux de leurs autorités locales des segments importants des politiques sanitaires et sociales, la dévolution portant selon les cas sur la seule délivrance des prestations ou en outre sur leur financement. Le tableau 2 suivant récapitule les domaines décentralisés dans les différents pays.

Le Royaume-Uni est historiquement un État unitaire dont la politique sociale est définie au plan national et mise en œuvre de façon identique sur l'ensemble de son territoire. Toutefois, depuis la dévolution de compétences aux quatre nations formant le pays (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande du Nord) en 1998, celles-ci sont responsables de l'organisation des soins dans leur ressort, ainsi que de leur financement, dont elles décident le montant au sein de l'enveloppe globale qu'elles reçoivent de Londres au titre des politiques dont elles ont la charge (qui ne sont pas identiques d'une nation à l'autre)⁴⁹. En outre, la fourniture d'hébergement aux personnes âgées dépendantes relève de la compétence des autorités locales de troisième niveau (*councils*). Enfin, l'État peut s'appuyer sur les services sanitaires et sociaux des autorités locales comme guichets déconcentrés des politiques sanitaires et sociales dont il est responsable (aides au logement pour les plus démunis notamment).

⁴⁹ Les quatre nations disposent d'un service national de santé (*National Health Service, NHS*) distinct. Dans le cas de l'Angleterre, le budget de ce service est attribué directement par le Parlement britannique, tandis que, dans le cas des trois autres nations, ce sont les Parlements nationaux qui déterminent les ressources des services de santé.

En dehors du cas britannique, plusieurs pays délèguent à leurs autorités locales de larges domaines des interventions sanitaires et sociales. L'Espagne, l'Italie et la Suède confient ainsi à leurs autorités locales de second niveau (communautés autonomes et régions) la responsabilité de l'organisation et du financement de l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers. Selon les pays, c'est donc de l'ordre du quart ou du tiers de l'ensemble des dépenses de protection sociale qui est ainsi dévolu aux autorités locales, ce qui implique par nature des relations fréquentes avec le budget de l'État, et soulève parfois des débats sur les inégalités de ressources mais aussi de qualité des prestations offertes dans les différents territoires, ainsi que sur la capacité des autorités locales à y délivrer des prestations et services qui soient à la fois les plus appropriés et fournis au meilleur coût.

Tableau 1
Compétences des autorités locales dans le domaine sanitaire et social, et régime fiscal applicable, dans
 cinq pays européens

	Allemagne	Espagne	Italie	Royaume-Uni	Suède
Contexte institutionnel	État fédéral. Le gouvernement fédéral (<i>Bund</i>) fédère l'intervention des régions (<i>Länder</i>). Les communes sont la circonscription de base des politiques sociales, et agissent dans un cadre financier contraint par des règles fixées régionalement	La Constitution espagnole reconnaît des communautés autonomes, elles-mêmes divisées en provinces, qui disposent de degrés d'autonomie variables. Le Pays basque, la Navarre, la Catalogne et la Galice, communautés "historiques", bénéficient du plus haut degré d'autonomie.	État décentralisé appliquant le principe de subsidiarité à la répartition des compétences entre 21 régions ou provinces autonomes et l'État	État unitaire avec statuts d'autonomie pour trois des quatre nations constitutives (Ecosse, Irlande du Nord et Pays de Galles). L'unité administrative de base est le <i>council</i> (correspondant aux départements ou aux intercommunalités en France)	État unitaire subdivisé en 21 régions et 290 communes dotées de compétences propres
Politiques sanitaires et sociales décentralisées					
Santé		La fourniture des soins est de la compétence des communautés autonomes (les indemnités journalières sont de la compétence de l'État)	La fourniture des soins est de la compétence des régions (les indemnités journalières sont de la compétence de l'État)	La fourniture des soins de santé est de la compétence des gouvernements nationaux en Ecosse, au Pays de Galles et en Irlande du Nord dans le cadre de la loi de dévolution de 1998.	La fourniture des soins est de la compétence des régions (les indemnités journalières sont de la compétence de l'État)
Autonomie-dépendance				Seule la fourniture de structures d'hébergement des personnes âgées dépendantes est de la responsabilité des <i>councils</i> . Toutes les autres politiques sanitaires et sociales sont définies et gérées au niveau national.	Les prestations et services aux personnes handicapées et âgées sont de la compétence des communes
Emploi		Les politiques actives de l'emploi sont de la compétence des communautés autonomes			
Famille	Les avances sur pensions alimentaires et les subventions aux structures d'accueil des jeunes enfants sont de la compétence des <i>Länder</i> (avec cofinancement du gouvernement fédéral)				L'offre de structures d'accueil de la petite enfance est de la compétence des communes
Lutte contre l'exclusion	L'aide sociale (de toute nature : enfance, personnes handicapées, personnes à faibles ressources) est de la compétence des communes, sous la surveillance financière de la région (<i>Land</i>)		L'assistance aux personnes à bas revenus est de la compétence des régions (il n'existe pas en Italie de minimum social national)		L'assistance sociale est de la compétence des communes
Ressources fiscales des autorités locales	Les ressources des <i>Länder</i> sont constituées principalement de fractions du produit des impôts nationaux. Les communes disposent également de ressources propres (taxe professionnelle et taxe foncière).	Les ressources des communautés sont constituées en presque totalité d'impôts transférés totalement ou partiellement par l'État.	Les régions disposent de ressources fiscales propres (impôt régional sur la valeur ajoutée des entreprises) qui représentent moins de 50% de leurs recettes totales, et dont les paramètres sont déterminés par l'État.	Les <i>councils</i> ont compétence pour déterminer les taux de la <i>council tax</i> (équivalent de la taxe d'habitation française)	Les régions et les communes reçoivent des fractions du produit des différents impôts nationaux. Elles peuvent en déterminer les taux. L'impôt sur le revenu représente environ 70% des ressources des deux niveaux d'autorités locales

La Suède est celui des cinq pays étudiés qui a poussé le plus loin la décentralisation de ses politiques sanitaires et sociales. Outre la dévolution aux régions de l'offre et du financement des soins de santé, elle a également confié aux communes – l'autorité locale de troisième niveau – la responsabilité des services et structures de soutien aux handicapés et aux personnes âgées dépendantes, des équipements d'accueil de la petite enfance, ainsi que des programmes d'assistance sociale.

En Italie, l'offre de soins est de la responsabilité des services sanitaires, l'État ayant le rôle de garant de l'équité des soins sur le territoire national. Le financement des dépenses correspondantes est transféré par l'État aux régions qui seront à l'avenir dans l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires, y compris en agissant sur leurs ressources fiscales, en cas de déséquilibre de leur système de santé (cf infra : II.1 et II.6).

A l'inverse, l'Allemagne, pourtant État explicitement fédéral, n'a pas autant que les trois pays précédents eu recours à la décentralisation des fonctions de santé et de protection sociale aux échelons infra-nationaux. L'aide sociale et l'offre de structures d'accueil des jeunes enfants sont les seuls domaines confiés à la responsabilité des *Länder*, dont les autres compétences portent sur la police, la culture, l'éducation ou l'environnement. Les autres domaines des politiques sanitaires et sociales – retraites, santé, famille, logement, indemnisation du chômage, etc. – restent de la compétence de l'État fédéral, et, le cas échéant, de caisses d'assurances sociales dont l'État fédéral assure la tutelle.

I.4. Des conséquences en termes de pilotage financier des dépenses et des recettes sociales

Cette diversité des arrangements institutionnels en matière de gestion et de financement des prestations a des conséquences sur les modes de pilotage et de gouvernance financière de la protection sociale dans les cinq pays étudiés, que la deuxième partie de ce chapitre examinera de façon détaillée. Afin de mettre en perspective ces analyses, une description synthétique mérite d'en être d'abord présentée rapidement, en évoquant quatre points.

I.4.1. L'encadrement par les normes gouvernant le contenu, le financement et l'équilibre des différents segments de la protection sociale

Tous les pays sous revue se caractérisent, dans leur configuration actuelle, par un niveau important d'intervention de l'État en matière d'élaboration des normes relatives à la protection sociale, qu'il s'agisse de la détermination des bénéficiaires des prestations et des acteurs soumis à des prélèvements finançant la protection sociale, ou de la fixation du type et du niveau de prestations offertes.

En matière de financement, les facultés d'adaptation du cadre national par les organismes ou les collectivités gérant un ou plusieurs segments de ces couvertures sociales sont généralement limitées, voire inexistantes. S'agissant de la fixation des recettes, les pays analysés se caractérisent par exemple par un encadrement très fort des niveaux de prélèvements obligatoires par l'État. Ainsi, les ressources - qu'elles soient affectées à la protection sociale ou à une collectivité publique

- sont globalement encadrées soit par la fixation au niveau national de l'ensemble des règles de taux, d'assiette et de modalités de prélèvement, soit par l'encadrement des adaptations, portant principalement sur les taux, qui peuvent être opérées par l'entité gestionnaire (par exemple en Allemagne, des financements complémentaires que les caisses maladie peuvent solliciter des assurés en cas de déficit).

I.4.2. Le pilotage financier des différents opérateurs ou organismes mettant en œuvre des dispositifs de protection sociale

Dans la plupart des pays étudiés, l'État joue un rôle central et parfois exclusif en matière de pilotage financier de la protection sociale. Ce rôle peut se manifester par un encadrement de la situation financière des opérateurs de l'État, des entités autonomes chargées de cette gestion, voire des collectivités locales s'étant vues confier ou transférer des missions de protection sociale. Ainsi, quand ces missions de protection sociale sont assurées par des entités juridiques distinctes de l'État, celles-ci sont généralement soumises à des contraintes en matière d'équilibre : au-delà de la détermination des recettes, ces entités ne peuvent, de manière autonome, recourir à l'emprunt de trésorerie ou à l'endettement. L'État constitue, dans tous les pays étudiés, le garant final de l'équilibre financier des différentes fonctions de la protection sociale, ce qui le conduit, éventuellement, à apporter des compléments de financement courant (trésorerie) ou à porter l'endettement qui a pu être constitué de leur fait.

Dans certains pays, une autre voie consiste à attribuer aux entités gestionnaires un budget limitatif en termes de dépenses. Ainsi, au Royaume Uni, la loi de finances détermine des crédits limitatifs dédiés au financement du système de santé (NHS) pour la seule Angleterre⁵⁰. Le NHS assure la répartition entre les unités territoriales (*Clinical commissioning groups*), qui sont composées majoritairement de médecins généralistes et dont le rôle est de planifier et d'acheter des soins et prestations sur leur territoire de compétence : elles doivent achever l'exercice à l'équilibre ou en léger excédent, un déficit engageant la responsabilité de l'équipe dirigeante.

I.4.3. L'allocation des ressources financières aux différentes catégories de dépenses de protection sociale

Une autre question-clef concerne le mode d'allocation et le lien opéré entre les différentes catégories de dépenses et de recettes. Le financement par les cotisations sociales d'un risque ou d'une fonction de protection sociale peut *a priori* refléter l'existence d'une certaine autonomie financière du risque considéré, ou tout du moins d'un lien manifeste entre les dépenses y afférant et la nature des recettes qui les financent. Or, l'analyse des pratiques en vigueur dans les pays sous revue conduit à relativiser cette hypothèse.

En règle générale, les présentations budgétaires retenues dans les cinq pays européens ne permettent pas le rapprochement entre les recettes et les dépenses sur le modèle des comptes des régimes de protection sociale français ou de la loi de financement de la sécurité sociale. Le

⁵⁰ En Écosse, au Pays de Galles et en Irlande du Nord, le budget du service national de santé est décidé par les Parlements nationaux dans le cadre de l'enveloppe globale dévolue par le Parlement britannique (cf. I.3.2)

recours fréquent à des approches globales par les lois de finances de l'année conduit souvent à envisager, d'une part l'ensemble des recettes, et d'autre part, l'ensemble des dépenses.

Dès lors qu'une fonction de protection sociale est financée de façon composite par des cotisations et par d'autres ressources (recettes fiscales affectées ou dotations budgétaires), l'approche budgétaire tend avant tout à privilégier l'analyse des dépenses. Ainsi, par exemple, au Royaume Uni, le débat au Parlement sur les finances sociales est avant tout centré sur les dépenses. S'il existe des cotisations, celles-ci ne sont pas affectées en tant que telles au financement de tel ou tel risque comme c'est le cas en France : l'approche des recettes y est globale, l'ensemble des recettes publiques, y compris les cotisations sociales, finançant l'ensemble des dépenses publiques.

L'Espagne a certes, pour sa part, arrêté un principe de financement selon lequel les prestations contributives sont financées par des cotisations et les prestations non contributives par des dotations budgétaires ou des impôts. On constate cependant que les fonctions de protection sociale sont, dans ce pays, largement financées par des dotations budgétaires à caractère évaluatif et que les dépenses de santé sont prises en charge par les régions ou communautés autonomes, en partie avec leurs recettes propres mais essentiellement à partir de dotations de l'État.

Les cinq pays étudiés présentent à cet égard des structures mixtes de financement, qui mettent en évidence le fait que la protection sociale n'est majoritairement pas financée par des ressources propres. Ainsi, les entités gérant chacun des risques et des régimes de protection sociale ne sont pas financées exclusivement par des recettes qui leur seraient spécifiquement dédiées, sur la base d'assiettes, de taux et de modes de recouvrement pouvant être modulées pour assurer leur financement.

Au total, les configurations institutionnelles à l'œuvre dans les cinq pays donnent plutôt à voir des situations où, lorsqu'une fonction de la protection sociale est déléguée à un opérateur, celui-ci intervient dans un cadre étroitement défini par l'État, dont les dotations budgétaires jouent par ailleurs un rôle important dans l'équilibre de leurs comptes, même lorsqu'il s'agit de régimes d'assurances sociales.

1.4.4. Le cas particulier des dispositifs de protection sociale dévolus à des autorités locales

Enfin, au vu de la situation des cinq pays, une configuration institutionnelle a un impact particulier en matière de financement : celle où des collectivités locales autonomes sont en charge d'une mission de protection sociale. De telles délégations de compétences s'observent autant dans les pays dont, aux termes de leurs constitutions, les institutions politiques sont de nature fédérale (Allemagne, Espagne) que dans les cas de l'Italie ou de la Suède qui, sans être des États fédéraux, ont procédé à la décentralisation de larges pans de leurs politiques sanitaires et sociales. Au Royaume-Uni les politiques sanitaires et sociales et en particulier la gestion des soins de santé prennent place dans le cadre de la loi de dévolution qui donne latitude aux nations constitutives du Royaume d'orienter certaines politiques sociales. Dans ce pays, seule l'aide à l'autonomie des personnes âgées fait l'objet d'une délégation directe aux autorités locales, les *councils*, pour la délivrance et le financement des prestations.

La délégation à des autorités locales de segments des politiques sanitaires et sociales sera analysée en détail pour chacun des pays à la fin du présent chapitre (cf. infra, § II.6), mais soulève d'emblée trois enjeux importants :

- la nature et les contraintes liées aux règles budgétaires propres aux autorités locales : dans les cinq pays considérés, il ne leur est pas possible de recourir en permanence à l'emprunt pour financer leurs dépenses de fonctionnement, et dans certains cas, cette faculté est même interdite, comme en Suède où les communes doivent présenter des budgets à l'équilibre dans un délai de trois ans ;
- la faculté pour ces autorités de disposer de ressources fiscales propres, plutôt que de ressources transférées par l'État. A cet égard, dans l'échantillon des pays étudiés, on doit mentionner la Suède, dont les régions et les communes bénéficient du produit de l'impôt sur le revenu au titre de la première tranche d'imposition (soit 90% du produit total de cet impôt) et peuvent en déterminer le taux (qui atteint en moyenne 32%), ce qui leur confère une large autonomie fiscale ; l'Allemagne se caractérise plutôt par le transfert de l'État à l'échelon régional de fractions d'impôts nationaux ou de dotations budgétaires sans possibilité d'agir sur leurs montants ; l'Espagne et l'Italie sont quant à elles dans une situation intermédiaire, avec une latitude laissée à l'échelon régional d'agir, dans des marges étroites, sur le taux des impôts bénéficiant aux régions ;
- l'existence de dispositions spécifiques au financement des dépenses sanitaires et sociales décentralisées : parmi les pays étudiés, seule l'Italie impose aux régions l'équilibre financier du financement des soins de santé au moyen de ressources spécialement affectées à cette dépense, dans la législation en cours de mise en place dans les autres pays, la contrainte financière porte sur l'ensemble des budgets locaux ; cependant, lorsque les dépenses sociales représentent une part très importante de ce budget, et que la responsabilité du risque correspondant n'est pas partagée avec d'autres financeurs (hormis les transferts de péréquation avec l'Etat), comme c'est le cas en Suède pour les soins de santé (88% des dépenses des régions suédoises), les règles budgétaires générales reviennent *de facto* à imposer une contrainte d'équilibre au financement de ce risque.

II. Des modalités de pilotage et de gouvernance financière de la protection sociale qui découlent des arrangements institutionnels retenus dans les différents pays européens

Fruit des histoires sociales et politiques des différents pays, le financement des institutions de protection sociale s'inscrit aussi dans les processus d'élaboration et d'exécution de la programmation de leurs finances publiques, la protection sociale représentant dans tous les pays européens un enjeu financier majeur pour l'équilibre et la régulation d'ensemble des comptes publics, même s'il n'est pas toujours perçu en tant que tel (cf. chapitre I).

La seconde partie du présent chapitre se fixe l'objectif de résumer, à l'aide des informations recueillies par le Haut Conseil du financement de la protection sociale lors du séminaire international qu'il a tenu le 2 juillet 2014, et surtout des réponses des conseillers économiques et sociaux des ambassades de France en Allemagne, en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède à un questionnaire adressé à eux par le Haut Conseil en juillet 2014⁵¹, les principaux traits de la régulation, de la gouvernance et du pilotage financier des différents segments de la protection sociale dans ces cinq pays. S'agissant d'un aussi vaste domaine, le choix a été fait de retenir six axes pour cette description :

- l'insertion des finances sociales dans les finances publiques et leur encadrement éventuel par des lois financières (II.1) ;
- les modes d'élaboration et le processus de suivi des prévisions financières des dépenses et de recettes de la protection sociales à court, moyen et long terme (II.2) ;
- les règles générales d'équilibre des finances publiques, et le cas échéant des finances sociales (II.3) ;
- les modalités retenues pour la gestion des aléas conjoncturels (II.4) ;
- l'autonomie des opérations de financement de la protection sociale (II.5) ;
- la gouvernance financière des dépenses sociales décentralisées (II.6).

II.1. L'insertion des finances sociales dans les finances publiques et leur encadrement éventuel par des lois financières

Dans tous les pays, la situation financière de la protection sociale a un impact sur le budget de l'État, soit direct lorsque c'est l'État lui-même qui finance certaines dépenses, soit indirect lorsque la recherche de l'équilibre de ces régimes conduit à créer ou à ajuster les relations financières qu'ils entretiennent avec l'État. D'une façon plus générale, les comptes sociaux constituent une composante substantielle de l'ensemble des finances publiques, de sorte que la définition par l'État d'une trajectoire à moyen terme des dépenses et des recettes publiques dans leur ensemble l'amène nécessairement à prendre des décisions qui affectent les conditions financières des opérations de protection sociale, et ce quelles que soient les configurations institutionnelles retenues. A la frontière entre les dépenses publiques et privées, les lois de finances régissent également les dispositions fiscales qui peuvent avoir un effet sur l'adhésion des individus ou des entreprises à des dispositifs de protection sociale complémentaire. C'est particulièrement le cas dans le domaine des retraites complémentaires, où existent d'importantes incitations fiscales à l'adhésion à des fonds de pension collectifs (Royaume-Uni, Italie) ou à des plans individuels d'épargne retraite (Allemagne, Royaume-Uni, Suède). Décrire les relations financières existant entre l'État et les régimes sociaux dans les différents pays européens, en particulier au travers des

⁵¹ Le secrétariat général du Haut Conseil tient à remercier la Direction générale du Trésor du Ministère des Finances et des Comptes publics, et la Délégation aux Affaires européennes et internationales du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, pour l'aide qu'elles lui ont procurée en permettant la saisine de ces conseillers économiques et sociaux.

processus budgétaires, est donc un préalable impératif à l'analyse du pilotage et de la gouvernance financière de protection sociale.

D'emblée, il convient de signaler que les mécanismes de financement de la protection sociale qui impliquent l'intervention du budget de l'État sont parfois affectés par le rôle tiers des collectivités locales. En effet, lorsque ces dernières prennent en charge des dispositifs de protection sociale, le périmètre des concours du budget de l'État à des programmes de protection sociale, directement ou indirectement *via* des transferts à des régimes distincts de lui, s'en trouve mécaniquement réduit. Cependant, dans la plupart des pays, le budget de l'État contribue également fortement aux finances des autorités locales, au moyen de dotations globales et/ou de fonds de péréquation destinés à atténuer les inégalités économiques et socio-démographiques entre territoires. Sa contribution au financement de la protection sociale prise globalement ne se limite donc pas à des dépenses sociales directes ou à des transferts aux régimes appartenant aux administrations de sécurité sociale au sens des comptes nationaux. Par souci de clarté, les développements qui suivent portent sur ces seuls concours de l'État au financement de dépenses de protection sociale, directement sur son budget ou *via* des transferts à des régimes spécifiques, les enjeux que soulèvent la participation des collectivités locales au financement de la protection sociale étant évoqués à la fin de cette partie du chapitre (*cf. infra*, § II.6).

Trois questions vont être plus particulièrement analysées dans les cinq pays étudiés : le périmètre de la protection sociale que l'État appréhende et pilote au travers de son budget (II.1.1), l'identification spécifique des dépenses de protection sociale et de leur financement (II.1.2), et la prise en compte du caractère évaluatif de la plus grande part des dépenses de protection sociale dans les processus budgétaires nationaux (II.1.3).

II.1.1. Les opérations de protection sociale appréhendées dans le cadre des processus budgétaires nationaux

S'agissant donc d'abord du périmètre de l'intervention du budget de l'État dans le financement de la protection sociale, le cas du Royaume-Uni se distingue nettement dans la mesure où les lois de finances déterminent directement à la fois les dépenses du système national de santé, et l'ensemble des autres prestations sociales (retraites, indemnités journalières de maladie, prestations d'accidents du travail, indemnités de chômage, prestations d'assistance), à l'exclusion des aides – récemment développées et d'une importance limitée - à l'autonomie des personnes âgées dont le service et le financement sont délégués aux collectivités locales (*councils*). Sous cette réserve, le budget de l'État britannique est l'acte par lequel est autorisé l'ensemble des dépenses de protection sociale, et les moyens par lesquels est assuré leur financement *via* des recettes générales de ce budget, dans lequel les soins de santé et les prestations en espèces sont considérés comme deux domaines distincts de l'action de l'État. En première approche, il n'existe donc pas à proprement parler de gouvernance financière propre à la protection sociale, si ce n'est à travers l'existence de cotisations sociales acquittées par les salariés et les employeurs (*National Insurance Contributions*, *cf.* la partie I du présent rapport), dont le produit représente environ 20% de l'ensemble des prélèvements obligatoires au Royaume-Uni. Initialement destinées au financement des dépenses de protection sociale, ces contributions sont aujourd'hui fondues dans l'ensemble du budget de l'État, à l'exception d'une fraction de 20% environ qui est explicitement

orientée vers le financement du *National Health Service*, et identifiée au sein d'un fonds comptable spécifique.

En Espagne, en Italie et en Suède, le budget de l'État joue également un rôle directeur dans le financement des prestations sociales, mais dans des périmètres plus restreints qu'au Royaume-Uni, et dans un partenariat avec des opérateurs qui assurent le service des prestations, et disposent dans certains cas de ressources propres sous forme de cotisations sociales. Hormis dans le cas des politiques décentralisées, le budget de l'État prévoit les dispositions qui assurent l'équilibre financier des institutions dédiées au service des prestations sociales⁵², au moyen de dotations qui leur sont transférées. En Espagne et en Italie, ces dotations sont calibrées pour équilibrer les dépenses des organismes de protection sociale, compte tenu des cotisations sociales dont elles bénéficient par ailleurs⁵³, car ces institutions ne sont pas autorisées à avoir un budget en déficit ; dans ces deux pays une part importante de la couverture sociale est cependant assurée au moyen de dispositifs complémentaires facultatifs, notamment dans le domaine des retraites. En Suède, le mécanisme d'équilibre est différent (*cf. infra*, § II.3) : l'Agence de la Sécurité Sociale, qui gère les prestations en espèces autres que les retraites, les prestations chômage et l'assistance sociale, est entièrement financée par dotation budgétaire de l'État, tandis que l'Agence des Retraites reçoit une subvention de l'État représentative de la prise en compte d'avantages « non contributifs », mais qui n'est pas calibrée pour assurer l'équilibre du régime (*cf. infra*, § II.3). Cette expérience suédoise en matière de pilotage du système de retraites permet d'identifier un espace, néanmoins limité, d'autonomie de la gouvernance financière d'un risque afférent à la protection sociale dans ce pays.

Le cas de l'Allemagne présente quant à lui des différences importantes avec les quatre autres pays étudiés. La loi de finances fédérale n'est pas principalement un instrument juridique d'autorisation de la dépense publique, mais une récapitulation des perspectives de dépenses et de recettes de l'État compte tenu des prévisions économiques, régulièrement révisées, et de l'ensemble des dispositions prises par les pouvoirs publics tout au long de l'année. Ainsi, des textes de loi indépendants des lois de finances prévoient le versement par l'État de subventions aux régimes d'assurance maladie et de retraites, notamment :

- une contribution forfaitaire aux caisses d'assurance maladie, versée par le Fonds de santé fédéral, censée compenser des prestations dont la finalité ne relève pas directement de l'assurance maladie, qui représentait 8% environ des prestations versées par les caisses en 2012 ;
- une subvention au régime légal d'assurance vieillesse, dont le montant total représente près du tiers de l'ensemble des prestations et plus du quart du budget de l'État fédéral ; elle correspond pour une part à une compensation démographique, pour une autre part à la prise en charge de prestations versées à des assurés particuliers (personnes ayant élevé des enfants,

⁵² Pour les principales de ces institutions : l'Institut National de la Sécurité Sociale et le Service Public pour l'Emploi en Espagne, l'Institut National de Prévoyance Sociale en Italie, l'Agence de la Sécurité Sociale et l'Agence des Retraites en Suède.

⁵³ En Espagne, en Italie et en Suède, les cotisations sociales acquittées par les employeurs et les salariés sont recouvrées par les services fiscaux, et restituées aux organismes de protection sociale (*cf. infra*, § II.4).

anciens mineurs...), et enfin à un concours additionnel nécessaire au respect de la règle du taux de cotisation maximal (*cf. infra*, § II.3) ;

Ce sont ensuite des processus distincts qui gouvernent l'équilibre du budget de l'État et de celui des régimes de protection sociale. En vertu d'un principe qualifié de « principe d'équivalence entre les cotisations et les prestations », chaque entité publique est en effet censée atteindre son propre équilibre par des actions sur ses dépenses et ses recettes. En Allemagne, les régimes de protection sociale (notamment maladie) disposent au total d'une autonomie de gestion importante, sous la surveillance de l'État fédéral qui intervient en cas de difficulté à atteindre l'équilibre financier, et en contrepartie de mesures correctrices à prendre (*cf. infra*, § II.3).

II.1.2. L'identification de l'ensemble des dépenses et des recettes de la protection sociale

Il ressort des constats qui précèdent qu'aucun pays parmi les cinq étudiés ne soumet à son Parlement un budget autonome de la protection sociale. Au contraire, dans l'ensemble, le pilotage financier des régimes sociaux est intégré au processus budgétaire de l'État, cette intégration pouvant être étroite comme au Royaume-Uni, ou sensiblement plus souple comme en Allemagne. La France est à cet égard une exception, dans la mesure où la protection sociale dispose d'un processus législatif propre avec les lois de financement de la sécurité sociale, même s'il faut noter que celui-ci ne porte que sur la sécurité sociale *stricto sensu*. La question se pose par conséquent de l'appréhension de l'ensemble des opérations de protection sociale, en dépenses et en recettes, aux fins d'information des acteurs et d'analyse économique.

A cet égard, il y a lieu de tenir compte de la directive 2011/85/UE du 8 novembre 2011 sur les exigences applicables aux cadres budgétaires nationaux, qui exige une publication mensuelle de données budgétaires relatives à l'État et aux administrations de sécurité sociale, et une publication trimestrielle de données budgétaires relatives aux administrations publiques locales. Si le champ des administrations de sécurité sociale ne recouvre pas la totalité des opérations de protection sociale au sens que leur donnent les comptes nationaux, cette obligation de publication peut être utile à la constitution de systèmes d'information statistique et comptable sur les dépenses et les recettes des régimes de protection sociale.

D'après les informations que les conseillers économiques et sociaux ont retournées au secrétariat général du Haut Conseil, deux des cinq pays étudiés mettent d'ores et déjà en œuvre cette obligation. L'Espagne publie ainsi mensuellement, avec un retard de trois mois, des données sur l'exécution budgétaire de la sécurité sociale, qui sont rendues progressivement cohérentes avec les comptes intégrés de la protection sociale conformes au système européen SESPROS qui sont publiés annuellement avec un délai de deux ans. En Italie, la Direction du Budget et de la Comptabilité Publique (*Ragioneria dello Stato*) publie trimestriellement les recettes et les dépenses des organismes de sécurité sociale, assortis de prévisions glissantes qui permettent d'ajuster régulièrement les perspectives budgétaires.

En outre, en Allemagne, l'exécutif déploie un effort particulier d'information des parlementaires en publiant chaque année en fin de législature un « bilan social » (*Sozialbericht*) dont la première partie récapitule les réformes réalisées et les objectifs du Gouvernement, et la seconde consiste en un bilan financier (*Sozialbudget*) présentant une situation d'ensemble des prestations sociales et de leur financement pour l'année précédente, selon une nomenclature d'opérations et de régimes cohérente avec celle du système européen SESPROS. Ce document comprend également des prévisions à quatre ans des dépenses et des recettes de l'ensemble des régimes de protection sociale.

Dans le cas du Royaume-Uni, le pilotage unitaire de l'ensemble des dépenses de soins de santé et des prestations sociales en espèces au sein du budget de l'État conduit à faire directement des documents budgétaires un outil de connaissance des opérations de protection sociale, sauf en ce qui concerne les dépenses à la charge des autorités locales en matière d'hébergement des personnes âgées. Il est toutefois important de rappeler que, dans le contexte institutionnel britannique, le pilotage des politiques publiques sanitaires d'une part, et sociales d'autre part, obéissent à des processus et à des logiques distincts. Le terme « protection sociale » désigne ainsi seulement les prestations sociales, et ne s'étend pas aux dispositifs de prestations sanitaires en nature qui font l'objet d'une régulation propre.

Enfin, seule des cinq pays étudiés, la Suède ne publie pas de document récapitulant l'ensemble des dépenses et des recettes consacrées à la protection sociale dans le cadre de son processus budgétaire.

II.1.3. La prise en compte du caractère intrinsèquement évaluatif d'une part majeure des dépenses de protection sociale

Une raison qui pourrait justifier un processus budgétaire propre aux opérations de protection sociale est que les prestations sociales correspondent à la valeur monétaire de droits objectifs garantis aux personnes, en sorte que leur montant peut être affecté par des facteurs économiques, démographiques, sanitaires, ou encore par des évolutions des comportements de recours de leurs bénéficiaires. C'est en ce sens que l'on relève la nature essentiellement évaluative de certaines de ces dépenses, qui s'accommodent difficilement des processus budgétaires lorsque ceux-ci conduisent l'exécutif à demander au Parlement une autorisation limitative d'engagement de crédits. Même si aucun des cinq pays étudiés n'a retenu une gouvernance financière de la protection sociale entièrement spécifique, les différentes expériences nationales montrent que l'enjeu de la nature évaluative des dépenses sanitaires et sociales est souvent pris en compte dans leur pilotage financier.

On peut d'emblée distinguer le cas de l'Allemagne, pays dans lequel les lois de finances n'ont en réalité pas le caractère d'autorisation donnée par le Parlement à l'exécutif d'engager des dépenses. Les montants qui y figurent au titre des dépenses de protection sociale ont donc seulement la valeur de prévisions, et c'est en dehors des lois de finances que sont fixées les dotations aux régimes de protection sociale, à caractère limitatif, et que s'organise le pilotage de

l'équilibre de ces derniers, avec pour caractéristique une grande réactivité à partir de l'observation d'un écart entre prévisions et réalisations (*cf. infra* § II.3).

En Italie, le pilotage des transferts du budget de l'État aux régimes de protection sociale revêt lui-même une nature évaluative. Dans la mesure où ces régimes doivent impérativement clore leurs exercices à l'équilibre financier, ce sont nécessairement les dotations de l'État qui s'ajustent en cas d'écart des réalisations de dépenses à leurs prévisions initiales. Ces ajustements sont réintégrés au mois d'avril suivant la clôture d'un exercice dans les perspectives budgétaires que le Gouvernement italien établit dans le cadre du programme de stabilité. On soulignera néanmoins que ces dotations aux régimes sont arrêtées par la loi de façon limitative, avec le cas échéant le recours autant que nécessaire à des textes rectificatifs. La même situation prévaut en Espagne pour les dépenses de sécurité sociale, qui sont évaluatives, mais pas pour l'indemnisation du chômage qui est une dépense limitative, et doit de ce fait être ajustée dans des budgets rectificatifs pour couvrir les besoins financiers du Service public de l'Emploi, l'agence espagnole chargée de l'indemnisation des demandeurs d'emploi.

Au Royaume-Uni, les dépenses du *National Health Service* donnent lieu à des crédits limitatifs, s'agissant d'un système national de santé dont les dépenses correspondent aux coûts exposés par les offreurs de soins ambulatoires et hospitaliers. Un dépassement des crédits initialement fixés est possible, mais il entraînerait des conséquences importantes pour les responsables du système de santé, si bien que le budget du *National Health System* a toujours été respecté au cours des dix dernières années. En revanche, les dépenses relatives aux prestations sociales en espèces, qui correspondent à des droits objectifs garantis aux citoyens, sont reconnues comme ayant une nature évaluative dans le processus budgétaire britannique. Un nouveau mécanisme de pilotage a été introduit en 2014, qui consiste en un plafonnement de ces dépenses en valeur nominale à un horizon de cinq ans (*Welfare Cap*), sachant qu'il exclut toutefois les dépenses de retraites et de chômage. Le dépassement du plafond de dépenses, anticipé sur la base des prévisions de l'organisme public en charge des prévisions économiques (*Office for Budget Responsibility*), entraîne un débat et un vote du Parlement.

Enfin, la Suède a institué au sein de son processus budgétaire des règles précises permettant de tenir compte des aléas pesant sur les dépenses sociales. En premier lieu, la fixation des crédits budgétaires donne lieu à un encadrement très fort, à travers des plafonds de crédits par poste fixés annuellement en termes nominaux, sans règle automatique d'indexation. Toute hausse du plafond d'un poste donné doit être décidée au cours du vote du budget pour l'année suivante. Au-delà, les agences qui mettent en œuvre ces dépenses (Agence des retraites, Agence de la sécurité sociale, Agence de l'emploi, *cf. supra*, § I.3) disposent d'une marge de dépassement de 3% qu'elles peuvent utiliser librement. Lorsque l'écart entre la dépense réalisée et la dépense prévue est comprise entre 3% et 10%, le ministère de tutelle doit donner son accord à la poursuite de l'engagement de la dépense. Au-delà de 10% de dépassement, un nouveau vote du Parlement doit intervenir, sachant qu'en pratique les corrections interviennent dans les lois de finances pour l'année à venir, auxquelles sont incorporées des mesures rectificatives pour l'exercice courant.

II.2. Les modes d'élaboration et le processus de suivi des prévisions financières des dépenses et de recettes de la protection sociales à court, moyen et long terme

Lorsque plusieurs entités opèrent dans le champ de la protection sociale, comme c'est le cas dans presque tous les pays étudiés (à l'exception du Royaume-Uni), la question se pose des modalités du partage de l'expertise statistique et financière entre elles, tout particulièrement en matière de prévision des dépenses et des recettes. A cet égard, une distinction doit être opérée entre les prévisions à court-moyen terme et à long terme, ces dernières concernant essentiellement les dépenses de retraite.

II.2.1. Les prévisions budgétaires à court-moyen terme

En matière de prévisions, les pays dans lesquels existe un cycle intégré de programmation de tout ou partie des finances publiques (Royaume Uni, Suède), se distinguent de ceux qui n'en disposent pas.

Au Royaume-Uni et en Suède, les prévisions budgétaires de l'État sont établies à un horizon de plusieurs années (cinq ans au Royaume-Uni, trois ans en Suède), et font l'objet d'un vote du Parlement. Au Royaume-Uni cette prévision est établie par un organisme indépendant, *l'Office for Budget Responsibility*.

Dans les autres pays, la prévision budgétaire est annuelle. La dépense totale est obtenue par agrégation des prévisions par chapitre de dépenses. Par exemple en Allemagne, les prévisions en matière de dépenses de retraite et de santé sont faites par deux groupes d'experts (pour les dépenses de santé et pour les dépenses de retraite) issus respectivement des Ministères du Travail et des Affaires Sociales ou du Ministère de la Santé, et des fédérations des caisses de retraites ou d'assurance maladie et de l'Office Fédéral de la Sécurité Sociale, qui se réunissent plusieurs fois par an pour apprécier la situation financière de court et moyen terme. Ces exercices de prévisions ont pour but essentiel de préparer les mesures correctrices qui doivent être prises par les caisses en cas de déficit (hausse des cotisations dans la limite des plafonds légaux pour les retraites, ajustement du périmètre de la prise en charge et du niveau des remboursements des soins, hausse du taux unique de cotisation à l'assurance maladie...), ou par l'État Fédéral lorsque certains seuils, notamment relatifs aux réserves du Fonds de santé et des caisses de retraite, menacent d'être dépassés. En cas de désaccord sur les prévisions, les différents partenaires rendent publiques leurs divergences et en documentent les raisons.

En Italie et en Espagne, la prévision budgétaire est assurée par l'administration. En Italie, la *Ragioneria dello Stato*, qui dépend du Ministère des Finances, est chargée de la prévision et du suivi des recettes et des dépenses publiques, dont les recettes et dépenses sociales, qui sont insérées dans le projet de budget ainsi que dans le programme de stabilité transmis à la Commission européenne. En matière de santé, dont les régions assurent la gestion, les dotations de l'État sont déterminées annuellement lors d'une Conférence État-régions, et entrent dans le

cadre d'un Pacte de Stabilité Interne qui fixe à chaque entité locale un « déficit cible » et d'un « Pacte pour la Santé » qui fixe pour trois ans les grandes orientations du système sanitaire..

En Espagne, le budget de la sécurité sociale (hors dépenses de santé), qui présente un caractère évaluatif (à l'exception des dépenses d'indemnisation du chômage qui font l'objet d'un plafond de dépenses), est préparé par les entités de gestion puis soumis à l'avis du Ministère de l'Économie et du Budget avant d'être intégré au projet de budget général de l'État.

II.2.2. Les prévisions à long terme en matière de retraite.

Les dépenses de retraite font l'objet de prévisions à long terme qui tiennent à la nature même de ce type de dépenses, déterminées en grande partie par des phénomènes démographiques. Pour cette raison, le pilotage des régimes de retraite repose souvent sur des exercices spécifiques de projection des dépenses et des recettes, dont les caractéristiques (périodicité, champ, caractère légalement obligatoire ou non, etc.) peuvent varier d'un pays à l'autre.

Ces exercices de projections sont une pratique générale souvent rendue obligatoire par la loi. C'est par exemple le cas en Espagne où le Ministère des Affaires Sociales doit réaliser l'exercice tous les cinq ans, en Italie où la *Ragioneria dello Stato* est responsable d'une projection annuelle obligatoire, au Royaume Uni, où c'est l'actuaire en chef du Ministère des Affaires Sociales qui doit rendre un rapport au Parlement « au moins tous les cinq ans », et enfin en Suède où l'Agence des Retraites doit rendre un rapport annuel sur le système de retraites.

En Allemagne, le Gouvernement publie annuellement un rapport sur la soutenabilité budgétaire à un horizon de quinze ans, pour lequel il mobilise un modèle de projection financière à long terme du régime légal de retraite géré conjointement par le Ministère des Affaires Sociales et l'assurance vieillesse.

Le champ de ces projections peut être assez différent : il peut couvrir les régimes publics obligatoires (comme en Italie, en Suède ou au Royaume Uni pour le régime public) ou un champ plus restreint (comme en Espagne ou en Allemagne où les projections ne concernent pas les fonctionnaires centraux).

II.3. Les modalités générales d'équilibre des finances publiques, et leur impact éventuel sur le pilotage des finances sociales

Dans tous les pays, la protection sociale représente une part importante de l'ensemble des finances publiques. La façon dont elle s'insère dans les règles d'équilibre qui s'appliquent éventuellement à ces dernières est donc un enjeu, en particulier dans le cadre de l'appartenance à l'Union européenne qui organise une surveillance budgétaire portant sur l'ensemble des finances publiques. Ces règles ont été renforcées dans les dernières années, avec le Traité sur la Stabilité, la Coordination et la Gouvernance entré en vigueur en janvier 2013 et les divers règlements qui organisent son application.

Il sera donc question dans les développements qui suivent des dispositions mises en œuvre dans chacun des pays afin d'insérer les finances sociales dans les dispositions générales d'encadrement des finances publiques, qui découlent des engagements que ces pays ont souscrits en tant que membres de l'Union européenne, en particulier l'élaboration annuelle de « programmes de stabilité ». Cependant, les cinq pays étudiés mettent en œuvre des règles communes selon des modalités propres (II.3.1), et à la portée normative variable (II.3.2).

II.3.1. Des règles budgétaires propres à chaque pays, mais qui n'engagent qu'indirectement l'équilibre spécifique des comptes sociaux...

Comme on l'a déjà noté, dans les pays examinés, une part importante des dépenses sociales relève soit de l'État soit des collectivités locales (santé dans les régions en Italie, Espagne et Suède par exemple) : dans ce dernier cas, les budgets sociaux correspondants ne font donc pas l'objet d'un vote spécifique. Le vote par le Parlement d'un budget spécifique, séparé du budget de l'État, relatif à une partie des dépenses sociales apparaît, ainsi que souligné antérieurement, comme une spécificité française.

Les règles d'équilibre des finances publiques sont cependant très différentes dans les cinq pays passés en revue. En Allemagne, la loi de finances annuelle est votée en entérinant les conséquences budgétaires des lois ordinaires portant réformes dans le champ de la protection sociale. La seule contrainte de finances publiques est une règle de soutenabilité, appelée *Schuldenbremse* (littéralement « frein à l'endettement »), qui limite le déficit structurel à 0,5% (0,35% à partir de 2016) du PIB et qui s'applique à l'ensemble des dépenses publiques. S'agissant du système légal de Sécurité Sociale, la règle est que le recours à l'emprunt est interdit, et que les déficits sont financés par les contributions du budget fédéral, sous forme de crédits remboursables dans l'année suivant l'exercice pour lequel le déficit a été constaté.

En Suède, il n'existe qu'un seul projet de loi de finances qui intègre donc les dépenses sociales, à l'exception de celles qui sont à la charge des communes (soins aux personnes âgées et handicapées, petite enfance, assistance sociale) et des régions (soins de ville et hospitaliers). La Suède a réformé le pilotage de ses finances publiques en 1997, ce qui l'a conduit, entre autres, à mettre en place des « règles d'or » budgétaires (introduction d'un plafond de dépenses, y compris sociales, pour l'État, obligation de présenter un budget en équilibre pour les collectivités locales et respect d'un objectif d'excédent de l'ensemble des finances publiques de 1% sur l'ensemble d'un cycle économique) et des mécanismes de limitation des dépenses (en particulier grâce aux règles d'indexation).

En Italie, la loi de finances couvre le secteur social et une modification de la Constitution en 2008 prévoit qu'à compter de l'exercice 2014 aucune administration publique ne pourra plus adopter un budget en déficit, sauf en cas de phase adverse du cycle économique, (cf. *infra*, § II.4). C'est l'État qui porte *in fine* la dette éventuellement engendrée par les déficits sociaux. Pour ce qui concerne les dépenses de santé, qui en Italie sont à la charge des régions (cf. *infra*, § II.6), la loi a fixé une limite (5% des recettes) au-delà de laquelle la région concernée est obligée d'élaborer un plan de recouvrement additionnel ou de limitation de l'offre.

En Espagne, le budget de la Sécurité Sociale (qui n'inclut pas les dépenses de santé à la charge des communautés autonomes) est, comme en Italie, intégré à la loi de finances. Une loi organique d'avril 2012 impose aux administrations de sécurité sociale (au sens de la comptabilité nationale, c'est-à-dire sur un périmètre différent de celui retenu pour le budget) de maintenir leurs comptes à l'équilibre ou en excédent. Les éventuels déficits sont néanmoins *in fine* couverts par le budget de l'État.

Au Royaume-Uni, les dépenses sociales sont, comme on l'a vu, pour l'essentiel financées au sein du budget de l'État, et il n'existe pas de texte budgétaire spécifique pour les finances sociales sur le modèle de la LFSS française. Néanmoins, face à l'augmentation des dépenses sociales au cours des années 2000, un mécanisme de plafonnement de la dépense a été mis en place. Il s'agit du *Welfare Cap* évoqué au § II.1 précédent, qui n'intègre pas les retraites publiques (dont la dépense est censée être régulée par d'autres mécanismes) ni les dépenses liées à la conjoncture (notamment les indemnités de chômage et les allocations de logement versées aux chômeurs). Son champ d'application concerne donc à peine plus de 50% des transferts sociaux. Ce plafond est fixé chaque année en valeur nominale sur une période de cinq ans, la première mise en œuvre du mécanisme du *Welfare Cap* allant des années budgétaires 2014-2015 à 2018-2019 (l'année budgétaire au Royaume-Uni débutant en avril).

Toutefois, dans plusieurs pays européens, il existe par ailleurs des règles spécifiques visant à l'équilibre financier des régimes de retraite, qui instituent un mode de régulation particulier de ces régimes (cf. Encadré 1) :

Encadré 1

Les règles d'équilibre des régimes de retraite dans certains pays européens

En Allemagne, le taux de revalorisation annuel des pensions est déterminé depuis 2004 par la progression des salaires nets des cotisations vieillesse, pondérée par un « facteur de soutenabilité » lié à l'évolution du ratio démographique du régime. Lorsque cette formule conduit à une revalorisation négative, elle peut être atténuée et remplacée par une hausse des cotisations, laquelle doit par ailleurs intervenir lorsque les réserves du régime deviennent inférieures à un certain seuil. Cependant, ces ajustements doivent respecter un cadre d'évolution à moyen terme du système de retraite, qui fixe des seuils pour certains paramètres : taux de cotisation maximal (20% en 2020 et à 22% en 2030), niveau garanti de la retraite nette des prélèvements sociaux rapportée au salaire net moyen (46% en 2020 et 43% en 2030).

