

# Notre système de santé est-il en péril ? Réorienter la réforme de la gestion hospitalière (4/4)

par [Gérard Cornilleau](#)

La santé fait partie des préoccupations essentielles des Français. Pourtant sa place dans le débat politique reste limitée, sans doute du fait du caractère très technique des problèmes que posent le financement et la gestion du système de soins. Une [note de l'Ofce](#) présente les quatre problèmes qui nous semblent essentiels dans le contexte actuel de crise économique générale : le dernier sujet de préoccupation important à propos du système de santé concerne le financement de l'hôpital. Celui-ci a été fortement perturbé par la mise en place de la T2A depuis 2005. Cette dernière a réintroduit un lien financier direct entre l'activité des hôpitaux et leurs ressources financières. Cette réforme a renforcé l'importance et le pouvoir des « gestionnaires », ce qui a pu donner le sentiment que les hôpitaux étaient dorénavant assimilés à des entreprises soumises à un impératif de rentabilité.

La réalité est plus complexe car la T2A vise moins la « rentabilisation » des hôpitaux que la rationalisation de la répartition des dépenses entre eux en établissant un lien entre leurs recettes et leur activité mesurée par le nombre de patients pris en charge pondéré par le coût moyen des traitements de chacun d'entre eux. Le risque de ce mode de financement est paradoxalement d'inciter à la dépense en contribuant à privilégier la multiplication des traitements et des actes. De fait le rapport du HCAAM pour 2011 (op.cit.) note que la croissance de 2,8 % des dépenses hospitalières tarifées à l'activité en 2010 se décompose en une hausse de 1,7 % imputable à l'augmentation du nombre de séjours et une

hausse de 1,1 % imputable à un « effet structure » lié au déplacement de l'activité vers des prises en charge mieux rémunérées[1].

Cette évolution est inquiétante et pourrait conduire à une remontée des dépenses hospitalières sans autre justification que la nécessité budgétaire. La convergence des tarifs appliqués aux cliniques privées et aux hôpitaux publics et non lucratifs n'est pas une garantie contre cette dérive car les cliniques privées ne sont pas soumises à des incitations différentes. On touche là aux limites de la gestion par la concurrence, fut-elle fictive, dont les imperfections sont trop nombreuses pour qu'elle soit le seul moyen de régulation et de gestion.

Les hôpitaux publics reçoivent aussi des crédits forfaitaires destinés à assurer les missions d'intérêt général et de formation qui leur sont confiées. Cette enveloppe de crédit représente environ 14 % de leur budget exécuté en 2010[2]. Elle permet de financer les activités d'enseignement et de recherche des hôpitaux, la participation aux actions de santé publique, ou la prise en charge de populations spécifiques comme les patients en situation de précarité. Contrairement aux remboursements liés à l'application de la tarification, les montants des budgets correspondants sont limitatifs et faciles à modifier.

En conséquence la régulation budgétaire s'appuie souvent sur la mise en réserve d'une partie de ces crédits et la révision des montants attribués en fonction de l'évolution de l'ensemble de la dépense hospitalière. Ainsi en 2010 le dépassement en cours d'année de l'objectif de dépenses assigné aux hôpitaux, évalué à 567 millions d'euros, s'est traduit par une réduction de 343 millions d'euros du budget affecté aux missions d'intérêt général, soit un ajustement de l'ordre de - 4,2 % par rapport au budget initial (HCAAM, 2011).

La régulation de la dépense hospitalière a donc tendance à

porter sur la part du budget la plus faible qui est aussi la plus facile à maîtriser par les autorités centrales. Il est certes possible de réviser les tarifs de remboursement de la T2A, mais l'impact budgétaire est nécessairement retardé et les objectifs visés plus difficiles à atteindre. Le système de gestion budgétaire des hôpitaux est donc imparfait et il fait courir le double risque d'un dérapage mal contrôlé des dépenses régies par la T2A et d'un assèchement des enveloppes budgétaires qui servent au financement des dépenses qui ne peuvent pas donner lieu à facturation. Il n'y a pas de solution simple à cette difficulté : revenir au système antérieur de budget global pour le financement de la totalité de la dépense ne serait évidemment pas satisfaisant alors que la T2A a permis d'améliorer le lien entre l'activité des hôpitaux et leur financement ; faire peser tous les ajustements budgétaires sur les seules enveloppes de missions générales et d'investissement, surtout dans une période de rigueur, n'est pas plus acceptable. La tendance générale est de limiter le plus possible le champ de l'enveloppe de financement forfaitaire (Jégou, 2011) et d'étendre au maximum celui de la tarification à l'activité.