L'Espagne a mis en œuvre en 2014 une réforme de l'indexation annuelle des retraites, qui dépendra de la différence entre le rythme de croissance des recettes de la sécurité sociale et celui de l'ensemble des retraites versées (cette formule d'indexation étant néanmoins bornée). En 2019 un second mécanisme viendra s'appliquer au calcul de la pension à la liquidation qui prendra en compte l'augmentation de l'espérance de vie (le produit de la pension par l'espérance de vie devant rester constant).

Dans le cas de la Suède, il faut enfin noter le mécanisme d'équilibrage « automatique » du régime de retraite. Le système est paramétré en sorte que, en régime équilibré, la revalorisation des pensions par référence à l'évolution des prix assure le maintien de l'équilibre financier. Cependant, en cas de déséquilibre, la revalorisation des pensions est ajustée à la hausse ou à la baisse de façon que les recettes futures complétées par les réserves équilibrent les dépenses futures. L'application de ce mécanisme a conduit à des diminutions significatives des pensions individuelles en 2010 et 2011, même si des mesures ont été prises pour en atténuer la portée (cf. infra, § II.3.2.).

II.3.2. dont la portée normative est variable

Les règles générales mises en place dans chaque pays ont par ailleurs des portées variables sur l'encadrement effectif des différents types de dépense publique. Dans certains cas les Gouvernements peuvent être amenés à modifier une trajectoire affectée par un aléa conjoncturel, et les règles en vigueur se trouvent parfois contournées par le processus politique. Les dispositions d'encadrement peuvent aussi avoir des champs différents, couvrant une part plus ou moins importante des finances publiques et des finances sociales. De fait, les règles générales d'équilibre des finances publiques ont donc des conséquences normatives variables d'un pays à l'autre. Dans tous les cas le respect de ces règles dépend *in fine* du consensus politique qui existe à propos de l'exigence de contrôle des finances publiques. Les pays étudiés illustrent certains de ces aspects.

On peut prendre pour premier exemple de mécanisme normatif contraignant le « frein à l'endettement » (*Schuldenbremse*), déjà évoqué dans le cas de l'Allemagne. Voté au printemps 2009 par les deux chambres du Parlement allemand, et entré en vigueur le 1er août 2009, il met en œuvre un cadre budgétaire qui va au-delà des règles du traité de Maastricht. Ainsi, les nouveaux articles 109 et 115 de la Constitution allemande posent un principe d'équilibre des dépenses et des recettes de l'État fédéral et des *Länder*. Une politique budgétaire contra-cyclique (déficit en période de récession, surplus en période de boom) restera toujours possible, mais à partir de 2016 l'État fédéral devra contenir le déficit structurel (c'est-à-dire le solde corrigé des influences conjoncturelles) dans la limite de 0,35 % du PIB. Des exceptions seront néanmoins possibles en cas de catastrophes naturelles ou de situations économiques exceptionnelles, mais elles devront avoir été autorisées par un vote des députés. La nouvelle règle budgétaire s'avère plus contraignante pour les *Länder* qui, à partir de 2020, n'auront plus le droit d'afficher un déficit structurel, seul celui engendré par une politique contra-cyclique (donc un déficit conjoncturel) étant autorisé. Un conseil de stabilité, dont la composition et les modalités de nomination restent à définir, sera chargé de superviser la situation financière des *Länder*. Un régime transitoire a été initié à partir de 2011, afin de préparer l'État fédéral et les *Länder* aux nouvelles règles qui entreront en vigueur.

Le *Welfare Cap* institué au Royaume Uni est un autre dispositif d'encadrement, qui est spécifique aux dépenses de prestations sociales en espèces, à l'exclusion des retraites publiques et des prestations liées à la conjoncture (indemnisation du chômage et aides au logement des demandeurs d'emploi). Chaque année, l'*Office of Budget Responsibility*, créé en 2010 pour fournir une analyse indépendante des finances publiques britanniques, établit une prévision du niveau de dépenses sociales. Si cette prévision indépendante est plus forte que celle qui a été votée, le plafond est réputé ne pas pouvoir être respecté. Dans ce cas le Gouvernement doit proposer des mesures pour diminuer la dépense prévue, ou demander au Parlement de voter une augmentation du plafond. L'originalité du dispositif est qu'il repose non sur des dépenses effectives mais sur les dépenses prévues, et qu'il engage la responsabilité du Gouvernement qui doit justifier devant le Parlement les dépassements et proposer des mesures correctrices.

Le champ des entités ou des catégories de dépenses couvertes par les dispositifs d'encadrement des dépenses sociales peut par ailleurs varier d'un pays à l'autre, dans le champ des dépenses comme dans celui des secteurs institutionnels concernés, instituant de fait une contrainte plus ou moins forte sur les finances sociales. L'exemple britannique précédent du *Welfare Cap* porte sur un sous-ensemble de dépenses sociales très spécifique, excluant les soins de santé, les retraites publiques et l'indemnisation du chômage. En Suède, le plafond de dépenses ne concerne que l'État et n'inclut pas les collectivités locales (en charge des dépenses de santé) qui font par ailleurs l'objet de dispositions spécifiques d'encadrement de leurs finances (l'obligation de voter des budgets en équilibre, l'obligation de retour sous deux ans à l'équilibre en cas de déficit).

Il y a enfin lieu de souligner que les différentes règles budgétaires peuvent avoir fait l'objet d'un engagement juridique plus ou moins contraignant. Elles peuvent avoir un caractère explicite (par exemple dans le cas d'une mention de nature constitutionnelle) ou implicite (quand un fort consensus politique existe autour de la question du contrôle de l'évolution des finances publiques). La règle, déjà évoquée, du *Schuldenbremse* en Allemagne qui a valeur constitutionnelle et s'impose à l'État fédéral (à partir de 2016) comme aux *Länder* (à partir de 2020), est un exemple de contrainte explicite inscrite dans la Constitution. A l'inverse, les dispositions suédoises en matière de finances publiques ne ressortissent pas d'un engagement légal, mais plutôt de règles non écrites faisant l'objet d'un consensus politique fort. Les modalités d'indexation des différents chapitres de dépenses sont à cet égard déterminantes pour assurer l'objectif d'un excédent de 1% du PIB en moyenne sur la durée du cycle économique (même si la définition de ce cycle ne fait pas l'objet d'une définition explicite, *cf. infra*, § II.4).

Cette flexibilité des règles suédoises a trouvé à s'appliquer en ce qui concerne le mécanisme d'équilibre « automatique » du régime de retraite à partir de 2010 (*cf. supra*, § II.3.1). Lors de cet exercice et des exercices suivants, le Gouvernement a décidé de limiter le mécanisme d'ajustement des pensions, qui aurait dû entraîner une baisse importante des pensions en raison de la forte perte de valeur des réserves financières du régime. Ainsi en 2010, la baisse des pensions a été limitée à 3%, contre 4,5% si le mécanisme d'équilibre avait pleinement joué. Une même souplesse dans l'application des règles d'équilibre du régime de retraite a pu être observée en Allemagne, puisque le mécanisme de revalorisation des pensions tenant compte du « facteur de soutenabilité » décrit précédemment n'a été intégralement appliqué qu'au cours de la seule année 2007.

Un autre exemple d'assouplissement des règles budgétaires concernant le financement des dispositifs de protection sociale est l'utilisation faite du fonds de réserve de la sécurité sociale espagnol. Créé en 1997 et alimenté par les excédents de recettes destinées au financement des prestations contributives et des accidents du travail et maladies professionnelles, ce fonds était initialement destiné à lisser les cycles conjoncturels et ne pouvait pas être utilisé annuellement pour un montant supérieur à 3% des pensions contributives. Face à l'ampleur des désajustements provoqués par la crise des années 2012 et suivantes, le Gouvernement a obtenu du Parlement la possibilité d'utiliser le fonds à hauteur des déficits de chaque exercice.

II.4. Les modalités retenues pour la gestion des aléas conjoncturels et le lissage des évolutions à long terme

Dans les cinq pays étudiés, les modes de pilotage des dépenses sociales tiennent compte de leur caractère évaluatif afin de ne pas interrompre le service des droits garantis aux personnes (cf. *supra*, § II.1.3). De même, des mécanismes ont été introduits afin que les règles financières incorporent de façon spécifique les éventuelles conséquences d'une détérioration de la conjoncture sur la hausse des dépenses ou la baisse des recettes des régimes sociaux (II.4.1). Par extension, on s'intéressera également ici aux dispositifs visant à lisser l'évolution de certaines dépenses de protection sociale sur le moyen-long terme (II.4.2).

II.4.1. Les modalités de prise en compte de la conjoncture

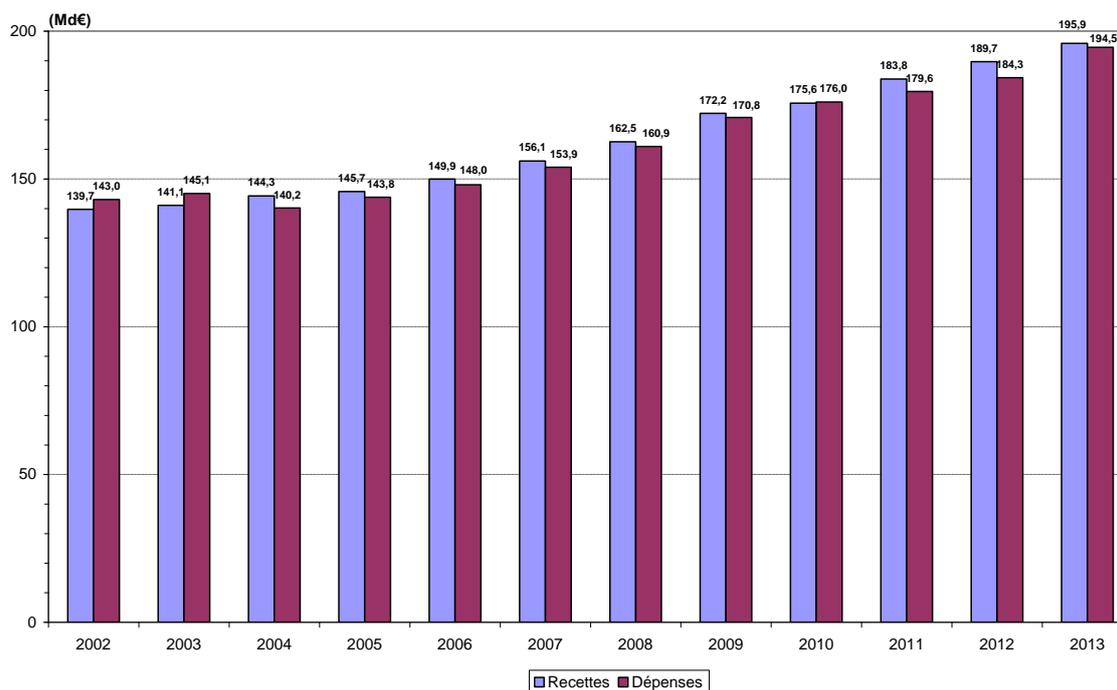
Dans plusieurs des pays étudiés, les aléas conjoncturels sont pris en charge pour une part limitée par les organismes gestionnaires de la protection sociale, et pour une autre part au contraire souvent déterminante par des dotations du budget de l'État, faisant varier *in fine* le solde des administrations centrales (au sens de la comptabilité nationale).

Le cas de l'Allemagne illustre l'utilisation de ces deux leviers d'actions, l'un propre aux régimes, l'autre à l'État fédéral. Dans ce pays, les caisses publiques de retraite disposent d'un fonds de réserve auquel elles font appel en cas de dégradation de leur situation financière. Lorsque le fonds de réserve passe au dessous d'une limite déterminée, et qu'un risque de crise de liquidités se présente, le Gouvernement fédéral doit leur accorder un crédit à taux zéro, remboursable au plus tard le 31 décembre de l'année suivante. Des dispositions équivalentes existent en ce qui concerne l'Agence Fédérale pour l'Emploi, en charge de l'indemnisation du chômage à laquelle l'État doit garantir des liquidités suffisantes sous la forme d'un prêt sans intérêt, le remboursement de ce crédit s'amorçant dès le premier excédent enregistré. Des mesures de financement exceptionnelles se sont ajoutées à ce mécanisme en 2009-2010, l'Agence n'ayant pas eu à rembourser ce prêt en 2011, et ayant bénéficié d'une prise en charge partielle de son déficit. Les caisses d'assurance maladie ne peuvent en revanche pas emprunter, mais ont la faculté de faire appel à leurs réserves obligatoires, qui correspondent à 25% de la dépense moyenne mensuelle. En cas d'épuisement de ces réserves, la caisse doit prendre des mesures (amélioration de sa gestion, augmentation des taux de cotisations des assurés, mesure de déremboursement, etc...) pour revenir à une situation équilibrée. Néanmoins, le Gouvernement fédéral a accordé à ces caisses une subvention de crise exceptionnelle en 2010, prolongée en 2011. Les caisses sont donc en principe responsables du retour à leur équilibre financier, tandis que l'État intervient en cas d'urgence financière, sachant qu'il a par ailleurs l'initiative des réformes des régimes de protection sociale portant sur le moyen-long terme.

Il n'est pas aisé de mesurer l'effectivité de ce mode de pilotage, dans la mesure où les comptes des régimes de protection sociale constatés *ex post* prennent en compte l'incidence à la fois de leurs décisions propres et des subventions apportées par l'état fédéral. On peut néanmoins constater que, s'agissant des caisses d'assurance maladie légale allemande, que leurs comptes présentent une situation excédentaire depuis 2010, à l'exception d'un déficit très limité en 2010 (cf. graphique 2).

Graphique 2

Évolution des recettes et des dépenses des caisses d'assurance maladie légale en Allemagne



Source : Ministère allemand de la santé.

En Espagne, les ajustements conjoncturels sont en principe opérés au sein des organismes de protection sociale *via* un « Fonds de Réserve de la Sécurité Sociale » mis en place en 2001. Progressivement doté durant les années 2000 par les excédents de recettes dédiées aux prestations contributives engendrés par la forte croissance économique de cette décennie, et les excédents dégagés dans la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles, et compte tenu du produit de la gestion financière, ce Fonds atteignait un montant de près de 67 Md€ en 2011. Sa mission était initialement d'amortir les conséquences des aléas conjoncturels sur le financement des pensions contributives dans la limite annuelle de 3% du montant des pensions. Cependant, ainsi que cela a été mentionné antérieurement (*cf. supra*, § II.3.2), il a été décidé en novembre 2011, face à l'ampleur des difficultés rencontrée par l'économie espagnole, de suspendre l'application de ce plafond, et d'autoriser le Gouvernement à utiliser les montants nécessaires au financement intégral du déficit des entités gestionnaires de la sécurité sociale.

Le pilotage des aléas conjoncturels obéit à une logique différente dans les autres pays. En Suède c'est le Ministère des Finances qui se voit conférer un rôle central de suivi de la dépense et peut accorder des « facilités de paiement » (faculté laissée aux Agences chargées de la gestion des prestations dans la limite de 3% de leur montant de dépenses et pilotée par le Ministère au-delà) dès lors que le plafond global de dépenses publiques est respecté. La règle générale est toutefois en principe que les crédits dépensés au-delà du plafond sur une année soient déduits du budget futur de l'agence concernée. Dans les cas britannique et italien, les aléas conjoncturels sont également pris en compte par l'État qui supporte *in fine* le déficit et l'endettement qui en résulte. Au Royaume-Uni, les dépassements d'enveloppe par ministère (*department expenditures limits*, dont relève le budget de la santé) peuvent faire l'objet d'une sanction politique, les responsables

budgétaires des différents ministères devant répondre de leur gestion. Dans le cas des dépenses correspondant à des droits objectifs à prestations des citoyens (indemnisation du chômage, minima sociaux, allocations logement, retraites), les montants de dépenses sont estimatifs et non limitatifs, et il existe très peu de moyens pour encadrer effectivement la dépense. C'est pour cette raison qu'a été institué, pour environ la moitié des prestations sociales, le mécanisme du « *Welfare Cap* » cité plus haut (*cf. supra*, § II. 1 et II.3), qui impose au Gouvernement de proposer au Parlement des solutions en cas de dérapage prévisionnel des budgets, mais qui exclut les dépenses de retraite et les prestations en faveur des demandeurs d'emploi, et prend pour référence une période de cinq ans, en principe appropriée à la prise en compte des cycles conjoncturels, et dont la pertinence devra être appréciée à l'expérience.

II.4.2. L'existence de mécanismes de lissage de la dépense à moyen-long terme.

Au-delà des modalités de gestion des aléas conjoncturels évoqués ci-dessus, les pays européens, confrontés à la perspective d'une augmentation importante des dépenses à moyen-long terme sous l'effet du vieillissement de la population, ont la possibilité de répondre à ce défi en anticipant les besoins de financement futurs par la constitution de réserves qui abonderont ultérieurement les recettes.

Un exemple d'une telle stratégie est le cas de l'assurance dépendance en Allemagne, qui, au terme d'une loi adoptée en 2014, bénéficiera d'un relèvement de son taux de cotisation de 0,3 point qui permettra d'abonder un fond destiné à stabiliser à long terme les taux de cotisations.

Par ailleurs, plusieurs pays disposent de réserves plus ou moins importantes pour le financement de leurs régimes de retraites : quatre ans de prestations en Suède, une demi-année en Espagne, deux mois et demi en Allemagne. Ces réserves constituent théoriquement un instrument permettant de lisser les dépenses futures de retraite. Ainsi, les conditions de l'équilibre à long terme du système de retraite suédois reposent sur la stabilité durable du taux de cotisation (16%) : les réserves du régime visent à assurer son équilibre annuel et à long terme sous cette contrainte de stabilité des cotisations, et opèrent donc comme un mécanisme de lissage des ressources. En revanche, en Allemagne et en Espagne leur montant paraît actuellement insuffisant pour aller au-delà de, respectivement, la sécurisation de la trésorerie du régime et l'atténuation des conséquences des aléas conjoncturels.

II.5. L'autonomie des opérations de financement de la protection sociale

Les éléments transmis par les conseillers économiques et sociaux conduisent à constater que, dans les différents pays considérés, les fonctions de protection sociale sont rarement financées par des ressources propres déterminées par un organe gérant ces fonctions, que celui-ci soit une collectivité locale, un opérateur de l'État ou une entité administrative autonome. L'État détermine dans presque tous les pays l'ensemble des règles relatives aux taux, à l'assiette et aux modalités de recouvrement des prélèvements finançant la protection sociale.

Au-delà de ce constat, le degré d'autonomie du financement de la protection sociale au sein des finances publiques dans les pays considérés peut être apprécié au regard de trois dimensions plus techniques : l'organe de recouvrement des ressources sociales, l'existence d'un circuit financier propre à la protection sociale ou encore les modalités de gestion des déficits ou de la dette.

S'agissant de l'institution chargée de recouvrer les recettes éventuellement affectées au financement de certains segments de la protection sociale, l'existence d'un opérateur dédié peut être considérée comme un élément d'autonomie financière en ce qu'il implique la gestion d'un circuit de financement spécifique. Au-delà de la seule question du recouvrement, se trouve donc posée la question de l'autonomie du circuit financier de la protection sociale : soit les ressources finançant la protection sociale sont versées à un organisme responsable qui est aussi chargé de sa gestion financière (gestion de la trésorerie, des placements et des emprunts), soit ces ressources sont gérées dans un ensemble plus large qui prend en charge l'ensemble des opérations financières de la sphère publique.

L'analyse, synthétisée dans le tableau 2 suivant, conduit de nouveau à souligner la spécificité du Royaume Uni. En effet, les cotisations sociales ne sont pas, dans ce pays, distinguées strictement des autres prélèvements. Elles ne sont pas directement affectées aux dépenses sociales mais intégrées au budget de l'État. La seule reconnaissance de leur particularité se fait *via* leur prélèvement à la source et leur identification comptable dans des fonds (notamment dans le NHS). L'ensemble des recettes publiques sont recouvrées par un opérateur unique de l'État, dans le cadre d'un circuit financier également unique et relevant de la responsabilité du ministère chargé des finances. La gestion financière est donc centralisée, les organes assurant les dépenses sociales, tout comme les collectivités territoriales, bénéficiant de versements réguliers de l'État.

Au-delà, deux autres groupes de pays se distinguent. La Suède et l'Italie ont, s'agissant de la fonction de recouvrement, fait le choix d'institutions spécialisées dans tout ou partie de ces opérations. Ainsi, en Suède, toutes les créances publiques (impôts, cotisations et taxes quelle que soit l'entité bénéficiant du produit) sont recouvrées par des organes spécialisés (un pour l'encaissement et le recouvrement amiable et l'autre pour le recouvrement forcé). En Italie, un opérateur financier spécialisé et dédié au secteur de la protection sociale a été créé pour l'encaissement des cotisations et la gestion financière. Toutefois, les opérations de recouvrement forcé sont mutualisées entre les différentes sphères de la protection sociale, de l'État et des

collectivités territoriales au sein d'une société publique à capital mixte détenu à la fois par l'État et l'opérateur financier spécialisé dédié à la protection sociale. Chacun de ces pays a mis en œuvre un circuit financier propre à la protection sociale, mais ne disposant que d'une capacité de gestion financière limitée aux opérations de versement des prestations.

Enfin, l'Espagne et l'Allemagne se caractérisent par une autonomie plus forte des fonctions de recouvrement et de gestion financière de la protection sociale par rapport aux autres secteurs de finances publiques. Ces fonctions sont assurées selon deux modalités alternatives : soit par les caisses prestataires, soit par une institution spécifique créée au sein de la sphère de la protection sociale. L'Allemagne délègue la prise en charge des missions financières aux caisses chargées de dispenser les prestations afférentes aux différents risques⁵⁴ (le Fonds de Santé jouant un rôle pivot en mettant des fonds à la disposition des caisses maladie, la gestion financière restant du ressort de chaque caisse), tandis que l'Espagne a fait le choix d'un circuit unique de financement *via* la Trésorerie générale.

L'autonomie du financement de la protection sociale dans les pays analysés doit enfin être appréciée au regard de la capacité reconnue ou non aux opérateurs ou entités gérant la protection sociale de recourir à l'emprunt de trésorerie sur courte période, voire à l'endettement de plus long terme, sachant que, comme cela a été indiqué précédemment, tous les pays analysés se caractérisent par un encadrement très fort, voire la prohibition de ces possibilités.

Les éventuels besoins en trésorerie des opérateurs ou acteurs de la protection sociale peuvent être internalisés par l'organisme qui en a la charge. Ainsi, pour la santé, les dépenses sont en Italie, en Espagne et en Suède supportées tout au long de l'année par la collectivité territoriale compétente qui avance ces fonds et les gère dans le cadre des missions qui lui incombent. Au contraire, dans les pays où ont été créés des opérateurs spécialisés, leur gestion financière est placée sous tutelle étroite de l'État (cas des organismes italiens, allemands ou suédois). Seule l'Espagne a créé un organisme financier spécifique chargé de gérer le patrimoine et les ressources financières afférents à ces opérations (la Trésorerie Générale de la Sécurité Sociale), mais le financement de la protection sociale y reste largement dépendant des dotations budgétaires versées par l'État. Dans les autres pays, comme cela a été mentionné antérieurement (*cf. supra*, § II.4.1), l'État joue un rôle déterminant dans la gestion de la trésorerie des agences ou autorités chargées du service des prestations sociales : prêts à taux « zéro » en Allemagne, avances en Espagne, en Italie et en Suède, gestion unifiée de l'ensemble des fonctions financières pour toutes les sphères publiques au Royaume-Uni.

S'agissant de l'encadrement des besoins de financement courant sur plus d'un exercice, et le cas échéant de la dette des organismes de protection sociale, aucun des pays considérés ne connaît une gestion distincte de la dette sociale sur le modèle de celui retenu en France. Le recours à l'endettement est généralement prohibé pour les entités gestionnaires de la protection sociale, qui bénéficient en contrepartie des avances et des concours de l'État mentionnés plus haut. La « dette sociale » est donc intégrée dans l'approche générale de la dette publique qui relève suivant les cas de l'État ou des collectivités locales.

⁵⁴ Toutefois, le recouvrement des cotisations dans le cadre des « *Mini Jobs* » est assuré, par souci de simplification par la « *Mini Job Zentrale* ».

Les règles s'appliquant aux collectivités territoriales sont toutefois spécifiques, et leur endettement est géré de façon particulière. En Espagne, si les communautés autonomes et régions peuvent recourir à des emprunts de trésorerie (inférieurs à un an), elles ne peuvent s'endetter que pour des dépenses d'investissement et sous réserve que l'amortissement de ces emprunts (capital et intérêts) ne dépasse pas 25% de leurs ressources courantes ni 13% du PIB régional. Ces dispositions conduisent de fait à limiter la possibilité de financement de dépenses sociales, hormis celles concernant les infrastructures (les hôpitaux par exemple). En Italie, le déficit des dépenses sanitaires des régions ne peuvent excéder 5% des dépenses. Compte tenu du caractère récent du transfert des compétences concernant les dépenses de santé, l'État a été amené, en 2010, à avancer des fonds aux régions présentant un endettement important (prise en charge dans le cadre des transferts de compétences des dettes remontant au début des années 2000). Les régions devront reverser ces fonds, assortis des intérêts correspondants, avant 2040.

L'analyse des opérations de financement de la protection sociale dans les cinq pays étudiés conduit donc à souligner la spécificité de chaque cadre national. Toutefois, deux traits communs se dégagent, excepté au Royaume-Uni : tout d'abord, l'existence d'un ou de plusieurs circuits de recouvrement et de gestion financière des prélèvements et des dépenses sociales ; ensuite, une attention forte aux opérations de gestion de trésorerie et la prohibition quasi générale du recours à l'endettement à moyen ou long terme, avec en contrepartie l'existence de concours, d'avances ou de prêts de l'État en cas de besoin de trésorerie ou de déséquilibre temporaire des comptes (parfois assorties de modalités de remboursement et/ou d'une obligation de retour à l'équilibre), et des règles spécifiques s'appliquant aux collectivités territoriales. L'examen conduit aussi à souligner, dans tous les pays, l'absence d'identification d'une dette sociale spécifique, celle-ci étant considérée comme une part de la dette publique et gérée comme telle.

Tableau 2 : Synthèse des modalités de recouvrement et de gestion financière des ressources finançant la protection sociale et des autres ressources publiques dans les cinq pays analysés

	Allemagne	Espagne	Italie	Royaume Uni	Suède
<i>Description sommaire du système des prélèvements obligatoires finançant la protection sociale</i>	Système de prélèvement obligatoire segmenté selon la nature des ressources et leur organe d'affectation (cotisations, impôts affectés à l'Etat et impôts affectés aux Länder)	Système de prélèvement obligatoire segmenté selon la nature des ressources et leur organe d'affectation (cotisations, impôts affectés à l'Etat et impôts affectés aux communautés et régions autonomes)	Système de prélèvement obligatoire basé largement sur la retenue à la source des impôts et cotisations	Système de prélèvement obligatoire basé sur l'affectation de la quasi intégralité des recettes à l'Etat (les collectivités territoriales ne bénéficient que de la compétence de fixer le taux de la taxe d'habitation et sont financées par des dotations de l'Etat): si des cotisations sociales existent, elles ne sont isolées que via des fonds et financent le budget de l'Etat sans être affectées à un risque	Système de prélèvement obligatoire segmenté selon la nature des ressources et leur organe d'affectation (cotisations, impôts affectés à l'Etat et impôts affectés aux communautés et régions autonomes)
<i>Encaissement et recouvrement</i>	<p>Les cotisations sont recouvrées par le centre de collecte (<i>Einzugstelle</i>) de chaque caisse d'assurance maladie compétente. La caisse transfère les ressources aux organismes bénéficiaires. Il n'y a pas de lien entre ce circuit et le circuit financier des autres recettes publiques.</p> <p>16 administrations fiscales dépendant de chaque Länder sont chargées de recouvrer les impôts et taxes fédéraux et locaux. Les services communaux peuvent créer des taxes qu'ils peuvent recouvrer par eux-mêmes.</p>	<p>Encaissement et recouvrement des cotisations par la Trésorerie générale de la sécurité sociale (Tesorería General de la Seguridad Social - TGSS) qui a également des fonctions de gestion de patrimoine et de gestion de la trésorerie</p> <p>Encaissement et recouvrement de la grande majorité des impôts par une agence de l'Etat (<i>Agencia Tributaria</i>)</p> <p>Encaissement et recouvrement par les communautés et régions autonomes des impôts intégralement cédés par l'Etat (impôts sur les transmissions, donations et successions, jeux...) ayant conduit à la création d'agences spécialisées par ces communautés ou régions</p>	<p>Encaissement des cotisations sociales par les organismes gérant la protection sociale</p> <p>Encaissement des impôts par l'administration fiscale</p> <p>Les opérations de recouvrement forcé sont mutualisées entre fisc et organismes sociaux et pris en charge par une société au capital public dotée d'agences régionales (sauf en Sicile où existe un organe spécialisé)</p>	Compétence exclusive du service d'Etat (<i>Her Majesty Revenue and Customs</i>) pour le recouvrement de toutes les recettes publiques quelle que soit leur nature (impôt ou cotisation à l'exception des taxes d'habitation et d'autres prélèvements mineurs ne finançant pas la protection sociale et dotés de circuits <i>ad hoc</i>)	<p>Compétence exclusive pour l'encaissement et le recouvrement amiable d'une agence nationale des impôts (<i>Skatteverket</i>) et pour le recouvrement forcé d'une autre agence nationale (<i>Kronofogdemyndigheten</i>) pour toutes les recettes publiques (cotisations, impôts d'Etat ou des collectivités territoriales)</p> <p>Compte tenu du degré fort d'autonomie dont bénéficient les collectivités locales (fixation du taux d'IR notamment), les agences interviennent pour le compte des différentes entités et leur restituent les recettes qui leur reviennent dans un cadre cherchant la neutralité financière</p>
<i>Autonomie du financement de la protection sociale au regard du circuit de recouvrement et du circuit financier</i>	Autonomie forte du recouvrement et de la gestion de cotisations sociales affectées	Autonomie forte du recouvrement et de la gestion de cotisations sociales affectées	Autonomie forte du recouvrement et de la gestion de cotisations sociales affectées	Absence d'autonomie du fait de la centralisation par l'Etat des fonctions financières et de la faible spécificité de cotisations sociales finançant le budget de l'Etat	Autonomie relative du recouvrement centralisé par souci de simplification mais autonomie forte pour les cotisations sociales via un circuit financier spécifique

II.6. La gouvernance financière des dépenses sociales décentralisées

Dans les cinq pays retenus dans l'étude, les collectivités locales tiennent une place importante dans la distribution et le financement des prestations de protection sociale. En théorie, le choix de confier à des autorités locales la responsabilité de mettre en œuvre et de financer des politiques sanitaires et sociales n'affecte pas directement la gouvernance financière de la protection sociale. En effet, en première approche, la décentralisation de certaines politiques publiques, qu'elles relèvent de la santé, de la protection sociale ou d'autres domaines, s'accompagne de la mise en place de transferts financiers entre l'État et les autorités locales, initialement afin d'amorcer cette dévolution, ou, en régime permanent, afin de réaliser des péréquations financières permettant de compenser les inégalités existant entre territoires (bases fiscales ou différences dans les structures socio-démographiques). Ces transferts financiers sont en règle générale déterminés au niveau de l'ensemble des politiques décentralisées, et non pas en fonction de l'impact financier de chacune d'entre elles. Par ailleurs, tous les pays conférant des responsabilités financières aux collectivités locales se sont dotés de règles régissant l'équilibre des finances de ces collectivités, qui sont elles aussi générales et non pas modulées selon la nature des politiques transférées. Cependant, la réalité est une nouvelle fois plus complexe : d'une part, dans certains pays, les politiques sanitaires et sociales dévolues aux autorités locales représentent une proportion telle de leurs dépenses que les règles d'équilibre financier concernent de fait très largement ces politiques ; d'autre part, dans certains cas, les relations financières entre l'État et les collectivités locales peuvent prévoir des règles particulières relatives au financement des dépenses relevant du domaine sanitaire et social, affectant donc directement leur pilotage. L'expérience des trois pays – Espagne, Italie et Suède – qui ont rendu le niveau régional compétent dans un domaine aussi important que l'offre de soins de santé est à cet égard intéressante à détailler.

En Espagne, la santé représente environ un tiers des dépenses des communautés autonomes, qui sont également compétentes dans le domaine de l'éducation et du développement économique (les autres postes de dépenses étant du second ordre). L'État fixe des normes générales pour la prise en charge des soins afin de garantir un cadre national commun d'accès aux soins et services dispensés, les communautés autonomes ayant la faculté d'y ajouter des normes complémentaires dans leur ressort. Par ailleurs, la capacité des autorités locales espagnoles de développer des ressources fiscales propres est très limitée : ces ressources ne peuvent porter sur une assiette sur laquelle un prélèvement est déjà perçu par l'État. De ce fait, 99% des ressources fiscales des communautés autonomes sont constituées d'impôts nationaux intégralement ou partiellement transférés à leurs budgets (principalement l'impôt sur le revenu, la taxe sur la valeur ajoutée et divers impôts liés à la production). Une péréquation entre communautés autonomes intervient par l'intermédiaire d'un fonds auquel chaque communauté transfère 75% des ressources fiscales qui lui sont attribuées par l'État et auquel est ajoutée une dotation complémentaire. Ce fonds reverse aux communautés des dotations déterminées en fonction du nombre d'habitants et d'autres facteurs socio-démographiques et économiques (superficie, insularité, part de la population jeune, âgée ou « protégée »...). Au total, le poids significatif des dépenses de santé dans les budgets des communautés autonomes, l'absence de marge de manœuvre fiscale de ces communautés et les restrictions mises à leur recours à l'emprunt créent des incitations fortes des gestionnaires régionaux de la santé à agir principalement sur le montant des dépenses.

En Italie, dans le cadre de l'orientation vers le « fédéralisme fiscal » que ce pays a adoptée depuis 2009, et du « pacte pour la santé » conclu tous les trois ans entre l'État et les régions, les prérogatives de ces dernières paraissent de prime abord également larges, puisque l'État se limite à fixer les grandes orientations du budget de la santé, notamment les coûts standards à appliquer aux biens et services et les mesures d'économies à mettre en œuvre ainsi que les « niveaux essentiels des services de santé » (*livelli essenziali dei servizi sanitari*) qui sont des normes minimales de prise en charge et de qualité des soins que les régions doivent garantir dans leur ressort. Cependant, le financement des soins obéit à des contraintes fortes : les régions reçoivent de l'État une fraction du produit de certains impôts et taxes nationaux (additionnel sur le revenu des personnes physiques - IRPEF, TVA, et sur la valeur ajoutée des entreprises - IRAP), tenant compte de la taille et de la structure par âge de leur population, qu'elles doivent affecter au financement des soins. La comparaison de cette ressource avec les dépenses effectives de santé dégage un excédent ou un déficit spécifique du financement. En cas de déficit, la région doit prendre des mesures de redressement, et a notamment l'obligation, lorsque le déficit dépasse 5% des ressources, de mettre en œuvre un plan de redressement d'une durée de trois ans comportant la réorganisation du réseau hospitalier, l'ajournement des embauches, la participation à des appels d'offre regroupés pour les achats, et, si elle en a la possibilité, l'augmentation des taux des deux impôts précédents jusqu'au taux maximum arrêté au niveau national. Les régions doivent donc en principe atteindre l'objectif d'équilibrer leurs dépenses sanitaires par des ressources dédiées, sans préjudice d'une capacité d'emprunt auprès de l'État pour la couverture des déficits transitoires spécifiquement pris en compte au titre des années de transfert de compétences. Cependant, le système décrit ci-dessus est la cible que les réformes en cours visent à atteindre : en pratique, sa mise en place est encore incomplète, notamment le processus de fixation des coûts et des besoins de financement, ce qui a pour conséquence que les dotations de l'État sont encore aujourd'hui établies de manière *ad hoc* tous les ans, à travers la création et l'abondement de fonds spécifiques.

La situation de la Suède paraît intermédiaire entre les deux précédentes. En 2012, les soins de santé représentaient une part tout-à-fait déterminante dans l'ensemble des dépenses des régions suédoises (88%). Par ailleurs, les régions bénéficient d'une fraction du produit de l'impôt sur le revenu dû par les ménages, dont elles peuvent fixer le taux (dans la limite d'un plafond de revenu, l'État étant bénéficiaire de l'impôt au-delà). Cet impôt représentait, en 2012, 71% de l'ensemble des ressources des régions suédoises. Il n'y a pas d'affectation particulière de cet impôt au financement par les régions du système de santé. Cependant, comme ces autorités ont l'obligation de présenter des budgets équilibrés pour l'ensemble de leurs dépenses de fonctionnement, ces règles contraignent fortement les modalités d'équilibrage du financement des soins, compte tenu de leur importance dans les dépenses de fonctionnement des régions et de la possibilité qu'elles ont d'agir sur leurs ressources *via* le taux de l'impôt sur le revenu qui est lui aussi pour elle une ressource prépondérante.

Au total, ces trois expériences nationales de décentralisation au niveau régional de la fourniture et du financement des soins s'accompagnent toutes de règles qui contraignent les régions à maîtriser leurs dépenses sanitaires ou à accroître les ressources qu'elles allouent à leur financement. Elles diffèrent par le fait que l'utilisation du levier des ressources est largement prohibée en Espagne, disponible mais dans des limites étroites en Italie, et plus largement ouverte en Suède.

*

* *

Malgré son caractère encore sommaire, la description précédente des modes de gouvernance des finances sociales dans cinq pays européens donne à voir une grande diversité des arrangements trouvés en ce domaine par l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suède. On peut toutefois tenter de dégager quelques conclusions générales, intéressantes à mettre en regard des modes de gouvernance des finances sociales en vigueur en France.

En premier lieu, l'intuition initiale selon laquelle la gouvernance financière des systèmes de protection sociale de type « bismarckien » ou inspirés d'une logique d'assurances sociales serait celle d'une large autonomie laissée aux régimes de protection sociale par rapport à l'État ne paraît pas entièrement confirmée. Dans tous les pays étudiés, l'État joue un rôle directeur dans la détermination à la fois des objectifs des politiques de santé et de protection sociale, et des règles qui gouvernent l'ensemble des opérations de financement de la protection sociale. Il n'existe en particulier pas ailleurs qu'en France de régimes obligatoires ayant une gouvernance institutionnelle spécifique, disposant de ressources propres dont ils assurent le recouvrement et d'une capacité de recours à l'emprunt, et ayant la latitude d'agir sur l'ensemble des paramètres qui influencent leurs dépenses, leurs recettes et leur solde (tels que l'assurance chômage et les régimes de retraite complémentaire français). En revanche, en dehors des finances publiques, il convient de souligner l'existence, pour des montants financiers parfois très significatifs, de dispositifs privés assurant une couverture complémentaire de certains risques, notamment maladie et vieillesse. Evidemment autonomes financièrement, ces régimes ne sont cependant pas totalement indépendants de l'État, qui d'une part peut assurer une surveillance prudentielle de leurs engagements (c'est le cas en Italie, en Espagne et au Royaume-Uni), et d'autre part dispose, au travers des incitations fiscales à la souscription de contrats auprès de ces opérateurs, de leviers d'action sur leur développement.

Non seulement l'État met souvent directement en œuvre des programmes de protection sociale qui représentent une part significative de l'ensemble des dépenses sanitaires et sociales (et même presque l'intégralité de ces dépenses au Royaume-Uni), mais en outre les lois de finances constituent, au travers des dotations aux régimes de protection sociale, le principal levier d'action sur les conditions de l'équilibre des régimes de protection sociale. Dans les pays européens, l'autonomie financière des régimes de protection sociale est ainsi globalement plus faible qu'en France : absence fréquente de circuits de recouvrement propres, gestion financière limitée par l'encadrement du recours à l'emprunt, *a fortiori* capacité limitée à agir sur les recettes. C'est à cet égard l'État qui porte de façon générale l'endettement éventuellement lié aux fonctions de la protection sociale. La crise économique et financière récente a en outre conduit au déploiement dans plusieurs pays de mécanismes d'intervention exceptionnelle.

Surtout, le budget de l'État assure très souvent un rôle de financeur en dernier ressort de la protection sociale, particulièrement en période de conjoncture défavorable où les recettes propres des régimes risquent d'être insuffisantes pour couvrir leurs dépenses : c'est le cas *via* un assouplissement des plafonds budgétaires en Suède, l'intervention directe du Ministère des Finances dans la régulation de la trésorerie des régimes de protection sociale en Espagne et en Italie, des prêts de l'État sans intérêts remboursables au cours de l'exercice suivant en cas de difficulté de trésorerie

d'un régime en Allemagne, ou encore, dans ce même pays, par des subventions exceptionnelles en cas de déficits aggravés.

Pour autant, la référence à l'objectif de l'équilibre financier de la protection sociale ou d'une partie de ses dispositifs paraît présente dans le mode de pilotage des finances publiques de plusieurs de nos partenaires européens, à l'exclusion du Royaume-Uni où l'immersion de la quasi-totalité des dépenses de santé et de protection sociale dans le budget de l'État empêche l'identification même de ressources spécifiques dédiées au financement de ces dépenses et d'un solde financier dégagé par ces opérations. Dans les autres pays, des règles spécifiques ont pour objectif explicite d'inciter les gestionnaires des risques sociaux à faire converger dépenses et recettes. Ainsi, en Allemagne, malgré l'importance des relations financières entre l'État fédéral et les caisses de sécurité sociale, le « principe d'équivalence » qui prévaut dans la gouvernance des finances publiques allemandes fait obligation aux régimes de rechercher l'équilibre financier des dépenses qu'ils délivrent par leur propre pilotage. En Italie, les règles de financement des soins de santé qui s'imposent progressivement aux régions italiennes, visent à terme à les inciter à atteindre l'équilibre du financement des soins au moyen de ressources déterminées sur la base de montants forfaitaires tenant compte de la structure par âge de la population (et non des coûts constatés *ex post*). Au surplus, dans les pays où des programmes de protection sociale significatifs sont dévolus aux autorités locales, il peut survenir que l'application des règles générales des finances locales encadre de fait fortement l'équilibre de ces programmes, lorsque leur importance financière est déterminante dans le budget des autorités délégataires et que celles-ci en sont les gestionnaires exclusifs, comme c'est le cas en Suède.

Enfin, l'examen des modes de pilotage et de gouvernance financière de la protection sociale dans cinq pays européens étudiés fait nettement apparaître l'importance du rôle des autorités locales dans la fourniture et le financement de prestations et de services sanitaires et sociaux. À nouveau, la fréquence de ces expériences, notamment dans le domaine des soins de santé dans trois des pays étudiés (Espagne, Italie, Suède), suggère que l'opposition quelque peu systématique entre les systèmes de protection sociale « bismarckiens » organisés autour de régimes d'assurances sociales dont les finances seraient gouvernées indépendamment du budget de l'État, et les systèmes « beveridgiens » intégralement sous le contrôle financier des administrations centrales, doit en partie être dépassée. Par comparaison, l'expérience française de délégation de certaines politiques sociales est sensiblement plus limitée en termes de champ (aide sociale, aides à l'autonomie) et compte tenu du fait que les départements doivent essentiellement délivrer des prestations déterminées au plan national. A cet égard, l'importante délégation « horizontale » de la gestion de certains risques à des régimes de protection sociale ayant une autonomie financière partielle peut expliquer cette décentralisation d'ampleur plus limitée.

COMPLÉMENTS

Complément au chapitre II :

- Note de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du 30 septembre 2014 : analyse des propriétés redistributives des transferts de protection sociale à partir de l'enquête européenne EU-SILC (rédacteurs : Carole Bonnet, Denis Maguain, Jérôme de Tychey).

Complément au chapitre IV :

- Synthèse par la Direction générale du Trésor (Ministère des Finances et des Comptes publics) des réponses des services économiques et des services affaires sociales des Ambassades de France en Allemagne, en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède à un questionnaire du Haut Conseil du financement de la protection sociale sur la gouvernance et le pilotage financier de la protection sociale, reçues en septembre 2014.



Ministère des finances et des comptes publics
Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

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

**Sous-direction des synthèses, des études
économiques et de l'évaluation**

Mission des relations et études
internationales

D. Maguain/J. De Tychev/C. Bonnet

Paris, le 14 novembre 2014
DREES-MREI N° 74bis/2014

**Note à l'attention du
Haut Conseil au financement
de la protection sociale**

Le haut conseil pour le financement de la protection sociale a sollicité la DREES pour qu'elle dresse un bilan en comparaison européenne des propriétés redistributives des transferts de protection sociale, ceci à partir de l'enquête EU-SILC.

Cette étude réalise à partir de la dernière vague disponible (vague 2011 portant sur les données 2010) de l'enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie un bilan de la redistribution verticale opérée par les transferts sociaux et fiscaux, ceci au regard des inégalités de niveau de vie.

Les pays étudiés sont l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, la France, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et l'Italie. L'Allemagne n'a pas pu être intégrée car ses données ont été retirées en raison de leur qualité. La disponibilité des données a aussi conduit à écarter le Danemark.

Du côté des prélèvements, l'analyse intègre l'impôt sur le revenu, l'impôt sur la fortune et les cotisations et contributions sociales salariales. En raison des données, les impôts indirects ne sont pas pris en compte.

En ce qui concerne les prestations, l'analyse considère la plupart des prestations en espèces, à l'exception des pensions de retraite considérées comme assurancielles sur le cycle de vie : les prestations familiales (y compris les aides à la garde d'enfants), les aides au logement, les allocations chômage, les prestations d'invalidité et les prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. En revanche, l'analyse ne comprend pas les prestations en nature.

Il s'agit d'une étude exploratoire. En effet, si l'analyse menée ici permet de dégager des ordres de grandeur, il faut conserver une certaine prudence en raison des données utilisées, qui ne sont pas toujours comparables, et des choix méthodologiques.

Il ressort de l'analyse, que hors retraites, la principale contribution à la réduction des inégalités relatives de niveau de vie provient des prestations sociales. Cette contribution varie de 92% (Pays-Bas) à 71% (Royaume-Uni). En France, elle est de 83,7%.

Ces contributions ne peuvent toutefois pas être comparées à celles de l'exercice annuel mené par l'INSEE (France Portrait Social [2011]) d'analyse de la redistribution, lequel porte sur un champ différent (en intégrant les allocations chômage au revenu avant redistribution) et non exactement sur les mêmes transferts (notamment la PPE et la Taxe d'habitation).

Parmi les prestations sociales, les prestations chômage sont celles qui contribuent le plus à la réduction des inégalités de niveau de vie, excepté au Royaume-Uni. Les prestations de lutte contre la pauvreté et de l'exclusion sociale sont celles qui ont la progressivité la plus forte au sein des pays retenus.

*

1. Données, champ et méthode

1.1. Source utilisée

L'étude repose sur la vague 2011 de l'enquête européenne SILC (*Survey on Income and Living Conditions*) sur les revenus et les conditions de vie qui porte généralement sur les données de revenus 2010, à l'exception du Royaume-Uni et de l'Irlande. Les données de la vague 2012 ne sont à ce stade pas encore disponibles. L'échantillon comprend 131 000 ménages à l'échelle de l'Union Européenne (dont 11 360 ménages ordinaires⁵⁵ de France métropolitaine).

Les revenus dans l'enquête SILC comprennent l'ensemble des revenus primaires (revenus du travail (salaires et revenus des indépendants), les revenus du capital (mobiliers et immobiliers), les revenus de remplacement (chômage, retraite, maladie, invalidité) des personnes de 16 ans et plus, ainsi que les différentes prestations monétaires. Les prestations monétaires détaillées sont les prestations familiales, les prestations logement, les prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et les bourses scolaires. Les prestations non monétaires comme les dépenses de santé, ou les dépenses d'éducation, ne sont pas prises en compte par l'enquête. L'analyse se limite en outre à la fiscalité directe (impôts sur les revenus, cotisations et contributions salariales uniquement, cf. infra). La fiscalité indirecte (par exemple la TVA) n'est donc pas prise en compte.

Les revenus bruts (avant déduction des cotisations et contributions sociales salariales) sont disponibles pour tous les pays. En revanche, les cotisations employeurs ne le sont pas, ce qui ne permet pas de calculer des revenus « super-bruts » (voir annexe Tableau A1)⁵⁶. Par ailleurs, au niveau du ménage, niveau auquel se situe l'étude, les cotisations sociales salariales et l'impôt sur le revenu sont renseignés sous une forme agrégée sans qu'il soit possible de les distinguer, et les cotisations sociales salariales ne sont pas ventilées selon le risque de protection sociale qu'elles financent. Il n'est donc pas possible de mener une approche tenant compte des ressources affectées à tel ou tel risque de protection sociale.

La base de données ne nous permet pas non plus de distinguer les prestations sous condition de ressources des prestations sans condition de ressources.

Les pays retenus pour l'analyse sont l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, la France, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, l'Italie et la Suède. L'Allemagne n'a pas pu être intégrée car les données la concernant ont provisoirement été retirées de la diffusion pour l'ensemble des vagues de l'enquête EU-SILC. En ce qui le Danemark, ces pays n'ont pas été retenus en raison soit de l'absence de renseignement pour certaines prestations (les prestations pauvreté).

Il faut noter que l'enquête européenne SILC repose sur des données de ressources déclaratives contrairement aux données ERFS traditionnellement utilisées en France pour l'étude de la redistribution (analyse de la redistribution publiée chaque année dans *France, Portrait Social* ; modification de la distribution des revenus par les transferts de protection sociale dans *Minima Sociaux...*) qui, elles, découlent de l'appariement avec les sources fiscales. Les résultats obtenus à partir de cette enquête sont donc à prendre avec précaution.

⁵⁵ Un ménage ordinaire désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, que ces personnes aient des liens de parenté ou non. Les personnes vivant dans des habitations mobiles ou résidant en collectivité sont considérées comme vivant « hors ménages ordinaires ».

⁵⁶ Ceci peut conduire à sous-estimer la redistributivité du système de prélèvements dans les cas, comme en France, où il existe des taux différenciés ou des exonérations de cotisations patronales sur les bas salaires.

Encadré 1. Transferts pris en compte pour la France

Allocation famille/enfants:

- Allocation d'adoption (ADA),
- Allocation parentale d'éducation (APE),
- Allocations familiales,
- Complément familial,
- Allocation pour jeune enfant (APJE),
- Allocation parent isolé (API),
- Allocation de soutien familial (ASF),
- Allocation de rentrée scolaire (ARS),
- Allocation d'éducation spéciale (AES) pour enfants handicapés,
- Allocation journalière de présence parentale (AJPP),
- Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante agréée (AFEAMA),

L'inclusion de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante agréée (AFEAMA) et de l'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED) dans les allocations familiales est plus discutable. Ces prestations pourraient en effet être classées en prestations en nature puisqu'elles couvrent une partie des dépenses liées à la garde des enfants. Elles sont ici incluses dans les prestations familiales. En effet, ces prestations ainsi que l'APJE et l'APE sont progressivement remplacées par la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et ses compléments (dont le CLCA et le CMG). La mise en place de la PAJE se passe de la façon suivante : les ménages qui ont un nouveau-né après le 1er janvier 2004 passent entièrement sous le régime de la PAJE, les autres continuent de bénéficier des anciennes allocations. En outre, les indemnités pour congé maternité ne sont pas incluses dans les allocations familiales, mais dans les indemnités maladie.

Dépenses liées à l'exclusion sociale non classées ailleurs

- Revenu minimum d'insertion (RMI), Revenu de solidarité Active (RSA),
- Aides financières sociales versées par les collectivités locales.

Ne disposant pas des sources de calage extérieures sur les aides locales, ce poste est sans doute sous-estimé par rapport à la réalité.

Allocations de chômage

- Allocations chômage, y compris allocation de solidarité spécifique
- Prérétraites pour motif économique.

Aides au logement

Pas de classification particulière.

Indemnités de maladie

- Indemnités journalières pour congés maladie,
- Accidents du travail,
- Congés maternité,
- Pensions d'accidents du travail.

Pensions d'invalidité

- Allocation adulte handicapé (AAH),
- Pensions militaires d'invalidité ou de victime de guerre,
- Pensions d'invalidité,
- Prérétraites pour cause de diminution de la capacité de travail.

Sont aussi comptabilisées dans cet agrégat des aides permettant de financer la garde de personnes invalides ou dépendantes :

- Aide personnalisée à l'autonomie (APA),
- Prestation spécifique dépendance (PSD),
- Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et prestation de compensation du handicap (PCH),

Allocations d'études

Il s'agit de l'ensemble des bourses versées aux plus de 16 ans.

Source: Rapport final sur la qualité des données françaises EU-SILC 2010.

1.2. Champ de la redistribution retenu pour l'étude

L'analyse menée ici comporte trois étapes : le calcul de revenus primaires, avant toute redistribution ; le calcul d'un revenu total brut, après ajout des prestations sociales ; et enfin le calcul d'un revenu disponible, après soustraction des prélèvements sociaux et fiscaux.

Les revenus primaires incluent les pensions de retraites : en effet, les pensions de retraites sont en grande partie un revenu différé, pour lequel les salariés ont cotisé durant leur carrière ; considérer l'ensemble des pensions comme des prestations de solidarité serait contradictoire avec cette dimension contributive. Néanmoins, cette méthode conduit à ne pas prendre en compte le degré de redistribution que comportent les systèmes de retraite (par exemple, dans le cas français, le minimum contributif ou le minimum vieillesse). Les indemnités journalières sont également intégrées dans les revenus avant redistribution (en raison de leur faible poids dans les dépenses de prestations associées au risque maladie), à la différence des indemnités de chômage qui sont considérées comme faisant partie du champ de la redistribution (voir encadré 2).

Comme mentionné supra en raison des données, il nous est en revanche impossible d'exclure les cotisations et contributions afférentes aux retraites et aux indemnités journalières des revenus avant redistribution. Par ailleurs, seules les cotisations et contributions salariales sont considérées.

ENCADRE 2. CHAMP DE LA REDISTRIBUTION MONETAIRE

(REVENUS « PRIMAIRES » + PENSIONS) (1) =

Revenus bruts d'activité salariée (y compris pour la France CSG, CRDS) [PY010G sommé dans le ménage]

+ Revenus des indépendants [PY050G sommé dans le ménage]

+ Revenus de capitaux mobiliers (intérêts, dividendes, etc.) [HY090G]

+ Revenus fonciers [HY040G]

+ Transferts nets entre ménages (loyers, pensions alimentaires,..) [HY080G]

+ Revenus perçus par les personnes de moins de 16 ans (bourses scolaires) [HY110G]

+ Allocations d'éducation (brutes) [PY0140G]

+ Avantages en nature [PY020G sommé dans le ménage]

+ Retraites (dont minimum vieillesse pour la France) [PY100G sommé dans le ménage]

+ Réversions [PY110G]

+ Rentes facultatives [PY080G sommé dans le ménage]

+ Indemnités maladie (brutes) (y.c. Accidents du Travail) [PY120G]

Note : Non pris en compte : Auto-consommation [PY070G sommé dans le ménage] et Avantages en nature (voiture de fonction) [PY021G sommé dans le ménage] ; Seules sont prises en compte ici les cotisations sociales employés (quand la distinction existe entre employés et employeurs) ; nous n'avons pas les cotisations sociales employeurs pour tous les pays [PY030G]

*****CHAMP RETENU DE LA REDISTRIBUTION*****

REVENU TOTAL BRUT (2) =

(1)



+ Allocations (brutes) chômage [PY090G]

+ Pensions d'invalidité (brutes) [PY130G]

+ Prestations familiales (brutes, y.c. CRDS pour la France, et dont aides à la garde d'enfants) [HY050G]

+ Montant brut des allocations d'exclusion sociale non classées ailleurs [HY060G]

+ Montant brut des aides au logement [HY070G]

REVENU DISPONIBLE =

(2)



- Impôt sur le revenu et cotisations sociales [HY140G tronqué à 100% du revenu brut (on exclut les taxes négatives)]

- Impôts sur la fortune [HY120G]

1.3. L'inclusion de l'assurance chômage dans le champ de la redistribution

A la demande du Haut Conseil pour le financement de la protection sociale, l'analyse de la redistribution intègre le risque chômage. Ainsi, les allocations chômage relevant du régime de la solidarité et du régime assurantiel sont intégrées à l'analyse de la redistribution sans que toutefois soient déduites les cotisations et contributions correspondantes en raison des données. Ce choix a bien entendu des conséquences sur les propriétés redistributives des autres transferts, et peut être discuté.

La mesure des effets redistributifs du risque chômage est ici menée en coupe (i.e. pour une année donnée) ceci après la réalisation du risque (analyse ex post). Elle relève donc davantage de l'effet de ces prestations sur le niveau de vie de la population que de l'assurance d'un risque individuel. Alternativement, on pourrait considérer que les allocations chômage, lesquelles reposent sur un financement assis majoritairement sur une logique contributive, peuvent être considérées comme jouant un rôle assurantiel sur le cycle de vie, ce qui conduirait à les traiter, comme les retraites, en amont de la redistribution.

1.4. Non prise en compte des indemnités journalières (IJ)

Les prestations « maladie » au sein de EU-SILC comprennent uniquement les prestations maladie qui correspondent aux prestations monétaires venant remplacer les revenus d'activité perdus durant une période temporaire d'interruption d'activité pour cause de maladie (voir annexe). En Italie, la variable n'est pas renseignée car ce type d'indemnités est inclus dans le salaire. Pour la France, les prestations « maladie » contiennent les indemnités journalières pour congés maladie, accidents du travail, congés maternité et les pensions d'accidents du travail. Ces prestations recouvrent une partie non négligeable des dépenses de santé (pour la France, en 2010 elles représentent 5,3% de la dépense courante de santé⁵⁷) mais peuvent être considéré sous le volet assurantiel. Pour cette raison, ces prestations sont prises en compte en amont de la redistribution.

1.5. Traitement de l'invalidité

Les prestations d'invalidités au sens d'EU-SILC assurent un revenu aux personnes en-dessous de l'âge normal de la retraite et dont la capacité physique ou mentale est altérée au-delà d'un certain seuil. Pour la France, elles comprennent l'allocation adulte handicapé (AAH), les pensions militaires d'invalidité ou de victime de guerre, les pensions d'invalidité, les préretraites, - l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), la prestation spécifique dépendance (PSD), l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et la PCH.

Ces prestations pour la France comprennent donc un large éventail de prestations, dont les montants sont conséquents. C'est la raison pour laquelle le choix a été fait de les maintenir dans le champ de la redistribution.

1.6. Méthode

L'analyse s'intéresse uniquement à la redistribution verticale en comparant les revenus avant et après redistribution par unité de consommation (U.C.) ainsi que la contribution de chaque transfert (prestations et prélèvements) à la réduction des inégalités. On utilise l'échelle d'équivalence⁵⁸ « modifiée » de l'OCDE. La contribution à la réduction des inégalités de chaque

⁵⁷ La protection sociale en France et en Europe en 2012 (DREES - Collection Études et statistiques, 2014).

⁵⁸ Une échelle d'équivalence permet de tenir compte de la taille du ménage et des économies d'échelle engendrées par la vie à plusieurs au sein d'un même foyer. L'échelle modifiée de l'OCDE attribue une unité de consommation au premier adulte, 0,5 pour les autres personnes de plus de 14 ans et 0,3 par enfant de moins de 14 ans.

transfert est le résultat de deux facteurs (voir annexe pour les détails) : un effet « taille », mesuré par le poids du transfert dans le revenu disponible, et un effet « progressivité ». Cet effet progressivité mesure l'évolution de la concentration de la distribution des revenus avec pour référence la courbe de Lorenz des revenus initiaux (les revenus primaires) et non la première bissectrice (égalité parfaite).

2. Réduction des inégalités et répartition des transferts par niveau de vie

De façon cohérente avec les résultats présentés en contributions plus loin dans l'étude (paragraphe 3), on constate que les inégalités relatives diminuent davantage suite à la prise en compte des prestations sociales que suite à l'intégration de la fiscalité (cf. tableau 1).

Ainsi, si le rapport interquintile, en France passe d'un facteur 2,9 (revenu primaire) à un facteur 2,4 après prise en compte des prestations (revenu brut), ce rapport atteint ensuite 2,2 après prise en compte des prélèvements (revenu disponible). Le Royaume-Uni est le pays où les inégalités de revenus primaires sont les plus fortes mais également le pays où le système socio-fiscal les réduit le plus fortement (avec l'Autriche et la Belgique). Quant à la Suède, elle a les inégalités de revenu initial les moins marquées avec un profil plus plat de leur réduction. Les Pays-Bas ont le revenu inter quintile après prise en compte des prestations et des prélèvements le plus faible à 2,0.

Au regard de cet indicateur interquintile, il n'est toutefois pas possible d'en déduire l'ampleur de la réduction des inégalités à attribuer à tel ou tel transfert (l'ordre d'intégration des prestations et des prélèvements ayant une influence). En revanche, la réduction du rapport interquintile, pour les prestations prises dans leur ensemble et les prélèvements pris dans leur ensemble est à rapprocher des résultats des parties 3 et 4 où, selon les pays, entre les 6/10 ou les 8/10 de la réduction des inégalités est le fait des prestations sociales (75% pour le système social et 25% pour le système fiscal en France), à l'exception de l'Italie où le système fiscal occupe une place importante pour les hauts revenus.

Tableau 1. Rapports inter quintiles

	Q80/Q20 sur le Revenu primaire	Q80/Q20 sur le revenu brut	Q80/Q20 sur le revenu disponible
France	2,9	2,4	2,2
Autriche	3,0	2,6	2,1
Belgique	3,4	2,9	2,3
Espagne	3,6	3,1	2,8
Luxembourg	3,1	2,6	2,3
Pays-Bas	3,1	2,6	2,0
Royaume-Uni	4,1	3,1	2,5
Suède	2,7	2,4	2,2
Italie	3,1	2,9	2,5

Source: Eurostat EU-SILC

Si l'on s'intéresse au ratio S80/S20⁵⁹ (calculé au niveau des ménages dans cette étude), les systèmes socio-fiscaux permettent en général de diminuer ce ratio de moitié. La réduction est cependant plus importante dans les cas de la Belgique (de 13,3 à 4,1), et du Royaume-Uni (de 14,7 à 5,5). En France le ratio de la masse des revenus détenue par les 20 % d'individus les plus riches sur celle détenue par les 20 % des personnes les plus pauvres diminue de 8,2 à 5,5 suite aux prestations, puis à 4,7 après les prélèvements.

Tableau 2. Ratios S80/S20

	S80/S20 sur le Revenu primaire	S80/S20 sur le revenu brut	S80/S20 sur le revenu disponible
France	8,2	5,5	4,7
Autriche	8,5	5,5	4,2
Belgique	13,3	5,5	4,1
Espagne	11,6	7,3	6,3
Luxembourg	7,9	4,7	4,0
Pays-Bas	9,0	4,9	3,7
Royaume-Uni	14,7	7,2	5,5
Suède	7,2	4,6	3,9
Italie	8,3	7,2	5,7

Source: Eurostat EU-SILC

Le tableau 3 présente le ratio des niveaux de vie (revenus disponibles par unité de consommation) entre les 20% les plus riches (au sens du revenu primaire par U.C.) et les 20% les plus pauvres. On constate que la réduction des inégalités est généralement plus marquée qu'en ce qui concerne le ratio S80/S20.

Tableau 3. Ratio des niveaux de vie moyens 20+/20-

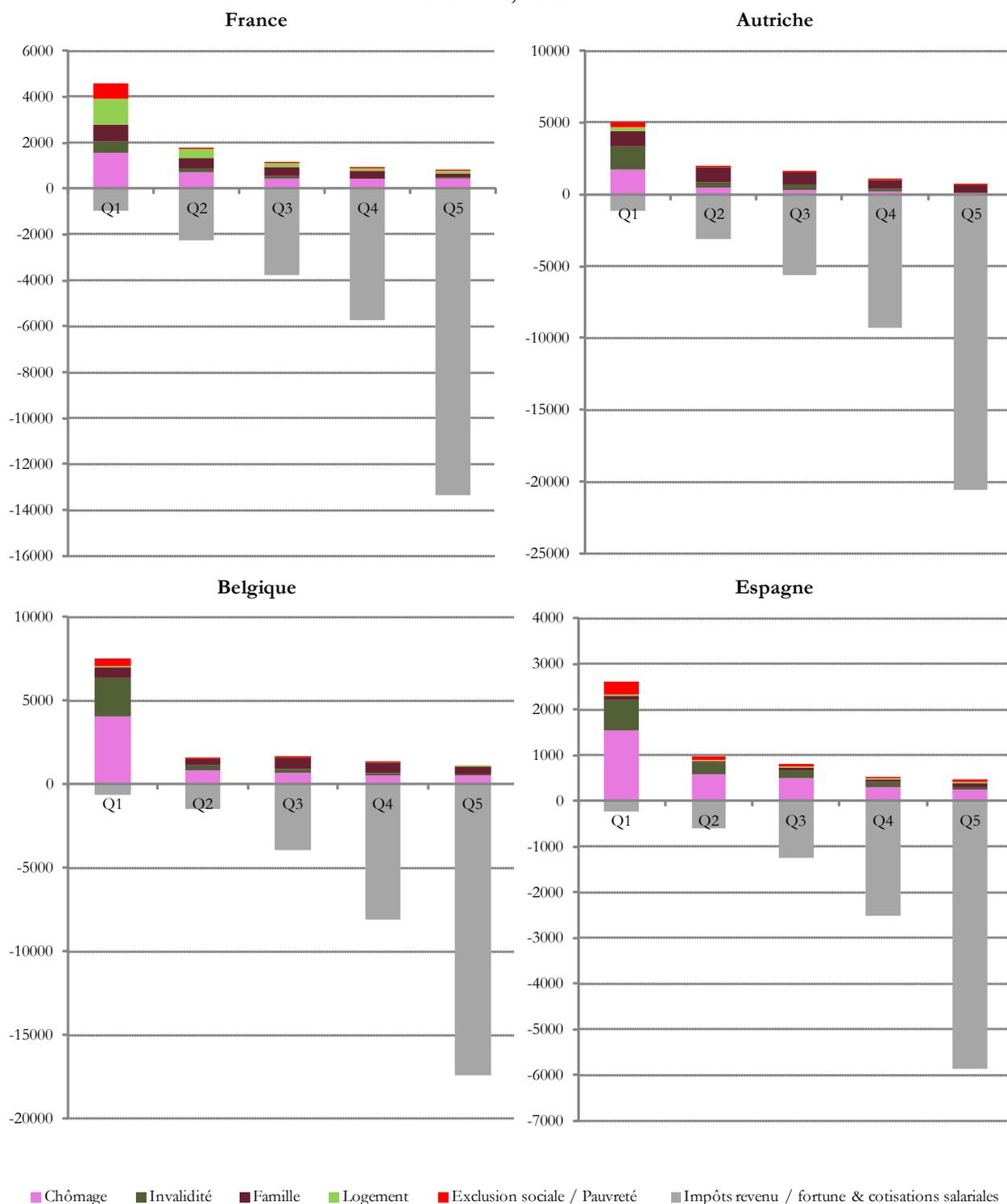
Rapport des niveaux de vie moyens 20+/20-		
Pays	Revenu primaire par U.C.	Revenu disponible par U.C.
France	8,2	4,4
Autriche	8,5	3,8
Belgique	13,3	3,5
Espagne	11,7	5,4
Luxembourg	8,0	3,6
Pays-Bas	9,0	3,3
Royaume-Uni	14,7	4,5
Suède	7,2	3,6
Italie	8,3	5,2

Source: Eurostat EU-SILC

La série de graphiques qui suit (graphique 1) présente la répartition dans la population des différentes composantes du revenu disponible par U.C. (par quintile de revenu primaire), afin de juger de l'ampleur du ciblage de certaines prestations et prélèvements selon le pays (voir également la série de tableaux en annexe).

⁵⁹ Le ratio S80/S20 rapporte la masse des revenus détenue par les 20 % d'individus les plus riches à celle détenue par les 20 % des personnes les plus pauvres.

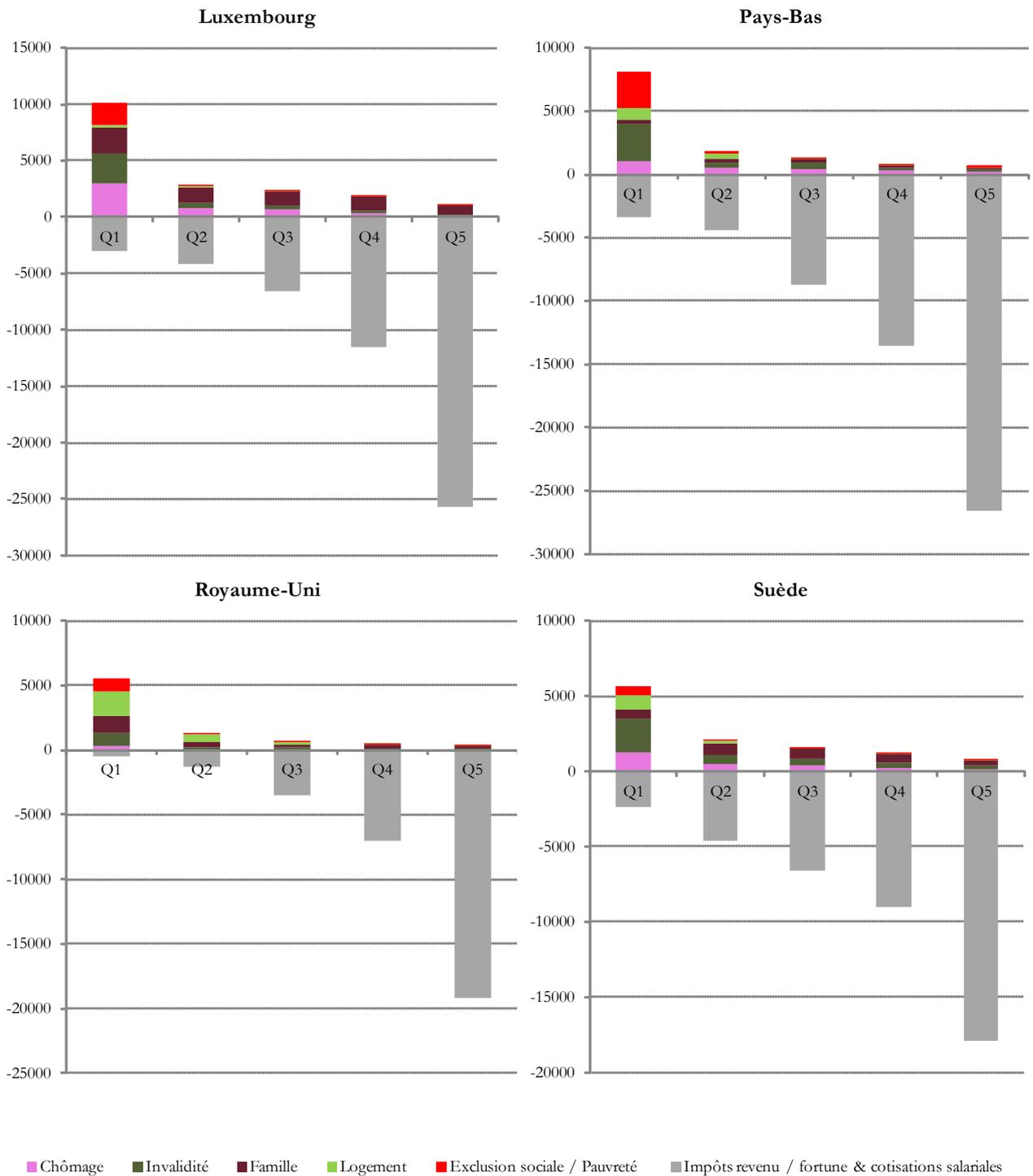
Graphique 1. Montants moyens des transferts en fonction des quintiles de revenus (par U.C.) avant transferts, en 2010⁶⁰



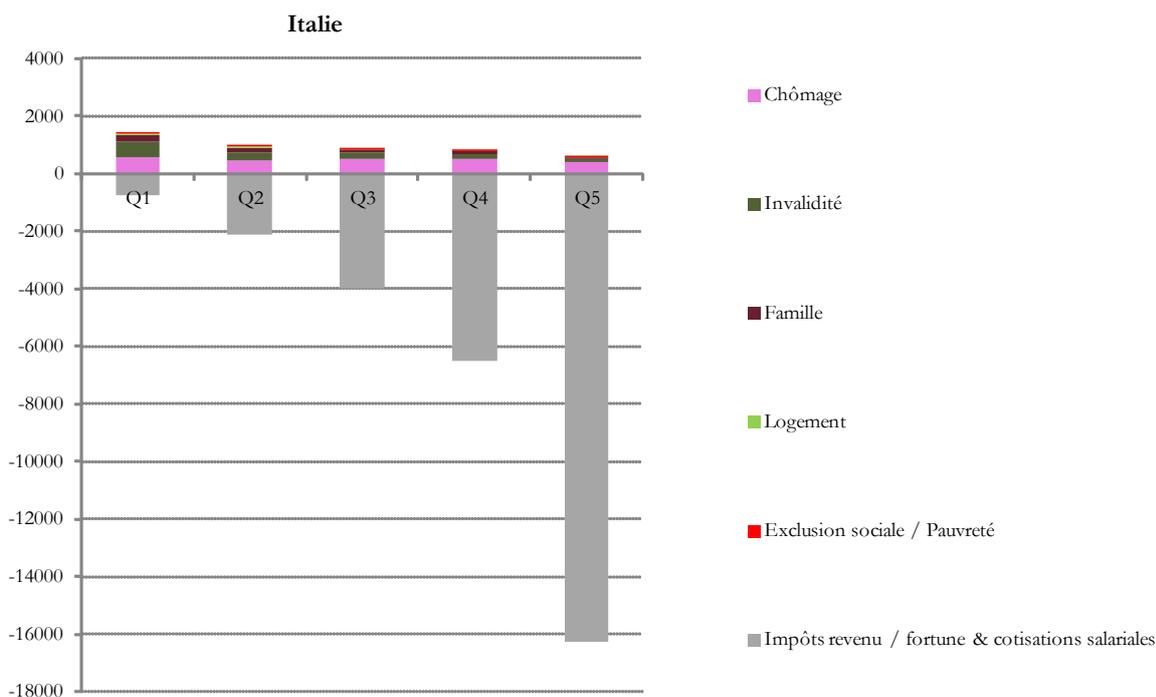
Source: Eurostat EU-SILC

⁶⁰ Note de lecture : Pour la France, dans le premier quintile de revenu avant application du système socio-fiscal, le revenu moyen est augmenté de 1557€ par les prestations chômage, 501€ par les prestations invalidité, 755€ par les prestations famille, 1115€ par les prestations logement, 649€ par les prestations de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté, et diminué de 979€ par les impôts sur le revenu, sur la fortune et cotisations sociales salariales.

Graphique 1. Montants moyens des transferts en fonction des quintiles de revenus (par U.C.) avant transferts, en 2010 (suite)



Source: Eurostat EU-SILC



3. Réduction des inégalités par prestation

Dans tous les pays considérés, la répartition des prestations de chômage, invalidité, famille, logement, et de lutte contre l'exclusion sociale, notamment avec une plus grande concentration de ces prestations vers les plus modestes, contribuent à fortement réduire les inégalités relatives de revenus (tableau 4 pour la décomposition du transfert en taille et en progressivité). Ces contributions ne sont toutefois pas comparables à celles de l'exercice annuel mené par l'INSEE (France Portrait Social [2011]) d'analyse de la redistribution, lequel porte sur un champ différent (en intégrant les allocations chômage au revenu avant redistribution) et non exactement sur les mêmes transferts (notamment la PPE du côté prestations et la Taxe d'habitation du côté imposition).

3.1. Les prestations chômage

Les prestations chômage contribuent entre 4% et 46% à la réduction des inégalités résultant de la protection sociale dans les pays considérés. Rappelons que cette forte variabilité est inhérente non seulement aux différences de systèmes de protection sociale concernant le chômage, mais aussi au niveau du taux de chômage du pays considéré. Si le pays étudié a un faible taux de chômage, la contribution des prestations chômage dans la réduction des inégalités sera mécaniquement faible.

Cette réduction est faible au Royaume-Uni (4%) ; moyenne en France (26%), en Autriche (21%), au Luxembourg (22%), aux Pays-Bas (12%), en Italie (16%), et en Suède (19%) ; et très forte en Belgique (38%) et en Espagne (45%)⁶¹. Ces disparités se traduisent dans la part de ce transfert au sein du revenu disponible qui est très faible au Royaume-Uni (0,4%) mais forte en Belgique (6,0%) en Espagne (4,4%). Pour les autres pays cette part se situe entre 2,2% et 2,9%.

⁶¹ Si l'on rapporte le total des prestations chômage de la base à l'ensemble des transferts considérés, le rapport est faible au Royaume-Uni (5%) quand il est fort en Belgique (50%) et en Espagne (59%). Dans les autres pays, cette part est de l'ordre de 22%

En France, la part des allocations chômage dans le revenu disponible est de 2,9% avec une progressivité de -0,69.⁶² Cette progressivité est faible relativement aux autres pays présentés et équivalente à celle des Pays-Bas. La courbe de concentration des prestations chômage (voir annexe) illustre cette progressivité avec une concentration d'environ 40% sur les 2 premiers déciles, alors qu'en Autriche, où la progressivité est de -0,95, cette concentration atteint environ 60% sur les mêmes déciles.

3.2. L'invalidité

Les prestations invalidité réalisent entre 8% et 32% de la réduction des inégalités. L'effet de la redistribution liée à l'invalidité est le plus faible en France (8%) et au Royaume- Uni (11%), ainsi qu'en Italie (15%). Il est d'une ampleur moyenne au Luxembourg (19%), en Espagne (20%), en Autriche (19%) et en Belgique (21%), et d'ampleur plus marquée aux Pays-Bas (29%) et en Suède (32%)⁶³. Comme pour le chômage, ces disparités sont reflétées par la part du transfert dans le revenu disponible qui est ainsi près de 5 fois plus faible en France (0,7%) qu'en Suède (3,4%). Pour les autres pays cette part varie entre 1,3% et 3,9%.

En France, les prestations d'invalidité dans le revenu disponible ont une progressivité de -0,90. La progressivité de ces transferts est relativement du même ordre qu'en Suède où la progressivité est de -0,83. Dans les autres pays, la progressivité de ce transfert s'élève de -0,88 en Espagne à -1,03 en Belgique et au Royaume-Uni. Les deux premiers déciles reçoivent 55% de l'ensemble des prestations d'invalidité en France, de même en Espagne (voir annexe), contre environ 70% en Belgique.

3.3. Les prestations familiales

Les prestations familiales contribuent à la réduction des inégalités dans une fourchette allant de 1,5% à 20% pour les pays retenus. L'Espagne a la contribution la plus faible alors que l'Autriche (17%) et le Luxembourg (20%) ont les contributions les plus élevées.

Pour la France, les prestations familiales contribuent à hauteur de 14% à la réduction des inégalités de niveaux de vie, avec une progressivité de -0,63. Cette progressivité a une valeur plus forte (en valeur absolue) que pour le reste des autres pays (à l'exception du Royaume-Uni où elle s'élève à -0,84 et l'Italie où elle est de -0,64). Les prestations familiales ont donc un effet relativement plus marqué en France. Ceci se reflète par une concentration des prestations familiales légèrement plus marquée sur les premiers déciles que sur les derniers.

3.4. Les prestations de logement

La contribution des prestations de logement à la réduction des inégalités est très élevée au Royaume-Uni (23%) et quasiment nulle en Belgique (0,2%). L'Autriche, le Luxembourg, l'Italie, et l'Espagne ont des contributions des prestations logement faibles (respectivement 2,8%, 1,7%, 1,2% et 1,3%), alors que la Suède et les Pays-Bas ont des contributions moyennes (respectivement 12,3% et 9,7%). La faiblesse des contributions observées provient de la faible part de ce transfert dans le revenu disponible pour la Belgique mais aussi l'Autriche, l'Espagne, l'Italie et le Luxembourg (toutes inférieures à 0,5%)

⁶² Plus la valeur (négative) du facteur « progressivité » est élevée en valeur absolue, plus le transfert réduit les inégalités.

⁶³ Si l'on rapporte le total des prestations invalidité de la base à l'ensemble des transferts considérés, le rapport est faible en France (9%) et au Royaume- Uni (16%) quand il est fort en Suède (35%) et aux Pays- Bas (34%).

La France a une contribution à la réduction des inégalités élevée pour les prestations de logement (18%), provenant en grande partie de la part qu'occupent ces prestations dans le revenu disponible (1,6%). Il en va de même au Royaume-Uni (part de 2,6%). La Suède et les Pays-Bas ont des contributions médianes avec respectivement un poids des prestations de 1% et de 1,2%.

La progressivité liée à ces prestations en France est de -0,91 contre une progressivité inférieure à -1 pour la Suède, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, indiquant que les prestations logement réduisent relativement moins les inégalités en France. A titre illustratif, la concentration de ces prestations est de plus de 80% dans les deux premiers déciles en Suède contre environ 55% en France pour ces mêmes déciles.

3.5. Les prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

A l'exception des Pays-Bas où les prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale participent pour 27% à la réduction des inégalités, les pays considérés ont une contribution allant de 1,8% (Italie) à 13% (Luxembourg). L'Italie, l'Autriche, la Belgique, la Suède, et l'Espagne présentent des contributions plutôt faibles (inférieur à 8%). A l'inverse, les contributions de la France, du Royaume-Uni et du Luxembourg sont relativement plus fortes. Quel que soit le pays, la progressivité de ces prestations a la valeur (absolue) la plus forte de toutes les prestations, en accord avec la forte concentration observée des prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans les premiers déciles (environ 80% pour la France dans les deux premiers). En revanche, et toujours à l'exception des Pays-Bas, ces prestations ont une part plutôt faible dans le revenu disponible, allant de 0,2% en Italie à 1,2% au Royaume-Uni.

En France, la contribution s'élève à 9% pour une part dans le revenu disponible de 0,7%. La progressivité est de -1,11, c'est-à-dire une valeur (absolue) plutôt faible après celle de l'Espagne (-0,85)⁶⁴. La progressivité des prestations pauvreté est donc en France relativement moins marquée.

4. Impôts sur le revenu, sur la fortune et cotisations sociales salariales

La contribution à la réduction des inégalités des prélèvements retenus au sein de l'étude (à savoir l'impôt sur le revenu, l'impôt sur la fortune et les cotisations et contributions sociales salariales) est particulièrement forte en Italie (60%), quand elle se situe entre 16% (Suède) et 36% (Royaume-Uni et Autriche). Par miroir, la contribution des prestations (prises dans leur ensemble) se situent entre 65% et 83% pour ces deux pays respectivement, Cf. Tableau 4). En Italie la charge fiscale est très importante dans le dernier quintile (cf. graphique 1), la contribution très forte à la réduction des inégalités s'observe dans la concentration de ces prélèvements qui sont seulement d'environ 45% sur les huit premiers déciles.

Dans tous les pays étudiés, la progressivité est légèrement positive indiquant que les prélèvements réduisent de fait peu les inégalités de niveaux de vie.

Bien qu'ayant la contribution la plus faible, les Pays-Bas ont la part la plus élevée des prélèvements dans le revenu disponible (50%). L'Espagne a quant à elle la part la plus faible (15%). Le poids des prélèvements en Suède est de 35% avec une quasi neutralité au regard de la redistribution et une contribution médiane de -16%.

⁶⁴ Pour la France, la variable concernant les prestations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale a dû être au préalable retraitée par l'INSEE car elle présentait des concentrations aberrantes.

La France présente une contribution de -25%, plus élevée qu'en Suède (-16%) mais plus faible qu'au Royaume-Uni, en Belgique et en Espagne (36%, 29% et 26% respectivement). La progressivité des prélèvements est faible en France (0,09) et fait partie des moins élevées après les Pays-Bas (0,05) et la Suède (0,04). Le poids des prélèvements dans le revenu disponible en France occupe une position intermédiaire basse avec 21,5%.

Au regard des courbes de concentration, moins de 5% des prélèvements est supporté par les 4 premiers déciles en Autriche et au Royaume-Uni, alors qu'en France et en Suède ces derniers en supportent environ 15% (voir annexe).

Tableau 4. Contributions des transferts de protection sociale à la réduction des inégalités de niveau de vie (décomposition en Pseudo Gini, voir annexe)

Pays	France			Pays	Autriche		
Gini du revenu primaire	0,38			Gini du revenu primaire	0,37		
	Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)		Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	2,9	-0,69	25,5	chômage	2,3	-0,95	20,6
invalidité	0,7	-0,90	8,1	invalidité	2,2	-0,94	19,3
famille	1,8	-0,63	14,2	famille	3,5	-0,53	17,2
logement	1,6	-0,91	17,8	logement	0,3	-1,10	2,8
exclusion sociale	0,7	-1,11	9,4	exclusion sociale	0,4	-1,11	3,8
impôts	21,5	0,09	-24,9	impôts	33,2	0,12	-36,3
			100				100
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,30			Pseudo-Gini du revenu disponible	0,27		

Pays	Belgique			Pays	Espagne		
Gini du revenu primaire	0,40			Gini du revenu primaire	0,40		
	Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)		Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	6,0	-0,89	37,9	chômage	4,4	-0,79	44,5
invalidité	2,9	-1,03	21,0	invalidité	1,7	-0,88	19,6
famille	2,6	-0,43	7,8	famille	0,5	-0,25	1,5
logement	0,0	-0,60	0,2	logement	0,2	-0,57	1,3
exclusion sociale	0,5	-1,23	4,5	exclusion sociale	0,7	-0,85	7,7
impôts	28,8	0,14	-28,6	impôts	14,6	0,14	-25,5
			100				100
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,26			Pseudo-Gini du revenu disponible	0,32		

Source: Eurostat EU-SILC

Tableau 4. Contributions des transferts de protection sociale à la réduction des inégalités de niveau de vie (décomposition en Pseudo Gini, voir annexe)

Pays	Luxembourg			Pays	Pays-Bas		
Gini du revenu primaire	0,36			Gini du revenu primaire	0,37		
	Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)		Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	2,6	-0,91	22,4	chômage	2,2	-0,69	11,8
invalidité	2,0	-1,02	19,1	invalidité	3,9	-0,95	29,1
famille	3,7	-0,55	19,7	famille	1,1	-0,51	4,6
logement	0,3	-0,62	1,7	logement	1,2	-1,05	9,7
exclusion sociale	1,1	-1,18	13,0	exclusion sociale	3,0	-1,15	27,0
impôts	27,4	0,09	-24,0	impôts	49,7	0,05	-17,8
			100				100
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,26			Pseudo-Gini du revenu disponible	0,25		

Pays	Royaume-Uni			Pays	Suède		
Gini du revenu primaire	0,45			Gini du revenu primaire	0,34		
	Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)		Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	0,4	-1,08	3,6	chômage	2,1	-0,80	19,1
invalidité	1,3	-1,03	10,6	invalidité	3,4	-0,83	32,4
famille	2,5	-0,84	16,0	famille	2,6	-0,43	13,0
logement	2,6	-1,14	23,0	logement	1,0	-1,11	12,3
exclusion sociale	1,2	-1,22	11,0	exclusion sociale	0,5	-1,20	7,1
impôts	30,7	0,15	-35,8	impôts	35,0	0,04	-16,0
			100				100
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,32			Pseudo-Gini du revenu disponible	0,25		

Source: Eurostat EU-SILC

Tableau 4. Contributions des transferts de protection sociale à la réduction des inégalités de niveau de vie (décomposition en Pseudo Gini, voir annexe)

Pays	Italie		
Gini du revenu primaire	0,39		
	Part du transfert dans le revenu disponible (en %)	Progressivité du transfert	Contribution à la réduction des inégalités (en %)
chômage	2,7	-0,43	16,4
invalidité	1,4	-0,74	14,5
famille	0,7	-0,64	6,2
logement	0,1	-0,76	1,2
exclusion sociale	0,2	-0,59	1,8
impôts	31,8	0,13	-59,9
			100
Pseudo-Gini du revenu disponible	0,31		

Source: Eurostat EU-SILC

BIBLIOGRAPHIE

« La redistribution : état des lieux en 2010 et évolution depuis vingt ans », France Portrait Social, édition 2011, Marie-Cécile Cazenave, Jonathan Duval, Alexis Eidelman, Fabrice Langumier, Augustin Vicard.

Kakwani N. C. (1976), Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison, 1977, vol. 87, issue 345, pages 71-80

ANNEXES

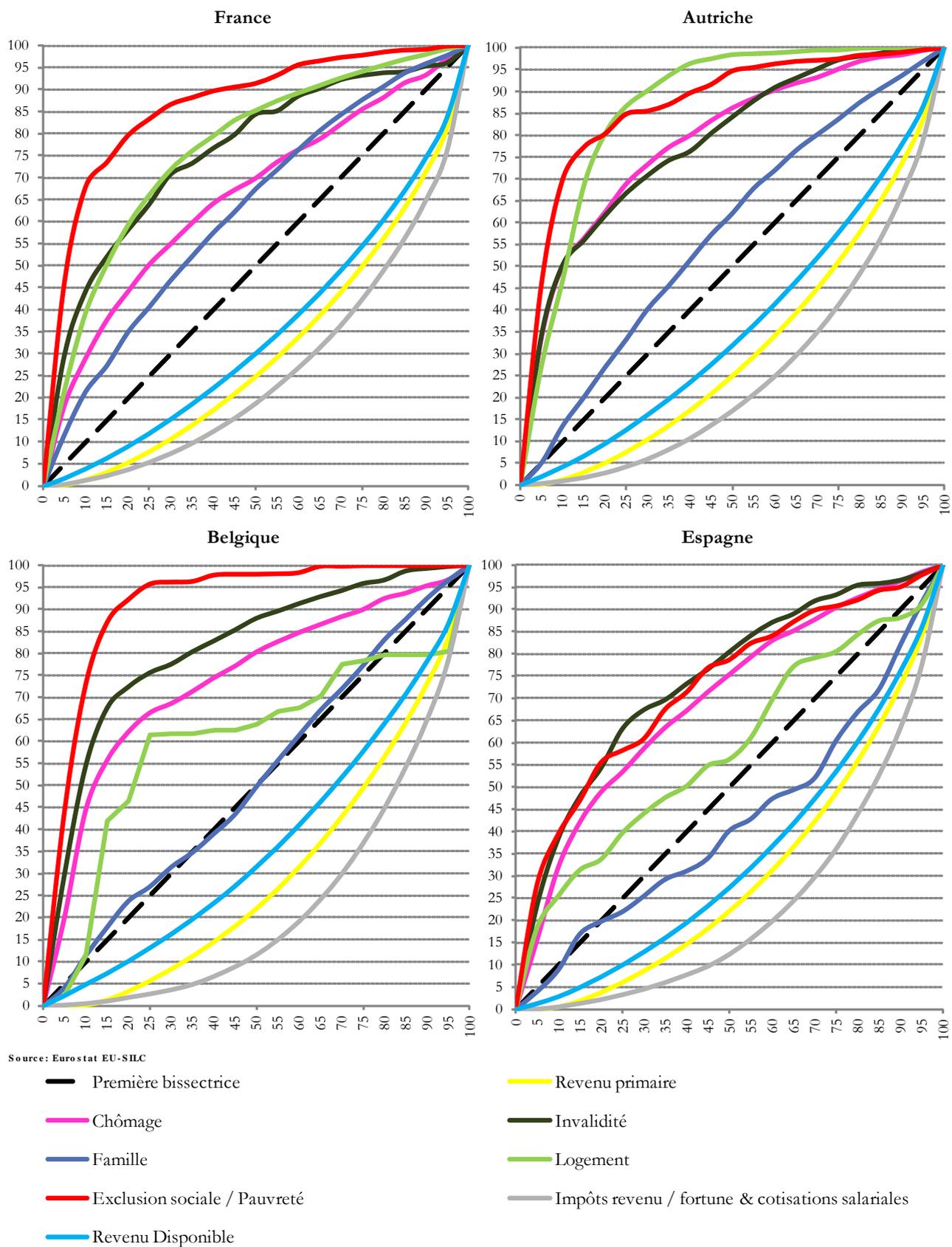
Tableau 5. Disponibilité des données au sein de l'enquête SILC

Disponibilité de la variable cotisations employeurs en %			
Pays	Valeurs positive	Valeurs nulles	Valeurs manquantes
France	77,8	22,2	-
Autriche	100	0	-
Belgique	98,4	1,6	-
Espagne	85,2	14,8	-
Luxembourg	100	0	-
Pays-Bas	96,5	3,5	-
Royaume-Uni	89	11	-
Suède	97,3	2,7	-
Italie	95	5	-

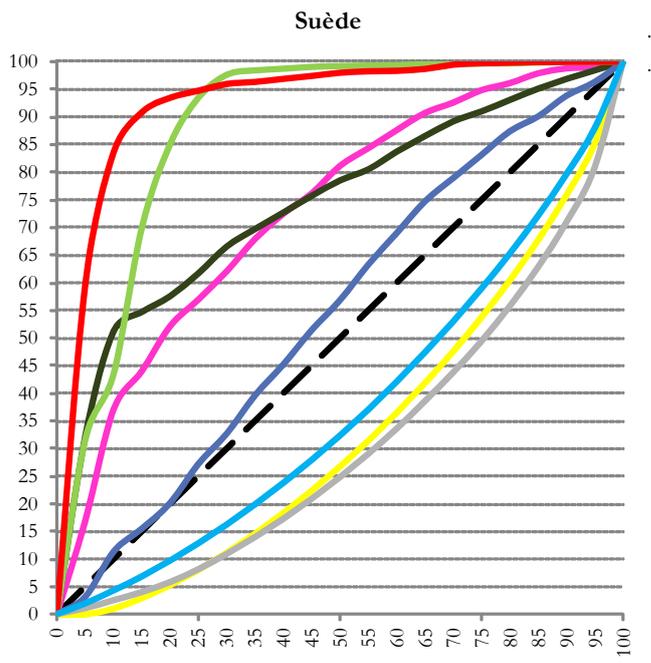
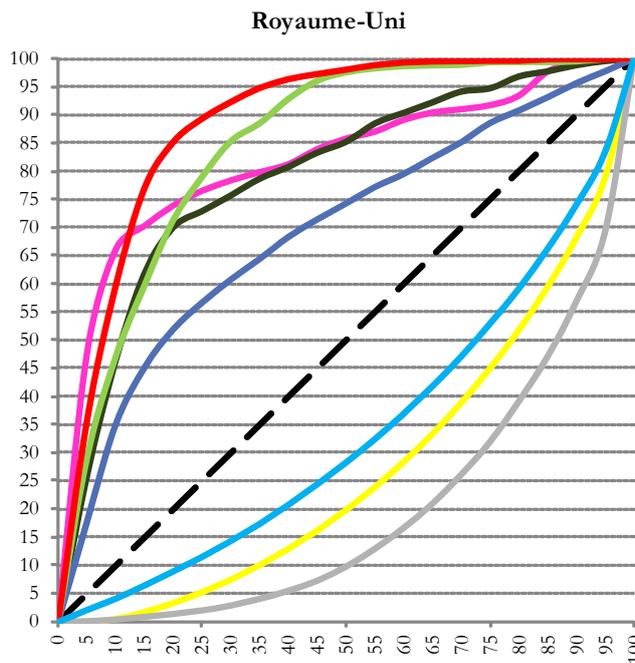
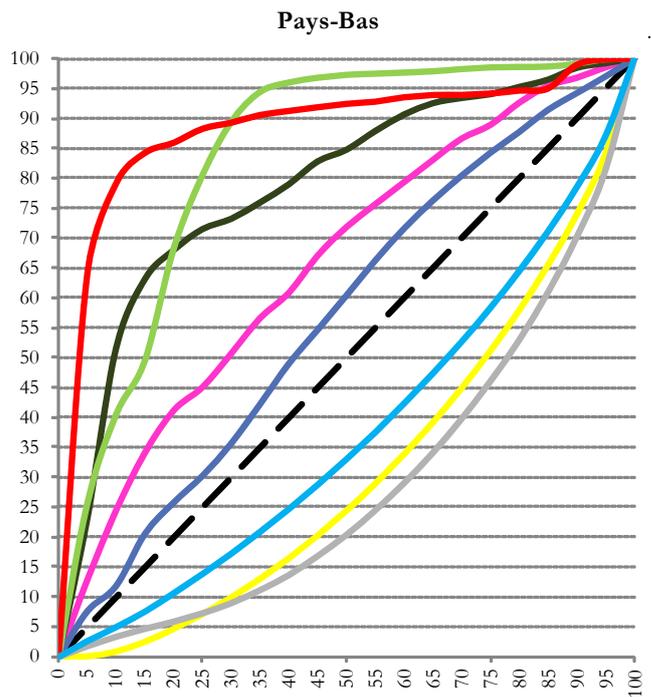
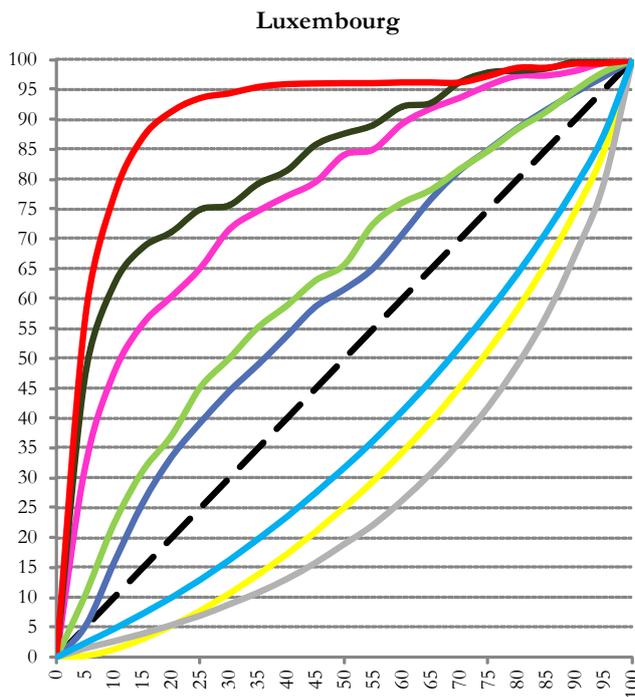
Source: Eurostat EU-SILC

Champ : individus avec un salaire brut positif.