Mais la tarification n'est pas toujours parfaitement adaptée à la prise en charge de pathologies complexes et chroniques. On peut donc se demander si, à l'inverse, la mise en place d'un tarif de remboursement mixte comprenant une part fixe et proportionnelle ne serait pas plus efficace tout en facilitant la régulation d'ensemble du système du fait d'une enveloppe forfaitaire plus large. La partie fixe pourrait par exemple être déterminée sur la base de la population couverte (comme c'était le cas dans la modalité ancienne de budget global). Cette évolution aurait aussi l'avantage de faire reculer l'obsession gestionnaire qui semble avoir fortement contribué à dégrader le climat social au sein des hôpitaux.

---

[1] Les malades pris en charge par l'hôpital sont classés dans

un Groupe Homogène de Malade (GHM) sur la base du diagnostic. Pour chaque séjour d'un malade donné l'hôpital est rémunéré sur la base d'un tarif établi en Groupe Homogène de Séjours (GHS) qui renvoie au GHM auquel appartient le malade et au traitement qu'il reçoit. En théorie ce système permet d'associer un tarif « objectif », en fonction du malade pris en charge. En pratique, le classement en GHM et GHS est très complexe, notamment du fait des pathologies multiples, et le classement est « manipulable ». Il en résulte que l'on ne peut pas savoir précisément si le glissement vers des GHS plus coûteux correspond à une aggravation des cas, à une manipulation du codage ou à une sélection des patients les plus « rentables ».

[2] Ces crédits dit MIGAC (pour Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation) atteignaient 7,8 milliards d'euros en 2010 sur un total de dépenses hospitalières du champ MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie) de 52,7 milliards, Cf. HCAAM, 2011.

---

## **Notre système de santé est-il en péril ? Réformer le remboursement des soins (3/4)**

par [Gérard Cornilleau](#)

La santé fait partie des préoccupations essentielles des Français. Pourtant sa place dans le débat politique reste limitée, sans doute du fait du caractère très technique des problèmes que posent le financement et la gestion du système de soins. [Une note de l'Ofce](#) présente les quatre problèmes qui nous semblent essentiels dans le contexte actuel de crise

économique générale : le troisième, ici présenté, le problème du remboursement des soins, des soins de longue durée et de la hausse des dépassements d'honoraires.

Actuellement le remboursement des soins par la Sécurité sociale varie en fonction de la gravité de la maladie : les soins de longue durée, qui correspondent à des affections de gravité élevée, sont pris en charge à 100 % alors que les remboursements des soins courants ont tendance à diminuer du fait de l'existence et de la hausse de forfaits divers non remboursés. S'ajoute à cette évolution structurelle la hausse des dépassements d'honoraires non remboursés qui réduisent la part des dépenses financée par la Sécurité sociale. Il en résulte que la prise en charge des soins courants par l'assurance maladie est limitée à 56,2 % alors que le taux de remboursement des malades atteints d'affections de longue durée (ALD) est de 84,8 % pour les soins de ville[11]. Cette situation a de multiples conséquences fâcheuses : elle peut entraîner un renoncement à certains soins courants avec des conséquences négatives sur la prévention des affections plus graves ; elle renchérit le coût des assurances complémentaires qui paradoxalement sont taxées pour alimenter l'assurance obligatoire au motif de la forte prise en charge publique des ALD. Enfin elle donne à la définition du champ des ALD un rôle central alors qu'il n'est pas très facile à délimiter puisqu'il faut mêler la mesure du « degré » de gravité et celle du coût des traitements pour définir la liste des affections ouvrant droit à un remboursement complet. La question des affections multiples et de leur prise en charge simultanée par l'assurance maladie au titre des soins courants ou des ALD constitue d'autre part un casse-tête bureaucratique générateur d'incertitude et de dépenses de gestion et de contrôle peu utiles.