Graphique 2. Courbes de Lorenz et courbes de concentration des transferts par pays



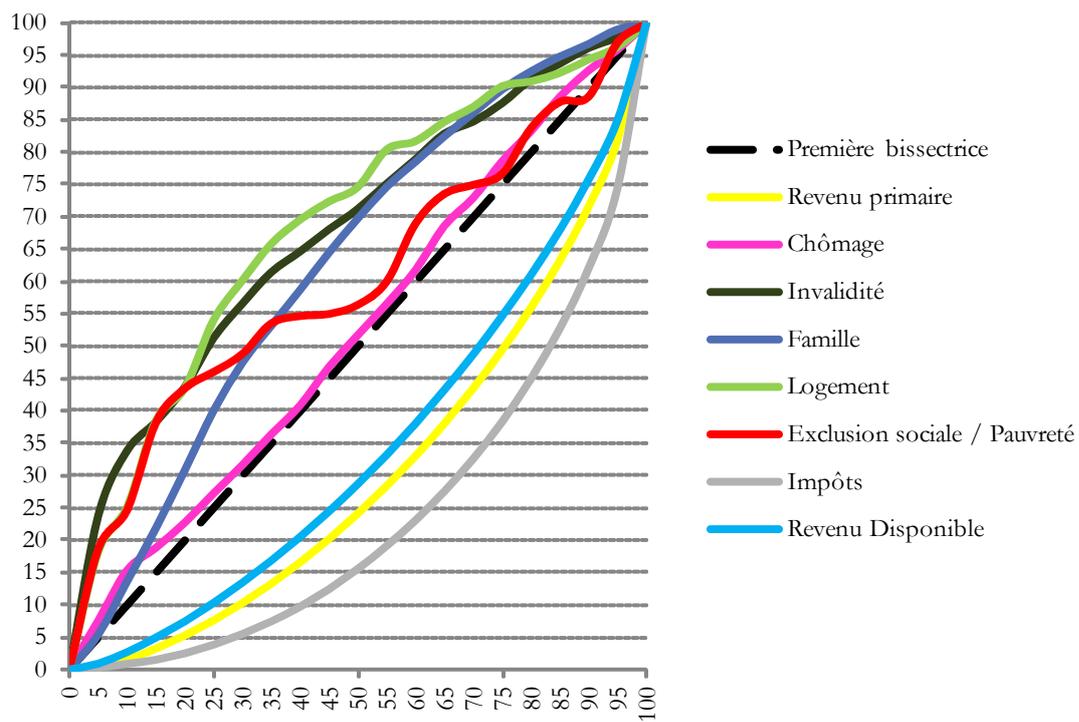
Graphique 2. Courbes de Lorenz et courbes de concentration des transferts par pays



Source: Eurostat EU-SILC

- • Première bissectrice
- Chômage
- Famille
- Exclusion sociale / Pauvreté
- Revenu Disponible

- Revenu primaire
- Invalidité
- Logement
- Impôts revenu / fortune & cotisations salariales



Source: Eurostat EU-SILC

Décomposition des contributions des différents transferts à la réduction des inégalités

On note les prestations P_i et les prélèvements I_j . On a $RD = RP + \sum_{i=1}^I P_i - \sum_{j=1}^J I_j$, où RD est le revenu après redistribution (revenu disponible) et RP , le revenu avant redistribution (revenu primaire), P_i est la prestation du risque i , I_j le prélèvement j . La décomposition des différentes contributions est alors donnée par :

$$PG_{RP}(RD) - G(RP) = \sum_i \frac{P_i}{RD} \cdot [PG_{RP}(P_i) - G(RP)] - \sum_j \frac{I_j}{RD} \cdot [PG_{RP}(I_j) - G(RP)]$$

où $PG_{RP}(RD)$ est l'indice de Pseudo Gini de RD , c'est-à-dire l'indice de Gini du Revenu disponible avec des individus (ou ménages) classés par ordre croissant de revenus primaires,

$PG_{RP}(P_i)$ est l'indice de Pseudo Gini de P_i , $PG_{RP}(I_j)$ est l'indice de Pseudo Gini de I_j , $G(RP)$ est l'indice de Gini des revenus primaires.

Contrairement à la décomposition classique du Gini, cette décomposition est robuste en termes d'interprétation. En d'autres termes, le fait de classer les unités par rapport aux revenus avant redistribution permet de ne pas aboutir à des interprétations incohérentes quant à l'impact des transferts (positifs ou négatifs) sur les inégalités. Par ailleurs, au contraire d'une approche naïve consistant à comparer les coefficients de Gini avant et après la prestation, cette décomposition est additive.⁶⁵

On a alors

$$G(RD) - G(RP) = \sum_k \frac{T_k}{RD} \cdot [PG_{RP}(T_k) - G(RP)] + \delta_{RD}$$

où T_k est un transfert positif dans le cas d'une prestation et négatif dans le cas d'un prélèvement,

et avec $\delta_{RD} = G(RD) - PG_{RP}(RD)$. Cette différence est toujours positive et peut s'interpréter

comme l'inéquité du système de transferts. Il s'avère qu'avec les données utilisées δ_{RD} est faible (inférieur à 2%). L'approximation est donc bonne.

Ainsi, l'évolution de la redistribution peut être décomposée en un facteur poids $\frac{T_k}{RD}$ du

transfert en jeu et un facteur progressivité $[PG_{RP}(T_k) - G(RP)]$ (si positif dans le cas d'un transfert négatif et négatif dans le cas d'un transfert positif).

Si T_k est une taxe progressive (de type impôt sur le revenu), alors T_k sera très concentré pour les RP (que l'on peut en première approximation assimilé au revenu fiscal) élevés et donc

⁶⁵ L'analyse opérée par Atta-Darkua et Barnard (2010) compare (sur le même champ que le nôtre) le coefficient de Gini à trois étapes : pour le revenu primaire, le revenus brut et le revenu disponible. Les contributions naïves qui en sont tirées à partir de ces comparaisons souffrent de leur dépendance au rang dans la décomposition du revenu disponible, et sont donc à ce titre incorrectes. Voir *ibid*, 'Distributional effects of direct taxes and social transfers (cash benefits)', *chp.16 in Income and living conditions in Europe*, Edited by A. Atkinson et E. Marlier, Eurostat.

$PG_{RP}(T_k) > G(RP)$ avec un impact réduisant les inégalités d'autant plus fort que la part du transfert dans le revenu disponible $\frac{T_k}{RD}$ sera élevée. Si T_k est une taxe proportionnelle à RP , alors $PG_{RP}(T_k) = G(RP)$ et donc l'impact sur les inégalités sera nul. Enfin, si T_k est une *poll tax*, $PG_{RP}(T_k) = 0$ et les inégalités augmenteront. Par symétrie et avec les définitions de la progressivité (et de la régressivité) pour cette fois des transferts positifs (prestations), le même genre de raisonnement peut être tenu.

DEFINITIONS DES VARIABLES UTILISEES A PARTIR D'EU-SILC

Allocations famille/enfants (HY050G)

La fonction famille/enfants couvre les prestations qui :

- aident financièrement les ménages ayant des enfants à charge ;
- aident financièrement les personnes ayant d'autres personnes à charge.

Sont inclus :

- le revenu de remplacement pendant le congé de maternité : versements forfaitaires ou proportionnels aux revenus visant à compenser tout ou partie de la perte de revenus due à l'absence du travail avant et après l'accouchement ou l'adoption ;
- les primes de naissance: prestations uniques ou périodiques versées à l'occasion de la maternité ou de l'adoption ;
- le congé parental : prestations versées à la mère ou au père pendant le congé ou le travail à temps partiel pour élever un enfant normalement en bas âge ;
- les allocations familiales : paiements périodiques à un membre du ménage ayant des enfants à charge pour contribuer à la charge d'un enfant ;
- les autres prestations en espèces : prestations versées indépendamment des allocations familiales pour aider les ménages à faire face à des dépenses particulières, telles que les dépenses résultant des besoins particuliers des familles monoparentales ou des familles ayant un enfant handicapé. Ces prestations peuvent être périodiques ou uniques.

Sont exclus :

- les sommes versées par un employeur à une salariée, en lieu et place des salaires et traitements, par l'intermédiaire d'un régime d'assurance sociale, lorsqu'elle est dans l'incapacité de travailler en raison d'un congé de maternité, lorsque ces paiements ne peuvent clairement et distinctement être assimilés à des prestations sociales [classés dans la rubrique «Revenu brut en espèces ou revenu assimilé» (PY010G)] ;
- les paiements supplémentaires versés par un employeur à une salariée en vue de compléter l'indemnité de congé maternité à laquelle la salariée a droit au titre d'un régime d'assurance sociale lorsque ces paiements ne peuvent clairement et distinctement être assimilés à des prestations sociales [classés dans «Revenu brut en espèces ou revenu assimilé» (PY010G)].

Dépenses liées à l'exclusion sociale non classées ailleurs (HY060G)

Les prestations sociales relatives à la fonction «Exclusion sociale non classée ailleurs» concernent les «exclus sociaux» ou «ceux qui sont menacés d'exclusion sociale». Cette définition étant générale, les groupes cibles sont (notamment) les démunis, les immigrés, les réfugiés, les toxicomanes ou les alcooliques, les victimes d'actes de violence.

Entrent dans cette catégorie :

- le complément de ressources : prestations périodiques versées aux personnes à ressources insuffisantes. Les conditions d'octroi peuvent être liées non seulement aux ressources personnelles, mais également à la nationalité, à la résidence, à l'âge, à la disponibilité sur le marché de l'emploi et à la situation familiale. La prestation peut avoir une durée déterminée ou indéterminée ; elle peut être versée à la personne ou à la famille, par l'administration centrale ou locale ;
- les autres prestations en espèces : aides destinées aux personnes indigentes et vulnérables pour les aider à surmonter la pauvreté ou certaines difficultés. Ces prestations peuvent être versées par des institutions privées sans but lucratif.

Ces dépenses excluent les pensions pour les personnes ayant participé à la résistance nationale.

Aides au logement (HY070G)

Cette catégorie se réfère aux aides des autorités publiques afin de permettre aux ménages de financer leurs loyers. Un critère essentiel pour définir l'octroi d'une aide au logement est le contrôle des ressources.

Sont incluses :

- les allocations de logement: transferts courants subordonnés à un contrôle des ressources versés par l'administration publique aux locataires, temporairement ou à long terme, pour leur permettre de payer le loyer ;
- les prestations en faveur des propriétaires occupant le logement: transferts soumis à des conditions de ressources par une administration publique à un propriétaire occupant pour alléger les charges de logement (aide au remboursement de la dette hypothécaire et/ou des intérêts).

Sont exclus :

- la politique du logement social qui s'inscrit dans le cadre du droit fiscal (à savoir les avantages fiscaux) ;
- tous les transferts en capital (et notamment les aides à l'investissement).

Allocations de chômage (PY090G)

Les allocations de chômage couvrent les prestations qui compensent tout ou partie du manque à gagner d'un travailleur ayant perdu un emploi rémunéré, assurent un revenu de subsistance (ou mieux) aux personnes entrant ou reentrant sur le marché de l'emploi, compensent le manque à gagner occasionné par le chômage partiel, compensent tout ou partie du manque à gagner d'un travailleur âgé ayant perdu un emploi rémunéré avant l'âge légal de la retraite pour motif économique, contribuent au coût de la formation ou du recyclage des demandeurs d'emploi, aident les chômeurs à faire face aux frais de déplacement ou de déménagement en rapport avec la recherche d'un emploi.

Sont incluses :

- les prestations de chômage complet: prestations qui compensent le manque à gagner subi par une personne qui est apte à travailler et disponible à occuper un emploi, mais qui ne parvient pas à trouver d'emploi acceptable, y compris les personnes n'ayant jamais travaillé,
- les prestations de chômage partiel: prestations qui compensent la perte partielle de revenu par suite de mesures de réduction du temps de travail/de chômage partiel, quelle qu'en soit la cause (récession ou ralentissement économique, panne de matériel, intempéries, accidents, etc.), et où la relation employeur/travailleur persiste ;
- la préretraite pour motif économique: paiements périodiques aux travailleurs âgés mis à la retraite avant l'âge légal de la retraite par suite de chômage partiel ou de réduction du temps de travail pour cause de mesures économiques telles que la restructuration d'un secteur industriel ou commercial. En principe, ces versements prennent fin lorsque le bénéficiaire a droit à une pension de vieillesse,
- les primes de formation professionnelle: versements par des fonds de sécurité sociale ou des organismes publics à des groupes de travailleurs cibles qui suivent des programmes de recyclage destinés à développer leurs qualifications professionnelles ;
- la mobilité et la réinstallation: versements par des fonds de sécurité sociale ou des organismes publics aux chômeurs pour les encourager à la mobilité et à la réorientation afin de faciliter l'embauche ;
- l'indemnité de départ et de cessation d'emploi (paiements effectués pour dédommager les salariés dont l'emploi cesse avant qu'ils aient atteint l'âge normal de la retraite pour l'emploi en question),
- les indemnités de licenciement: sommes en capital versées aux salariés licenciés sans faute personnelle professionnelle par une entreprise qui cesse ou réduit ses activités ;

- les autres prestations en espèces: aides financières diverses, en particulier les versements au profit des chômeurs de longue durée.

Sont exclues :

- les allocations familiales pour enfants à charge [classées dans la rubrique «Allocation famille/enfants» (HY050G)].

Commentaires :

- Il existe deux concepts liés à la prime de formation professionnelle :

Le premier concerne la prime de formation professionnelle, qui est un versement par des fonds de sécurité sociale ou des organismes publics à des groupes de travailleurs cibles qui suivent des programmes de recyclage destinés à développer leurs qualifications professionnelles. Cette prestation est versée en espèce et est de ce fait incluse dans la variable PY090.

Le second concerne une prestation (en nature) liée à la formation professionnelle, qui correspond à un versement par des fonds de sécurité sociale ou des organismes publics à des institutions fournissant des cours de formations aux chômeurs. Ces prestations sont exclues d'EU-SILC.

Indemnités de maladie (PY120G)

Les indemnités de maladie couvrent les prestations en espèces qui compensent tout ou partie du manque à gagner occasionné par une incapacité temporaire de travail pour cause de maladie ou d'accident.

Sont inclus :

- le congé de maladie payé: versements forfaitaires ou proportionnels aux gains, destinés à compenser, en tout ou en partie, le manque à gagner occasionné par une incapacité temporaire de travail pour cause de maladie ou d'accident. Ces prestations peuvent être payées non seulement par des régimes de protection sociale autonomes, mais également par l'employeur qui continue à verser les salaires et traitements pendant l'absence pour cause de maladie ;

- le congé payé en cas de maladie ou d'accident d'un enfant à charge ;

- autres prestations en espèces: versements divers au profit de personnes protégées en rapport avec une maladie ou un accident.

Sont exclus :

- les prestations en espèces qui compensent le manque à gagner occasionné par une incapacité temporaire de travail pour cause de grossesse [classées dans «Allocation famille/enfants» (HY050G)] ;

- les prestations en espèces qui compensent le manque à gagner occasionné par une incapacité temporaire de travail pour cause d'invalidité [classées dans «Pension d'invalidité» (PY130G)] ;

- les paiements effectués à un salarié, en lieu et place des salaires et traitements, par l'intermédiaire d'un régime d'assurance sociale, lorsqu'il est dans l'impossibilité de travailler en raison d'une maladie lorsque ces paiements ne peuvent clairement et distinctement être assimilés à des prestations sociales [classés dans «Revenu brut en espèces ou revenu assimilé» (PY010G)] ;

- les paiements supplémentaires versés par un employeur à un salarié en vue de compléter l'indemnité de maladie versée par un régime d'assurance sociale lorsque ces paiements ne peuvent clairement et distinctement être assimilés à des prestations sociales [classés dans «Revenu brut en espèces ou revenu assimilé» (PY010G)].

Pensions d'invalidité (PY130G)

La pension d'invalidité couvre les prestations qui assurent un revenu aux personnes invalides physiques ou mentaux n'ayant pas atteint l'âge normal de la retraite et dont la capacité de travail est inférieure à un niveau minimum prescrit par la législation.

L'invalidité est l'incapacité totale ou partielle de participer à une activité économique ou de mener une vie normale en raison d'une infirmité physique ou mentale susceptible d'être permanente ou de persister pendant une période minimale prescrite.

Sont incluses :

- la pension d'invalidité: versements périodiques destinés à maintenir ou à compléter le revenu des personnes n'ayant pas atteint l'âge normal de la retraite affectées par une invalidité et dont la capacité de travail est inférieure à un niveau minimal prescrit par la législation ;
- la préretraite pour cause de réduction de la capacité de travail: paiements périodiques aux travailleurs âgés mis à la retraite avant d'atteindre l'âge légal de la retraite par suite d'une réduction de la capacité de travail. Ces pensions prennent normalement fin lorsque le bénéficiaire a droit à une pension de vieillesse ;
- l'allocation de soins: prestations payées à des personnes invalides n'ayant pas atteint l'âge normal de la retraite et qui ont besoin d'une assistance fréquente ou constante pour les aider à faire face aux dépenses de soins supplémentaires (autres que les soins de santé). La prestation ne doit pas être un remboursement d'une dépense justifiée ;
- l'intégration économique des handicapés: allocations versées aux personnes invalides qui exercent un travail adapté à leur état, normalement dans un atelier protégé, ou qui suivent une formation professionnelle ;
- la prestation d'invalidité à un enfant invalide en son droit propre, quel que soit son handicap ;
- d'autres prestations en espèces: paiements périodiques et uniques ne relevant pas des rubriques susmentionnées, tels qu'un complément de revenu occasionnel, etc.

Sont exclus :

- les prestations qui compensent tout ou partie du manque à gagner occasionné par une incapacité temporaire de travail pour cause de maladie ou d'accident [classées dans «Indemnités de maladie» (PY120G)] ;
- les allocations familiales versées aux bénéficiaires de prestations d'invalidité [classées dans «Allocation famille/enfants» (HY050G)] ;
- les prestations versées aux survivants à charge des personnes invalides, telles que les pensions [classées dans «Allocations de survie» (PY110G)] ;
- les prestations qui sont un remboursement d'une dépense justifiée ;
- les prestations d'invalidité en espèces versées après l'âge normal de départ à la retraite [classées dans «Allocation de vieillesse» (PY100G)] ;
- les paiements effectués à un salarié, en lieu et place des salaires et traitements, par l'intermédiaire d'un régime d'assurance sociale, lorsqu'il est dans l'impossibilité de travailler en raison d'une invalidité, lorsque ces paiements ne peuvent clairement et distinctement être assimilés à des prestations sociales [classés dans «Revenu brut en espèces ou revenu assimilé» (PY010G)] ;
- paiements supplémentaires versés par un employeur à un salarié ou ancien salarié en vue de compléter l'indemnité d'invalidité versée par un régime d'assurance sociale lorsque ces paiements ne peuvent clairement et distinctement être assimilés à des prestations sociales [classés dans «Revenu brut en espèces ou revenu assimilé» (PY010G)].

Allocations d'études (PY140G)

Les allocations d'éducation concernent les bourses et autres indemnités pour frais d'études perçues par les étudiants.

Source: Dictionnaire des codes EU-SILC 2010; Journal Officiel de l'Union Européenne, 17.11.03, Règlement (CE) No 1980/2003 de la commission du 21 octobre 2003 portant application du règlement (CE) No 1177/2003 du Parlement européen et du Conseil relatif aux statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie.

Concepts utilisés

Courbes de Lorenz et Courbes de concentration

La courbe de Lorenz décrit la relation entre la proportion cumulée des unités de revenu ayant un revenu inférieur ou égal à un certain niveau et la proportion cumulée que ces mêmes unités représentent dans la masse des revenus.

L'indice de Gini est l'une des principales mesures de l'inégalité des revenus et peut se calculer à partir des courbes de Lorenz. Il varie de 0 (égalité parfaite) à +1 (inégalité totale).

Une généralisation des courbes de Lorenz est donnée par les courbes de concentration ou courbes dites de Pseudo-Lorenz (Kakwani, 1976). Ces courbes traduisent la même idée mais avec des transferts (positifs ou négatifs) recouvrant la totalité de la différence entre revenus avant et après redistribution. En abscisses, on retrouve la proportion cumulée des unités de revenu classés par ordre croissant de revenu, et en ordonnée la part cumulée de transferts acquittés ou perçus par ces mêmes unités. Une courbe de concentration est associée à un indice de concentration qui lui varie entre -1 et +1. Lorsque la courbe de concentration est au-dessus de la première bissectrice, le coefficient de concentration est négatif (entre 0 et -1) et décrit un transfert (positif) progressif, i.e. davantage concentré en bas de la distribution des revenus. Il en va de même d'une courbe de concentration concernant cette fois un transfert négatif (taxe), et située cette fois en dessous de la première bissectrice.

Ratio S80/S20, rapport interquintile, rapport des niveaux de vie

Le **ratio S80/S20** mesure la disparité relative de la distribution d'une grandeur donnée (les niveaux de vie dans cette étude). Ainsi, pour une distribution de revenus, S80/S20 rapporte la masse des revenus détenue par les 20 % d'individus les plus riches (au sens du revenu par U.C. avant redistribution) à celle détenue par les 20 % des personnes les plus pauvres. Ce ratio est calculé au niveau des ménages.

Le **rapport interquintile Q80/Q20** rapporte la valeur du seuil du dernier quintile des revenus à celle du premier quintile.

On utilise enfin le **rapport des niveaux de vie** entre les 20% les plus riches et les 20% les plus pauvres. Ce rapport est le ratio entre le revenu moyen des 20% les plus aisés et le revenu moyen des 20% les moins aisés.

Tableau 6. Montants moyens (par U.C.) et poids des prélèvements et des prestations

Pays	France				
Quintiles de revenu par U.C. avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	7367	16402	22784	30823	60573
Chômage	1557	702	429	416	418
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>21,1%</i>	<i>4,3%</i>	<i>1,9%</i>	<i>1,3%</i>	<i>0,7%</i>
Invalidité	501	159	102	46	53
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>6,8%</i>	<i>1,0%</i>	<i>0,4%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,1%</i>
Famille	755	484	405	309	202
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>10,3%</i>	<i>2,9%</i>	<i>1,8%</i>	<i>1,0%</i>	<i>0,3%</i>
Logement	1115	378	184	118	85
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>15,1%</i>	<i>2,3%</i>	<i>0,8%</i>	<i>0,4%</i>	<i>0,1%</i>
Exclusion sociale / Pauvreté	649	82	48	24	12
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>8,8%</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,2%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,0%</i>
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	979	2254	3750	5737	13331
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>13,3%</i>	<i>13,7%</i>	<i>16,5%</i>	<i>18,6%</i>	<i>22,0%</i>
Revenu disponible (B)	10966	15952	20202	25997	48011
Taux de redistribution (B-A)/A	48,8%	-2,7%	-11,3%	-15,7%	-20,7%

Source: Eurostat EU-SILC

Pays	Autriche				
Quintiles de revenu par U.C. avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	7409	17885	25484	35150	63161
Chômage	1710	477	284	179	84
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>23,1%</i>	<i>2,7%</i>	<i>1,1%</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,1%</i>
Invalidité	1607	381	381	187	50
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>21,7%</i>	<i>2,1%</i>	<i>1,5%</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,1%</i>
Famille	1112	1010	848	640	518
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>15,0%</i>	<i>5,6%</i>	<i>3,3%</i>	<i>1,8%</i>	<i>0,8%</i>
Logement	261	52	8	4	0
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>3,5%</i>	<i>0,3%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>
Exclusion sociale / Pauvreté	352	41	29	9	7
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>4,8%</i>	<i>0,2%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-1104	-3123	-5631	-9269	-20554
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>-14,9%</i>	<i>-17,5%</i>	<i>-22,1%</i>	<i>-26,4%</i>	<i>-32,5%</i>
Revenu disponible (B)	11348	16724	21404	26899	43266
Taux de redistribution (B-A)/A	53,2%	-6,5%	-16,0%	-23,5%	-31,5%

Source: Eurostat EU-SILC

Tableau 6. Montants moyens (par U.C.) et poids des prélèvements et des prestations (suite)

Pays	Belgique				
Quintiles de revenu par U.C. avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	4179	14263	21709	31965	55721
Chômage	4084	803	678	505	496
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>97,7%</i>	<i>5,6%</i>	<i>3,1%</i>	<i>1,6%</i>	<i>0,9%</i>
Invalidité	2270	326	266	167	106
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>54,3%</i>	<i>2,3%</i>	<i>1,2%</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,2%</i>
Famille	667	426	625	606	476
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>16,0%</i>	<i>3,0%</i>	<i>2,9%</i>	<i>1,9%</i>	<i>0,9%</i>
Logement	21	7	2	5	9
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>
Exclusion sociale / Pauvreté	516	31	3	9	0
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>12,4%</i>	<i>0,2%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-614	-1492	-3933	-8064	-17427
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>-14,7%</i>	<i>-10,5%</i>	<i>-18,1%</i>	<i>-25,2%</i>	<i>-31,3%</i>
Revenu disponible (B)	11124	14364	19350	25194	39381
Taux de redistribution (B-A)/A	166,2%	0,7%	-10,9%	-21,2%	-29,3%

Source: Eurostat EU-SILC

Pays	Espagne				
Quintiles de revenu par U.C. avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	2911	8382	12771	18927	33992
Chômage	1552	587	502	308	234
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>53,3%</i>	<i>7,0%</i>	<i>3,9%</i>	<i>1,6%</i>	<i>0,7%</i>
Invalidité	678	239	174	105	56
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>23,3%</i>	<i>2,8%</i>	<i>1,4%</i>	<i>0,6%</i>	<i>0,2%</i>
Famille	65	38	54	64	109
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>2,2%</i>	<i>0,4%</i>	<i>0,4%</i>	<i>0,3%</i>	<i>0,3%</i>
Logement	43	21	25	19	20
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>1,5%</i>	<i>0,3%</i>	<i>0,2%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,1%</i>
Exclusion sociale / Pauvreté	281	81	64	41	40
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>9,7%</i>	<i>1,0%</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,2%</i>	<i>0,1%</i>
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-235	-587	-1259	-2520	-5875
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>-8,1%</i>	<i>-7,0%</i>	<i>-9,9%</i>	<i>-13,3%</i>	<i>-17,3%</i>
Revenu disponible (B)	5295	8760	12330	16944	28575
Taux de redistribution (B-A)/A	81,9%	4,5%	-3,5%	-10,5%	-15,9%

Source: Eurostat EU-SILC

Tableau 6. Montants moyens (par U.C.) et poids des prélèvements et des prestations (suite)

Pays	Luxembourg				
Quintiles de revenu par U.C. avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	11775	27033	38378	54036	94256
Chômage	2946	823	649	334	129
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>25,0%</i>	<i>3,0%</i>	<i>1,7%</i>	<i>0,6%</i>	<i>0,1%</i>
Invalidité	2657	386	400	223	68
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>22,6%</i>	<i>1,4%</i>	<i>1,0%</i>	<i>0,4%</i>	<i>0,1%</i>
Famille	2367	1435	1196	1258	807
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>20,1%</i>	<i>5,3%</i>	<i>3,1%</i>	<i>2,3%</i>	<i>0,9%</i>
Logement	203	119	94	67	63
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>1,7%</i>	<i>0,4%</i>	<i>0,2%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,1%</i>
Exclusion sociale / Pauvreté	1990	100	6	54	28
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>16,9%</i>	<i>0,4%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,0%</i>
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-3048	-4191	-6632	-11511	-25750
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>-25,9%</i>	<i>-15,5%</i>	<i>-17,3%</i>	<i>-21,3%</i>	<i>-27,3%</i>
Revenu disponible (B)	19115	25840	33826	44060	68496
Taux de redistribution (B-A)/A	62,3%	-4,4%	-11,9%	-18,5%	-27,3%

Source: Eurostat EU-SILC

Pays	Pays-Bas				
Quintiles de revenu par U.C. avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	7332	18604	27362	37956	66207
Chômage	1018	485	457	328	182
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>13,9%</i>	<i>2,6%</i>	<i>1,7%</i>	<i>0,9%</i>	<i>0,3%</i>
Invalidité	2998	484	513	204	209
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>40,9%</i>	<i>2,6%</i>	<i>1,9%</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,3%</i>
Famille	331	297	289	207	157
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>4,5%</i>	<i>1,6%</i>	<i>1,1%</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,2%</i>
Logement	908	369	22	12	17
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>12,4%</i>	<i>2,0%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>
Exclusion sociale / Pauvreté	2912	180	78	37	180
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>39,7%</i>	<i>1,0%</i>	<i>0,3%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,3%</i>
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-3347	-4402	-8682	-13521	-26568
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>-45,7%</i>	<i>-23,7%</i>	<i>-31,7%</i>	<i>-35,6%</i>	<i>-40,1%</i>
Revenu disponible (B)	12152	16018	20039	25223	40385
Taux de redistribution (B-A)/A	65,7%	-13,9%	-26,8%	-33,5%	-39,0%

Source: Eurostat EU-SILC

Tableau 6. Montants moyens (par U.C.) et poids des prélèvements et des prestations (suite)

Pays	Royaume-Uni				
Quintiles de revenu par U.C. avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	4137	12091	19411	29398	60639
Chômage	330	33	35	19	29
<i>Proportion du revenu primaire</i>	8,0%	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%
Invalidité	953	145	130	88	43
<i>Proportion du revenu primaire</i>	23,0%	1,2%	0,7%	0,3%	0,1%
Famille	1315	415	282	285	234
<i>Proportion du revenu primaire</i>	31,8%	3,4%	1,5%	1,0%	0,4%
Logement	1907	574	154	20	15
<i>Proportion du revenu primaire</i>	46,1%	4,8%	0,8%	0,1%	0,0%
Exclusion sociale / Pauvreté	1018	133	35	4	5
<i>Proportion du revenu primaire</i>	24,6%	1,1%	0,2%	0,0%	0,0%
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-453	-1292	-3512	-7072	-19141
<i>Proportion du revenu primaire</i>	-10,9%	-10,7%	-18,1%	-24,1%	-31,6%
Revenu disponible (B)	9208	12100	16537	22742	41824
Taux de redistribution (B-A)/A	122,6%	0,1%	-14,8%	-22,6%	-31,0%

Source: Eurostat EU-SILC

Pays	Suède				
Quintiles de revenu par U.C. avant redistribution	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	7937	18888	26272	34745	57307
Chômage	1255	490	364	205	93
<i>Proportion du revenu primaire</i>	15,8%	2,6%	1,4%	0,6%	0,2%
Invalidité	2264	595	432	370	272
<i>Proportion du revenu primaire</i>	28,5%	3,2%	1,6%	1,1%	0,5%
Famille	613	765	725	563	383
<i>Proportion du revenu primaire</i>	7,7%	4,0%	2,8%	1,6%	0,7%
Logement	953	152	7	4	3
<i>Proportion du revenu primaire</i>	12,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Exclusion sociale / Pauvreté	555	20	9	9	1
<i>Proportion du revenu primaire</i>	7,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	-2355	-4643	-6619	-9003	-17922
<i>Proportion du revenu primaire</i>	-29,7%	-24,6%	-25,2%	-25,9%	-31,3%
Revenu disponible (B)	11222	16267	21190	26893	40138
Taux de redistribution (B-A)/A	41,4%	-13,9%	-19,3%	-22,6%	-30,0%

Source: Eurostat EU-SILC

Tableau 6. Montants moyens (par U.C.) et poids des prélèvements et des prestations (suite)

Pays	Italie				
Quintiles de revenu par U.C.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Revenu primaire (A)	6222	13351	19415	27040	51919
Chômage	570	455	524	538	418
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>9,2%</i>	<i>3,4%</i>	<i>2,7%</i>	<i>2,0%</i>	<i>0,8%</i>
Invalidité	571	274	187	161	113
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>9,2%</i>	<i>2,1%</i>	<i>1,0%</i>	<i>0,6%</i>	<i>0,2%</i>
Famille	199	180	128	90	48
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>3,2%</i>	<i>1,3%</i>	<i>0,7%</i>	<i>0,3%</i>	<i>0,1%</i>
Logement	44	26	12	9	9
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>0,7%</i>	<i>0,2%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>
Exclusion sociale / Pauvreté	88	23	29	30	33
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>1,4%</i>	<i>0,2%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,1%</i>
Impôts revenu / fortune & cotisations salariales	743	2141	3963	6484	16291
<i>Proportion du revenu primaire</i>	<i>11,9%</i>	<i>16,0%</i>	<i>20,4%</i>	<i>24,0%</i>	<i>31,4%</i>
Revenu disponible (B)	6952	12167	16333	21384	36248
Taux de redistribution (B-A)/A	11,7%	-8,9%	-15,9%	-20,9%	-30,2%

Source: Eurostat EU-SILC



MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE,
DE L'INDUSTRIE ET DU NUMÉRIQUE



Contributions des Services économiques et des Services des affaires
sociales des pays suivants :

Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suède

Septembre 2014

Ce document de travail, réalisé par le réseau international de la Direction Générale du Trésor sur la base d'un cahier des charges et questionnaire précis fournis par le(s) commanditaire(s), permet de disposer d'un panorama de diverses situations à l'international. Toutefois, il ne constitue d'aucune manière une prise de position de la DG Trésor (et par extension celle des ministères économiques et financiers) sur le sujet donné.

La DG Trésor ne peut en aucun cas être tenue responsable de l'utilisation et de l'interprétation de l'information contenue dans ce document.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	172
ALLEMAGNE.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
ESPAGNE.....	183
ITALIE.....	199
ROYAUME-UNI	213
SUÈDE.....	223

Introduction

Ce dossier, réalisé pour le compte du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFIPS), avec la collaboration des conseillers pour les affaires sociales près les ambassades concernées, comprend 5 fiches pays analysant les modes de financement de la protection sociale en Europe

I Contexte et objectif de la demande :

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale a pour mission, notamment, « d'examiner l'efficacité des règles de gouvernance et d'allocation des recettes de l'ensemble du système de protection sociale de manière à assurer son équilibre pérenne ». Le système de protection sociale français étant doté d'une structure particulière de financement (marquée par un poids important des impôts et taxes exclusivement affectés aux régimes de sécurité sociale) et de règles spécifiques gouvernant son pilotage financier (lois de financement de la sécurité sociale, accords nationaux interprofessionnels relatifs à l'assurance chômage et à la retraite complémentaire), il entre dans les missions du Haut Conseil d'analyser l'impact de ces caractéristiques, notamment au moyen d'une comparaison avec les structures, règles et pratiques financières en vigueur dans les systèmes nationaux de protection sociale d'autres pays européens

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale conduit une réflexion sur l'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe, avec la perspective de l'adoption d'un rapport sur ce thème en octobre 2014. A cette fin, il souhaite collecter des informations sur les modalités de la gouvernance financière de la protection sociale (au sens le plus large, non limité aux administrations de sécurité sociale).

Service économique régional de Berlin

1. L'organisation du financement du système de protection sociale

Préciser les responsabilités respectives des entités suivantes dans les différents segments de la protection sociale et les relations financières qui existent entre elles :

- l'État ;
- les collectivités territoriales ;
- les entités distinctes des précédentes gérant à titre obligatoire des couvertures contre certains risques de la protection sociale (cas notamment des régimes de protection sociale disposant d'une autonomie financière) ;
- les organismes dispensateurs de couvertures complémentaires, à titre facultatif.

Le régime public de sécurité sociale comprend 5 branches : maladie, dépendance, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite et chômage (cf. ECI de la Cour des comptes). La tutelle du régime public est assurée par le ministère fédéral de la Santé pour les branches maladie et dépendance, et par le ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales pour les branches ATMP, retraite et chômage. C'est le gouvernement fédéral qui détermine les paramètres du système public d'assurance social (taux et durées de cotisation, âge légal...).

Concernant l'assurance-maladie, près de 90% des personnes sont couvertes par le système d'assurance dite publique (*GKV, gesetzliche Krankenversicherung*), la partie restante de la population relève d'un système d'assurance privé (*PKV, private Krankenversicherung*). Dès que leur salaire dépasse un certain plafond, les salariés peuvent opter pour le système privé.

Concernant l'assurance-retraite complémentaire, elle relève du système privé en Allemagne mais l'État intervient avec des incitations financières pour soutenir l'épargne retraite privée (incitations fiscales dans le cas des retraites d'entreprises ou « retraite Rürup » mais aussi versement de primes publiques dans le cas de la « retraite Riester »).

Il n'existe pas en Allemagne de « branche famille ». Le financement n'est pas assurantiel et aucune cotisation n'est prélevée. Les prestations familiales sont financées par les impôts selon une organisation très complexe :

- ressources fédérales (*Bundesmittel*) pour les allocations familiales (*Kindergeld*), l'allocation parentale (*Elterngeld*), l'allocation d'éducation (*Erziehungsgeld*) ;
- ressources du Bund et des Länder pour l'avance sur pension alimentaire (*Unterhaltvorschuss*) et l'allocation logement (*Wohngeld*) ;
- ressources du Bund ou des communes pour l'aide sociale à l'enfance et à la jeunesse (*Kinder- und Jugendhilfe*).

L'aide sociale s'articule en Allemagne entre les différents niveaux du système fédéral.

D'une manière générale, la délivrance de prestation de protection sociale au titre de l'aide sociale relève de la compétence des communes : le Bund a une compétence normative, les Länder ont une marge de manœuvre et décident de leur propre législation de transposition de la législation fédérale tandis que les responsables locaux⁶⁶ (communes, association de communes...) sont en charge de la

⁶⁶ Plus précisément les responsables locaux « örtliche Träger » qui peuvent être notamment des « Landkreise » (association de communes) ou « Kreisfreie Städte » (villes sans district) ou les responsables supra-locaux (« überörtliche Träger ») qui sont en général unique au niveau du Land et fournissent des prestations ayant une portée plus large, régionale. C'est la législation du Land qui distribue les compétences entre responsables locaux ou supra locaux (code social livre XII §97). Pour

mise en œuvre concrète des mesures. Les prestations délivrées au niveau des communes recouvrent notamment :

- l'aide sociale aux chômeurs de longue durée en partenariat avec l'Agence fédérale du travail
- l'aide vieillesse et d'invalidité
- l'aide à l'insertion pour les personnes handicapées
- l'aide à la dépendance.

Le Bund prend en charge les dépenses du régime de solidarité chômage (dit « *Hartz IV* ») des personnes n'ayant pas ou plus de droits à l'assurance chômage (« *Arbeitslosengeld I* ») : les versements de l'allocation chômage de solidarité (« *Arbeitslosengeld II* »), les mesures d'insertion de ces chômeurs, et des dépenses de logement et chauffage. Cette prise en charge donne lieu à des transferts du Bund vers l'Agence fédérale du travail (cf. infra).

D'une façon générale, on observe un effort financier croissant du Bund dans le domaine social pour venir en aide aux communes surchargées par le poids financier des dépenses sociales:

- ainsi le Bund finance depuis 2014 la totalité des dépenses de logement et chauffage des bénéficiaires de l'assurance chômage de solidarité (cf. supra), contre une part de 45% des dépenses en 2012 et de 75% en 2013.
- le Bund assure aussi la prise en charge complète depuis 2014 des dépenses au titre de l'aide sociale vieillesse et invalidité qui était financées auparavant par les communes (la part du Bund dans ces dépenses a été relevée progressivement de 16 à 45% en 2012 puis à 75% en 2013 pour atteindre 100% en 2014). Cela représente des économies supplémentaires de l'ordre de 18,5 Md€ pour les communes sur l'ensemble de la période de 2013 à 2016. La mesure avait été prévue en 2011 dans le cadre d'une réforme du dispositif *Hartz IV* prévoyant des transferts de charge du Bund vers les communes.

2. Règles et pratiques budgétaires dans le domaine de la protection sociale

- **Existe-t-il un document, diffusé dans le cadre du processus budgétaire interne, récapitulant l'ensemble des dépenses engagées et des recettes au titre de dispositifs de protection sociale (par exemple au sens du système européen Sespros de statistiques sur la protection sociale), ou sur un sous-ensemble suffisamment large (tel que les administrations de sécurité sociale au sens des comptes nationaux), sur le passé et/ou en prévision à court-moyen terme ? Ce document a-t-il valeur informative ? normative ? Est-il articulé avec les engagements pris, le cas échéant, par le pays considéré auprès de ses partenaires européens dans le cadre de la surveillance mutuelle des finances publiques ?**

Le gouvernement fédéral présente régulièrement en fin de législature⁶⁷ le *Sozialbericht* (dernier en date « *Sozialbericht 2013* » publié en avril 2013 ; cf. l'ECI pour la Cour des comptes).

- La 1^{ère} partie du *Sozialbericht* (« *Teil A* ») présente les réformes réalisées et les objectifs du gouvernement
- Le *Sozialbudget* (« *Teil B* » du *Sozialbericht*) présente une situation d'ensemble des prestations sociales et leur financement. Ce document présente les dépenses de protection sociale jusqu'à l'année n-1 (cf. tableau dans l'ECI pour la Cour des comptes), au sens de la comptabilité

une présentation détaillée de l'aide sociale, cf. note sur la « gouvernance des politiques d'aides sociales en Allemagne » réalisée par le conseiller social (à la date du 17 mars 2014).

⁶⁷ Le *Sozialbericht* peut paraître néanmoins aussi lors de situation exceptionnelle.

nationale selon la systématique du système européen Sespros. Ce document à une valeur informative (information du Bundestag).

Des estimations à moyen terme y sont données à moyen terme (2013 à 2017 dans le « *Sozialbericht 2013* ») qui s'appuient sur les hypothèses macroéconomiques du gouvernement annoncées le 25 avril 2013.

Le ministère fédéral du travail présente annuellement une actualisation des données du *Sozialbudget* (dernier en date celui paru en juillet 2014 « *Sozialbudget 2013* »).

Il n'y a donc pas d'équivalent du PLFSS : les comptes sociaux ne sont pas présentés devant le Bundestag, qui en revanche vote sur les modifications éventuelles des taux de cotisation, les subventions aux caisses sociales, etc.

Le *Sozialbudget* n'est pas articulé avec les engagements pris dans le cadre de la surveillance mutuelle des finances publiques.

- **Le budget de l'État retrace-t-il l'ensemble des dépenses et recettes des organismes mettant en œuvre les dispositifs de protection sociale ? ou seulement les transferts consolidés avec ces organismes (leurs recettes propres et leurs dépenses étant alors hors budget) ? Existe-il des comptes spécifiques relatifs à des opérations de protection sociale au sein du budget de l'État (du type des comptes d'affectation spéciale ou des budgets annexes dans les lois de finances françaises) ?**

Le budget de l'État retrace seulement les transferts avec ces organismes, leurs recettes propres et leurs dépenses sont hors budget. Il n'existe pas de comptes spécifiques relatifs à des opérations de protection sociale au sein du budget de l'État.

- **Comment s'opère l'ajustement des prévisions de dépenses de protection sociale (notamment lorsqu'elles s'inscrivent dans un cadre budgétaire limitatif) aux dépenses effectives (dérivant généralement de droits objectifs ouverts) ?**

D'une manière générale, le gouvernement n'intervient pas directement dans le pilotage de dépenses, il est responsable de la partie « revenu » du budget. Les caisses qui sont des organismes autonomes de droit public à gestion paritaire sont en charge de contrôler la dépense. Les collèges d'experts de prévision se rencontrent plusieurs fois dans l'année et sur la base de leurs recommandations, le gouvernement fixe le taux de cotisations. Sur un plus long terme, la mise en œuvre de nombreuses réformes permet de maîtriser les dépenses.

Plus particulièrement dans la branche retraite, le groupe de prévision « *Schätzerkreis der Rentenversicherung* » composé d'experts du ministère fédéral du travail et des affaires sociales (BMAS), de l'Office fédéral de la sécurité sociale (*Bundesversicherungsamt BVA*) et de la fédération des caisses d'assurance maladie (DRV Bund) se retrouve 4 fois par an pour estimer la situation financière à court, moyen et plus long terme du budget des caisses d'assurance maladie. L'analyse approfondie des besoins des caisses de retraite en fonction de l'objectif d'équilibre budgétaire (hors relèvement de la subvention du Bund, cf. infra) est réalisée régulièrement en fin d'année : elle donne lieu au regard des résultats financiers observés à un ajustement des taux de cotisations ou la mise en œuvre d'autres mesures (telles le décalage du versement de retraite du milieu à la fin du mois).

Des mécanismes automatiques interviennent néanmoins pour contrôler l'évolution des dépenses, tels que la formule de revalorisation du point de retraite qui tient compte de l'évolution du ratio cotisants/retraités.

Dans la branche maladie concrètement, la responsabilité légale du gouvernement est d'éviter que les recettes du Fonds de santé passent en dessous de 95% des dépenses. Cet objectif n'est pas atteint par le

Service économique régional de Berlin

contrôle des dépenses, mais par une augmentation du taux de cotisation général⁶⁸. Sur un plus long terme, la maîtrise des dépenses est recherchée par la mise en œuvre de nombreuses réformes, notamment entre 2003 et 2007 ou en 2011, visant en particulier la maîtrise de dépenses de médicaments.

Les projections de dépenses sont réalisées par le groupe de prévision *Schätzerkreis der gesetzlichen Krankenversicherung*⁶⁹ : celui-ci est constitué par des experts de la Fédération des Caisses maladies (GKV-SV : *gesetzliche Krankenversicherung - Spitzenverband*), par des représentants du Ministère de la Santé (BMG), et par ceux de l'Office fédéral de la sécurité sociale (BVA), sous la présidence de cette dernière. Ce groupe vise principalement à déterminer le taux de cotisation nécessaire à l'équilibre financier du Fonds de santé et donne donc des recommandations davantage sur le côté recettes.

Le *Schätzerkreis*, qui se réunit au moins deux fois par an (au plus tard respectivement le 15 octobre et le 30 mars) publie ses projections de dépenses sur la base de deux documents⁷⁰ établis par le Ministère de la Santé (BMG). C'est sur la base de la statistique à mi-année (rapport KV 45 de septembre du BMG) que sont publiées au plus tard le 15 octobre les projections principales pour l'année suivante. La méthode n'est pas explicitée, elle se base sur des auditions d'experts et sur les débats en séance⁷¹. Les autres réunions éventuelles visent principalement à actualiser les projections de revenu des cotisations à partir des nouveaux résultats macroéconomiques. En cas de désaccord sur les résultats, la GKV-SV d'un côté, et le BMG et la BVA de l'autre peuvent publier des projections divergentes (comme en octobre 2013) et doivent alors documenter les raisons de cette divergence (ce qui permet d'obtenir des résultats légèrement plus détaillés que dans le cas de figure « normal »).

- **Identifier les cas dans lesquels les transferts du budget de l'État ont pour objet d'assurer l'équilibre de régimes de protection sociale, et sont exactement calibrés à cet effet. En particulier, une analyse précise des relations financières entre les caisses d'assurance maladie et l'État en Allemagne est demandée.**

L'État fédéral contribue massivement à l'équilibre des branches de la sécurité sociale via un système de subventions du budget fédéral (cf. détails dans l'ECI de la Cour des comptes, notamment le tableau en annexe). D'une manière générale, il s'agit pour le Bund de participer au financement des dépenses non contributives (compensation de dépenses sociales prises en charge par les caisses publiques d'assurance mais qui ne relèvent pas de leur activité intrinsèque) mais aussi de compenser les effets démographiques.

Concernant le système public d'assurance maladie : cette compensation à verser par le Bund au Fonds de santé est fixée dans le code social (SGB V §221) à 11,5 Md€ en 2013 (14 Md€ en 2014). Cette subvention forfaitaire (qui vise à compenser les prestations financées par le fonds ne relevant pas de l'activité intrinsèque de l'assurance maladie) a fortement augmenté sur la dernière décennie (elle était de l'ordre de 2,5 Md€ en 2005).

Par ailleurs, en période de grave dégradation économique comme en 2009, le Bund a versé une subvention de crise exceptionnelle (de 3,9 Md€ en 2010, prolongée en 2011 à hauteur de 2,0 Md€).

⁶⁸ Ces informations sont extraites en grande partie d'une ECI (réalisée en 2010) portant sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie.

⁶⁹ Ce groupe a été institué par la loi « Pour le renforcement de la concurrence entre les caisses d'assurance maladies » (GKV-WSG) de 2007, et a publié ses premières prévisions en Novembre 2008 pour l'année 2009.

⁷⁰ Le rapport KJ 1 (qui présente à l'été de l'année n+1 les résultats définitifs du système d'assurance santé) et le rapport KV 45 (qui présente les comptes trimestriels pour le trimestre précédent, le rapport de mars présentant les comptes annuels).

⁷¹ Rapport publié en octobre 2013 :

http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20131023_Schaetzerkreis_Abschlussbericht.pdf

Service économique régional de Berlin

Le système de financement de l'assurance maladie publique a été profondément remanié en 2007 par la « Loi sur le renforcement de la concurrence au sein de l'assurance maladie légale » qui donnait naissance au Fonds de santé : le fonds centralise depuis le 1er janvier 2009 le versement des cotisations d'assurance maladie salariales et patronales, puis il verse aux caisses un montant forfaitaire

Service économique régional de Berlin

par assuré (modulo le risque de santé des patients). C'est désormais le ministère de la Santé qui définit un taux de cotisation unique pour toutes les caisses. Les caisses déficitaires doivent chercher à améliorer leur gestion voire demander à leurs membres une contribution supplémentaire (*Zusatzbeitrag*) : les caisses dépassant leur budget ne peuvent pas en effet pas emprunter (cf. détails dans l'ECI à la Cour des comptes).

Il n'y a pas d'aides publiques au titre de l'assurance dépendance.

Quant au régime d'assurance retraite publique, les efforts financiers du Bund pour compenser les effets du vieillissement démographique et les dépenses non contributives sont importants, le Bund a versé ainsi en 2013 :

- la « subvention fédérale générale » (38,9 Md€) visant à freiner la progression du taux de cotisation (plafonné jusqu'en 2020 à 20%, cf. aussi ECI pour la Cour des comptes) afin de pas concentrer le poids du défi démographique sur le coût du travail.
- Les « subventions fédérales complémentaires pour le régime général » (21,0 Md€) visant à financer les dépenses non contributives : elle est financée d'une part par un point de TVA depuis 1998 et d'autre part par l'« écotaxe » introduite en 1999.
- A ces deux subventions s'ajoute celle au régime minier (5,4 Md€), mais aussi des mesures telles que le financement de prestations familiales pour les personnes ayant élevé des enfants ou la prise en charge de pensions relevant de l'ex-RDA, soit une contribution totale à l'assurance retraite publique stable de 81,1 Md€ en 2013.

Concernant l'assurance chômage, le Bund peut prendre des mesures d'aides discrétionnaires lors de graves dégradations des finances de l'Agence fédérale (comme en 2010) : l'agence n'a pas eu à rembourser sur l'exercice 2011 la subvention d'équilibre (sous forme de prêt à taux zéro du Bund, cf. question suivante) versée en 2010. L'agence a de plus bénéficié à titre exceptionnel d'une prise en charge partielle (et définitive à hauteur de 5,2 Md€) de son déficit 2010 (-8,1 Md€).

Il n'existe plus d'autres subventions : la subvention du Bund à l'insertion des chômeurs de longue durée (dotation équivalente à 1 point de TVA de l'ordre de 7,2 Md€ en 2012) a été supprimée en 2013⁷².

D'une manière générale, notons que le Bund prend en charge les dépenses liées au régime de solidarité des chômeurs (« *Hartz IV* ») (cf. question 1), ce qui constitue le 2^{ème} poste de dépenses du Bund (32,2 Md€ en 2013) au titre de la protection sociale.

⁷² Elle a été compensée en partie par la suppression du versement de l'Agence fédérale au Bund (« *Eingliederungs-beitrag* ») d'un montant de 3,8 Md€ prévu au budget 2012), soit un recul de la subvention nette du Bund de 3,4Md€.

Service économique régional de Berlin

- **Comment les cycles conjoncturels sont-ils pris en compte dans l'attribution de ressources (et éventuellement dans la prévision des dépenses) afférentes à la couverture des risques de la protection sociale ? Existe-t-il des mécanismes explicites de solidarité financière entre l'État et les régimes de protection sociale, tels que des fonds d'intervention conjoncturelle ?**

Les réserves de liquidités (tels que celle du fonds de santé mais aussi dans la branche santé, vieillesse et chômage) sont explicitement prévues pour compenser les variations conjoncturelles. Par ailleurs, les prêts à taux zéro alloués par l'État aux différentes branches (assurance retraite, agence fédérale du travail, assurance maladie) permettent aussi de faire face à une dégradation rapide de la conjoncture. Il n'y a pas d'autres mécanismes explicites tels que des fonds d'intervention conjoncturelle.

Concernant l'Agence fédérale du travail : le §364 du livre III du code social (*Sozialgesetzbuch*) impose à l'État fédéral de garantir à l'Agence fédérale du travail, sous la forme d'un prêt sans intérêt, les liquidités suffisantes au cas où l'Agence ne pourrait s'acquitter de ses obligations de versement. Si

Service économique régional de Berlin

L'Agence ne parvient pas à rembourser le prêt d'ici la fin de l'année, le remboursement est différé automatiquement d'un an (SGB III § 365). Elle commencera le remboursement avec le premier excédent enregistré sur un prochain exercice. Le but recherché est la stabilité à court terme du taux de cotisation. Une enveloppe de 8 Md€ est prévue dans le budget 2014.

Quant aux caisses publiques de retraite, elles disposent d'un fonds de réserve (dont la dotation représente jusqu'à un mois et demi de paiement des retraites) auquel elles font appel en cas de dégradation de leur situation financière. Si ces difficultés financières s'aggravent rapidement et conduisent à un manque de liquidités, l'État fédéral est alors dans l'obligation d'intervenir en finançant le besoin de liquidité (« *Bundesgarantie* » prévue dans le code social livre VI sur l'assurance-retraite publique, §214). Il s'agit d'un crédit (à taux zéro) remboursable au plus tard le 31 décembre de l'année suivante. Hormis ce mode d'intervention à très court terme, l'équilibre financier des caisses retraites est assuré principalement par l'ajustement des taux de cotisations.

Concernant le système public d'assurance maladie, un niveau minimal obligatoire de réserves est prévu par la loi : ces réserves obligatoires correspondent à la somme de 25% de la dépense moyenne mensuelle des caisses et de 20% de la dépense moyenne mensuelle du fonds de santé. En cas de dégradation de la situation financière (conduisant à un épuisement de la réserve de liquidité du fonds), le Bund doit alors accorder un prêt de liquidités (à taux zéro), qui doit être remboursé au plus tard en fin d'année budgétaire, le cas échéant par l'intermédiaire de « mesures appropriées » (code social V §271).

- **Existe-t-il des mécanismes de lissage à long terme des trajectoires des dépenses et des recettes afférentes à certains risques de la protection sociale, notamment tenant compte des tendances démographiques (du type « Fonds de réserve des retraites ») ?**

Le facteur de soutenabilité (« *Nachhaltigkeitsfaktor* ») qui a été introduit dans la formule de revalorisation du point de retraite lors de la dégradation du ratio entre retraités et cotisations permet de moduler la revalorisation des retraites.

Par ailleurs, le projet de loi adopté le 2 juin 2014 en conseil des ministres prévoit un fonds de réserve visant la stabilisation à long terme des taux de cotisations à l'assurance dépendance : le relèvement du taux de cotisation de l'assurance dépendance de 0,3 point au 1er janvier 2015 apportera des recettes supplémentaires de l'ordre de 3,6 Md€ aux caisses d'assurance dépendance en 2015, dont 1,2 Md€ ira abonder ce nouveau fonds.

L'autonomie financière des organismes de protection sociale

Remarque : on entend ici par « organismes de protection sociale » des entités distinctes de l'État et des collectivités territoriales qui gèrent des dispositifs de couverture obligatoires contre des risques de la protection sociale.

- **Décrire la nature des recettes finançant les dépenses de protection sociale : ces recettes sont-elles des recettes publiques spécifiquement et/ou exclusivement affectées au financement d'un ou de plusieurs risques sociaux ? existe-t-il une distinction juridique entre « cotisations sociales » et « recettes fiscales » ? en cas de recettes intégralement affectées au financement d'un ou plusieurs risques de protection sociale, l'entité affectataire peut-elle déterminer l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement ? *a contrario*, dans le cas où les recettes ne sont ni affectées, ni exclusives, ni propres, décrire le dispositif retenu (financement d'un ensemble de dépenses par un ensemble de recettes par exemple) ?**

Les recettes des 5 branches d'assurances publiques sont des recettes publiques affectées exclusivement au financement d'un ou plusieurs risques sociaux. Les caisses d'assurance ne peuvent pas déterminer l'assiette ou le taux de cotisation.

Il existe une distinction juridique entre cotisations sociales et les recettes fiscales.

Service économique régional de Berlin

- **Existe-t-il des règles prévoyant les dispositions portant tant sur les dépenses que sur les recettes que doivent prendre les organismes chargés de la mise en œuvre de dispositifs de protection sociale en cas de prévision d'exécution budgétaire déséquilibrée ? Certains organismes sont-ils soumis à des contraintes portant sur leur trésorerie (du type plafond de découvert) ou sur leurs soldes comptables (telles qu'une interdiction du déficit) ?**

Les dispositions en cas de prévision d'exécution budgétaire déséquilibrée d'un organisme d'assurance sociale sont réglées dans le code social (livre IV §73). Les dépenses non prévues au budget de l'organisme d'assurance (dépassement du montant prévu ou dépense non prévue) requièrent l'accord du directoire⁷³ de l'organisme d'assurance qui ne peut donner son accord que si cette dépense a lieu en raison d'un événement imprévisible et incontournable et si les dépenses ne constituent pas une charge financière importante.

Il doit en référer immédiatement à l'Office de surveillance compétent et informer le directoire de la DRV Bund et le BMAS (qui à son tour informe le BMF). Dans certains cas une autorisation doit être au préalable délivrée.⁷⁴

Lorsque les dépenses constituent une charge financière importante, un budget rectificatif doit être présenté par l'organisme concerné, notamment lors de nouvelles dispositions législatives qui n'étaient pas en vigueur lors de l'adoption du budget.

En cas de déséquilibre aggravé à court terme (lors de l'année budgétaire), le Bund intervient avec des aides de liquidités sous la forme d'un prêt à taux zéro pour financer le déficit observé (cf. supra).

Certains organismes sont soumis à des contraintes, comme les caisses d'assurance maladie qui ont interdiction de déficit, de contracter un prêt (SGB V §220).

- **Lorsque des organismes de protection sociale peuvent enregistrer un déficit lors d'un exercice comptable, quel compte de dette ce déficit accroît-il : le compte de l'organisme ? le compte de l'État ? un autre compte ? Lorsque l'organisme a la faculté de recourir à l'emprunt sur plus d'un exercice, comment sa gestion est-elle encadrée ?**

Lorsqu'un organisme de protection sociale enregistre un déficit, le Bund vient combler ce déficit par un prêt à taux zéro (cf. supra) qui pèse donc sur le compte du Bund. Lorsqu'un organisme a recours à cet emprunt du Bund, cette dégradation financière est prise en compte dans le mécanisme de relèvement des cotisations sociales pour l'année suivante (cf. supra).

- **Existe-t-il un ou des réseaux spécifiques de recouvrement des cotisations sociales ou d'autres recettes finançant les dépenses de protection sociale ? Préciser les cas dans lesquels un même réseau assure le recouvrement de ressources bénéficiant à plusieurs organismes de protection sociale ? A contrario, les recettes de ces organismes sont-elles intégrées dans un circuit financier plus général (de l'État, des collectivités territoriales...) ?**

Concernant la collecte des cotisations sociales, c'est le centre de collecte « *Einzugsstelle* » de la caisse d'assurance-maladie compétente (choisie par le salarié) qui est chargée de collecter l'ensemble des cotisations sociales (assurance maladie, assurance-dépendance, assurance retraite et assurance chômage) auprès de l'employeur. Dans le cas particulier où l'activité exercée est un emploi dit « Mini-Job » (emploi soumis partiellement au paiement de sécurité sociale et dont la rémunération mensuelle est plafonnée à 450€), c'est la « *Mini-Job-Zentrale* » qui est compétente pour la collecte.

Les recettes de ces organismes bénéficient à ceux-ci et ne sont pas intégrées dans un circuit financier plus général.

⁷³ Du conseil d'administration pour l'Agence fédérale du travail.

⁷⁴ Dans le cas d'une prévision d'exécution budgétaire déséquilibrée de l'Agence fédérale du travail, celle-ci doit obtenir l'autorisation du BMAS qui décide en accord avec le BMF.

4. Les compétences des collectivités territoriales en matière de protection sociale

- **Préciser les cas dans lesquels la compétence de délivrance de prestations de protection sociale est déléguée à des collectivités territoriales (notamment dans le domaine des soins de santé). Ces autorités assurent-elles une simple gestion pour le compte de l'État, ou ces dépenses sont-elles retracées dans leurs budgets ? Existe-t-il un budget spécial des autorités locales pour leurs fonctions sanitaires et sociales ?**

D'une manière générale, la délivrance de prestation de protection sociale **au titre de l'aide sociale** relève de la compétence des communes (cf. réponse à la question 1).

La prise en charge de ces dépenses par le Bund (aide sociale vieillesse, aide sociale aux personnes dépendantes...) apparaît dans le budget des Länder : dépenses nulles ou bien montant de la dépense restée à la charge du Land (à l'exemple de l'aide sociale vieillesse prise en charge à hauteur de 75% en 2013 par le Bund). Les dépenses et recettes sont retracées dans les budgets des autorités locales compétentes (« *Bezirksamt* » pour les villes-États).

- **Préciser les mécanismes de péréquation financière liés à des opérations de protection sociale existant entre collectivités territoriales.**

Cf. réponse à la question 1 concernant les transactions croissantes du Bund en vue d'alléger le poids des dépenses sociales sur les communes.

- **De quel degré d'autonomie fiscale disposent les collectivités territoriales : leurs recettes découlent-elles exclusivement de transferts de l'État ? certains de ces transferts sont-ils exclusivement affectés à des opérations de protection sociale ? ou disposent-elles de ressources propres, dont elles peuvent relever les taux afin de couvrir leurs dépenses (sanitaires et sociales ? totales ?) ? Existe-t-il des règles budgétaires propres aux autorités locales ?**

Des précisions sur ces points sont demandées en particulier dans les cas italien et suédois.

Les communes disposent certes de l'autonomie administrative pour les affaires locales, mais sont soumises à la surveillance du Land, particulièrement stricte dans le domaine budgétaire. Chaque Land a promulgué un code municipal (*Gemeindeordnung*), dont une partie est consacrée aux règles qui s'imposent aux communes en matière budgétaire. Le budget communal doit être présenté en équilibre chaque année et est soumis à l'agrément du Land. Il doit être accompagné d'une planification financière sur cinq ans et du programme d'investissements⁷⁵.

Les communes disposent de ressources propres (principalement de la taxe professionnelle, la taxe foncière et la redevance audiovisuelle) et de recettes issues des impôts partagés avec le Bund et les Länder (la loi attribue ainsi 15% de l'impôt sur le revenu aux communes et 2% de la TVA). Elles sont aussi destinataires de transferts du Bund et Länder (cf supra) qui ont progressé ces dernières années en raison du poids des dépenses sociales (cf. question 1).

⁷⁵ Cf. note détaillée sur l'organisation budgétaire allemande 212-10 MKe.

ESPAGNE

L'organisation du financement du système de protection sociale

Préciser les responsabilités respectives des entités suivantes dans les différents segments de la protection sociale et les relations financières qui existent entre elles :

Le système espagnol présente une différence majeure par rapport à la France, les dépenses de santé étant intégralement décentralisées dans les communautés autonomes, elles n'entrent donc pas dans le périmètre de la sécurité sociale et leur financement ne relève pas des cotisations sociales.

L'État :

Il prend en charge la Sécurité sociale au sens strict, il couvre les risques suivant : la vieillesse, la retraite, les prestations chômage, les accidents de travail et maladies professionnelles. Plus spécifiquement, ces prestations sont gérées par des entités gestionnaires de services communs de sécurité sociale et des mutuelles placées sous la tutelle du Ministère de l'emploi et de la sécurité sociale et du Ministère de la Santé et des Affaires sociales.

1) Sous la tutelle du Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale :

L'Institut national de la sécurité sociale (INSS) est en charge de la gestion et l'administration des prestations économiques de sécurité sociale ; exception faite de celles gérées par l'Institut pour les Personnes âgées et les Services sociaux et des services pour lesquels les communautés autonomes sont compétentes.

L'Institut social de la marine est en charge de la gestion du régime de sécurité sociale spécifique aux travailleurs de la mer.

La Trésorerie générale de la sécurité sociale est en charge de la gestion des ressources économiques du système de sécurité sociale ; elle gère le patrimoine de la sécurité sociale et veille au respect des principes de solidarité financière et d'unicité de caisse.

La Gestion informatique de la sécurité sociale est en charge de l'informatisation des services de la sécurité sociale.

Le Service public pour l'emploi de l'État (SEPE) assure le versement des allocations chômage.

Les Mutuelles des accidents de travail et maladies professionnelles font partie des entités privées gérant des prestations de sécurités sociales. Constituées en associations d'entreprises à but non lucratif et placées sous la tutelle du ministère de l'emploi et de la sécurité sociale, elles assurent les prestations économiques en lien avec les accidents de travail et les maladies professionnelles. Ces mutuelles couvrent le personnel des entreprises qui les préfèrent à la sécurité sociale. Les travailleurs autonomes peuvent également choisir de se placer sous la couverture de ces mutuelles. Leur administration économique dépend du budget général de l'État et leurs comptes sont annuellement audités par leur ministère de tutelle. Tout résultat excédentaire est reversé à la sécurité sociale.

2) Sous la tutelle du Ministère de la Santé et des Affaires sociales :

L'Institut pour les Personnes âgées et les Services sociaux (IMSERSO) gère les services sociaux complémentaires du système de la Sécurité sociale ainsi que la politique d'assistance aux personnes âgées en situation de dépendance, en complément des services exercés par les Communautés autonomes.

L'Institut national de gestion de la santé (INGESA) est en charge de la gestion des prestations de santé dans les villes autonomes de Ceuta et de Melilla (qui ne disposent pas des compétences en la matière). Elle détient au nom de l'État, la compétence exclusive de la coordination générale des services de santé, de la législation sur les produits pharmaceutiques et du contrôle sanitaire aux frontières.

Service économique régional de Madrid
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

3) Autres

L'État central participe également au financement de prestations sociales assurées par les autres collectivités locales. C'est notamment le cas de la politique active de l'emploi, compétence à part entière des communautés autonomes. Depuis 2013, ce financement est partiellement conditionné (à hauteur de 40% des dotations cette année) aux bons résultats des communautés ; invitation du Gouvernement central à une meilleure application par ces dernières des priorités définies à l'échelle nationale.

Les collectivités territoriales :

L'article 148 de la constitution espagnole fixe une liste de domaines dans lesquels les Communautés autonomes peuvent exercer des compétences ; l'État peut en outre leur transférer ou leur déléguer certaines de ses compétences propres. Ces transferts s'effectuent de manière bilatérale avec chaque communauté en modifiant son statut, ce qui entraîne une certaine hétérogénéité dans les compétences exercées par chacune d'entre-elles. Néanmoins, certaines compétences ont été transférées à l'ensemble des communautés autonomes comme la formation professionnelle continue, les politiques actives de l'emploi et la santé. Le tableau ci-dessous retrace la date des transferts de compétences générales en matière de sécurité sociale.

Compétences	Communautés disposant de compétences en matière de santé depuis 2001										Communautés disposant de compétences en matières de santé avant 2001						
	Aragon	Asturies	Baléares	Cantabrie	Castilla y Leon	Castilla-La Mancha	Estrémadure	Madrid	Murcie	La Rioja	Andalousie	Canaries	Catalogne	Galice	Navarre	Valence	Pays Basque
Institut national de santé	2001	2001	2001	2001	2001	2001	2001	2001	2001	2001	1987	1979	1981	1985	1986	1982	1979
Formation professionnelle continue	1998	1999	1998	1998	1999	1998	1997	1998	1999	1998	1993	1994	1991	1993	1997	1992	2010
Politiques actives de l'emploi	2002	2000	2001	2001	2001	2002	2001	1999	2003	2001	2003	1999	1999	1997	1999	1998	2010
Institut social de la Marine - assistance sanitaire		2005	2007	2006					2008		2004	1996	1997	1996		1996	1996
Institut social de la Marine - services sociaux		2005	2007	2006					2008		2005	1998	1998	1999		1999	1998
Institut social de la Marine - emploi et formation		2005	2007	2006					2008		2005		1998	2006		1999	2010
Application de la législation sur les produits pharmaceutiques	1999	1999	1999	2006	1998		2003		2001	2000		1996	1997	1997	1997	1999	
Formation professionnelle pour l'emploi	2010	2006	2006	2006	2006		2010		2008	2006	2005	2010	2006	2006			2010
Assurance scolaire	2006	2008	2006	2008		2006	2006					2010					
Santé pénitentiaire													1983				2011
Inspection du travail et de la sécurité sociale													2010				2011
Bourses et aides aux études																	1985

Les autres entités locales (communes, provinces) disposent d'une part de compétences propres attribuées par la loi (titre 2 chapitre 2 de la loi 7/1985 du 2 avril pour les communes, titre 3 chapitre 2 de cette même loi pour les provinces), et d'autre part de compétences déléguées par l'État ou les communautés autonomes, à condition que cette délégation conduise à améliorer l'efficacité de la gestion publique, contribue à éliminer les doublons administratifs et participe à la stabilité budgétaire et de la soutenabilité financière (conditions introduites récemment par la loi du 27 décembre 2013 de rationalisation et de soutenabilité de l'administration locale).

Les transferts de compétences de la sécurité sociale aux communautés autonomes ont été pris en compte dans leur système de financement général.

Pendant une période transitoire 2002-2009 suivant le transfert effectif des compétences de gestion des services de santé à toutes les communautés, le financement de ces services de santé était intégré dans le système global de financement de ces entités locales mais avec des garanties sur le niveau des ressources allouées.

Depuis 2009, la garantie de financement des services de santé a disparu et est intégrée dans un dispositif plus large de garantie de financement de l'ensemble des compétences transférées avant 2009.

Les concours financiers associés au financement des transferts de compétences de la sécurité sociale aux communautés autonomes entre 2000 et 2013 peuvent être résumés de la manière suivante :

Service économique régional de Madrid
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	A partir de 2009
Financement des transferts de compétences de la sécurité sociale	15 300,6	16 414,1	<i>intégré dans le système global de financement des communautés autonomes</i>							
dont Institut national de santé (INSALUD)	14 498,5	15 597,7	28 662,9							
<i>dont Catalogne</i>	4 261,0	4 580,4	4 860,0							
<i>dont Galice</i>	1 812,9	1 949,5	2 100,3							
<i>dont Andalousie</i>	4 719,4	5 087,5	5 401,2							
<i>dont Asturies</i>			901,6							
<i>dont Cantabrie</i>			492,4							
<i>dont La Rioja</i>			244,5							
<i>dont Murcie</i>			835,6							
<i>dont communauté de Valence</i>	2 653,5	2 852,1	3 046,0							
<i>dont Aragon</i>			986,3							
<i>dont Castilla-La Mancha</i>			1 339,8							
<i>dont Canaries</i>	1 051,7	1 128,2	1 274,1							
<i>dont Estrémadure</i>			839,5							
<i>dont Baléares</i>			612,1							
<i>dont Madrid</i>			3 788,0							
<i>dont Castilla y Leon</i>			1 941,6							
dont IMSERSO	755,9	769,4	<i>intégré dans le système global de financement des communautés autonomes</i>							
dont Institut social de la Marine	46,2	47,1	48,5	49,9	52,1	52,1	49,8	47,6	53,8	<i>intégré au système de financement</i>
<i>dont Catalogne</i>	2,5	2,6	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	
<i>dont Galice</i>	33,2	33,8	34,9	36,0	37,7	37,7	35,9	33,3	39,1	
<i>dont communauté de Valence</i>	5,6	5,7	5,8	5,9	6,1	6,1	5,9	6,2	6,3	
<i>dont Canaries</i>	5,0	5,1	5,2	5,4	5,5	5,6	5,3	5,5	5,9	
<i>dont Aragon</i>										
Garantie de financement des services de santé			208,8	224,1	592,8	143,2	14,0	62,0	500,0	<i>intégré au fonds de garantie</i>
<i>dont Catalogne</i>			35,4	35,8	73,1	0,0	0,0	0,0	78,2	
<i>dont Galice</i>			36,8	54,0	107,1	32,7	0,0	0,0	55,4	
<i>dont Andalousie</i>			19,8	0,0	64,8	0,0	0,0	0,0	110,9	
<i>dont Asturies</i>			14,4	22,8	55,3	36,0	0,0	10,8	24,1	
<i>dont Cantabrie</i>			0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	9,5	
<i>dont La Rioja</i>			5,3	3,0	5,4	0,0	0,0	0,0	4,2	
<i>dont Murcie</i>			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	
<i>dont communauté de Valence</i>			2,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	49,7	
<i>dont Aragon</i>			10,8	11,9	30,4	0,0	0,0	0,0	18,4	
<i>dont Castilla-La Mancha</i>			7,4	1,9	17,3	0,0	0,0	0,0	20,9	
<i>dont Canaries</i>			0,0	5,6	53,1	0,0	0,0	0,0	28,8	
<i>dont Estrémadure</i>			12,6	16,1	40,6	8,6	0,0	0,0	22,1	
<i>dont Baléares</i>			24,3	23,0	38,7	25,9	14,0	51,2	19,4	
<i>dont Madrid</i>			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<i>dont Castilla y Leon</i>			40,1	50,0	99,3	39,9	0,0	0,0	48,5	
Ressources additionnelles pour financer la santé							832,0	910,8	1 099,4	<i>intégré au système de financement</i>
<i>Financement complémentaire</i>							500,0	600,0	600,0	
<i>Dotation "insularité"</i>							55,0	55,0	55,0	
<i>Résidents étrangers</i>							260,1	255,8	444,4	
<i>Plan qualité</i>							16,9	0,0	0,0	
			Financements nouveaux au titre du transfert des services de santé							
			Transfert de compétences au titre de la prise en charge des résidents étrangers							

Les entités locales (EELL), communes, communautés de communes et provinces disposent de compétences définies dans la loi de régulation des bases du régime local (LRBRL). Parmi les compétences propres⁷⁶, exercées en autonomies, dont peuvent disposer les EELL figurent la protection de la salubrité publique, la participation de la gestion des soins de santé primaires, prestation de services publics et de réinsertion sociale. Les EELL disposent également des compétences attribuées qu'elles exercent selon les termes de la délégation (incluant notamment un contrôle d'opportunité).

Néanmoins, suite à l'adoption de la loi du 27 décembre 2013 sur la rationalisation et la soutenabilité de l'administration locale, les EELL vont progressivement perdre leurs compétences propres en matière de gestion des soins de santé primaires. En cinq ans, les EELL cèderont la gestion de ces compétences de manière graduelle aux communautés autonomes. La loi précise que ce transfert de compétences ne pourra pas s'accompagner d'une hausse des dépenses à l'échelle de l'ensemble des administrations. Les communautés autonomes conservent néanmoins la possibilité de déléguer ces compétences aux EELL. Les compétences en matière de prestation de services publics et de réinsertion sociale seront également cédées aux CCAA d'ici fin 2015.

Les entités distinctes des précédents gérants à titre obligatoire des couvertures contre certains risques de la protection sociale (cas notamment des régimes de protection sociale disposant d'une autonomie financière) ;

Les organismes dispensateurs de couvertures complémentaires, à titre facultatif.

La Loi sur les contrats d'assurance précise les différents régimes d'assurance en lien avec la santé (Articles 105 et 106)

⁷⁶ L'exercice ou non de ces compétences par les EELL est précisé par la loi (Étatique ou la législation des communautés autonomes).

Règles et pratiques budgétaires dans le domaine de la protection sociale

Existe-t-il un document, diffusé dans le cadre du processus budgétaire interne, récapitulant l'ensemble des dépenses engagées et des recettes au titre de dispositifs de protection sociale (par exemple au sens du système européen Sespros de statistiques sur la protection sociale), ou sur un sous-ensemble suffisamment large (tel que les administrations de sécurité sociale au sens des comptes nationaux), sur le passé et/ou en prévision à court-moyen terme ? Ce document a-t-il valeur informative ? normative ? Est-il articulé avec les engagements pris, le cas échéant, par le pays considéré auprès de ses partenaires européens dans le cadre de la surveillance mutuelle des finances publiques ?

L'intervention générale de l'État (IGAE)⁷⁷, publie les comptes des administrations de sécurité sociale à un rythme mensuel (avec un délai de trois mois) en reprenant la classification de la comptabilité nationale. Ces documents rétrospectifs ont une valeur informative, le budget de chacune des composantes de la sécurité sociale est liquidé par chacune des administrations qui en ont la charge (la liquidation des comptes des services étatiques de la sécurité sociale de l'année n est opérée en fin d'année n+1).

Le Ministère espagnol de l'Emploi et de la Sécurité sociale publie des données mensuelles sur l'exécution budgétaire de la sécurité sociale (au sens restreint, des services gérés par l'État central) avec le détail des comptes des entités gestionnaires de services communs de sécurité sociale et des mutuelles. Il publie par ailleurs les comptes intégrés de la sécurité sociale, au sens du système européen Sespros, avec un retard de deux ans⁷⁸.

Le budget de l'État retrace-t-il l'ensemble des dépenses et recettes des organismes mettant en œuvre les dispositifs de protection sociale ? ou seulement les transferts consolidés avec ces organismes (leurs recettes propres et leurs dépenses étant alors hors budget) ? Existe-il des comptes spécifiques relatifs à des opérations de protection sociale au sein du budget de l'État (du type des comptes d'affectation spéciale ou des budgets annexes dans les lois de finances françaises) ?

Le budget de la sécurité sociale est intégré dans la loi de finances (*Presupuestos generales del Estado*). Le ministère de l'Emploi et de la sécurité sociale, sur la base des avant-projets préparés par les entités de gestion de la sécurité sociale, élabore le projet de budget de la sécurité sociale, qui après avis des ministères de l'Économie et du Budget, est intégré dans le projet de budget général de l'État (loi de finances). Le projet de loi de finances est ensuite soumis à l'examen et à l'approbation du Parlement. Le budget de l'État retrace les dépenses et recettes des grands organismes mettant en œuvre les dispositifs de protection sociale selon une ventilation par nature (*cf tableau ci-dessous*).

⁷⁷ <http://www.igae.pap.minhap.gob.es/sitios/igae/es-ES/ContabilidadNacional/infadmPublicas/infadmseguridadsocial/Paginas/AdministracionesSeguridadSocial.aspx>

⁷⁸ <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ANUARIO2012/CPS/index.htm>

Service économique régional de Madrid
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

Budget de la sécurité sociale de 2014 (milliers d'euros)

DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE						
		INGESA	IMRSO	Autres entités	Mutuelles	Total
Dépenses non financières		222 900,84	3 708 609,00	119 860 565,44	9 407 568,60	133 199 643,88
OPERATIONS COURANTES	Dépenses de personnel (chapitre 1)	124 479,7	83 223,9	1 173 016,4	945 838,2	2 326 558,2
	Dépenses de fonctionnement (chapitre 2)	51 798,2	166 845,1	459 345,8	896 976,9	1 574 966,0
	Frais financiers (chapitre 3)	65,8	250,0	13 967,4	1 816,2	16 099,4
	Transferts courants (chapitre 4)	35 365,9	3 452 165,0	118 056 027,0	6 924 761,0	128 468 318,9
OPERATIONS DE CAPITAL	Investissements (chapitre 6)	11 191,2	6 125,0	143 208,9	49 913,5	210 438,6
	Transferts en capital (chapitre 7)	0,0	0,0	15 000,0	588 262,8	603 262,8
Dépenses financières		447,5	1 155,0	518 834,7	1 864 072,8	2 384 509,9
OPERATIONS FINANCIERES	Actifs financiers (chapitre 8)	447,5	1 155,0	518 804,2	1 864 055,0	2 384 461,7
	Passifs financiers (chapitre 9)	0,0	0,0	30,5	17,8	48,3
Dépenses totales		223 348,3	3 709 764,0	120 379 400,1	11 271 641,4	135 584 153,8
RECETTES DE LA SECURITE SOCIALE						
		INGESA	IMRSO	Autres entités	Mutuelles	Total
Ressources non financières		222 900,9	3 680 694,1	109 343 084,4	10 208 059,4	123 454 738,7
OPERATIONS COURANTES	Cotisations sociales (chapitre 1)	0,0	0,0	93 089 269,0	9 750 650,0	102 839 919,0
	Taxes et autres ressources (chapitre 3)	0,0	3 580,0	1 103 657,9	219 753,2	1 326 991,1
	Transferts courants (chapitre 4)	211 709,7	3 670 989,1	12 242 070,3	65 288,0	16 190 057,1
OPERATIONS DE CAPITAL	Ressources patrimoniales (chapitre 5)	0,0	0,0	2 319 312,8	156 339,7	2 475 652,5
	Ressources en capital (chapters 6 et 7)	11 191,2	6 125,0	588 774,4	16 028,4	622 119,0
Ressources financières		447,5	29 070,2	11 036 316,0	1 063 582,0	12 129 415,7
OPERATIONS FINANCIERES	Actifs financiers (chapitre 8)	447,5	29 070,2	11 036 316,0	1 061 282,0	12 127 115,7
	Passifs financiers (chapitre 9)	0,0	0,0	0,0	2 300,0	2 300,0
Ressources totales		223 348,3	3 709 764,3	120 379 400,4	11 271 641,4	135 584 154,4
FINANCEMENT DES DESEQUILIBRES						
Balances		INGESA	IMRSO	Autres entités	Mutuelles	Total
solde des opérations courantes		0,0	-27 915,2	-10 948 046,7	1 422 638,6	-9 553 323,3
solde des opérations de capital		0,0	0,0	430 565,5	-622 147,8	-191 582,4
solde des opérations financières		0,0	27 915,2	10 517 481,3	-800 490,7	9 744 905,7
total		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Service économique régional de Madrid
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

Budget des services liés à l'emploi de 2014 (milliers d'euros)

DEPENSES DES SERVICES LIES A L'EMPLPOI					
		SEPE	FGS	INSHT	total
Dépenses non financières		33 916 026,20	1 375 499,50	26 003,30	35 317 529,00
OPERATIONS COURANTES	Dépenses de personnel (chapitre 1)	284 656,0	13 777,3	17 390,2	315 823,5
	Dépenses de fonctionnement (chapitre 2)	85 334,9	11 822,3	7 051,6	104 208,8
	Frais financiers (chapitre 3)	239,8	687,4	0,5	927,7
	Transferts courants (chapitre 4)	33 531 363,0	1 348 000,0	635,9	34 879 998,9
OPERATIONS DE CAPITAL	Investissements (chapitre 6)	14 263,9	1 212,5	925,1	16 401,5
	Transferts en capital (chapitre 7)	168,7	0,0	0,0	168,7
Dépenses financières		794,0	147,1	86,7	1 027,8
OPERATIONS FINANCIERES	Actifs financiers (chapitre 8)	794,0	147,1	86,7	1 027,8
	Passifs financiers (chapitre 9)	0,0	0,0	0,0	0,0
Dépenses totales		33 916 820,2	1 375 646,6	26 090,0	35 318 556,8

RECETTES DES SERVICES LIES A L'EMPLPOI					
		SEPE	FGS	INSHT	total
Ressources non financières		33 916 026,2	590 059,7	24 503,3	34 530 589,2
OPERATIONS COURANTES	Cotisations sociales (chapitre 1)	18 578 197,3	460 000,0		19 038 197,3
	Taxes et autres ressources (chapitre 3)	235 689,2	92 473,5	1 923,0	330 085,7
	Transferts courants (chapitre 4)	15 087 609,1		21 652,7	15 109 261,8
OPERATIONS DE CAPITAL	Ressources patrimoniales (chapitre 5)	98,1	35 586,3	2,5	35 686,8
	Cession d'investissements réels (chapitre 6)	3 001,8	2 000,0		5 001,8
	Transferts en capital (chapitre 7)	11 430,8		925,1	12 355,9
Ressources financières		794,0	785 586,9	1 586,7	787 967,6
OPERATIONS FINANCIERES	Actifs financiers (chapitre 8)	794,0	785 586,9	1 586,7	787 967,6
	Passifs financiers (chapitre 9)				
Ressources totales		223 348,3	3 709 764,3	#####	11 271 641,4

FINANCEMENT DES DESEQUILIBRES				
Balances	SEPE	FGS	INSHT	total
solde des opérations courantes	-98,1	-821 813,5	-1 502,6	-823 414,2
solde des opérations de capital	98,1	36 373,8	2,5	36 474,3
solde des opérations financières	0,0	785 439,8	1 500,0	786 939,8
total	0,0	0,0	0,0	0,0

SEPE: Service public de l'emploi FGS: Fonds de garantie salariale INSHT: Institut national de la santé et de la sécurité au travail

Les dépenses de santé, directement gérées par les communautés autonomes ne figurent donc pas dans ce document. Par ailleurs, il ne semble pas exister de compte spécifique, relatif à des opérations de protection sociale, similaire aux budgets annexes français.

Comment s'opère l'ajustement des prévisions de dépenses de protection sociale (notamment lorsqu'elles s'inscrivent dans un cadre budgétaire limitatif) aux dépenses effectives (dérivant généralement de droits objectifs ouverts) ? Identifier les cas dans lesquels les transferts du budget de l'État ont pour objet d'assurer l'équilibre de régimes de protection sociale, et sont exactement calibrés à cet effet. En particulier, une analyse précise des relations financières entre les caisses d'assurance maladie et l'État en Allemagne est demandé.

Concernant le budget de la sécurité sociale, la majorité des crédits (les prestations sociales qui représentent 95% des dépenses) sont évaluatifs. Il n'existe pas de mécanisme automatique de régulation des dépenses ; l'ajustement porte alors sur l'État central qui voit son objectif de déficit réduit à due concurrence du dérapage des administrations de sécurité sociale. En 2013, 4,4 Md€ supplémentaires ont été ouverts à ce titre au cours de l'exercice (décret-loi royal 10/2013 du 26 juillet), ce qui a conduit à un rebasage à due concurrence des crédits dans le projet de loi de finances pour 2014.

Les crédits dédiés aux prestations chômage ont un caractère limitatif ce qui nécessite des ajustements en gestion en cas d'insuffisance des crédits. Dans ce cas également, l'État a effectué un transfert calibré afin d'assurer l'équilibre du Service public pour l'emploi, opérateur de l'État en charge de la gestion des prestations chômage. Il s'autofinçait jusqu'en 2007 grâce aux cotisations sociales

Service économique régional de Madrid

Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

acquittées au titre de la protection de l'emploi par les employeurs et les salariés, mais requiert aujourd'hui un financement important de l'État, qui supporte de fait les dérapages financiers associés à l'augmentation très rapide du nombre de demandeurs d'emploi depuis le début de la crise.⁷⁹

De manière générale, la gouvernance des finances sociales s'inscrit dans le cadre global de la gouvernance des finances publiques qui a été profondément réformée par la loi organique 2/2012 du 27 avril de stabilité budgétaire et de soutenabilité financière. Cette loi impose aux administrations de sécurité sociale (au sens de la comptabilité nationale) de maintenir leurs comptes à l'équilibre ou en excédent. De manière exceptionnelle, un déficit structurel est autorisé, dans les limites prévues par la législation encadrant le fonds de réserve de la sécurité sociale (*cf.* question suivante).

Comment les cycles conjoncturels sont-ils pris en compte dans l'attribution de ressources (et éventuellement dans la prévision des dépenses) afférentes à la couverture des risques de la protection sociale ? Existe-t-il des mécanismes explicites de solidarité financière entre l'État et les régimes de protection sociale, tels que des fonds d'intervention conjoncturelle ?

Le mécanisme mis en place pour traiter les situations de déséquilibre consiste en la constitution d'un fonds de réserve de la sécurité sociale afin de lisser dans le temps les effets sur les comptes sociaux des chocs conjoncturels (capitalisation des excédents lorsque la conjoncture est favorable pour financer les désajustements en période de crise). Ce dispositif est régulé par la loi 28/2003, du 29 septembre, relative au fonds de réserve de la sécurité sociale qui fixe de manière précise ses modalités de fonctionnement :

- Les excédents de recettes dédiées au financement des prestations contributives et des dépenses nécessaires à leur gestion sont destinés en priorité et en majorité au fonds de réserve de la sécurité sociale, dès lors que la situation financière de la sécurité sociale le permet.
- De même, les excédents dégagés par la gestion des accidents du travail et maladies professionnelles et des incapacités temporaires de travail sont destinés à alimenter le fonds de réserve de la sécurité sociale.
- C'est au Gouvernement qu'il revient d'arrêter, pour chaque exercice, le montant de la dotation au fonds de réserve de la sécurité sociale (accord en Conseil des ministres sur proposition conjointe des ministres de l'Emploi, de la Santé et des affaires sociales, du Budget et de l'Économie).
- Les intérêts financiers résultant de la gestion des actifs du fonds de réserve sont intégrés automatiquement aux dotations du fonds.
- L'utilisation du fonds de réserve est exclusivement réservé au financement des pensions contributives (et des dépenses nécessaires à leur gestion), et uniquement en cas de déficit structurel des opérations non financières de la sécurité sociale ; la mobilisation du fonds de réserve ne peut en tout état de cause excéder chaque année 3% du montant des pensions contributives et nécessite un accord en Conseil des ministres, sur proposition conjointe des ministres de l'Emploi, de la Santé et des affaires sociales, du Budget et de l'Économie.