C'est pourquoi certains proposent de remplacer le système des ALD par la mise en place d'un bouclier sanitaire qui permettrait la prise en charge à 100 % de l'ensemble des

dépenses dépassant un certain seuil annuel. Au-delà d'un certain seuil de dépenses non remboursées (correspondant par exemple au niveau actuel du « reste à charge » moyen après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, soit environ 500 euros par an en 2008 [21]) la prise en charge par la Sécurité sociale deviendrait intégrale. Un tel système assurerait mécaniquement la prise en charge des dépenses les plus importantes associées aux maladies graves sans nécessiter le détour actuel par les ALD.

On peut aussi imaginer moduler le seuil de dépenses non remboursées en fonction du revenu (Briet et Fragonard, 2007) ou le taux de remboursement ou les deux. Cette possibilité est généralement évoquée pour limiter la hausse des dépenses remboursées. Elle pose la question habituelle du soutien des plus favorisés aux assurances sociales alors qu'ils auraient intérêt à se rallier à la mutualisation du risque santé dans le cadre d'assurances privées à cotisations proportionnelles aux risques plutôt qu'aux revenus.

La mise en place d'un système de bouclier sanitaire pose aussi la question du rôle des assurances complémentaires. Historiquement ces assurances « complétaient » la couverture publique par la prise en charge de dépenses écartées totalement ou quasi intégralement du panier de soins remboursés par l'assurance de base (appareils dentaires, montures de lunettes, optique sophistiquée, chambres « seul » à l'hôpital, etc.). Elles interviennent aujourd'hui de plus en plus comme des assurances « supplémentaires » qui viennent compléter l'assurance publique pour le remboursement de l'ensemble des dépenses de santé (prise en charge du ticket modérateur, remboursement partiel des dépassements d'honoraires). Le passage à un système de bouclier sanitaire limiterait leur champ d'action au remboursement des dépenses en deçà du seuil. On imagine souvent que les assurances complémentaires, si elles sortaient de leur rôle actuel de co-payeur aveugle des dépenses de soins, pourraient jouer un rôle

actif de promotion de la prévention en proposant par exemple une modulation des cotisations en fonction des comportements des assurés[3]. Mais quel serait leur intérêt si le bouclier venait limiter leur engagement au-delà du seuil non pris en charge par l'assurance publique ? Même dans le cas du maintien d'un « reste à charge » non négligeable au-delà du seuil du fait des dépassements d'honoraires par exemple, elles resteraient certainement relativement passives et la situation serait peu modifiée par rapport à celle d'aujourd'hui qui les écarte de l'essentiel de la prise en charge des maladies graves et coûteuses.

Dès lors un système dans lequel l'assurance publique assure seule la prise en charge d'un panier de soins clairement délimité est sans doute préférable : il faudrait pour cela que le bouclier sanitaire soit croissant avec le revenu, les ménages les plus pauvres étant pris en charge à 100 % au premier euro. Si les ménages aisés décidaient de s'auto-assurer pour les dépenses en deçà du seuil (ce qui est vraisemblable si celui-ci est inférieur à 1000 € par an), les complémentaires pourraient se retirer pratiquement intégralement du champ des remboursements des dépenses de soins courants. Par contre, elles pourraient se consacrer à la prise en charge des dépenses hors champ de l'assurance maladie publique, soit en pratique les dépenses de prothèses dentaire et d'optique correctrice. Dans ces domaines elles pourraient intervenir plus activement qu'aujourd'hui pour structurer l'offre de soins et d'appareillage. Leur rôle de payeur principal dans ces secteurs justifierait qu'on leur délègue la responsabilité de traiter avec les professions concernées. Cette solution impliquerait toutefois qu'un système de prise en charge publique vienne aider les plus pauvres à accéder aux soins non pris en charge par l'assurance publique (sous une forme proche de l'actuelle CMU qui devrait toutefois être étendue et rendue plus progressive). Il n'existe donc pas de solution simple à la question de l'articulation entre assurance publique et assurance privée complémentaire.