Le fonds de réserve de la sécurité sociale a été doté progressivement entre 2000 et 2010, il atteignait 66,8 Md€ fin 2011. Pour faire face à l'ampleur des difficultés financières rencontrées par la sécurité sociale en raison de la durée et de la profondeur de la crise et assurer le financement des pensions, le décret-loi royal 28/2012 du 30 novembre de mesures de consolidation et de garantie du système de sécurité sociale suspend pour les années 2012, 2013 et 2014 l'application de la limite posée par la loi 28/2003 en matière d'utilisation du fonds de réserve de la sécurité sociale : sur cette période le Gouvernement peut disposer du fonds de réserve de la sécurité sociale en fonction des besoins de chaque exercice, et dans la limite du montant du déficit budgétaire des entités gestionnaires de services communs de la sécurité sociale. En 2012-2013, 18,6 Md€ ont ainsi été mobilisés pour financer le déséquilibre des comptes sociaux. Fin 2013, le fonds de réserve atteignait 53,7 Md€.

⁷⁹ Le nombre de demandeurs d'emploi a été multiplié par 3 en Espagne entre fin 2007 et fin 2013, le taux de chômage passant de 8,6% à 26% en 6 ans.

Évolution des ressources du fonds de réserve de la sécurité sociale

Données cumulées en M€	2000-2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dotations	25 198	32 740	41 150	50 670	50 750	52 559	52 782	53 008	53 205
Accord en Conseil des ministres	25 173	32 673	40 973	50 373	50 373	52 113	52 113	52 113	52 113
Excédents AT-MP	25	67	177	297	377	446	669	895	1 092
Mobilisation du fonds de réserve								-7 003	-18 651
Intérêts financiers	1 987	3 139	4 566	6 553	9 272	11 816	14 033	17 003	19 190
Intérêts financiers	2 065	3 255	4 729	6 787	9 690	12 352	14 718	17 922	20 232
Ajustements pour amortissement / gestion des actifs	-78	-116	-163	-234	-418	-536	-685	-919	-1 042
TOTAL	27 185	35 879	45 716	57 223	60 022	64 375	66 815	63 008	53 744

Existe-t-il des mécanismes de lissage à long terme des trajectoires des dépenses et des recettes afférentes à certains risques de la protection sociale, notamment tenant compte des tendances démographiques (du type « Fonds de réserve des retraites ») ?

Outre le fonds de réserve côté recettes, l'Espagne a récemment adopté un système de lissage des dépenses de retraites pour contenir la hausse des dépenses liées à l'augmentation de l'espérance de vie. Fin 2013, le Parlement espagnol a adopté la loi 23/2013 introduisant un facteur de soutenabilité dans le calcul des pensions initiales ainsi qu'une nouvelle méthode de revalorisation annuelle. Cette nouvelle réforme, ambitieuse et technique, permet d'assurer, de façon presque mécanique, la soutenabilité de ce système par répartition.

- Le premier volet du projet de loi, qui s'applique en 2014, abolit l'indexation des pensions à l'inflation. Le rythme de revalorisation sera dorénavant calculé⁸⁰ comme la différence entre la croissance des recettes de la sécurité sociale⁸¹ et la croissance de l'ensemble des pensions versées⁸², et ajusté du solde financier du système de retraite (minoration en cas de déficit). Pour éviter tout emballement de ce mécanisme, le Gouvernement a cependant fixé des bornes à ce facteur de revalorisation annuelle : elle sera au moins de +0,25% et au plus égale à l'inflation majorée de 0,5 point.

Le second volet, qui entrera en vigueur en 2019, instaure un nouveau mode de calcul de la liquidation *initiale* des pensions, avec l'introduction d'un facteur de soutenabilité tenant compte des contraintes démographiques. Il sera ainsi appliqué au montant initial des pensions un taux de réduction proportionnel à l'augmentation de l'espérance de vie⁸³. Ce paramètre vise à ce que, aux revalorisations près, le montant théorique touché pendant la retraite (la pension initiale multipliée par l'espérance de vie à l'âge du départ à la retraite) reste constant au fil des générations. Il n'implique pas nécessairement une baisse des pensions, mais plutôt une modération d'autres facteurs haussiers, tels que l'augmentation des salaires ou du nombre d'années cotisées. Etant données les perspectives démographiques le taux de remplacement espagnol devrait ainsi diminuer, d'environ 12% d'ici 2024.

⁸⁰ Les calculs seront lissés sur une période d'observation de 11 ans, dont 6 années prospectives s'appuyant sur les prévisions macroéconomiques fournies par le ministère de l'économie, ce qui constitue sans doute un point de fragilité du système.

⁸¹ Qui reflète en partie l'évolution des prix.

⁸² Croissance liée à l'augmentation du nombre de retraités et au niveau plus élevé des pensions des nouveaux arrivants.

⁸³ Estimé de l'ordre de -0,4 à -0,7% par an.

L'autonomie financière des organismes de protection sociale

Remarque : on entend ici par « organismes de protection sociale » des entités distinctes de l'État et des collectivités territoriales qui gèrent des dispositifs de couverture obligatoires contre des risques de la protection sociale.

Décrire la nature des recettes finançant les dépenses de protection sociale : ces recettes sont-elles des recettes publiques spécifiquement et/ou exclusivement affectées au financement d'un ou de plusieurs risques sociaux ? Existe-t-il une distinction juridique entre « cotisations sociales » et « recettes fiscales » ? En cas de recettes intégralement affectées au financement d'un ou plusieurs risques de protection sociale, l'entité affectataire peut-elle déterminer l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement ? a contrario, dans le cas où les recettes ne sont ni affectées, ni exclusives, ni propres, décrire le dispositif retenu (financement d'un ensemble de dépenses par un ensemble de recettes par exemple) ?

L'ensemble des cotisations sociales sont reversées à la sécurité sociale et aux autres services étatiques liés à l'emploi. Elles constituent l'essentiel des ressources non financières de la sécurité sociale (83,3%) devant les transferts entre administrations publiques 13,6% ; dont 3,1% de transferts internes à la sécurité sociale (Cf. *Tableau ci-dessus budget 2014*). En revanche, les cotisations sociales constituent une part plus modeste du financement de services étatiques liés à l'emploi (55%), le reste étant financé par des transferts entre administrations (44%) et des taxes et autres ressources. Les communautés autonomes et les entités locales établissent librement leur budget en fonction de leurs ressources (le fonds de suffisance global couvre la différence entre les besoins de financement de chaque communauté et leur capacité fiscale sur les dépenses liées à leurs compétences propres.)

Existe-t-il des règles prévoyant les dispositions portant tant sur les dépenses que sur les recettes que doivent prendre les organismes chargés de la mise en œuvre de dispositifs de protection sociale en cas de prévision d'exécution budgétaire déséquilibrée ?

Le budget de la sécurité sociale est présenté en équilibre en incluant les transferts financiers nécessaires à la résorption du déséquilibre des opérations courantes et de capital.

Certains organismes sont-ils soumis à des contraintes portant sur leur trésorerie (du type plafond de découvert) ou sur leurs soldes comptables (telles qu'une interdiction du déficit) ?

Lorsque des organismes de protection sociale peuvent enregistrer un déficit lors d'un exercice comptable, quel compte de dette ce déficit accroît-il : le compte de l'organisme ? le compte de l'État ? Un autre compte ? Lorsque l'organisme a la faculté de recourir à l'emprunt sur plus d'un exercice, comment sa gestion est-elle encadrée ?

L'état central assurant l'ajustement des comptes de la sécurité sociale, c'est sur la dette de ce dernier que, le cas échéant, porte le déficit de la sécurité sociale. Si les prestations de sécurité sociale génèrent un déficit au sein des communautés autonomes et des entités locales ce déficit nourrit la dette de ces dernières.

**Service économique régional de Madrid
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France**

Existe-t-il un ou des réseaux spécifiques de recouvrement des cotisations sociales ou d'autres recettes finançant les dépenses de protection sociale ? Préciser les cas dans lesquels un même réseau assure le recouvrement de ressources bénéficiant à plusieurs organismes de protection sociale ? A contrario, les recettes de ces organismes sont-elles intégrées dans un circuit financier plus général (de l'État, des collectivités territoriales...) ?

C'est la Trésorerie Générale de la Sécurité Sociale qui est en charge du recouvrement des cotisations sociales. L'État assure la majeure partie du recouvrement des impôts via l'*Agencia Tributaria* (IS, IRPF, TVA, impôt sur les non-résidents et impôt spéciaux). Les CCAA sont néanmoins en charge de la gestion et du recouvrement d'une partie des impôts intégralement cédés par l'État : impôt sur les transmissions patrimoniales et les actes juridiques, impôt sur les successions et les donations, impôt sur le patrimoine, impôt sur les jeux et taxes affectées aux compétences transférées. Certaines communautés ont à cette fin créé des agences fiscales régionales.

Les compétences des collectivités territoriales en matière de protection sociale

Préciser les cas dans lesquels la compétence de délivrance de prestations de protection sociale est déléguée à des collectivités territoriales (notamment dans le domaine des soins de santé).

CF Question initiale sur l'organisation du système de protection sociale

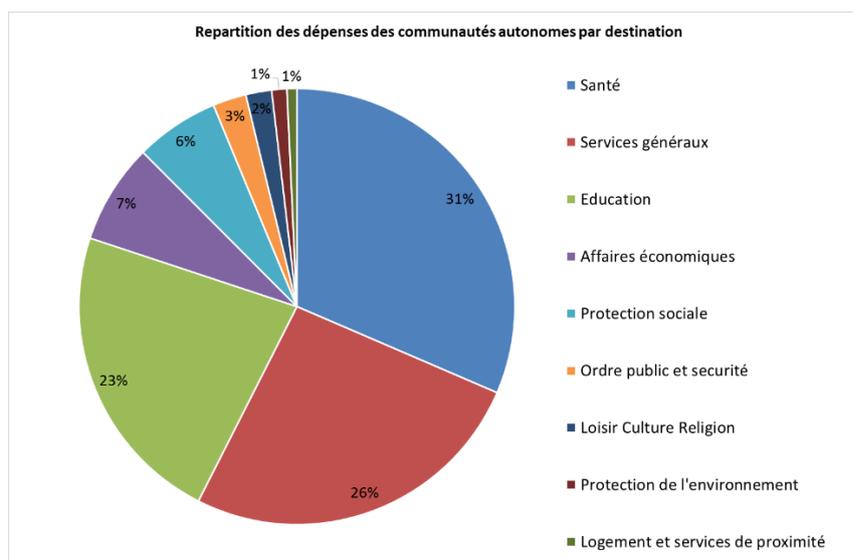
Les communautés Autonomes bénéficient de compétences très larges en matière de prestations sociales et de santé. Ces compétences sont en partie encadrée par l'État central qui définit la législation basique ainsi que le régime économique de la Sécurité Sociale (Art 149, 1, 17 de la Constitution). Toutefois la loi générale de la santé de 1986, qui constitue cette législation basique, précise que les communautés autonomes peuvent développer des normes d'applications complémentaires de la norme fixée par l'État.

Ces autorités assurent-elles une simple gestion pour le compte de l'État, ou ces dépenses sont-elles retracées dans leurs budgets ? Existe-t-il un budget spécial des autorités locales pour leurs fonctions sanitaires et sociales ?

Dans les domaines non-économiques de la Sécurité Sociale, l'État pose les normes de bases et les CCAA peuvent ensuite développer des normes et directives complémentaires et peuvent aussi gérer les services administratifs. La loi garantit le principe d'égalité afin qu'il n'y ait pas de différences de traitements entre régions et c'est à l'État que revient la charge d'en contrôler la pratique. Dans ces limites, les communautés autonomes gèrent le système de santé dans leur territoire et définissent son organisation et le budget afférant. Il existe ainsi différents modèles de système de santé selon les CCAA.

Les données financières de chaque collectivité territoriales sont transmises au ministère du Budget et des administrations publiques qui procède ensuite à une consolidation. Chaque communauté élabore et présente son projet de budget selon un modèle propre. En 2012, les dépenses des communautés autonomes et des collectivités locales se répartissent par grands domaines de compétences de la manière suivante :

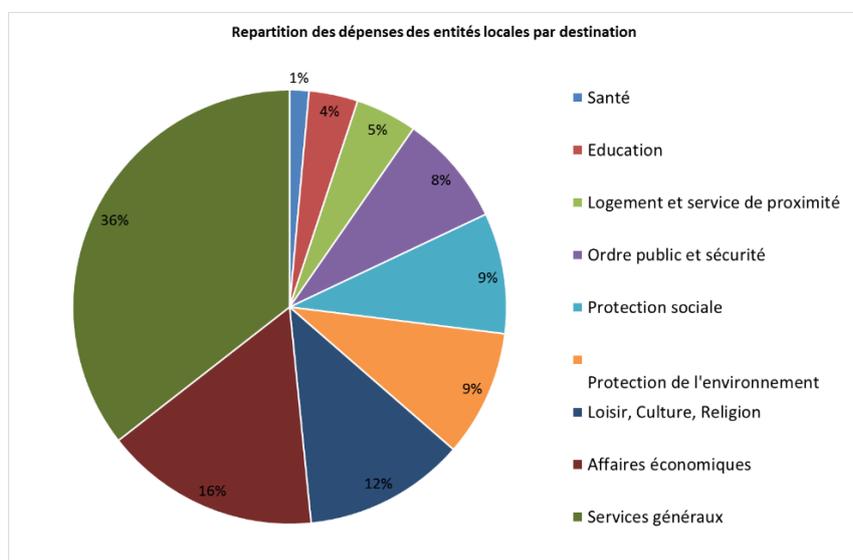
Service économique régional de Madrid
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France



Source : classification fonctionnelle des dépenses publiques au sens de la comptabilité nationale, 2012 (dernières données disponibles)

- Communautés autonomes :

<http://www.igae.pap.meh.es/sitios/igae/es-ES/ContabilidadNacional/infadmPublicas/infadmcomunidadesa autonomas/Paginas/iacofog.aspx>



- Collectivités locales :

<http://www.igae.pap.meh.es/sitios/igae/es-ES/ContabilidadNacional/infadmcorporacioneslocales/Paginas/iacofog.aspx>

Préciser les mécanismes de péréquation financière liés à des opérations de protection sociale existant entre collectivités territoriales.

Depuis la réforme du financement des collectivités locales en 2009, le fonds de garantie des services publics assure un niveau de ressources par habitant identique pour chaque communauté autonome dans la prestation de services publics fondamentaux. Ce fonds est financé par chacune des communautés qui apportent 75% des recettes fiscales cédées totalement ou partiellement par l'État (leur « capacité fiscale »⁸⁴) et par un apport complémentaire de l'État. Chaque communauté autonome du régime commun dispose ensuite d'un pourcentage de ce fonds, calculé en fonction d'un indice dit de « population ajustée », qui tient compte du nombre d'habitants de la communauté, de sa superficie, de la dispersion de la population sur le territoire, de son caractère insulaire ou non et de la part des publics fragiles au sein de sa population (personnes de plus de 65 ans, de moins de 16 ans, personnes

⁸⁴ Recettes fiscales prises en compte pour déterminer la « capacité fiscale » des communautés autonomes du régime commun : impôt sur les transmissions patrimoniales et les actes juridiques, impôt sur les successions et les donations, impôt sur les jeux, taxes affectées aux compétences transférées, impôt sur certains moyens de transport, impôt sur la vente au détail de certains hydrocarbures, tarif « autonome » de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, 50% du produit de la TVA, 58% des impôts spéciaux sur les alcools, le tabac et les hydrocarbures, 100% de l'impôt spécial sur l'électricité.

Service économique régional de Madrid
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

« protégées »). In fine, les communautés autonomes ont une contribution nette ou un bénéfice net au fonds correspondant à l'écart entre leur apport (75% de leur « capacité fiscale ») et leur droit de tirage.

De quel degré d'autonomie fiscale disposent les collectivités territoriales : leurs recettes découlent-elles exclusivement de transferts de l'État ? Certains de ces transferts sont-ils exclusivement affectés à des opérations de protection sociale ? Ou disposent-elles de ressources propres, dont elles peuvent relever les taux afin de couvrir leurs dépenses (sanitaires et sociales ? totales ?) ? Existe-t-il des règles budgétaires propres aux autorités locales ?

Concernant l'autonomie fiscale.

A. Les communautés autonomes.

La constitution espagnole de 1978 pose à l'article 156 le principe d'autonomie financière des communautés autonomes. Elles disposent à ce titre de ressources fiscales (article 157) composées d'une part, d'impôts cédés totalement ou partiellement par l'État sur lesquels les communautés ont la possibilité d'appliquer des majorations, et d'autre part, de ressources fiscales propres. Ces transferts de l'État central vers les communautés autonomes ne sont donc pas affectés aux opérations de sécurité sociale.

La loi organique relative au financement des communautés autonomes (LOFCA) encadre néanmoins dans son article 6 la capacité des communautés autonomes à créer leurs propres impôts :

- les impôts, taxes ou contributions créés par les communautés autonomes ne peuvent porter sur une assiette faisant l'objet d'une taxation par l'État ; si l'État crée un impôt sur une assiette qui fait l'objet d'une taxation de la part des communautés autonomes, il a l'obligation de compenser la perte de recettes que cela engendre ;
- les impôts, taxes ou contributions créés par les communautés autonomes ne peuvent porter sur une assiette faisant l'objet d'une taxation par les autres collectivités locales ; si une communauté autonome crée un impôt sur une assiette qui fait l'objet d'une taxation de la part des municipalités ou des provinces, elle a l'obligation de compenser la perte de recettes que cela engendre pour chaque collectivité concernée.

Ce principe limite de fait la capacité des communautés autonomes à lever de nouveaux impôts.

Dans le régime commun de financement des communautés autonomes, les impôts partiellement transférés aux communautés autonomes sont les suivants :

- le « tarif autonome » de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, correspondant à une participation des communautés à hauteur de 50% du rendement de cet impôt ;
- 50% des recouvrements au titre de la TVA correspondant à la consommation de chaque communauté ;
- 58% du recouvrement des impôts spéciaux de fabrication (droits sur les alcools, les tabacs et les hydrocarbures) distribués par les communautés autonomes ;
- 100% de l'impôt spécial sur l'électricité distribué aux communautés autonomes.

Ces impôts représentaient en 2011 83,7 % des ressources fiscales des communautés autonomes.

Les impôts totalement cédés aux communautés autonomes par l'État sont les suivants :

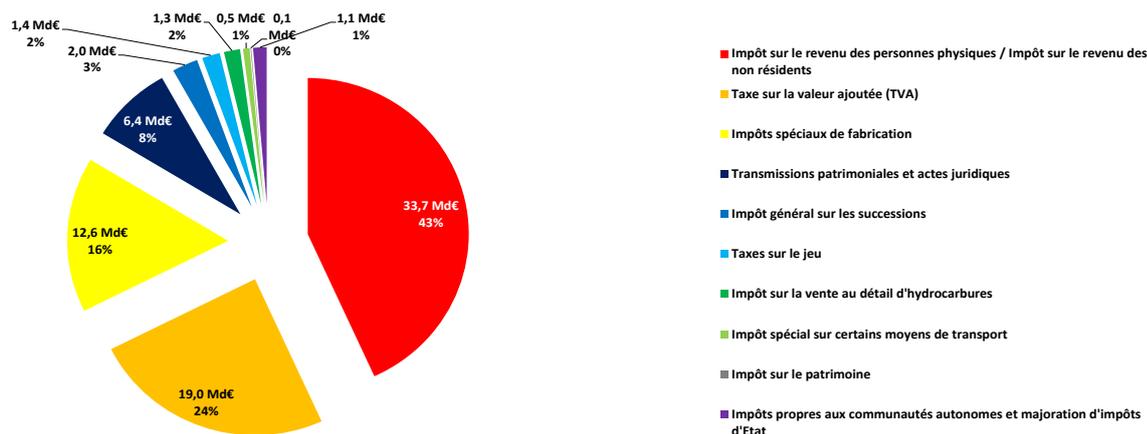
- impôt sur les transmissions patrimoniales et les actes juridiques (droits d'enregistrement) ;
- impôt général sur les successions et les donations ;
- impôt sur le patrimoine ;
- impôt spécial sur certains moyens de transport ;
- impôt sur la vente au détail d'hydrocarbures ;
- taxes sur les jeux.

Service économique régional de Madrid
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

Ces impôts représentaient 15% des ressources fiscales des CCAA en 2011 ; elles peuvent en fixer le taux ainsi que les abattements, exonération et dans certains cas l'assiette.

Au-delà, les impôts créés par les communautés autonomes restent extrêmement limités et ne rapportent en 2011 que 1,1% de leurs ressources fiscales. Ils portent principalement sur l'environnement (assainissement, taxes sur les déchets, taxes sur les émissions de gaz à effet de serre, etc) et sur les activités économiques (taxe sur les primes d'assurance, majorations de l'impôt d'État sur les activités économiques, taxe sur les dépôts bancaires, taxe sur les grands établissements commerciaux, etc).

Répartition des ressources fiscales des communautés autonomes en 2011



B. Les entités Locales

Elles ne disposent pas non plus de transferts exclusivement affectés à des opérations de protection sociale.

Le financement par l'État des autres entités locales (provinces, communes) s'organise autour de deux modèles distincts

i) *un modèle de cession d'une partie du produit d'impôts d'État*, qui s'applique aux provinces et aux communes capitales de province ou de communauté autonome dont la population est supérieure ou égale à 75.000 habitants ; ce modèle repose sur deux sources de financement :

a. d'une part, **la cession d'un pourcentage déterminé du produit de l'impôt sur le revenu, de la TVA et des impôts spéciaux** (cf. tableau ci-dessous) ;

Impôts d'Etat	Grandes communes	Provinces
Impôt sur le revenu des personnes physiques	2,1336%	1,2561%
TVA	2,3266%	1,3699%
Impôts spéciaux*	2,9220%	1,7206%

* Droits sur les bières, le vin et les boissons fermentées, les produits intermédiaires, les alcools et les produits dérivés, les hydrocarbures et les tabacs

b. d'autre part, un fonds complémentaire de financement doté à hauteur du montant 2004 (année d'initialisation du dispositif) revalorisé chaque année en fonction du taux de progression des recettes fiscales de l'État.

Ces transferts s'effectuent l'année *n* sous forme d'acomptes mensuels et donnent lieu à une régularisation l'année *n+2*.

Service économique régional de Madrid
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

- ii) *un modèle dit de « répartition par variables », qui s'applique à l'ensemble des autres communes. Le montant global du financement via cet instrument s'obtient en actualisant chaque année le montant versé l'année de base (2004) en fonction du taux de progression des recettes fiscales de l'État. Cette somme est ensuite répartie entre les communes en fonction des critères suivants :*
- a. 75% de la somme sont répartis proportionnellement au nombre d'habitants de chaque commune ;
 - b. 12,5% de la somme sont répartis en fonction de l'effort fiscal moyen par habitant (comparaison des taux d'imposition en vigueur sur les impôts locaux obligatoires dans les différentes communes avec les maxima autorisés⁸⁵) ;
 - c. 12,5% de la somme sont répartis de manière inversement proportionnelle à la « capacité fiscale ».

En tout état de cause, aucune commune ne peut percevoir un montant inférieur à celui reçu en 2003 dans le dispositif antérieur.

iii) Dispositions spécifiques :

Les communes et les provinces bénéficient en outre de transferts de l'État pour compenser les moindres recettes générées par les dépenses fiscales sur les impôts locaux décidées au niveau central.

Enfin, les communes de plus de 50.000 habitants (à l'exception de Madrid et Barcelone qui bénéficient de contrats de programme spécifiques) et les communes de 20.000 à 50.000 habitants disposant de plus de 36.000 unités urbaines sur leur territoire bénéficient de subventions de l'État destinées au financement du transport public urbain collectif.

Les provinces bénéficient en outre d'un financement via le fonds de financement de l'assistance sanitaire destiné à contribuer à l'entretien des centres de santé non psychiatriques. Le montant perçu par les provinces à ce titre correspond au montant de 2004 actualisé chaque année en fonction de l'évolution des recettes fiscales de l'État.

Au-delà des transferts en provenance de l'État central, les autres collectivités locales disposent de ressources fiscales propres essentiellement composées :

pour les communes, de trois impôts obligatoires (l'impôt sur les biens immobiliers, l'impôt sur les véhicules à traction mécanique et l'impôt sur les activités économiques), de deux impôts optionnels (l'impôt sur l'augmentation de la valeur des terrains de nature urbaine et l'impôt sur les constructions et les installations), de redevances pour la prestation de services publics, la réalisation d'activités relevant de leurs compétences ou pour l'utilisation du domaine public et de contributions spéciales pour la réalisation de travaux publics ;

pour les provinces du régime commun, de majorations des impôts locaux, de redevances et de contributions spéciales.

Notons que les communes et les provinces du Pays basque et de la Navarre disposent d'un régime particulier régi par les conventions spécifiques qui définissent le régime foral.

⁸⁵ Les impôts municipaux pris en compte dans ce calcul sont : l'impôt sur les biens immobiliers, l'impôt sur les activités économiques et l'impôt sur les véhicules à traction mécanique.

Concernant les encadrements budgétaires.

Le régime budgétaire des Communautés autonomes est encadré par la loi organique relative au financement des communautés autonomes (LOFCA). Les communautés autonomes peuvent réaliser des emprunts à court terme (moins d'un an) pour couvrir leurs besoins de trésorerie. Elles peuvent également recourir à des emprunts à moyen terme à condition d'une part, que le montant total de l'emprunt soit exclusivement destiné au financement de dépenses d'investissement, et d'autre part, que le montant total de l'amortissement (capital et intérêts) ne dépasse pas 25% des ressources courantes de la communauté. Par ailleurs la loi organique 2/2012 de stabilité budgétaire et soutenabilité financière, a renforcé l'encadrement de l'endettement des communautés autonomes, fixant à 13% le ratio maximum d'endettement rapporté au PIB local.

Cette même loi limite les dérapages budgétaires de l'ensemble des administrations publiques par rapport à l'objectif annuel qui leur a été assigné. Celles qui ne respecteraient pas leurs engagements se voient désormais obligées d'obtenir une autorisation du Gouvernement pour toute opération d'émission de dette nouvelle, le temps de retrouver la trajectoire prévue initialement. Elles doivent également voter un plan économique et financier prévoyant une trajectoire de redressement en un an. En dernier recours, des mesures coercitives sont prévues, comme l'adoption d'un accord de non disponibilité du crédit qui garantit le respect de l'objectif établi, le transfert des compétences budgétaires à l'autorité centrale ou encore le dépôt d'un montant équivalent à 0,2% du PIB auprès de la banque d'Espagne.

ITALIE

1. L'organisation du financement du système de protection sociale

Préciser les responsabilités respectives des entités suivantes dans les différents segments de la protection sociale et les relations financières qui existent entre elles :

- **l'État ;**
- **les collectivités territoriales ;**
- **les entités distinctes des précédentes gérant à titre obligatoire des couvertures contre certains risques de la protection sociale (cas notamment des régimes de protection sociale disposant d'une autonomie financière) ;**
- **les organismes dispensateurs de couvertures complémentaires, à titre facultatif.**

Le système de répartition des compétences entre l'État et les Régions a été sensiblement modifié en Italie avec la réforme du Titre V de la Constitution adoptée avec la loi constitutionnelle n. 3/2001. Cette réforme s'inscrit dans le prolongement du processus de décentralisation administrative et législative qui a commencé avec les lois n. 59 et 127 de 1997 et les décrets-lois 469/1997 et 112/1998.

Les modifications au Titre V de la Constitution apportent des changements radicaux à la structure même de l'État italien, surtout en ce qui concerne la répartition des compétences entre l'État central et les régions. L'Italie devient un État décentralisé dans lequel la majorité des pouvoirs sont attribués aux régions et aux communautés locales, selon le principe de subsidiarité : les tâches administratives sont effectuées par l'administration territoriale la plus proche des gens (la commune) ; elles peuvent être exercées par les niveaux administratifs territoriaux supérieurs (régions, provinces, villes métropolitaines, État) seulement si ceux-ci peuvent rendre le service plus efficacement.

Dans le domaine social, la réforme du Titre V consacre la séparation entre le secteur de la santé et le secteur des politiques sociales. Cette séparation avait commencé en 1999 avec la scission du *Ministère de la santé, du travail et des politiques sociales*, en *Ministère de la santé* d'un côté, et *Ministère du travail et des politiques sociales* de l'autre. Dans le nouveau chapitre de la Constitution, alors que la santé est placée sous compétence concurrente entre État et régions (ce qui implique que l'administration centrale détermine les principes fondamentaux et les règles générales), l'assistance sociale est de la compétence exclusive des régions.

Ainsi, les responsabilités se répartissent comme suit :

- Sous la tutelle du Ministère de la Santé – Ministero della Salute : les soins de santé sont dispensés à tous les résidents au niveau des unités sanitaires locales, composantes des Services Sanitaires Régionaux gérés par les Régions. Le Ministère fixe les lignes générales du Service Sanitaire National.
- Sous la tutelle du Ministère du Travail et des Politiques Sociales - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali : les indemnités journalières de maladie et de maternité sont versées aux travailleurs du secteur privé par l'Institut National de Sécurité Sociale – Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) – également compétent pour l'encaissement des cotisations et en matière d'invalidité-vieillesse-décès (survivants), de chômage, de prestations familiales et d'assistance (chèques sociaux par exemple). L'INPS assure la quasi-totalité des employés du secteur privé, la majeure partie des travailleurs indépendants et les employés du secteur public. Par ailleurs, l'Institut National d'Assurance contre les Accidents du Travail et les Maladies Professionnelles – l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro

Service économique régional de Rome Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

(INAIL) – se charge du recouvrement des cotisations et du versement des prestations de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

D'un point de vue financier, le régime italien de sécurité sociale est financé par les cotisations versées par les employeurs et les assurés, ainsi que, dans une moindre mesure, par la fiscalité générale (voir 2). L'INPS, organisme public sous la tutelle du Ministère du Travail et des Politiques sociales en est le principal organisme gestionnaire. Le service national de santé (*Servizio Sanitario Nazionale* - SSN), géré au niveau régional, est quant à lui financé par les résidents par le biais des impôts locaux, ainsi que, à l'heure actuelle du moins (voir 4), par des dotations spécifiques de l'État.

En Italie, la loi de finances couvre le secteur social (prévoyance, travail, compétitivité). Les règles générales régissant les finances publiques s'appliquent donc au secteur social (a)). Concernant la santé, la gestion du Service Sanitaire National est régionalisée depuis 2001 (b)). De plus, la loi italienne prévoit un régime de prévoyance complémentaire (c)).

a) Les règles générales de gouvernance et de programmation des finances publiques italiennes

En Italie, l'Article 81 de la Constitution prévoit que les Chambres doivent approuver chaque année le budget proposé par le Gouvernement. Deux lois ordinaires sont adoptées en fin d'année précédant l'exercice concerné. D'une part, la Loi de stabilité couvre l'ensemble des administrations publiques (y compris le financement de la sécurité sociale). Elle introduit l'ensemble des moyens dégagés (économies et hausses d'impôts) pour financer à la fois la réduction du déficit et les mesures de soutien à la croissance (nouvelles dépenses ou baisses d'impôts). Les mesures introduites par la loi de stabilité ou « manovra », qui régule la vie économique du pays durant une année – sous réserve de l'adoption de collectifs budgétaires ou « manovrine » au cours de l'année – sont présentées en variation par rapport au schéma tendanciel des finances publiques établi dans le Document d'Économie et Finances (DEF), adopté par le gouvernement en Conseil des ministres en avril puis discuté au Parlement, et qui fixe les objectifs à moyen terme, et sa Note de mise à jour, établie selon les mêmes modalités en septembre. D'autre part, la loi de budget (*legge di bilancio*) est un document budgétaire adopté par le Parlement au plus tard le 31 décembre de l'année précédant l'exercice visé. Elle constitue l'instrument à travers lequel le gouvernement communique au Parlement les dépenses et recettes de l'exercice budgétaire, en comptabilité de caisse et en comptabilité d'engagement. Établie « à législation en vigueur », elle est présentée une première fois au Parlement au moment de la soumission du projet de loi de stabilité, et mise à jour, à travers des « notes de variation », au fur et à mesure des étapes de l'examen parlementaire de cette dernière.

Spécificité du fédéralisme italien en matière de finances publiques, l'Art. 19 de la Constitution attribue aux communes, villes métropolitaines et régions une pleine et complète autonomie financière en termes de ressources et de dépenses (financement des dépenses fondamentales assuré par leurs ressources fiscales propres et coparticipation aux revenus fiscaux nationaux et régionaux). L'État assure toutefois, par des ressources additionnelles contenues dans le « fonds de péréquation » (dotations), l'équité entre les régions. Le recours à l'endettement n'est possible que pour financer les dépenses d'investissements et sans garantie de l'État. L'Italie tente ainsi progressivement de mettre en place un « fédéralisme budgétaire » (« *federalismo fiscale* ») coopératif et solidaire. Certains éléments sont déjà en place, telle qu'une autonomie fiscale croissante pour les collectivités, mais l'Article 19 ne peut pas être considéré comme totalement appliqué (voir 4).

Enfin, l'Italie, en tant que pays signataire du Traité sur la Stabilité, la Coordination et la Gouvernance (TSCG), a révisé sa Constitution en 2012 dans le but d'y inscrire une règle d'équilibre budgétaire.

b) La gestion régionalisée du Service Sanitaire National

Le Service Sanitaire National (SSN) italien est caractérisé par un haut degré de fragmentation, la modification de la Constitution en 2001 ayant marqué le passage à une dévolution presque totale des pouvoirs en matière de santé, basée sur le « principe de subsidiarité ».

L'État revêt aujourd'hui seulement un rôle de garant de l'équité des soins sur le territoire, tandis que

Service économique régional de Rome

Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

toute compétence en matière d'organisation, de gestion et de localisation des structures sanitaires revient aux Régions. En conséquence, la coordination des acteurs concernés et la garantie des niveaux essentiels d'assistance (*Livelli Essenziali di Assistenza*, LEA) représentent une exigence majeure des politiques sanitaires en Italie. Les Régions, qui disposent du pouvoir législatif et administratif en la matière, élaborent un Plan sanitaire régional en cohérence avec le plan national.

Le principe est l'autonomie financière des régions et le financement des SSR par les recettes fiscales régionales. Toutefois, la mise en place du système étant en cours de mise en œuvre (voir 4), la dotation de l'État pour la santé demeure capitale. Elle est fixée au niveau national, au cours de négociations entre l'État et les Régions. Sur cette base, le ministère de la Santé verse une dotation aux Régions et aux Provinces autonomes. Celles-ci sont ensuite responsables de la répartition de cette dotation entre les Agences sanitaires locales et les Entreprises Hospitalières. Le système sanitaire comportait, en 2012, 1 173 structures de soins dont 638 publiques (54%) et 535 privées et accréditées (46%). Plus du tiers avaient moins de 120 lits.

Le SSN étant régionalisé, il n'existe pas en Italie d'Agence au niveau national. Le SSN est censé s'occuper seulement du contrôle de l'efficacité hospitalière ainsi que de l'échange des bonnes pratiques.

Cette organisation du secteur de la santé permet à l'État et aux Régions de limiter la dépense dans certains secteurs (personnel, offre de soins, offre de lits). Néanmoins en fonction des besoins du territoire, les Régions peuvent être amenées à compléter par des financements régionaux ou à être en déficit.

Enfin, l'efficacité générale du SSN fait l'objet de l'action de plusieurs instances nationales. Il s'agit, en premier lieu, de l'« Agence nationale pour les services sanitaires régionaux (ASSR) » qui est chargée des fonctions d'expertise et d'appui au Ministère de la Santé et aux Régions en ce qui concerne l'ensemble des problématiques sanitaires et notamment la qualité des prestations. La surveillance financière des différents SSN par l'État se fait à travers le Pacte pour la Santé (voir 4).

c) Les différentes entités impliquées dans la couverture des risques

N.B. L'INPS et l'INAIL n'ont pas d'autonomie financière.

La prévoyance complémentaire et la Covip (*commissione di vigilanza sui fondi pensione* - Commission de surveillance des fonds de retraite) :

La prévoyance complémentaire (établie par le décret législatif n. 124 de 1993 et reformée par le décret législatif n. 252 de 2005) est l'outil qui permet d'intégrer, au moment de l'arrêt du travail, sa retraite de base avec des prestations complémentaires de retraite.

Étant un choix libre et volontaire, la prévoyance complémentaire s'adresse aux travailleurs subordonnés, aux travailleurs autonomes et aux travailleurs avec un type différent de contrat. Les chômeurs peuvent également bénéficier d'une forme de prévoyance complémentaire.

La prévoyance complémentaire est basée sur le régime de la « contribution définie » : le montant de la retraite dépend :

- du montant des cotisations destinées à la retraite complémentaire
- de la durée des versements des cotisations
- des rendements obtenus, nets des coûts, par l'investissement sur les marchés financiers des cotisations versées.

Dans le cas d'un travailleur subordonné, il est possible de choisir entre une forme de prévoyance complémentaire à adhésion individuelle ou à adhésion collective.

Dans le cas d'une forme à adhésion individuelle la contribution est formée par :

- le quota du TFR (*Trattamento di Fine Rapporto* - Indemnité de Licenciement) futur, c'est-à-dire calculé à partir du moment où on adhère à la retraite complémentaire et

Service économique régional de Rome

Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

- les cotisations versées

Dans le cas d'une forme à adhésion collective la contribution est formée par:

- la cotisation du travailleur, dont le montant est décidé par un accord collectif
- le quota du TFR (*Trattamento di Fine Rapporto* - Indemnité de Licenciement) futur, c'est-à-dire calculé à partir du moment où on adhère à la retraite complémentaire.

Dans le cas d'un travailleur autonome, le versement est exclusivement constitué par la cotisation du travailleur.

Adhérer à une forme de prévoyance complémentaire permet de bénéficier de certains avantages fiscaux:

- cotisations : pendant la période de versement, il est possible de déduire des revenus déclarés les cotisations jusqu'à 5.164 euros par an.
- paiement de la pension complémentaire : la taxation est particulièrement favorable, puisque le taux se réduit à mesure que la période de cotisations augmente. Avec 35 ans de participation le taux passe de 15% à 9%.

La Covip (*commissione di vigilanza sui fondi pensione* - Commission de surveillance des fonds de retraite) est l'autorité administrative indépendante qui a la tâche d'assurer le bon fonctionnement de la prévoyance complémentaire. Elle a été instituée par le Décret législatif n. 124 de 1993.

La loi attribue à la Covip des fonctions spécifiques :

- autorisation des fonds de retraite à exercer leur activité
- approbation des statuts et des règlements des différentes formes de prévoyance complémentaire
- tenue du tableau des fonds de retraite autorisés
- surveillance de la gestion technique, financière, patrimoniale et comptable des fonds de retraite
- surveillance du respect des droits de transparence dans le rapport entre fonds de retraite et leurs adhérents
- formulation de proposition de modifications législatives en matière de prévoyance complémentaire
- compte rendu annuel des activités et analyse du marché de la prévoyance complémentaire.

La Covip a également la fonction de contrôle des organismes de prévoyance complémentaires soumis à sa surveillance.

2. Règles et pratiques budgétaires dans le domaine de la protection sociale

- **Existe-t-il un document, diffusé dans le cadre du processus budgétaire interne, récapitulant l'ensemble des dépenses engagées et des recettes au titre de dispositifs de protection sociale (par exemple au sens du système européen Sespros de statistiques sur la protection sociale), ou sur un sous-ensemble suffisamment large (tel que les administrations de sécurité sociale au sens des comptes nationaux), sur le passé et/ou en prévision à court-moyen terme ? Ce document a-t-il valeur informative ? normative ? Est-il articulé avec les engagements pris, le cas échéant, par le pays considéré auprès de ses partenaires européens dans le cadre de la surveillance mutuelle des finances publiques ?**

La *Ragioneria dello Stato* (RGS), entité du Ministère de l'Économie et des Finances à mi-chemin entre la direction du budget et la direction générale des finances publiques en France, compte parmi ses missions la prévision et le suivi des recettes et des dépenses publiques de l'ensemble des administrations publiques, dont les dépenses et recettes sociales.

Service économique régional de Rome
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

La RGS suit sur une base trimestrielle voire mensuelle les recettes et les dépenses des organismes de sécurité sociale et elle élabore des prévisions à court-moyen terme qu'elle insère dans le Programme de Stabilité de l'Italie transmis à la Commission européenne en avril dans le cadre du Semestre européen.

- **Le budget de l'État retrace-t-il l'ensemble des dépenses et recettes des organismes mettant en œuvre les dispositifs de protection sociale ? ou seulement les transferts consolidés avec ces organismes (leurs recettes propres et leurs dépenses étant alors hors budget) ? Existe-il des comptes spécifiques relatifs à des opérations de protection sociale au sein du budget de l'État (du type des comptes d'affectation spéciale ou des budgets annexes dans les lois de finances françaises) ?**

Le budget de l'État ne fait figurer que les transferts consolidés avec les organismes de protection sociale. Il n'existe pas de dispositifs comparables aux comptes d'affectation spéciale ou aux budgets annexes dans les lois de finances françaises.

- **Comment s'opère l'ajustement des prévisions de dépenses de protection sociale (notamment lorsqu'elles s'inscrivent dans un cadre budgétaire limitatif) aux dépenses effectives (dérivant généralement de droits objectifs ouverts) ?**

L'analyse des évolutions parallèles des prévisions de dépenses de protection sociale et des dépenses effectives fait l'objet d'un suivi de la part de la RGS, sur la base des flux de caisse des organismes, d'une part, et de modèles de moyen-long termes intégrant le contexte normatif et institutionnel, démographique et macroéconomique, d'autre part. Les modèles et les prévisions sont mis à jour annuellement, au moment de la publication du *Document Économie et Finances* (DEF, cadrage macroéconomique et budgétaire publié en avril par le gouvernement italien qui inclut le Programme de stabilité et le Programme National de Réforme).

- **Identifier les cas dans lesquels les transferts du budget de l'État ont pour objet d'assurer l'équilibre de régimes de protection sociale, et sont exactement calibrés à cet effet. En particulier, une analyse précise des relations financières entre les caisses d'assurance maladie et l'État en Allemagne est demandée.**

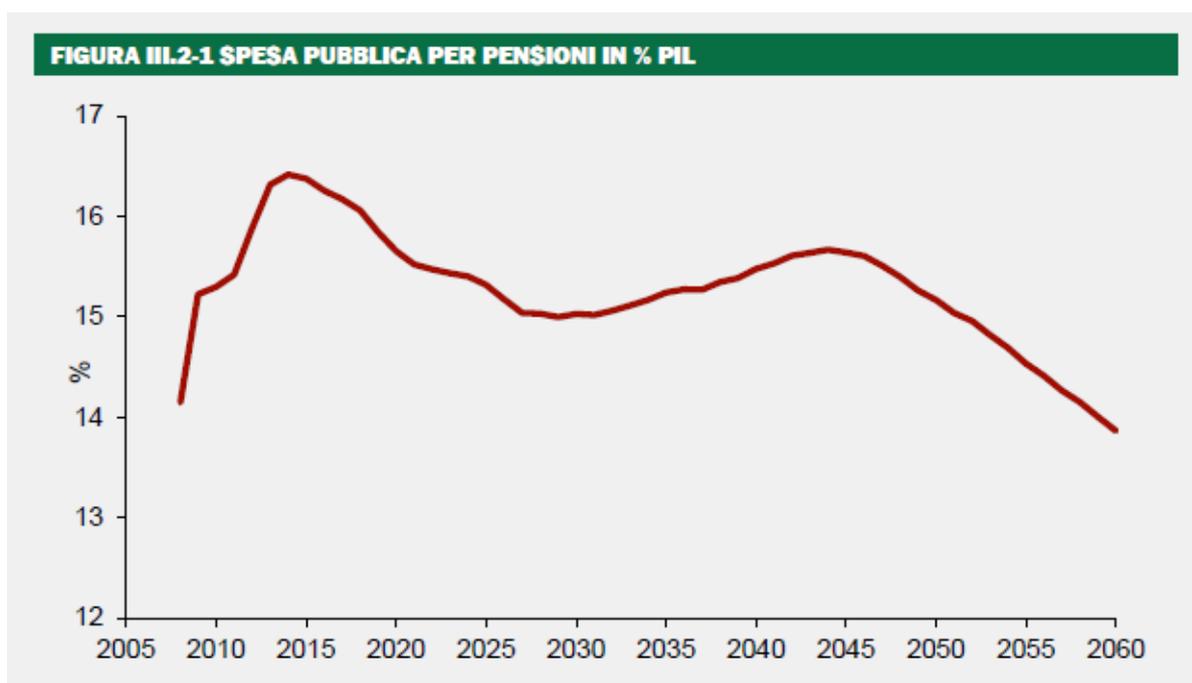
La loi n. 88 du 9 mars 1989 a introduit une partie spécifique au sein du budget de l'INPS, la *Gestione degli Interventi Assistenziali e di sostegno alle gestioni previdenziali* (GIAS), entièrement financée par l'État pour un montant déterminé chaque année par la loi de finance. Depuis 2012, date d'absorption par l'INPS de la caisse de retraite de la fonction publique (INPDAP) qui présentait un déficit de 10,3 Mds€, le GIAS finance notamment les retraites de la fonction publique.

- **Comment les cycles conjoncturels sont-ils pris en compte dans l'attribution de ressources (et éventuellement dans la prévision des dépenses) afférentes à la couverture des risques de la protection sociale ? Existe-t-il des mécanismes explicites de solidarité financière entre l'État et les régimes de protection sociale, tels que des fonds d'intervention conjoncturelle ?**

Les dotations de l'État aux Régions pour le système de santé et les transferts à l'INPS pour le système de prévoyance sociale sont déterminées annuellement au moment des discussions sur la loi de finances. Les premières font l'objet d'un accord en Conférence État-Régions, les seconds sont garantis par l'engagement de l'État à assurer le versement effectif des prestations sociales gérées par les organismes publics.

- Existe-t-il des mécanismes de lissage à long terme des trajectoires des dépenses et des recettes afférentes à certains risques de la protection sociale, notamment tenant compte des tendances démographiques (du type « Fonds de réserve des retraites ») ?