Il faut aussi évoquer la fusion des deux systèmes, en pratique l'absorption du privé par le public, qui aurait l'avantage de simplifier l'ensemble du dispositif mais laisserait partiellement irrésolue la question de la définition du panier de soins pris en charge. Il est fort probable qu'à la marge du système des assurances complémentaires se réinstallent pour prendre en charge les dépenses annexes non couvertes par le système public du fait de leur caractère jugé non indispensable et de confort. Le remboursement des dépenses de santé doit donc certainement rester mixte, mais il est urgent de reconsidérer la frontière entre privé et public sinon la tendance à privilégier la baisse de la prise en charge publique se renforcera au détriment de la rationalisation du système et de l'équité dans la prise en charge des dépenses de santé.

---

[1] En 2008. Il s'agit d'un taux de prise en charge hors optique. Avec l'optique le taux de prise en charge par l'assurance maladie tombe à 51.3 % (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, décembre 2011).

[2] HCAAM, 2011 (op.cit.)

[3] La prise en compte des comportements des assurés n'est pas aisée. Au-delà du recours aux examens préventifs qui peut être relativement facilement mesuré, les autres comportements de prévention sont difficilement vérifiables. Il existe d'autre part un risque, inhérent à l'assurance privée, d'écrémage de la population par les assureurs : pour attirer les « bonnes » clientèles on assure la prise en charge de dépenses caractéristiques des populations à plus faible risque (par exemple le recours aux médecines « douces »), et on rejette celles qui présentent le plus de risque sur la base de



questionnaires médicaux détaillés.

---

# Notre système de santé est-il en péril ? Le financement de l'assurance maladie et la crise (1/4)

par [Gérard Cornilleau](#)

La santé fait partie des préoccupations essentielles des Français. Pourtant sa place dans le débat politique reste limitée, sans doute du fait du caractère très technique des problèmes que posent le financement et la gestion du système de soins. [Une note de l'Ofce](#) présente les quatre problèmes qui nous semblent essentiels dans le contexte actuel de crise économique générale : le premier concerne le financement de l'assurance maladie qui est mis à mal par l'affaiblissement des recettes liée à la crise ; le second concerne l'accès aux soins qui pourrait devenir plus compliqué du fait de la réduction temporaire du nombre de médecins ; le troisième est lié à l'évolution mal maîtrisée du partage des remboursements par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires dans un contexte de croissance des dépenses non remboursées (notamment celles liées à la progression des dépassements d'honoraires) ; enfin le quatrième problème saillant concerne la gestion hospitalière qui a été fortement déstabilisée par l'introduction de la tarification à l'activité.

**Le financement de l'assurance maladie : une nouvelle source à**

## explorer

La crise a contribué à accentuer les difficultés de financement de l'assurance maladie, ce qui nourrit une inquiétude à propos de la pérennité du système de santé et de la prise en charge publique des dépenses de soins. Toutefois, l'analyse des grandes tendances des dépenses et du financement montre que dans l'hypothèse d'un retour à une situation macroéconomique « normale » les difficultés financières devraient être contenues et l'effort structurel à fournir pour équilibrer le régime relativement limité : le déficit de départ est relativement faible (environ 0,6 point de Pib de déficit total qui se partage à peu près en deux moitiés égales à 0,3 point de déficit structurel et 0,3 point de déficit conjoncturel), et les perspectives de croissance des dépenses à court-moyen terme restent modérées (avec une hausse du ratio dépenses / Pib de l'ordre de 0,1 point de Pib par an). Une augmentation de la CSG et des efforts réalistes de maîtrise des dépenses (de l'ordre de 1 à 2 milliards par an relativement à la tendance spontanée) devraient suffire à assurer la pérennité financière du système.

Si la situation macroéconomique était durablement très dégradée, le déficit de l'assurance maladie pourrait augmenter et la question des économies de dépenses se poser avec plus d'acuité. Deux options seraient ouvertes : soit accepter une nouvelle hausse du déficit, la solution de la question du financement ne pouvant résulter que d'un changement radical des politiques européennes ; soit renoncer à la reprise de la croissance et ajuster en conséquence les paramètres financiers de l'assurance maladie. Trois variables sont disponibles pour ajuster les comptes : la réduction tendancielle des dépenses, la hausse des prélèvements, la baisse des remboursements. Dans ce scénario noir de renoncement à la croissance, Il est vraisemblable que les pouvoirs publics cherchent à agir sur ces trois variables. La réduction tendancielle des dépenses est difficile à envisager alors que les besoins liés à la

croissance démographique et au vieillissement continueront à croître et que la tendance spontanée est déjà modérée. La hausse des prélèvements est envisageable, mais elle entrerait en concurrence avec les hausses de fiscalité destinées à financer les autres dépenses publiques. Quant à la baisse des taux de remboursement elle peut difficilement s'appliquer de manière uniforme alors que la prise en charge des dépenses courantes de médecine de ville est déjà très faible.