Comme le montre le graphique ci-dessous, l'Italie présente une trajectoire à long terme favorable des dépenses publiques pour les retraites, contrairement à une grande partie des pays développés. Ainsi, selon le « 2012 ageing report : economic and budgetary projections for the EU-27 Member States, 2010-2060 » de la Commission européenne, alors qu'en moyenne sur l'ensemble de l'Union à 27 la dépense publique pour les retraites augmente d'1,5 point de pourcentage sur la période 2010-2060, elle diminue de 0,9 point de pourcentage dans le cas de l'Italie.



Source : Documento di Economia e Finanze 2014 – Sezione II, Analisi e tendenze della Finanza pubblica, p.40

3. L'autonomie financière des organismes de protection sociale

Remarque : on entend ici par « organismes de protection sociale » des entités distinctes de l'État et des collectivités territoriales qui gèrent des dispositifs de couverture obligatoires contre des risques de la protection sociale.

a) Décrire la nature des recettes finançant les dépenses de protection sociale : ces recettes sont-elles des recettes publiques spécifiquement et/ou exclusivement affectées au financement d'un ou de plusieurs risques sociaux ? existe-t-il une distinction juridique entre « cotisations sociales » et « recettes fiscales » ? en cas de recettes intégralement affectées au financement d'un ou plusieurs risques de protection sociale, l'entité affectataire peut-elle déterminer l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement ? a contrario, dans le cas où les recettes ne sont ni affectées, ni exclusives, ni propres, décrire le dispositif retenu (financement d'un ensemble de dépenses par un ensemble de recettes par exemple) ?

Il est utile de bien distinguer les deux régimes: celui de la Santé (a) et celui de la Protection Sociale (b).

Service économique régional de Rome
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

(a) Le Régime de la Santé

Le service national de santé (Servizio Sanitario Nazionale- SSN) est géré au niveau régional. Il a vocation à être financé par les recettes autonomes des Régions, à l'exception de transferts de péréquation de la part de l'État. La phase de transition dans laquelle se trouve actuellement le secteur implique des dotations de l'État encore substantielles (de l'ordre de 100Mds€/an) à travers le Pacte pour la Santé. Les recettes fiscales régionales participent cependant bien au financement des SSR, notamment l'IRAP (Impôt Régional sur les Activités Productives, équivalent de la taxe professionnelle) qui y est affecté. Enfin, les recettes obtenues par les organismes régionaux de santé (hôpitaux, ...) pour la prestation de certains services et activités payantes participent également au financement du système.

(b) Le Régime de la Sécurité Sociale

Le régime de sécurité sociale est financé par les cotisations versées par les employeurs et les assurés, ainsi que par les impôts. Le système italien de sécurité sociale n'est pas organisé selon un critère universel hormis pour les soins de santé. Son mode de financement repose sur les contributions de l'État et les cotisations sociales, patronales et salariales (environ 55% du financement). La gestion, l'établissement de la norme et de l'assiette des cotisations sociales sont assurés par les organismes sociaux (Institut National pour la Prévoyance Sociale – INPS – et Institut National d'Assurance contre les Accidents du Travail – INAIL). Ceux-ci n'interviennent pas dans le recouvrement (voir 4).

Assiette et taux des cotisations patronales

Les cotisations sociales sont assises sur les salaires. Les taux de cotisation varient notamment en fonction du secteur auquel appartient l'entreprise (industrie, commerce, public, artisanat, etc.), du nombre de salariés et de leur qualification professionnelle. On distingue, d'une part, la cotisation au titre de l'assurance invalidité, vieillesse et survivants (IVS) qui fait l'objet d'une cotisation globale répartie entre l'employeur et le salarié, et d'autre part, les autres assurances sociales (maladie, maternité, chômage et les prestations familiales) appelées «cotisations mineures». Ces dernières peuvent faire l'objet de réduction ou suppression par l'application d'un taux de réduction relatif au marché du travail appelé la «réduction du coût du travail». Dans la majorité des cas, ces cotisations mineures sont à la seule charge de l'employeur. Les cotisations IVS ne font jamais l'objet de réduction.

Les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité sont financées par les régions, par le biais des impôts généraux.

Service économique régional de Rome
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

Le tableau ci-dessous porte uniquement sur les taux de cotisation pour les entreprises industrielles (hors construction/bâtiment, industrie de la pierre) et les entreprises commerciales qui représentent les catégories d'entités les plus importantes.

Cotisations au 1^{er} janvier 2013	
Risque	Part patronale
Maladie et maternité :	
Industries (en général)	
<i>Ouvriers</i>	2,68%
<i>Employés</i>	0,46%
Commerce (jusqu'à 200 salariés)	2,68% ⁸⁶
<i>Ouvriers/Employés</i>	
Invalidité, vieillesse, survivants (IVS)	23,81%
Chômage	1,61%
Prestations familiales	0,68%
Accidents du travail et maladies professionnelles	variable⁸⁷

Les cotisations salariales et patronales IVS sont versées dans la limite annuelle de 99 034 € (2013). Les autres cotisations sont versées sur la totalité du salaire. De plus, certaines entreprises doivent également verser une cotisation dite « complément ordinaire de salaire » ou un « complément extraordinaire de salaire » qui visent à financer le maintien de la rémunération des travailleurs des entreprises en difficultés. Les taux de cotisation sont compris entre 0,9 % et 2,2 % en fonction du secteur de l'entreprise (industrie/commerce) et du nombre de salariés.

b) Existe-t-il des règles prévoyant les dispositions portant tant sur les dépenses que sur les recettes que doivent prendre les organismes chargés de la mise en œuvre de dispositifs de protection sociale en cas de prévision d'exécution budgétaire déséquilibrée ? Certains organismes sont-ils soumis à des contraintes portant sur leur trésorerie (du type plafond de découvert) ou sur leurs soldes comptables (telles qu'une interdiction du déficit) ?

Il n'existe pas de règles particulières pour l'INPS. En tant qu'organisme public, il est cependant concerné par les objectifs d'amélioration de l'efficacité du secteur public, notamment dans le cadre de la *spending review*, processus visant à réaliser un effort en dépenses cumulé de 32 Mds€ d'ici 2016 à l'échelle de l'ensemble des administrations publiques.

La situation dans le cadre du système de santé eu égard à ces questions est très différente (voir 4).

c) Lorsque des organismes de protection sociale peuvent enregistrer un déficit lors d'un exercice comptable, quel compte de dette ce déficit accroît-il : le compte de l'organisme ? le compte de l'État ? un autre compte ? Lorsque l'organisme a la faculté de recourir à l'emprunt sur plus d'un exercice, comment sa gestion est-elle encadrée ?

L'INPS a clos un bilan en déficit pour la première fois en 2012, suite à l'absorption de la caisse de retraite des fonctionnaires (INPDAP, voir 2d). L'opération a été neutre sur le plan des finances publiques, puisque l'État, qui a augmenté ses transferts à travers le GIAS pour compenser les dépenses supplémentaires de l'INPS au titre de l'ex-INPDAP, a réduit d'autres types de transferts par ailleurs.

⁸⁶ Cotisation totale dont 2,44% à l'assurance maladie et 0,24% à l'assurance maternité.

⁸⁷ La cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles varie en fonction des risques de la branche professionnelle à laquelle l'entreprise appartient. La cotisation est à la charge de l'employeur et elle est calculée sur la base de la masse salariale.

d) Existe-t-il un ou des réseaux spécifiques de recouvrement des cotisations sociales ou d'autres recettes finançant les dépenses de protection sociale ? Préciser les cas dans lesquels un même réseau assure le recouvrement de ressources bénéficiant à plusieurs organismes de protection sociale ? À contrario, les recettes de ces organismes sont-elles intégrées dans un circuit financier plus général (de l'État, des collectivités territoriales...) ?

En Italie, la collecte des prélèvements obligatoires, dont les cotisations sociales, repose très largement (salariés, pensionnés, professions libérales) sur le prélèvement à la source. Le tiers déclarant, en général l'employeur ou l'organisme payeur, est le plus souvent l'intermédiaire entre le contribuable et l'administration pour la liquidation et le recouvrement de l'impôt et des cotisations sociales. En définitive, ni l'administration fiscale ni les organismes sociaux n'interviennent directement dans la phase de recouvrement spontané.

Le recouvrement forcé est quant à lui assuré par Equitalia S.p.A, société au capital public détenu par l'Agence des impôts (51% du capital) et l'INPS (49% du capital). La société de recouvrement Equitalia S.p.A est composée d'une administration centrale basée à Rome et d'agences réparties sur tout le territoire national, à l'exception de la Sicile, où c'est la société Riscossione Sicilia S.p.A qui est chargée du recouvrement forcé. Ces sociétés recouvrent aussi bien les dettes relatives aux impôts directs et indirects que les amendes, les cotisations sociales et autres taxes locales ou régionales.

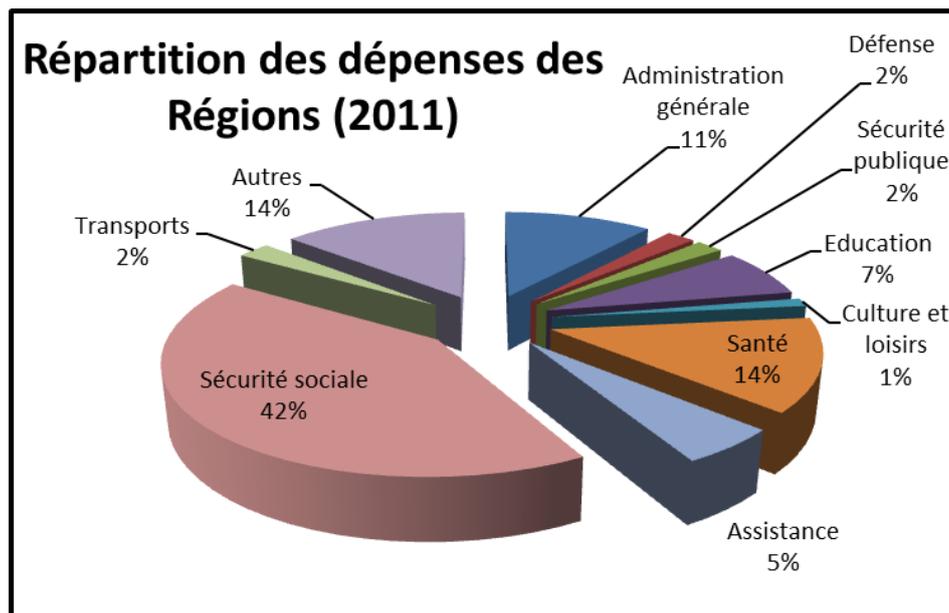
4. Les compétences des collectivités territoriales en matière de protection sociale

– **Préciser les cas dans lesquels la compétence de délivrance de prestations de protection sociale est déléguée à des collectivités territoriales (notamment dans le domaine des soins de santé). Ces autorités assurent-elles une simple gestion pour le compte de l'État, ou ces dépenses sont-elles retracées dans leurs budgets ? Existe-t-il un budget spécial des autorités locales pour leurs fonctions sanitaires et sociales ?**

Cf. 1 et 3c : la santé est une compétence concurrente entre l'État et les Régions, c'est-à-dire que la Région est libre d'organiser son Système Sanitaire Régional dans les limites fixées par l'État. L'assistance sociale est une compétence exclusive des Régions, au sein de laquelle l'État n'interfère donc pas spécifiquement, les Régions étant libres de s'organiser dans la limite des règles générales de coordination des finances publiques.

(a) Le Régime de la Santé

Le graphique ci-dessous montre que le premier poste de dépense des régions est le social qui, en agrégeant les trois postes s'y référant (santé, sécurité sociale, assistance) représente 61% des dépenses :



Données : Ministère du Développement économique

En matière de santé, les régions sont responsables des dépenses engagées qui doivent figurer, au sein d'un chapitre spécifique, dans le budget régional. Par ailleurs, le bilan de chaque Service Sanitaire Régional est transmis tous les ans à la *Ragioneria dello Stato*. Ces données, en plus de permettre un contrôle de l'État central sur les comptes régionaux dans le secteur, sont utilisées pour l'élaboration du Compte consolidé du secteur de la santé, intégré au Compte consolidé des administrations publiques rédigé sous le format SEC 95 et base de calcul du déficit public au sens de Maastricht.

Il convient de noter que certaines régions ont accumulé des déficits conséquents dans le secteur de la santé, ce qui a obligé l'État à légiférer afin de résorber le phénomène.

Les obligations pour les régions déficitaires dans le domaine de la santé :

- La vérification du déséquilibre économique et financier de la dépense sanitaire

La loi de finances pour 2005 a établi qu'en cas de déficit sanitaire, la Région concernée doit prendre toutes les mesures nécessaires afin de réduire le déficit, y compris l'augmentation de l'additionnel régional l'IRPEF et de l'IRAP jusqu'aux plafonds maximaux. Cette mesure, alors facultative, a été rendue obligatoire avec la loi de finances pour 2007.

La loi de finances 2010 a ensuite prévu, en cas d'inertie de la Région, l'interruption de l'embauche du personnel du Service Sanitaire Régional pour une période de deux ans et l'interdiction d'effectuer des dépenses qui ne sont pas obligatoires.

En outre, la Loi de finances pour 2007 avait déjà prévu la négociation du Pacte de Santé entre État et Régions, qui a donné lieu à une augmentation du ticket à payer par le patient pour les prestations médicales diagnostiques et spécialisées, et l'introduction du ticket pour les prestations non urgentes.

- La dimension du déficit et l'obligation de recouvrement

La Loi de finances pour 2010 a fixé un pourcentage maximal de déficit sanitaire par Région de 5% du budget. Si la Région dépasse ce plafond, elle est obligée d'élaborer un plan de recouvrement qui aura une durée maximale de trois ans. Le plan de recouvrement doit prévoir:

- la réorganisation du réseau hospitalier
- l'interruption des embauches et du *turn over*
- des achats centralisés
- l'augmentation des taux de fiscalité jusqu'au plafond prévu par la loi

Service économique régional de Rome

Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

- l'augmentation de l'IRAP (0,15%) et de l'IRPEF (0,30%) au-dessus du niveau maximum

Des commissaires aux comptes peuvent être envoyés sur place. Si la Région réussit à obtenir les résultats intermédiaires prévus par le Plan, la Loi de Stabilité permet une réduction des impôts et une atténuation de l'interdiction de procéder à des dépenses non obligatoires et de nouvelles embauches. L'approbation et la réalisation du Plan permettent à la Région d'avoir accès à un financement important pour les services qui ont provoqué le déficit de la Région, à hauteur de 40% à la suite de l'approbation du Plan et de 60% après vérification de la réalisation effective du Plan.

- Avances de crédits

La Loi de Stabilité 2010 permet en outre à l'État d'avancer aux Régions déficitaires qui sont concernées par les Plans de recouvrement, une somme à rendre d'ici 30 ans (avec les intérêts), égale à 1 Md€, afin de solder les dettes non couvertes par les Régions jusqu'en 2005.

N.B. : La Loi de Finances pour 2008 avait déjà accordé à 4 Régions (Latium, Sicile, Molise, Campanie), qui avaient conclu des accords avec l'État pour combler le déficit, un prêt égal à 9,1 Mds€ afin de solder les dettes accumulées jusqu'en décembre 2005. La Loi de Finances pour 2007 a créé un Fonds transitoire destiné aux Régions concernées par des Plans de recouvrement.

(b) Le Régime de la Sécurité Sociale

Compétence exclusive des régions, l'assistance sociale n'est soumise à aucune règle spécifique imposée par l'État. De manière plus générale, il convient cependant de noter que, dès 1999, l'Italie s'est dotée d'un Pacte de Stabilité Interne (PSI), largement calqué sur les règles du Pacte de Stabilité et de Croissance européen, qui permet au gouvernement d'exercer ses fonctions de coordination des finances publiques et d'impliquer les collectivités territoriales dans le respect des objectifs de finances publiques de l'Italie. Le déficit public constitue le principal paramètre sous contrôle : le gouvernement attribue chaque année et à chaque collectivité au moment de l'adoption du budget central un « solde-cible » devant permettre à l'ensemble des administrations publiques d'afficher un solde public cohérent avec les objectifs et les engagements du gouvernement. Sont actuellement soumises au PSI l'ensemble des Régions (même si des règles particulières s'appliquent aux 5 Régions à Statut Spécial, ainsi qu'à Rome Capitale par ailleurs), aux Provinces, aux Communes de plus de 1000 habitants et aux Unions de communes dont les membres ont une population de plus de 1000 habitants.

Le Pacte de Stabilité Interne est défini chaque année dans ses grandes lignes dans la Loi de finances. La *Ragioneria dello Stato* publie par la suite, en janvier, un décret d'application dans lequel sont listés les soldes-cibles de chaque collectivité.

Depuis 2009, certains aménagements de flexibilité ont été mis en place. Le PSI est ainsi dit « régionalisé », c'est-à-dire que la Région peut redistribuer les « espaces financiers » (qu'ils soient négatifs, en cas de déficit à combler, ou positifs en cas d'excédent à distribuer) entre les collectivités de son territoire (Communes, Provinces, Villes métropolitaines), selon un axe vertical (distribution des espaces financiers entre les différents niveaux administratifs) ou horizontal (distribution des espaces financiers au sein d'un même niveau de collectivités). Le décret-loi 98/2011 prévoit la mise en place d'un « Pacte territorial intégré » dans lequel le seul interlocuteur de l'État central serait la Région, qui serait alors chargée de distribuer l'effort entre les collectivités de son territoire. La mise en place de ce pacte est pour l'instant retardée.

Si une collectivité ne respecte pas ses engagements au titre du PSI, cinq sanctions sont prévues :

- Diminution des dotations de l'État l'année suivante, à hauteur de la différence entre le solde effectivement réalisé par la collectivité et son solde-cible. Cette mesure, qui constitue une arme très puissante pour le Gouvernement central n'est toutefois pas exempte d'effet pervers, du fait de son caractère pro-cyclique.
- Interdiction de procéder à de nouvelles embauches l'année suivant l'infraction,
- Limitation des dépenses de fonctionnement au niveau des engagements pris en la matière sur les trois derniers exercices,

Service économique régional de Rome Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

- Interdiction de recourir à l'endettement pour les dépenses d'investissement,
- Diminution automatique des salaires des dirigeants.

Si l'effet positif du PSI sur les finances publiques locales est amplement reconnu, son impact négatif sur l'investissement public local est quant à lui fortement critiqué. Depuis 2005, les dépenses d'investissement sont en effet incluses dans le PSI⁸⁸.

– Préciser les mécanismes de péréquation financière liés à des opérations de protection sociale existant entre collectivités territoriales.

Introduit dans la Constitution italienne en 2001 et décliné dans l'ordre infra-constitutionnel 8 ans plus tard avec la loi 42/2009, le « fédéralisme fiscal » constitue le principe gouvernant les rapports financiers entre l'État et les Régions. Système complexe, il prévoit des « dépenses essentielles » pour les Régions et des « dépenses fondamentales » pour les Communes et les Provinces. Pour chaque dépense doit être défini un « niveau essentiel de prestation » auquel correspond un « coût standard ». Enfin, pour des raisons d'égalité entre les citoyens et afin d'assurer un niveau de service minimal garanti sur l'ensemble du territoire national, est prévue l'instauration de deux fonds de péréquation, à savoir un « fonds de péréquation pour le besoin de financement (*fabbisogno*) » et un « fonds de péréquation pour la capacité fiscale ». Le décret-loi 68/2011 introduit des « dispositions en matière d'autonomie de recettes des régions à statut ordinaire et des provinces, ainsi qu'en matière de détermination des coûts et besoins de financement standard dans le secteur sanitaire ». Il prévoit notamment les modalités de l'autonomie fiscale des régions et, en conséquence, la suppression des dotations de l'État, à partir de l'année 2013.

Le processus de fixation des coûts et besoins de financement standard accuse actuellement un lourd retard, puisque, après un premier renvoi, l'ensemble du dispositif devait entrer en vigueur en 2014, ce qui apparaît néanmoins très peu probable. La méthodologie, complexe, prévoit de compiler des données issues de collectivités témoins, afin d'établir une moyenne nationale. Les dotations de l'État sont encore aujourd'hui établies de manière *ad hoc* tous les ans, à travers la création et l'abondement de fonds spécifiques, dont les critères d'accès sont déterminés au cas par cas.

– De quel degré d'autonomie fiscale disposent les collectivités territoriales : leurs recettes découlent-elles exclusivement de transferts de l'État ? certains de ces transferts sont-ils exclusivement affectés à des opérations de protection sociale ? ou disposent-elles de ressources propres, dont elles peuvent relever les taux afin de couvrir leurs dépenses (sanitaires et sociales ? totales ?) ? Existe-t-il des règles budgétaires propres aux autorités locales ? Des précisions sur ces points sont demandées en particulier dans les cas italien et suédois.

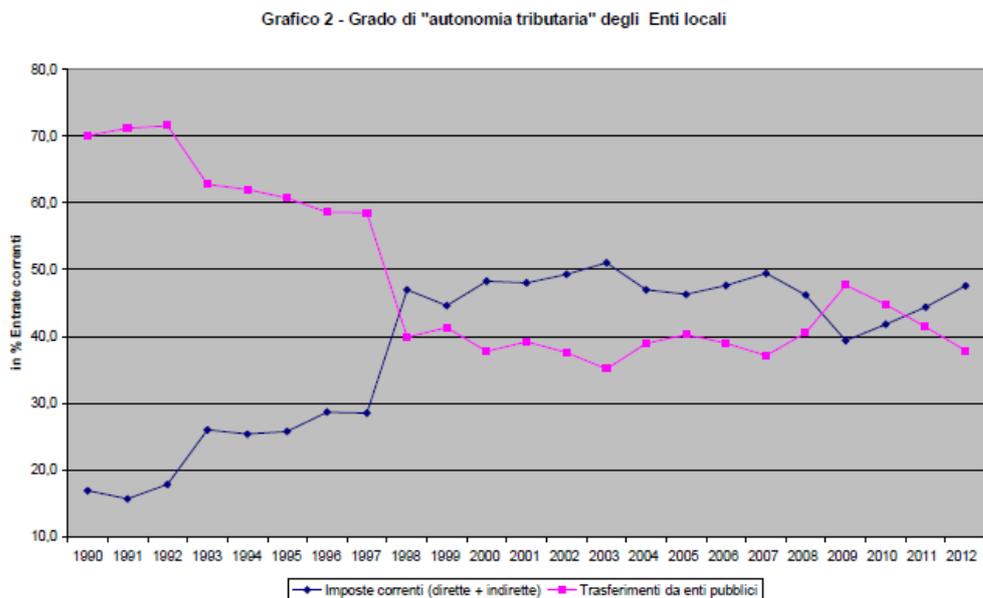
La réforme du fédéralisme fiscal vise à assurer l'autonomie en recettes des régions. En matière sanitaire, le principe est le financement autonome par les Régions de leur propre service sanitaire par les recettes fiscales et les recettes issues de l'activité des organismes sanitaires. L'État participe actuellement au financement du SSN à travers une dotation, négociée tous les ans mais de l'ordre de 100 Mds€/an, répartie entre les régions, et affectée exclusivement au SSR.

Pour les collectivités territoriales italiennes, il convient de distinguer les financements propres (recettes fiscales, essentiellement) et les financements transférés (dotations publiques, qui émanent de l'État dans le cas des Régions ; de l'État et des Régions dans le cas des Provinces ; de l'État, des Régions et des Provinces dans le cas des Communes. Les dotations de l'État ont pendant longtemps constitué la principale ressource des collectivités, jusqu'au mouvement de décentralisation de la fin des années 1990 qui a eu parmi ses objectifs la réduction des dotations au profit de la fiscalité locale. Le graphique ci-dessous « Degré d' « autonomie fiscale » des collectivités locales » montre bien, à travers une comparaison de l'évolution des recettes fiscales (directes et indirectes – en bleu) et des dotations publiques (en rose) en pourcentage des recettes courantes des collectivités locales, que la

⁸⁸Selon l'IFEL, institut de recherche affilié à l'Association nationales des communes italiennes (ANCI), ces dispositions auraient provoqué une baisse des investissements de la part des Communes de l'ordre de 23% en 5 ans.

Service économique régional de Rome Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

structure des recettes des collectivités locales (Communes et Provinces dans ce cas-ci) a connu de profonds changements depuis les années 1990. Ainsi, alors que les dotations représentaient 70% des recettes de fonctionnement des Communes et Provinces en 1990 contre moins de 20% pour les recettes fiscales, le mouvement de décentralisation lancé en 1997-98, approfondi par la réforme constitutionnelle en 2001 et confirmé par la loi 42/2009 sur le « fédéralisme fiscal » a conduit à l'augmentation forte de la part des recettes fiscales, jusqu'à près de 50% en 2012 et, au contraire, à une forte diminution de la part des dotations, faisant passer ces dernières sous la barre des 30% en 2012 :



Source : Rapport sur la coordination des finances publiques, Cour des Comptes, Mai 2013

La fiscalité locale italienne (régions, communes, provinces) se décompose en trois principaux types d'imposition :

- Les « coparticipations » à certains impôts nationaux (typiquement la TVA) : l'État reverse à la collectivité une part définie par lui des recettes encaissées au titre de cet impôt
- Les « additionnels » à certains impôts nationaux : la collectivité peut alourdir, dans une limite fixée par l'État, certains impôts afin d'encaisser la différence entre le taux national et le taux pratiqué sur son territoire (principe proche de celui des centimes additionnels)
- La fiscalité propre : la collectivité est maîtresse de certains impôts et taxes.

Dans le secteur sanitaire, le décret législatif n. 118/2011 vise à harmoniser la comptabilité au sein du SSN et d'en renforcer le suivi financier par l'État central, notamment en créant l'obligation pour les régions de catégoriser au sein de leur budget les recettes et les dépenses relatives à leur Service Sanitaire Régional (SSR). Par ailleurs, est créée une Gestion Sanitaire Centralisée (GSA) dont la mission est la mise en œuvre et la tenue d'une comptabilité des rapports économiques, patrimoniaux et financiers entre la région et l'État, les autres régions, les organismes sanitaires, les autres organismes publics et les tiers, inhérents à des opérations financées avec des ressources destinées aux Services Sanitaires Régionaux. Un budget doit être adopté pour chaque organisme membre du SSR, y compris la GSA, en plus du budget régional. L'ensemble de ces documents sont adoptés et approuvés formellement avant le 1er janvier de l'année concernée par le gouvernement régional. De même, les bilans de ces organismes sont approuvés avant le 31 mai de l'année suivant l'année concernée.

Pour l'assistance sociale, voir question 4.a.

ROYAUME-UNI

1.L'organisation du financement du système de protection sociale

Préciser les responsabilités respectives des entités suivantes dans les différents segments de la protection sociale et les relations financières qui existent entre elles :

- **l'État ;**
- **les collectivités territoriales ;**
- **les entités distinctes des précédentes gérant à titre obligatoire des couvertures contre certains risques de la protection sociale (cas notamment des régimes de protection sociale disposant d'une autonomie financière) ;**
- **les organismes dispensateurs de couvertures complémentaires, à titre facultatif.**

•L'État

Le système de protection sociale au Royaume-Uni est fondé sur le principe *beveridgien* : la protection sociale est principalement financée par l'impôt via le budget de l'État. L'État est seul décideur en ce qui concerne les paramètres des prestations sociales et les ressources qui leur sont consacrées. Le service de ces prestations est effectué par les administrations de l'État (Ministère du Travail et des Retraites pour la plupart des prestations et services fiscaux du HMRC pour les crédits d'impôt), et non par le biais d'un système de caisses comme il en existe dans les systèmes *bismarckiens*. Les partenaires sociaux ne jouent donc strictement aucun rôle dans la gestion du système de protection sociale britannique, même en ce qui concerne l'indemnisation des accidents du travail.

•Les collectivités territoriales

Pour l'essentiel, la politique en termes de prestations sociales (indemnisation chômage, revenu minimum, *child benefits*, crédits d'impôt, allocations d'invalidité) est décidée et mise en œuvre au niveau central (par le Ministère du Travail et des Retraites), la plupart des prestations étant versées par les agences publiques du service de l'emploi ou les services des pensions pour les retraités. Jusqu'à récemment, les 152 collectivités locales (*councils*) en Angleterre avaient peu de compétences propres, et jouaient essentiellement un rôle de guichet des politiques sociales nationales, rôle qu'elles partageaient avec les services déconcentrés de l'État. Ainsi, la politique en matière d'aides au logement, gérées par le Ministère du Travail et des Retraites, est définie au niveau central mais les allocations logement (*housing benefits*) sont versées par les *Councils* selon des paramètres fixés au niveau national (mais une évolution doit intervenir avec la mise en œuvre du crédit universel, cf *infra*).

En matière de prise en charge de la dépendance (*adult social care*), les *councils* ont la responsabilité d'assurer la disponibilité de l'offre d'hébergement, mais les prestations servies aux personnes dépendantes sont nationales, à l'exception des aides à domicile, dont le niveau est de la compétence des *councils*, mais les barèmes de conditions de ressources sont eux déterminées au niveau national.

- Les entités distinctes des précédentes gérant à titre obligatoire des couvertures contre certains risques de la protection sociale (cas notamment des régimes de protection sociale disposant d'une autonomie financière)

Sans objet pour le Royaume-Uni.

- Les organismes dispensateurs de couvertures complémentaires, à titre facultatif.

2. Règles et pratiques budgétaires dans le domaine de la protection sociale

Existe-t-il un document, diffusé dans le cadre du processus budgétaire interne, récapitulant l'ensemble des dépenses engagées et des recettes au titre de dispositifs de protection sociale (par exemple au sens du système européen Sespros de statistiques sur la protection sociale), ou sur un sous-ensemble suffisamment large (tel que les administrations de sécurité sociale au sens des comptes nationaux), sur le passé et/ou en prévision à court-moyen terme ? Ce document a-t-il valeur informative ? normative ? Est-il articulé avec les engagements pris, le cas échéant, par le pays considéré auprès de ses partenaires européens dans le cadre de la surveillance mutuelle des finances publiques ?

Le budget de l'État retrace-t-il l'ensemble des dépenses et recettes des organismes mettant en œuvre les dispositifs de protection sociale ? ou seulement les transferts consolidés avec ces organismes (leurs recettes propres et leurs dépenses étant alors hors budget) ? Existe-il des comptes spécifiques relatifs à des opérations de protection sociale au sein du budget de l'État (du type des comptes d'affectation spéciale ou des budgets annexes dans les lois de finances françaises) ?

L'ensemble des dépenses sociales, dont les dépenses de santé, sont incluses dans le budget de l'État présenté au mois de mars (l'année budgétaire britannique débute le 1^{er} avril), ainsi que dans le pré-budget présenté à l'automne précédent (généralement au mois de novembre). Il n'existe donc pas de texte budgétaire spécifique pour les dépenses sociales à l'instar du PLFSS.

Comment s'opère l'ajustement des prévisions de dépenses de protection sociale (notamment lorsqu'elles s'inscrivent dans un cadre budgétaire limitatif) aux dépenses effectives (dérivant généralement de droits objectifs ouverts) ?

La plus grande partie des dépenses publiques, y compris les dépenses de santé, font l'objet d'une programmation pluriannuelle : les plafonds par ministère et les projections de dépenses de guichet ont été fixées jusqu'en 2014-2015 dès octobre 2010 (*spending review*), la programmation ayant été étendue depuis à l'année budgétaire 2015-2016 avec le *spending round* de juin 2013. Les prévisions macroéconomiques sont réalisées depuis 2010 par un organisme indépendant, l'*Office for Budget Responsibility* (OBR). L'OBR valide également les prévisions de finances publiques.

Les dépenses publiques par ministère sont appelées *Department Expenditures Limits* (DEL) et représentaient 316,5 Mds£ en 2012-2013, soit près la moitié des dépenses publiques (47%). Il s'agit d'une enveloppe fermée. Le budget de la santé tombe dans cette catégorie de dépenses.

En théorie, le respect de l'autorisation budgétaire est un impératif. En cas de dépassement de l'enveloppe allouée, la sanction est d'abord politique : les responsables budgétaires du Ministère devront répondre de leur gestion devant le *Public Account Committee* du Parlement et les comptes ne seront pas certifiés par le *National Audit Office* (l'équivalent de la Cour des Comptes). De fait, depuis le milieu des années 2000, le budget de la santé alloué en loi de finances est respecté, les mécanismes de redéploiement des crédits, effectifs au niveau local (*cf infra*) permettant de respecter l'enveloppe allouée.

Par opposition aux DEL, les *annually managed expenditures* (AME) correspondent à des dépenses de guichet, dont le montant est estimatif et pas limitatif. Les AME représentaient 340 Mds£ en 2012-2013 : environ 60% de cette somme correspond aux dépenses sociales (182 Mds£ de dépenses de prestations et 28 Mds£ de crédits d'impôt), en particulier l'indemnisation chômage, les minima sociaux, l'allocation logement, les retraites. Le Ministère des Finances a très peu de moyens de

Service économique régional de Londres Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

contrôler l'évolution de ces dépenses⁸⁹. De fait, en excluant les dépenses de retraite et d'indemnisation chômage, les transferts sociaux ont augmenté de 58% (soit 45 M£ en valeur réelle) entre 2000-01 et 2010-11.

Pour tenter de limiter cette croissance et améliorer le contrôle de l'évolution de la dépense, un mécanisme de plafonnement des dépenses de protection sociale (hors santé) a été récemment voté (*welfare cap*). Ce *welfare cap* constitue la première tentative de mettre en place un mécanisme de régulation budgétaire de la dépense liée aux transferts sociaux. Politiquement, il s'inscrit dans la volonté du Gouvernement de réduire le poids des dépenses d'assistance sociale et d'encourager le retour à l'emploi, thématiques qui bénéficient d'un niveau élevé d'adhésion dans l'opinion publique.

Le niveau du plafond a été fixé en valeur nominale lors du vote du budget en mars 2014, sur la base de projections des dépenses sur un horizon de 5 ans réalisées par *l'Office for Budget Responsibility*. Le principe du plafond est inscrit dans la *Charter for Budget Responsibility*, qui fixe le mandat budgétaire du Gouvernement, et non dans la loi. Sa portée sera donc d'abord politique, même s'il paraît peu probable que le Gouvernement puisse s'en exonérer.

Le champ de ce plafond s'applique à l'ensemble des dépenses sociales (c'est-à-dire prestations et crédits d'impôt), à l'exception importante des retraites et des dépenses conjoncturelles (indemnisation chômage, allocation logement versé aux chômeurs et crédit universel lorsqu'il sera en place). Au total, le champ du plafond couvre environ 80 Mds£ de dépenses et 40 Md£ de crédits d'impôts, soit un peu plus de la moitié du total des dépenses et crédits d'impôts consacrés aux transferts sociaux. Il convient de souligner que l'exclusion des retraites du champ de ce *welfare cap* suscite des controverses, le Gouvernement justifiant cette exclusion en mettant en avant l'existence d'autres mécanismes de contrôle de la dépense, notamment le recul de l'âge légal de départ à la retraite.

Chaque année, l'horizon du plafond sera repoussé d'un an. Une marge sera fixée au-dessus du plafond afin de ne pas contraindre le Gouvernement à réduire les dépenses en cas de changement limité dans les prévisions. Le plafond sera considéré comme non respecté dans deux hypothèses : premièrement, lorsque le montant des dépenses prévisionnelles dépassera le plafond du fait de l'impact de décisions politiques du Gouvernement, deuxièmement, si le montant des dépenses dépasse la marge autorisée pour n'importe quelle autre raison. Contrairement à l'ONDAM, le respect du plafond sera donc purement évalué sur la base des dépenses prévisionnelles, afin d'encourager une approche prospective. *L'Office for Budget Responsibility* sera chargé d'évaluer la performance du Gouvernement par rapport à ce plafond et dans le cadre de *l'Autumn Statement*, le Gouvernement devra détailler toutes mesures prises pour éviter le dépassement de ce plafond. Le dépassement du plafond déclenchera également un débat et nécessitera un vote du Parlement. Pour modifier le niveau du plafond, par exemple en cas de crise économique, le Gouvernement sera désormais obligé de passer par un vote de la Chambre des communes.

Identifier les cas dans lesquels les transferts du budget de l'État ont pour objet d'assurer l'équilibre de régimes de protection sociale, et sont exactement calibrés à cet effet. En particulier, une analyse précise des relations financières entre les caisses d'assurance maladie et l'État en Allemagne est demandée.

Sans objet.

Comment les cycles conjoncturels sont-ils pris en compte dans l'attribution de ressources (et éventuellement dans la prévision des dépenses) afférentes à la couverture des risques de la protection sociale ? Existe-t-il des mécanismes explicites de solidarité financière entre l'État et les régimes de protection sociale, tels que des fonds d'intervention conjoncturelle ?

Sans objet.

⁸⁹ Le chancelier de l'Échiquier a ainsi pu évoquer ironiquement les « *annualy unmanaged expenditures* ».

**Service économique régional de Londres
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France**

Existe-t-il des mécanismes de lissage à long terme des trajectoires des dépenses et des recettes afférentes à certains risques de la protection sociale, notamment tenant compte des tendances démographiques (du type « Fonds de réserve des retraites ») ?

Sans objet.

3. L'autonomie financière des organismes de protection sociale

Décrire la nature des recettes finançant les dépenses de protection sociale : ces recettes sont-elles des recettes publiques spécifiquement et/ou exclusivement affectées au financement d'un ou de plusieurs risques sociaux ? existe-t-il une distinction juridique entre « cotisations sociales » et « recettes fiscales » ? en cas de recettes intégralement affectées au financement d'un ou plusieurs risques de protection sociale, l'entité affectataire peut-elle déterminer l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement ? a contrario, dans le cas où les recettes ne sont ni affectées, ni exclusives, ni propres, décrire le dispositif retenu (financement d'un ensemble de dépenses par un ensemble de recettes par exemple) ?

L'essentiel des ressources servant à financer les dépenses de protection sociale provient de l'impôt. Il existe certes des cotisations sociales (*National Insurance Contributions-NIC*), payées par les salariés et les employeurs, mais leur produit abonde le budget de l'État, sans être affectées spécifiquement au financement de tel ou tel risque. Elles sont d'ailleurs recouvrées par les services fiscaux.

Les cotisations sociales patronales et salariales ont généré 104,5 Mds£ en 2012/2013 (contre 152 Mds£ pour l'impôt sur le revenu, *l'income tax*), soit près de 20% des prélèvements obligatoires. L'essentiel des ressources affectées aux dépenses de protection sociale (notamment santé) provient donc des recettes fiscales (avec une part croissante pour la TVA).

Une fraction des produits des cotisations (autour de 20%), déterminée annuellement par une clé de répartition certifiée par les actuaires gouvernementaux est toutefois fléchée vers le National Health Service (NHS), le système public national de santé. En conséquence, l'administration fiscale ventile le produit des cotisations sociales entre deux fonds gérés par l'État, le *National Insurance Fund* (créé en 1948 et qui est géré par le Ministère du travail, et qui reçoit environ 80% du produit des NICs) et le *NHS Fund* (géré par le Ministère de la Santé). Au total, près de 76% des financements du NHS provient de l'impôt, 18% des cotisations sociales, le reste provenant notamment des dispositifs de co-paiement des patients (pour les médicaments) ou des patients traités à titre privé par le NHS.

Les cotisations sociales ne sont pas formellement affectées, même si elles sont historiquement conçues comme destinées à financer les prestations contributives en espèces (chômage, retraite, invalidité). Toutefois, ce lien s'est progressivement distendu, la part des prestations contributives tendant également à se réduire.

Dans un souci d'améliorer la compétitivité des entreprises britanniques et l'emploi, le poids des cotisations patronales a été réduit ces dernières années⁹⁰ (avec notamment des exonérations pour l'embauche de jeunes ou d'apprentis), tandis que les cotisations payées par les salariés ont progressivement augmenté, notamment pour financer les retraites.

⁹⁰ Les charges patronales légales ont augmenté de 2 points depuis 2003 (13,8% du salaire brut à partir d'un seuil plancher de 146£/semaine, mais restent faibles (environ 10% du coût du travail). Par ailleurs, le Gouvernement de coalition a engagé depuis 2010 une politique de réduction du poids des cotisations pesant sur les employeurs (*Employer National Insurance contributions*), en relevant le montant du seuil en deçà duquel l'employeur ne paie pas de *National Insurance Contributions* (NIC). Dans le cadre du budget de 2010, le Gouvernement a annoncé que ce seuil (appelé *Secondary Threshold*) serait relevé de 21£/semaine. Le coût de ce relèvement est estimé à 3,7 Mds£ en 2014-2015 et le nombre de salariés pour lesquels l'employeur ne paie pas de *National Insurance Contributions* a augmenté depuis 2010 de 650 000.

Existe-t-il des règles prévoyant les dispositions portant tant sur les dépenses que sur les recettes que doivent prendre les organismes chargés de la mise en œuvre de dispositifs de protection sociale en cas de prévision d'exécution budgétaire déséquilibrée ? Certains organismes sont-ils soumis à des contraintes portant sur leur trésorerie (du type plafond de découvert) ou sur leurs soldes comptables (telles qu'une interdiction du déficit) ?

S'agissant des dépenses de santé, qui font l'objet d'une enveloppe limitée, l'exécution budgétaire et la maîtrise des dépenses s'effectuent de manière déconcentrée.

**Service économique régional de Londres
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France**

Depuis le vote du *Health and Care Act* 2012, la majorité des crédits alloués à NHS England (soit 65 Mds£ sur 95 Mds£) est ensuite déconcentrée aux organismes payeurs locaux, les 211 *clinical commissioning groups* (CCG), composés majoritairement de médecins généralistes, préposés à la planification et à l'achat de prestations sanitaires pour leur bassin de population (soins hospitaliers, services de santé locaux, services de santé mentale), par contractualisation avec des prestataires publics ou privés. Le budget est réparti entre les CCG en fonction d'une formule mathématique dont le principe fondamental est de garantir des ressources égales à deux zones géographiques dont les besoins de leur population sont identiques. Le budget alloué aux CCG est limitatif. Le CCG a le devoir légal de terminer l'exercice à l'équilibre ou en léger excédent, sous le contrôle budgétaire de NHS England.

L'enveloppe déconcentrée aux CCG en matière de santé est fongible. Les CCG sont libres de déterminer, en fonction des besoins de leur population, la part consacrée aux soins de santé secondaire (soins spécialistes à l'hôpital), aux médicaments... Ils peuvent, en cours d'année, faire évoluer cette répartition des dépenses en fonction des besoins. Si un CCG est en déficit à la fin de l'exercice, la responsabilité de son équipe dirigeante est recherchée par sa tutelle. L'intérêt de la déconcentration de la dépense ne réside pas seulement dans le caractère limitatif du budget et dans la forte responsabilisation des équipes chargées de son financement. Il est avant tout de nature politique. La maîtrise budgétaire impliquant de faire des choix nécessairement douloureux et contestables, il est plus simple de les effectuer de manière parcellisée au niveau local, où les oppositions sont moins structurées.

Etant donné le caractère déconcentré de l'exécution des dépenses de santé, il n'existe pas de mécanisme d'alerte au niveau national en lien avec le dépassement des objectifs, comme c'est le cas en France.

Lorsque des organismes de protection sociale peuvent enregistrer un déficit lors d'un exercice comptable, quel compte de dette ce déficit accroît-il : le compte de l'organisme ? le compte de l'État ? un autre compte ? Lorsque l'organisme a la faculté de recourir à l'emprunt sur plus d'un exercice, comment sa gestion est-elle encadrée ?

Sans objet.

Existe-t-il un ou des réseaux spécifiques de recouvrement des cotisations sociales ou d'autres recettes finançant les dépenses de protection sociale ? Préciser les cas dans lesquels un même réseau assure le recouvrement de ressources bénéficiant à plusieurs organismes de protection sociale ? À contrario, les recettes de ces organismes sont-elles intégrées dans un circuit financier plus général (de l'État, des collectivités territoriales...) ?

Le recouvrement des cotisations sociales/impôts est assuré par les services fiscaux de HMRC.

4. Les compétences des collectivités territoriales en matière de protection sociale

Préciser les cas dans lesquels la compétence de délivrance de prestations de protection sociale est déléguée à des collectivités territoriales (notamment dans le domaine des soins de santé).

Comme indiqué supra, pour l'essentiel la politique en termes de prestations sociales (indemnisation chômage, revenu minimum, aides familiales, crédits d'impôt) est décidée et mise en œuvre au niveau central (Ministère du Travail et des Retraites), la plupart des prestations étant versées par les agences publiques du service de l'emploi ou les services des pensions pour les retraités.

La politique en matière d'aides au logement, gérées par le Ministère du Travail et des Retraites, est définie au niveau central mais les allocations logement (*housing benefits*) sont versées par les *Councils* (collectivités locales) selon des paramètres fixés au niveau national (mais une évolution doit intervenir avec la mise en œuvre du Crédit universel). Toutefois, à compter de 2017, l'allocation logement sera intégrée au Crédit Universel⁹¹ (dont les principes rejoignent ceux du RSA), qui sera versée par les agences du service public de l'emploi pour les personnes en âge de travailler et les services de pension pour les retraités.

En matière de prise en charge de la dépendance, les *councils* ont la responsabilité d'assurer la disponibilité de l'offre d'hébergement, mais les prestations servies aux personnes dépendantes sont nationales, à l'exception des aides à domicile, dont le niveau est de la compétence des *councils*, mais les barèmes de conditions de ressources sont eux déterminées au niveau national. Cette prise en charge dépend du patrimoine de la personne dépendante (y compris la valeur de sa résidence principale dont elle est propriétaire). L'évaluation du degré de dépendance est menée par les équipes médico-sociales des *councils*. Malgré des critères partiellement communs, chaque collectivité construit donc sa grille d'évaluation en croisant d'un côté les besoins et le niveau du risque et de l'autre, l'offre de services sur laquelle elle peut se reposer et son budget. Par exemple certaines collectivités appliquent une participation forfaitaire pour les plateaux repas livrés à domicile, d'autres établissent le prix de leurs prestations en fonction des revenus et des biens de la personne.

Le caractère décentralisé de l'évaluation et des décisions qui en découlent ne manque pas de susciter de fortes critiques sur l'existence d'une « *loterie du code postal* » en fonction du lieu de résidence. D'autant que les contraintes budgétaires pesant depuis 2010 sur les collectivités locales font qu'elles ont été contraintes, pour beaucoup, de ne plus prendre en charge les niveaux de risque faible ou modéré. Conscient des lacunes de ce système et de la non-viabilité à long terme du système de prise en charge de la dépendance, le Gouvernement a récemment fait adopter une loi (*Social Care Act*) qui instaure d'une part, un plafonnement des dépenses supportées par les personnes en termes de prise en charge de la perte d'autonomie (fixé à 72.000£), et d'autre part, la fixation au niveau national de critères d'évaluation, avec un seuil minimal d'éligibilité (les collectivités locales étant libres d'être plus généreuses) en termes d'aide par les collectivités locales, afin de mettre un terme aux inégalités au niveau territorial.

Ces autorités assurent-elles une simple gestion pour le compte de l'État, ou ces dépenses sont-elles retracées dans leurs budgets ? Existe-t-il un budget spécial des autorités locales pour leurs fonctions sanitaires et sociales ?

Les dépenses sociales des collectivités locales pour leurs compétences propres (prise en charge de la dépendance notamment) sont retracées dans leur propre budget.

⁹¹ Le Crédit universel (*Universal Credit*) doit fusionner 6 allocations et crédits d'impôt, dont l'indemnisation chômage sous condition de ressources, l'allocation d'invalidité et l'allocation logement. Le Crédit universel aura un montant fixe (et fonction de la situation de chaque bénéficiaire, de la composition du foyer familial) jusqu'à un certain niveau de revenus (*work allowance*) à partir duquel le montant du crédit diminuera progressivement selon un taux unique de 65% (*Single taper rate*), mais s'appliquant sur la partie du revenu net, déduction faite de l'impôt sur le revenu et des contributions sociales

Service économique régional de Londres
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

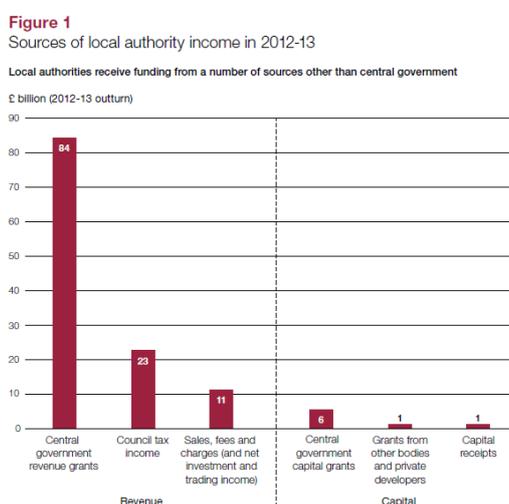
Préciser les mécanismes de péréquation financière liés à des opérations de protection sociale existant entre collectivités territoriales.

Le système britannique de financement des collectivités locales est l'un des plus centralisés en Europe : au Royaume-Uni, la péréquation financière est principalement verticale⁹², et représentait 66 % des ressources des collectivités locales en 2012-13 (cf. graphique 1 ci-après). Le principal mécanisme de péréquation dépend en partie de critères sociaux. L'État prend en compte quatre composantes :

- un forfait par habitant ;
- les besoins de chaque collectivité (les critères sociaux comptent pour 48 % du calcul de cette composante – 16 % pour les services sociaux à l'enfance et 32 % pour les services sociaux aux adultes) ;
- le potentiel fiscal de la collectivité ;
- une garantie permettant de lisser l'évolution de la dotation.

Les dotations de l'État ne sont le plus souvent pas fléchées (cf. graphique 2 ci-après). Environ de 40 % des dépenses des collectivités locales sont des dépenses sociales : les collectivités anglaises consacrent 18 % de leurs dépenses à l'assistance sociale et 19 % au logement (cf. graphique 3).

Graphique 1 : Recettes des collectivités locales au Royaume-Uni



Source : *National Accountability Office*

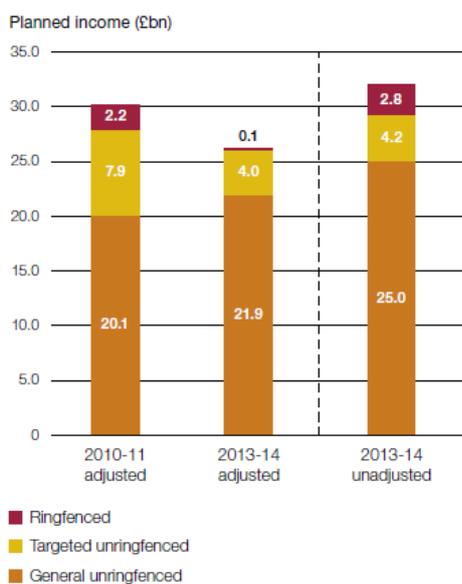
⁹² Les recettes des collectivités locales proviennent de trois sources principales : les dotations (péréquation verticale) la *council tax* (levée au niveau local), et les *business rates*. Jusqu'au *Local Government Finance Act 2012*, le gouvernement central collectait les recettes des *business rates*, avant de les redistribuer aux collectivités locales sous forme de dotation avec un mécanisme de péréquation. Depuis 2012, la collecte est du ressort des autorités locales : une partie des recettes est mutualisée au niveau du gouvernement central (*central share* ; 50 %) puis redistribuée via des dotations aux collectivités locales ; une partie reste entre les mains des autorités collectant l'impôt (*local share*) et est ensuite redistribuée aux collectivités de la zone.

Graphique 2 : fléchage des dotations

Figure 3

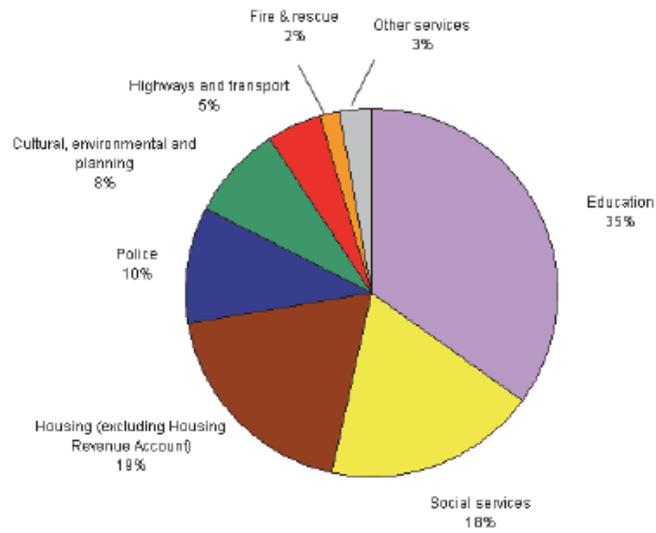
Change in budgeted revenue funding by grant type, 2010-11¹ to 2013-14²

On a like-for-like basis, the level of ringfenced and targeted funding has fallen since 2010-11 while unringfenced general funding has grown



Source : *National Accountability Office*

Graphique 3 : Dépenses courantes par type de service en Angleterre en 2011/12



Source : *Local Government Finance Statistics*

Service économique régional de Londres
Service pour les affaires sociales, Ambassade de France

De quel degré d'autonomie fiscale disposent les collectivités territoriales : leurs recettes découlent-elles exclusivement de transferts de l'État ? certains de ces transferts sont-ils exclusivement affectés à des opérations de protection sociale ? ou disposent-elles de ressources propres, dont elles peuvent relever les taux afin de couvrir leurs dépenses (sanitaires et sociales ? totales ?) ? Existe-t-il des règles budgétaires propres aux autorités locales ?

Les collectivités locales bénéficient d'une autonomie fiscale limitée puisqu'elles n'ont que la maîtrise du taux de la taxe d'habitation (*council tax*), dont les paramètres sont fixés au niveau national (avec un mécanisme de plafonnement également fixé au niveau national), la majeure partie de leurs ressources venant d'une dotation globale de fonctionnement votée par le Parlement.

Dans un contexte budgétaire particulièrement contraint, les collectivités locales ont été particulièrement mises à contribution dans le cadre de la stratégie de redressement des finances publiques depuis 2010. Le total des transferts de l'État aux collectivités devrait passer de 140,7 Md£ en 2009-10 à 119,3 Md£ en 2015-16 soit une baisse de 15,2%.

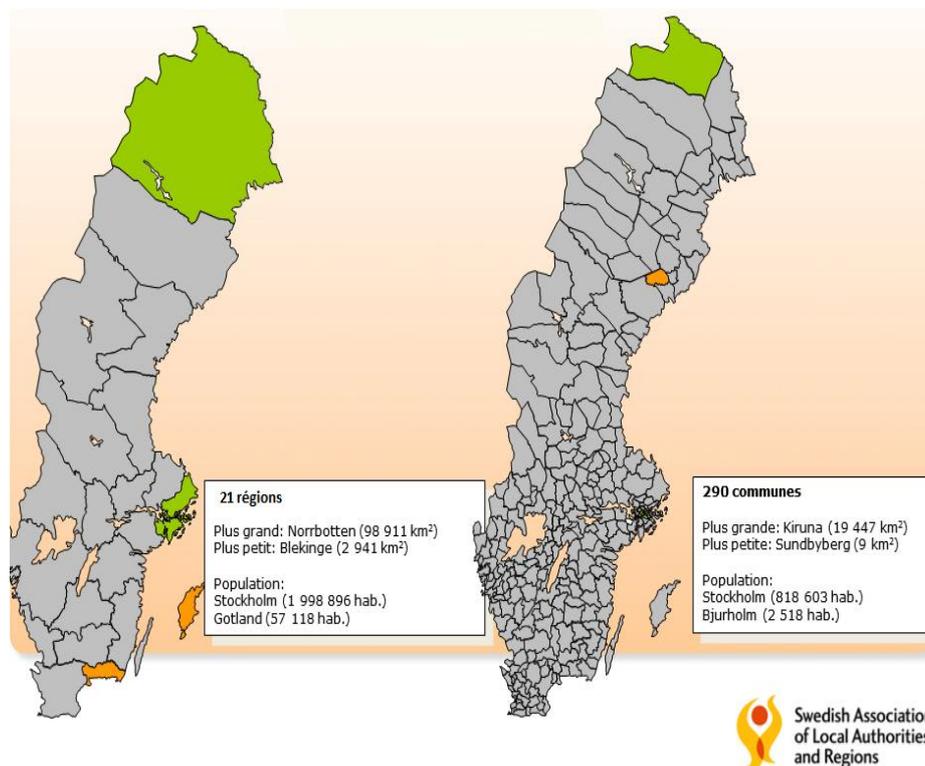
SUÈDE

Éléments de contexte général :

La Suède est un Etat unitaire qui comporte 3 niveaux institutionnels: l'Etat au niveau national, les régions et les communes au niveau local :

- L'Etat est organisé autour de ministères de taille réduite (2% des effectifs de l'Etat) qui définissent et proposent les politiques publiques (rédaction de projets de lois, dialogue avec les institutions et autorités étrangères, européennes notamment), et d'agences nationales (98 % des effectifs de l'Etat, qui, sous tutelle des ministères, sont les véritables instruments des politiques publiques (la police, les forces armées, l'impôt, la sécurité sociale...sont des structures d'agences). Par ailleurs, une partie de l'administration centrale se trouve déconcentrée au niveau régional, dans l'équivalent suédois des préfetures avec un rôle relativement restreint (protection de l'environnement/conservation des espèces, construction et urbanisme, ainsi que la défense civile).
- Les collectivités territoriales : les communes (290) et les régions (20), bénéficient d'une grande autonomie en matière budgétaire : levée de l'impôt (principalement l'impôt sur le revenu, dont l'assiette est fixée au niveau national mais dont elles peuvent fixer librement le taux), préparation et exécution du budget. En revanche, elles doivent conformer leurs actions de services publics à des exigences nationales relativement précises, de sorte que les prestations sociales, notamment, varient peu d'une commune/région à l'autre.

Carte : découpage du territoire en régions (à gauche) et en communes (à droite)



Service économique régional de Stockholm

Le système de protection sociale a une forte composante redistributive :

- La plupart des prestations sociales (allocations familiales, santé...) sont de nature redistributive ; pour les retraites et les allocations chômage, il existe une composante contributive, qui est limitée par des seuils généreux et des plafonds bas ;
- Le budget général de l'Etat joue un rôle central dans le financement de la protection sociale : en pratique, l'existence de recettes/dépenses attribuées au niveau central (cotisations chômage ou retraites) et au niveau local (recettes fiscales locales pour dépenses locales) s'accompagnent d'ajustements par le biais du budget général de l'Etat central

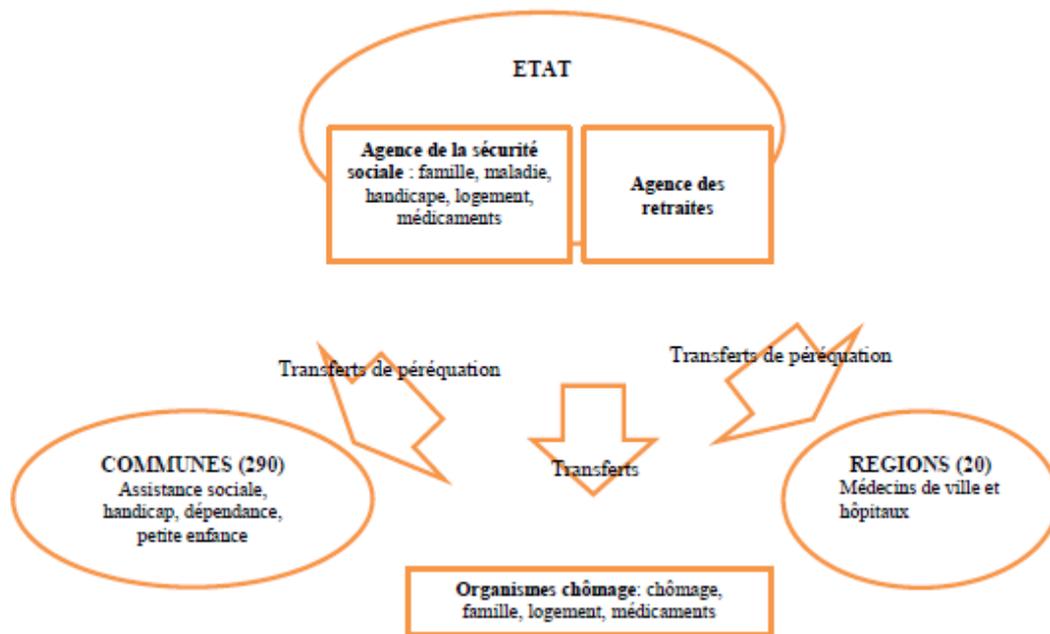
Tableau récapitulatif des flux budgétaires de la protection sociale en Suède

	Recettes/Financement	Dépenses
Etat	Agence des retraites (Pensionsmyndigheten) Cotisations sociales, IR Fonds de retraites public	Retraites (piliers I et II)
	Agence de la sécurité sociale (Försäkringskassan) Budget général de l'Etat (Cotisations sociales, IR, IS, TVA ...)	Famille, assurance maladie et médicaments
Régions	Budget général (IR, Transferts de péréquation)	Santé (médecine de ville et hôpitaux)
Communes	Budget général (IR, taxe foncière, Transferts de péréquation)	Assistance sociale, dépendance, handicap, petite enfance et autres services de proximité
Partenaires sociaux (syndicats)	Budget de l'Etat	Allocation chômage
	Adhérents aux syndicats	Complémentaire santé
	Adhérents aux syndicats	Complémentaire retraite (pilier III)
Etat / Agences de retraites	Cotisations sociales	Volet du régime public de retraite par capitalisation

Service économique régional de Stockholm

L'organisation du financement du système de protection sociale

Préciser les responsabilités respectives des entités suivantes dans les différents segments de la protection sociale et les relations financières qui existent entre elles : l'État, les collectivités territoriales, les entités distinctes du précédent gérant à titre obligatoire des couvertures contre certains risques de la protection sociale et les organismes dispensateurs de couvertures complémentaires, à titre facultatif.



- L'État central est responsable de la plupart des prestations de transfert (allocations familiales, vieillesse, chômage, retraites à l'exception des minima sociaux versés par les communes...); les principales agences à l'œuvre sont 1/ l'agence de la sécurité sociale qui assure la gestion et le financement d'une quarantaine d'allocations aux familles, aux enfants, aux personnes handicapées, aux malades, aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, aux personnes âgées..., 2/ l'agence nationale des retraites (piliers I et II du régime de retraite) et 3/ l'agence nationale pour l'emploi (allocations chômeurs, dont le versement est délégué aux organismes syndicaux) sont les principaux acteurs de la protection sociale.
- Les municipalités et les régions assurent principalement les prestations sociales en nature. Les régions assurent l'essentiel des dépenses de santé hors médicament et les communes les prestations en nature liées à l'enfance et la petite enfance (école, crèche, aide à domicile), au handicap et au maintien à domicile des personnes âgées, ainsi que le versement des allocations d'assistance publique. Il n'y a pas de lien financier entre communes et régions, et le lien financier entre État et les collectivités est, quant à lui, limité aux transferts de péréquations (environ 10 % du budget des collectivités)
- Les organismes syndicaux ou sous mandat syndical (caisse d'assurance privée ou mutualiste) mettent en œuvre les prestations sociales par les conventions collectives : assurances chômage ou maladie complémentaires, pilier III des pensions, sur la base de financements privés (cotisations des adhérents ou de leurs employeurs) de façon autonome ; ils exécutent également, pour le compte de l'État, le versement des prestations d'assurance chômage de base (simple mandat d'exécution pour le compte de l'État, financé sur le budget de l'État, les montants des prestations étant fixé par la loi).

Service économique régional de Stockholm

1. Règles et pratiques budgétaires dans le domaine de la protection sociale

- **Existe-t-il un document, diffusé dans le cadre du processus budgétaire interne, récapitulant l'ensemble des dépenses engagées et des recettes au titre de dispositifs de protection sociale (par exemple au sens du système européen Sespros de statistiques sur la protection sociale), ou sur un sous-ensemble suffisamment large (tel que les administrations de sécurité sociale au sens des comptes nationaux), sur le passé et/ou en prévision à court-moyen terme ? Ce document a-t-il valeur informative ? normative ? Est-il articulé avec les engagements pris, le cas échéant, par le pays considéré auprès de ses partenaires européens dans le cadre de la surveillance mutuelle des finances publiques ?**

À la différence de la France, la Suède ne dispose que d'un seul projet de loi de finances dont le champ s'étend toutefois aux politiques et prestations de sécurité sociale. Ce PLF comprend au total 27 secteurs/missions de dépenses (500 postes/programmes) qui retracent l'ensemble des dépenses de l'Etat central édité deux fois par an (budget communiqué généralement vers la mi-septembre et budget de printemps, une sorte de budget rectificatif publié à la mi-mai) détaillant pour l'année à venir les dépenses par secteurs puis par postes. Le document budgétaire de printemps inclut des plafonds de dépenses à horizon de trois ans pour l'Etat central : il a une valeur normative pour l'année en cours au niveau des postes de dépenses mais pour les deux années suivantes, le document budgétaire fixe uniquement le plafond (contraignant) des dépenses globales de l'Etat en valeur, sans être contraignant sur les secteurs ou les postes, en particulier.

Il n'existe, en revanche, pas de document budgétaire spécifique à la protection sociale ni de document transversal consolidant les dépenses de l'Etat et celles des collectivités locales en matière de protection sociale. Le document budgétaire pour l'Etat central récapitule l'ensemble des dépenses engagées par l'Etat central mais les dépenses de protection sociale ne sont pas regroupées.

Outre l'Etat, chaque collectivité locale (régions comme communes) dispose d'un document budgétaire propre, sur lequel l'Etat n'intervient pas. Parallèlement, ces dernières doivent publier un rapport annuel qui est un document public qui permet également de suivre, plus dans le détail, les finances au niveau de chaque entité locale, mais pas spécifiquement le domaine de la protection sociale.

L'articulation des différents documents budgétaires (Etat central et collectivités) avec les engagements budgétaires nationaux (règle d'or) et européens s'appuie sur la contrainte, pour les collectivités locales, de présenter des budgets prévisionnels en équilibre et, en cas de déficit, de les corriger sur les trois années à venir. Au total, le suivi des engagements budgétaires est assuré par la définition d'un plafond global de dépenses pluriannuel pour l'Etat (qui inclut les dépenses de retraites et les transferts aux collectivités) et, le cas échéant, par la levée de nouvelles recettes.

- **Le budget de l'Etat retrace-t-il l'ensemble des dépenses et recettes des organismes mettant en œuvre les dispositifs de protection sociale ? ou seulement les transferts consolidés avec ces organismes (leurs recettes propres et leurs dépenses étant alors hors budget) ? Existe-il des comptes spécifiques relatifs à des opérations de protection sociale au sein du budget de l'État ?**

Le budget de l'Etat retrace l'ensemble des dépenses sociales de l'Etat central par secteur et poste de dépenses, en distinguant les dépenses de transfert des dépenses de fonctionnement. Par conséquent, les transferts aux agences publiques sont détaillés au niveau des postes de dépenses :

- L'agence de sécurité sociale est concernée par deux secteurs de dépenses, sur les 27 précités (voir annexe 1), à savoir ceux portant sur « *sécurité économique en cas de maladie et de handicap (secteur 10)* » et « *sécurité économique des familles et des enfants (secteurs 12)* ».

Service économique régional de Stockholm

- L'agence suédoise de l'emploi (« *Arbetsförmedlingen* ») est quant à elle, en charge, sous la tutelle du ministère de l'emploi, du secteur 14 : « *Vie professionnelle et marché de l'emploi* », qui intègre notamment la subvention d'équilibre que l'Etat verse au titre de l'assurance chômage, financée principalement par les cotisations des salariés, sur une base volontaire.
- Enfin, l'agence suédoise des pensions (« *Pensionsmyndigheten* »), chargée de verser les pensions de retraite de base, dites du « Premier pilier » (voir encadré infra), est donc responsable, avec le ministère des affaires sociales du secteur 11 : « *Sécurité économique des personnes âgées* ».

En revanche, les transferts faits aux collectivités locales ne sont pas affectés en secteurs/postes et le budget de l'Etat se contente de retracer un transfert consolidé.

Il existe un compte spécifique dans le budget de l'Etat, celui affecté aux retraites, dont les flux sont régis par une loi spécifique (qui fixe les niveaux des cotisations et niveaux des pensions) et sont indépendants du processus budgétaire (même s'ils sont inclus dans le budget de l'Etat et rentrent dans le plafond de dépenses).

- **Comment s'opère l'ajustement des prévisions de dépenses de protection sociale (notamment lorsqu'elles s'inscrivent dans un cadre budgétaire limitatif) aux dépenses effectives (dérivant généralement de droits objectifs ouverts) ?**

Au niveau de l'Etat, les directeurs des agences chargées de la mise en place de la protection sociale établissent, quatre fois l'an, un point d'étape budgétaire poste par poste qu'ils rapportent à leur ministère de tutelle. La collecte des données passe par un système comptable baptisé « Hermes » qui est propre à l'ensemble de l'administration centrale (ministère-agences). Une agence financière (ESV), sous tutelle du ministère des finances, a notamment pour mission de recueillir l'évolution des postes budgétaires des différentes agences suédoises et les présenter aux différents ministères techniques.

En cas de (prévision de) dépassement en cours d'année sur un poste de dépense, trois leviers d'ajustement sont disponibles :

- Il existe une marge d'ajustement de 3 % des dépenses à la discrétion du directeur de l'agence ;
- Pour un ajustement compris entre 3 % et 10 %, le cabinet du ministre est saisi ;
- Pour un ajustement supérieur à 10 %, une modification au projet de loi doit être apportée, avec présentation et vote au Parlement ; en pratique, les ajustements importants sont effectués au cours des préparations de lois budgétaires (mi-septembre pour le PLF et fin avril pour le PLF rectificatif).

Dans tous les cas, l'agence/ministère en charge doit expliquer la raison de l'écart à la prévision pour adapter la prévision budgétaire suivante. A chaque poste de dépenses de l'Etat est associé un modèle prédictif tendanciel : après un écart à la prévision constaté, le ministère en charge doit évaluer la possibilité d'un retour à la tendance avec correction (typiquement une dépense intervenue plus tôt que prévue), l'absence de compensation et / ou un changement de tendance ; dans ces deux derniers cas, une discussion peut avoir lieu au niveau du ministère (réallocation à l'intérieur du secteur) ou en interministériel (réallocations intersecteurs)

Au niveau des collectivités locales, il n'y a pas de règle générale/contraignante de gouvernance, mais la bonne gouvernance est assurée par une pratique de la transparence très poussée.

Service économique régional de Stockholm

Rappelons toutefois que les collectivités locales doivent, conformément à la loi votée en 2000 (seule règle d'or définie par la loi) présenter impérativement un budget équilibré en droits constatés et si un déficit apparaît une année lors de l'exécution, elles doivent ajuster ce déficit et restaurer leur situation nette durant les trois années suivantes. Dans des « cas exceptionnels », la collectivité peut décider qu'il n'y aura pas d'ajustement. Ces cas sont à l'appréciation de la collectivité mais aucune n'a encore fait jouer cette clause.

- **Identifier les cas dans lesquels les transferts du budget de l'Etat ont pour objet d'assurer l'équilibre de régimes de protection sociale, et sont exactement calibrés à cet effet.**

Situé dans un compte spécifique, le régime de retraite public est le seul domaine où la question de l'équilibre pourrait se poser de façon autonome, les autres postes de la protection sociale étant incorporés soit dans le budget général de l'Etat (où l'équilibre concerne l'ensemble des dépenses), soit dans celui des collectivités locales (qui est lui, dans son ensemble, soumis à une règle d'or budgétaire). Pour rappel, le régime de retraite public comporte trois volets :

- Un socle correspondant aux minima vieillesse (correspondant à un pilier I), abondé par l'impôt sur le revenu et qui n'est pas soumis à une contrainte d'équilibre : dans ce cas précis, le transfert provenant du budget général de l'Etat correspond exactement à la dépense ;
- Le régime contributif public (correspondant à un pilier II) est soumis à un objectif d'équilibre en valeur actualisée entre d'une part, les actifs des fonds de retraites et les recettes de cotisations futures, et d'autre part, les pensions à verser. L'équilibre est assuré par un mécanisme automatique qui ajuste le montant des pensions versées sur une base annuelle (à titre d'exemple, les pensions ont baissé de 2,7 % au 1^{er} janvier 2014). En revanche, il n'y a pas d'objectif d'équilibre à court terme et l'Etat peut être amené à transférer une part plus ou moins importante des cotisations salariales ou patronales pour assurer l'équilibre ; là encore, le transfert provenant du budget général de l'Etat correspond exactement à la dépense;
- Un régime public par capitalisation (14 % des cotisations retraites), qui prend la forme de comptes-épargne individuels et n'a pas d'incidence sur le budget de l'Etat ; le contribuable peut choisir librement parmi 700 SICAV ; à défaut de choix, l'argent est placé dans le fonds dit AP7 qui effectue les arbitrages financiers pour le contribuable ;
- **Comment les cycles conjoncturels sont-ils pris en compte dans l'attribution de ressources (et éventuellement dans la prévision des dépenses) afférentes à la couverture des risques de la protection sociale ? Existe-t-il des mécanismes explicites de solidarité financière entre l'Etat et les régimes de protection sociale, tels que des fonds d'intervention conjoncturelle ?**

Les dépenses de protection sociale de l'Etat central, hors retraites (pour les retraites, voir point ci-dessus), étant intégrées dans le budget général de l'Etat, l'ajustement à la conjoncture se fait par des réallocations entre postes de dépenses et entre secteurs, sous la contrainte du plafond de dépenses global ; l'ajustement au niveau des recettes est géré au niveau de l'ensemble du budget de l'Etat. C'est notamment vrai pour les allocations chômage, pour lesquelles il y a une dimension contributive, mais qui fait partie intégrante du budget général de l'Etat.

Au niveau des collectivités locales, à transferts de l'Etat et recettes fiscales constant, les cycles n'étant les cycles conjoncturels sont pris en compte par le budget général de la collectivité. L'ajustement se fait par l'action du mécanisme de péréquation (voir question 4 point 2, pour plus de détails sur ce régime cf annexe 2) : 1/ les dépenses des collectivités ne sont pas directement affectées par le cycle économique (pas d'allocations chômage) mais plutôt par des facteurs structurels (démographie, géographie) dont les variations sont prises en compte par le mécanisme d'ajustement en coût ; 2/ les recettes des collectivités, très sensibles au cycle conjoncturel (IR), bénéficient directement d'un lissage compensant les différences entre collectivités alors que l'Etat peut intervenir sur un choc symétrique touchant toutes les collectivités à la fois.

Service économique régional de Stockholm

- Existe-t-il des mécanismes de lissage à long terme des trajectoires des dépenses et des recettes afférentes à certains risques de la protection sociale, notamment tenant compte des tendances démographiques (du type « Fonds de réserve des retraites ») ?

Les cinq fonds de retraite suédois *AP-fonderna* (sortes de « fonds souverains » gérant au total près de sous 120Mds€ d'actifs fin 2013, soit près de 30% du PIB), héritage de l'ancien système de retraites public à prestations déterminées datant des années 1960, font aujourd'hui office de fonds de réserve dans le cadre du volet répartition de l'actuel régime de retraite en vigueur depuis 1998 (système de comptes notionnels à contributions définies).

Chaque année, les cinq fonds (*AP1, AP2, AP3, AP4 et AP6*) reçoivent un quart des cotisations du régime de retraite par répartition et versent un quart des pensions. En pratique, l'agence nationale des retraites (Pensionsmyndigheten) assure la gestion du régime de retraite tandis que les fonds gèrent les actifs.

Assets and Liabilities of the Buffer Fund, 2013
millions of SEK

	First	Second	Third	Fourth	Sixth	Total 2013	Total 2012
Assets							
Stocks and shares	164,606	159,843	157,601	163,955	16,788	662,793	552,821
Swedish	39,365	44,928	47,751	62,413	12,750	207,207	172,656
Foreign	125,241	114,915	109,850	101,542	4,038	455,586	380,165
Bonds and other interest-bearing securities	82,327	91,279	107,494	87,254	5,072	373,426	375,035
Swedish Issuers	41,331	45,545	64,403	45,065	5,072	201,416	193,354
Foreign Issuers	40,996	45,734	43,091	42,189		172,010	181,681
Derivatives	1,926	9,582	3,081	6,185		20,774	28,174
Other assets	4,796	4,990	14,519	4,228	273	28,806	32,494
Total Assets	253,655	265,694	282,695	261,622	22,133	1,085,799	988,524
Liabilities							
Derivatives	-241	-897	-1,899	-1,755		-4,792	-2,835
Others	-907	-85	-22,321	-119	-24	-23,456	-27,699
Total Liabilities	-1,148	-982	-24,220	-1,874	-24	-28,248	-30,534
Total	252,507	264,712	258,475	259,748	22,109	1,057,551	957,990

2. L'autonomie financière des organismes de protection sociale

Remarque : on entend ici par « organismes de protection sociale » des entités distinctes de l'État et des collectivités territoriales qui gèrent des dispositifs de couverture obligatoires contre des risques de la protection sociale.

- Décrire la nature des recettes finançant les dépenses de protection sociale : ces recettes sont-elles des recettes publiques spécifiquement et/ou exclusivement affectées au financement d'un ou de plusieurs risques sociaux ? existe-t-il une distinction juridique entre « cotisations sociales » et « recettes fiscales » ? en cas de recettes intégralement affectées au financement d'un ou plusieurs risques de protection sociale, l'entité affectataire peut-elle déterminer l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement ? *a contrario*, dans le cas où les recettes ne sont ni affectées, ni exclusives, ni propres, décrire le dispositif retenu ?

À l'exception des cotisations sociales (salariales et patronales) affectées au régime de retraite, aucune recette n'est spécifiquement affectée à une dépense sociale, ni pour l'Etat, ni pour les collectivités : les dépenses de protection sociale (hors retraites) sont financées par le budget général de l'Etat ou des collectivités locales.

Plus concrètement, pour le compte de l'Etat c'est l'agence de la sécurité sociale, sous tutelle du ministère des Affaires sociales qui verse au total près de 25 Mds€ (220 Mds de SEK) par an soit 6 % du PIB dans le cadre d'une quarantaine d'allocations/subventions qui relèvent de sa compétence, dont 50 % revient aux malades et aux handicapés et un tiers aux familles sous forme d'allocations familiales, congés parentaux, allocations logement, etc.... L'assiette, le taux et les modalités de recouvrement relèvent de la compétence unique de l'Etat.

Les principaux postes de dépenses de l'agence nationale de la sécurité sociale suédoise

Expenditures per area/benefit (SEK million)	2011	2012	2013
Financial security for families and children			
Parental benefit	27,448	28,264	29,552
Temporary parental benefit	5,392	5,545	6,321
Pregnancy benefit	503	546	568
Equality bonus	–	202	280
Child allowance	24,140	24,281	24,723
Housing allowance for families with children and young people	3,342	4,432	4,533
Childcare allowance	2,849	3,000	3,147
Maintenance support	3,415	3,329	3,283
Adoption allowance	22	19	15
Total	67,112	69,618	72,422
Financial security in the event of illness or disability			
Sickness benefit	21,195	23,416	26,351
Rehabilitation allowance	2,575	1,330	1,367
Benefit for care of closely related persons	144	151	169
High-cost protection for employers	37	59	55
Dental care	4,957	4,941	5,191
Health care abroad	650	698	781
Sickness and activity allowance	53,627	50,026	47,722
Housing supplement	4,604	4,439	4,517
Disability allowance	1,244	1,277	1,317
Occupational injury compensation	4,240	4,033	3,905
Car allowance	261	343	368
Attendance allowance	24,286	25,915	27,107
Grants to county councils	714	747	1,000
Grants for the sick-listing process	–	1,722	2,297
Other forms of compensation	6	5	5
Total	118,538	119,102	122,152
Other payment			
Activity grant	15,364	15,340	15,905
Introduction benefit	263	855	1,668
Family benefit for conscripts	19	18	21
Other	10	6	6
Total	15,656	16,219	17,598
Administration			
	7,577	8,161	8,171
Total	208,882	213,101	220,343

- Existe-t-il des règles prévoyant les dispositions portant tant sur les dépenses que sur les recettes que doivent prendre les organismes chargés de la mise en œuvre de dispositifs de protection sociale en cas de prévision d'exécution budgétaire déséquilibrée ? Certains organismes sont-ils soumis à des contraintes portant sur leur trésorerie (du type plafond de découvert) ou sur leurs soldes comptables (telles qu'une interdiction du déficit) ?

Voir question 2 point 3. En principe, la contrainte de trésorerie est très forte (impossibilité d'être en déficit pour les agences). Les organismes syndicaux chargés de verser les prestations d'assurance chômage n'ont pas non plus la possibilité de s'endetter.

- Lorsque des organismes de protection sociale peuvent enregistrer un déficit lors d'un exercice comptable, quel compte de dette ce déficit accroît-il : le compte de l'organisme ? le compte de l'État ? un autre compte ? Lorsque l'organisme a la faculté de recourir à l'emprunt sur plus d'un exercice, comment sa gestion est-elle encadrée ?

Sans objet.

Service économique régional de Stockholm

- **Existe-t-il un ou des réseaux spécifiques de recouvrement des cotisations sociales ou d'autres recettes finançant les dépenses de protection sociale ? Préciser les cas dans lesquels un même réseau assure le recouvrement de ressources bénéficiant à plusieurs organismes de protection sociale ? A contrario, les recettes de ces organismes sont-elles intégrées dans un circuit financier plus général (de l'Etat, des collectivités territoriales...) ?**

Depuis le 1^{er} janvier 2004, c'est l'agence nationale des impôts (Skatteverket - <http://www.skatteverket.se/servicelankar/otherlanguages/inenglish/moreonskatteverket.4.7856a2b411550b99fb780009630.html>), sous tutelle du ministère suédois des Finances (Finansdepartementet), qui est le collecteur quasi-unique des prélèvements obligatoires en Suède (impôts, contributions sociales, taxes...). Selon nos interlocuteurs locaux, 99% des PO sont collectés par cette agence et le reste par l'agence des transports (taxe sur les véhicules), Transportstyrelsen

L'agence des impôts est responsable de toute la chaîne de missions fiscales qu'ils s'agisse de conseils fiscaux, de la collecte des impôts/taxes, de la gestion des déclarations/fiches d'impôts, des contrôles fiscaux et du recouvrement, hormis le recouvrement forcé qui relève de l'agence nationale de recouvrement forcé (Kronofogdemyndigheten - <http://www.kronofogden.se/InEnglish.html>), également sous tutelle du ministère suédois des Finances.

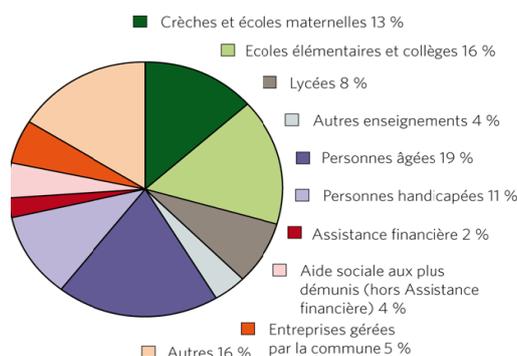
L'agence des impôts est notamment chargée du recouvrement de l'impôt sur le revenu pour le compte de communes, des régions et de l'Etat : les recettes de l'impôt sont remises de façon séparée à chaque bénéficiaire.

4. Les compétences des collectivités territoriales en matière de protection sociale

- **Préciser les cas dans lesquels la compétence de délivrance de prestations de protection sociale est déléguée à des collectivités territoriales (notamment dans le domaine des soins de santé). Ces autorités assurent-elles une simple gestion pour le compte de l'État, ou ces dépenses sont-elles retracées dans leurs budgets ? Existe-t-il un budget spécial des autorités locales pour leurs fonctions sanitaires et sociales ?**

Les collectivités locales ont pleine délégation sur certaines prestations sociales (voit tableau, 80 % des dépenses de soins de santé sont prises en charge par les régions, et les communes prennent également en charge certaines prestations liées au maintien à domicile des personnes handicapées et des personnes âgées). Elles financent ces dépenses sur leur budget général et ne sont pas contraintes à des règles spécifiques en termes d'allocations des dépenses. Néanmoins, elles sont soumises à de fortes exigences sur les services publics fournis qui limitent leurs marges de manœuvre sur l'allocation des dépenses (qui varie peu entre collectivités).

Dépenses des communes par domaine de responsabilité en 2012

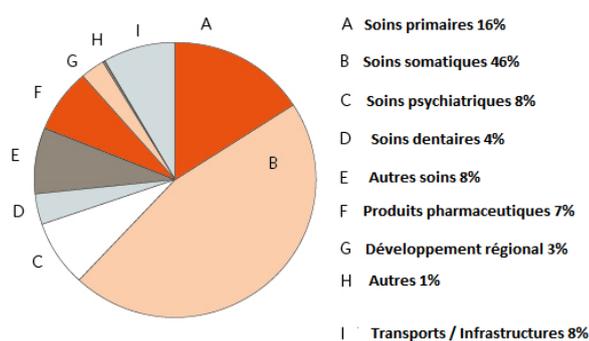


Service économique régional de Stockholm

Évolution des dépenses des communes (ventilation des principaux postes, en MSEK)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Crèches/Ecoles maternelles	51 168	54 594	58 432	62 472	65 442	68 552	72 488	76 026
Ecoles élémentaires/collèges	74 437	74 942	76 033	78 238	78 336	79 735	81 578	84 550
Lycées	30 722	33 048	35 326	37 536	38 512	38 986	39 302	38 923
Autres enseignements	16 666	17 186	17 705	18 166	18 940	19 615	19 992	20 199
Personnes âgées	80 256	83 560	86 828	91 807	93 270	95 927	98 818	101 744
Personnes handicapées	42 429	45 013	48 126	51 648	53 454	55 030	57 871	60 126
Assistances financières	9 864	9 795	9 573	10 037	11 620	12 564	13 002	13 516
Aides sociales aux plus démunis (hors assistance financières)	17 971	18 345	19 374	20 778	21 499	21 997	23 030	23 881
Entreprises/entreprenariat	23 774	25 916	26 624	27 652	26 701	26 374	26 935	23 327
Autres	63 163	68 963	73 858	76 434	78 267	81 296	83 816	86 689
TOTAL	410 450	431 362	451 879	474 768	486 040	500 077	516 834	528 981
Dépenses globales en % du PIB	14,8%	14,7%	14,5%	14,8%	15,7%	15%	14,8%	14,9%

Dépenses des régions par domaine de responsabilité en 2012



Évolution des dépenses des régions (ventilation des principaux postes, en MSEK)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Soins primaires	30 596	32 295	33 700	36 073	37 760	38 991	40 320	42 948
Soins somatiques	91 921	97 148	101 804	106 970	112 560	116 118	120 995	124 867
Soins psychiatriques	16 673	17 313	18 231	18 991	19 463	19 927	20 668	21 245
Soins dentaires	8 099	8 231	8 402	8 713	9 030	9 131	9 228	9 590
Autres soins/santé	16 366	16 760	18 251	18 744	18 794	19 269	20 281	21 075
Médicaments	19 052	19 326	19 972	20 734	20 960	20 935	21 119	20 074
Développement régional	5 502	5 854	5 957	6 190	6 380	6 654	7 250	7 387
Activités politiques	1 115	1 244	1 251	1 322	1 357	1 309	1 344	1 383
Transports / Infrastructures	9 079	10 178	11 525	12 696	13 039	14 631	15 341	21 903
TOTAL	198 403	208 350	219 093	230 432	239 344	246 965	256 546	270 471
Dépenses globales en % du PIB	7,2%	7,1%	7%	7,2%	7,7%	7,4%	7,4%	7,6%

Service économique régional de Stockholm

- **Préciser les mécanismes de péréquation financière liés à des opérations de protection sociale existant entre collectivités territoriales.**

Le mécanisme de péréquation (cf annexe 2 pour plus de détails) représente environ 10 % du budget des communes ; il se décompose en deux volets :

- La péréquation « horizontale » : ce mécanisme a pour objectif le nivellement des écarts de structure de coûts,
- La péréquation "verticale" : ce mécanisme cherche à niveler les écarts d'assiette fiscale,
- Mais les transferts de péréquations ne sont pas affectés par dépenses et il n'y a pas de contrôle ex-post de l'Etat sur la fourniture effective des services public (le contrôle est laissé aux électeurs et à la presse locale)

- **De quel degré d'autonomie fiscale disposent les collectivités territoriales : leurs recettes découlent-elles exclusivement de transferts de l'État ? certains de ces transferts sont-ils exclusivement affectés à des opérations de protection sociale ? ou disposent-elles de ressources propres, dont elles peuvent relever les taux afin de couvrir leurs dépenses (sanitaires et sociales ? totales ?) ? Existe-t-il des règles budgétaires propres aux autorités locales (des précisions sur ces points sont demandées en particulier dans les cas *italien et suédois*).**

L'autonomie fiscale des collectivités territoriales est forte puisqu'elles décident du taux de l'impôt sur le revenu du travail (l'IR) qui leur revient et qui constitue l'essentiel de leurs ressources fiscales (67% des recettes des communes et 71% des régions). En revanche, elles n'ont pas la possibilité d'en modifier l'assiette (compétence de l'Etat). Les dotations et subventions de l'Etat ne représentent ainsi que 18% des recettes des communes et 13% des recettes des régions

Ventilation des sources de revenus des communes et régions en 2012

Types de revenus	Communes	Régions
Impôts sur le revenu	67%	71%
Dotations générales de l'Etat	14%	9%
Dotations spécifiques de l'Etat	4%	4%
Redevances/taxes	6%	4%
Ventes d'activité	1%	-
Loyers/Locations	3%	-
Subventions pour les médicaments	-	8%
Autres revenus	6%	5%

Il existe pour les collectivités locales une règle d'équilibre budgétaire en prévision pour l'exercice suivant (hors dépenses d'investissement) et une obligation de correction du déficit, s'il y a lieu, sur une période de 3 ans.

Service économique régional de Stockholm

Annexe 1 : les 27 secteurs de dépenses du budget de l'État

- 1 / Fonctionnement de l'exécutif
- 2 / Finances publiques et gestion financière
- 3 / Impôts, douane et recouvrement
- 4 / Justice
- 5 / Coopération internationale
- 6 / Défense totale
- 7 / Aide internationale au développement
- 8 / Immigrés et réfugiés
- 9 / Services de santé et action sociale
- 10 / Sécurité économique en cas de maladie et de handicap
- 11 / Sécurité économique des personnes âgées
- 12 / Sécurité économique des familles et des enfants
- 13 / Intégration et égalité
- 14 / Vie professionnelle et marché de l'emploi
- 15 / Aides aux études
- 16/ Education et recherche universitaire
- 17 / Culture, médias, communautés religieuses et loisirs
- 18 / Planification de l'habitat et des équipements collectifs, logement et construction
- 19 / Cohésion régionale et développement régional
- 20 / Protection générale de l'environnement et de la nature
- 21 / Energie
- 22/ Communications
- 23 / Agriculture et sylviculture, pêche et activités économiques apparentées
- 24 / Industrie et commerce
- 25 / Dotations générales des collectivités locales (Régions et communes)
- 26 / Intérêts de la dette publique et questions annexes
- 27/ Transfert à l'Union européenne

Annexe 2

Le régime suédois de péréquation « horizontale » et « verticale »

-Péréquation « horizontale » : ce mécanisme a pour objectif le nivellement des écarts de structure de coûts et repose sur la fixation, chaque année, de standards nationaux de coûts pour certains types de dépenses jugées typiques (le coût d'un élève, le coût d'un élève non scandinave donc ayant des difficultés de langue, le coût d'une personne âgée etc.) ; au total 9 standards de coûts sont fixés pour les communes et 3 pour les régions; les collectivités qui, au regard de leur coût global ainsi standardisé, sont au-dessus de la moyenne nationale, reçoivent une dotation, qui est financée par un prélèvement correspondant sur les collectivités en dessous de la moyenne. Le volume financier de cette péréquation horizontale en faveur des communes et comtés est limité (moins de 1 Md€), soit 0,2 % PIB.

-Péréquation "verticale" : ce mécanisme cherche à niveler les écarts d'assiette fiscale. Calcul fondé sur l'écart entre la base taxable de la collectivité (tant pour les communes que pour les comtés) et 115 % de la « capacité nationale moyenne d'imposition ». Financement pour l'essentiel par l'Etat, un peu par prélèvement sur les collectivités riches en bases fiscales (moins de 1Md€). Le volume financier global des dotations en faveur des communes et régions était en 2013 de l'ordre de 10 Mds€ (2013) en faveur des collectivités pauvres en fiscalité, soit 2% du PIB (2/3 pour communes et 1/3 pour comtés, cf Q10 pour plus de détails). Le circuit financier ci-dessous porte sur des chiffres de 2008, ce qui explique pourquoi les montants sont inférieurs (7 Mds€ en 2008). Le poste « Government contribution » correspond à la quasi-totalité du poste « dotations aux collectivités locales » du secteur 25 du budget de l'Etat (sur un total de 27 secteurs de dépenses).



Figure 1 • Local government financial equalisation 2008



Local government financial equalisation, 2008

1

Service économique régional de Stockholm

Au-delà de la péréquation des coûts et des bases fiscales, il existe également, comme le montre le schéma ci-avant, quelques compléments de montant plus limités:

-« *Structural grants* » = maintien de certains versements aux collectivités qui recevaient des dotations avant la réforme et qui ne les reçoivent plus (sédimentation)

-« *Transitional grants* » = lissage de 2005 à 2010 des effets de la réforme pour les collectivités

-Adjustement grants/charges= dotations particulières, liées par exemple aux changements de périmètre des compétences des collectivités locales (avec l'Etat ou entre elles)