La seule voie qui n'a pas encore été empruntée est celle du remboursement sous conditions de ressources qui implique une forte hausse de la participation financière des ménages les plus aisés. Cette mesure permettrait sans doute de limiter les déficits mais fragiliserait le système qui pour les plus riches deviendrait de plus en plus coûteux, ce qui les pousserait à soutenir le passage à un système d'assurance privé excluant toute redistribution entre riches et pauvres.

---

## **TVA « sociale », antisociale ?**

par [Jacques Le Cacheux](#)

Evoquée à nouveau par le Président de la République le 31 décembre lors de ses vœux, la perspective d'instaurer une « TVA sociale » fait, une nouvelle fois, polémique. Alors que le MEDEF a inclus cette mesure dans une série de propositions de modification de la fiscalité destinée à redonner à la France de la compétitivité, la gauche y est majoritairement opposée, voyant dans cette « TVA sociale » un oxymore, une mesure antisociale, vouée à amputer le pouvoir d'achat des

consommateurs et frappant de manière disproportionnée et injuste les plus modestes d'entre eux. Mais de quoi parle-t-on et quelle est, du point de vue de la fiscalité sur la consommation, la situation de la France par rapport à celle, notamment, de ses principaux partenaires européens ?

La proposition d'instaurer une « TVA sociale » est, en réalité, la combinaison de deux mesures : augmenter la TVA, et affecter le surcroît de recettes publiques ainsi obtenu au financement de la protection sociale, en abaissant – en principe d'un même montant – les cotisations sociales. Les modalités de ces deux opérations peuvent, elles-mêmes, être très diverses : la hausse de la TVA peut concerner le taux normal (aujourd'hui à 19,6%), le taux réduit (aujourd'hui à 5,5%, mais récemment augmenté à 7% pour une série de produits et services), la création d'un taux intermédiaire, le passage au taux normal de certains produits ou services actuellement au taux réduit, etc. ; la baisse des cotisations sociales peut viser les cotisations patronales ou les cotisations salariés, être uniforme ou ciblée sur les bas salaires, etc. Autant de choix politiques possibles, dont les impacts distributifs ne sont pas les mêmes.

La France est aujourd'hui l'un des pays de l'UE dans lequel le taux implicite de taxation de la consommation est le plus bas (Eurostat). Son taux normal de TVA, ramené à 19,6% en 2000 après avoir été porté à 20,6% en 1995 pour contribuer au respect des critères de Maastricht alors que la récession de 1993 avait gravement creusé le déficit budgétaire, est désormais un peu inférieur à celui que pratiquent la plupart de nos partenaires, la dégradation actuelle des finances publiques ayant incité plusieurs pays européens à augmenter récemment leur taux normal de TVA. Le taux réduit, à 5,5%, était, jusqu'à l'augmentation décidée en décembre 2011 sur certains produits et services, le plus bas de l'UE.

Que peut-on attendre d'une TVA sociale ? Envisageons successivement les effets sur la compétitivité et ceux sur le

pouvoir d'achat et distinguons les deux volets de l'opération. Une augmentation de la TVA a un effet bénéfique sur la compétitivité des entreprises françaises, parce qu'elle accroît le prix des importations sans grever les exportations, qui sont assujetties à la TVA du pays de destination. En cela, une augmentation de la TVA est bien équivalente à une dévaluation. Dans la mesure où la majorité de nos échanges commerciaux est réalisée avec nos partenaires européens au sein du marché unique européen, on peut considérer qu'il s'agit là d'une politique non coopérative. Certes, mais si tous nos partenaires recourent à ce type de dévaluation « interne » à la zone euro – rappelons que l'Allemagne a augmenté de 16% à 19% son taux normal de TVA en 2007 –, et que nous ne le faisons pas, cela équivaut à une appréciation réelle de « l'euro français ». Il serait sans doute préférable de viser une meilleure coordination fiscale en Europe, et de tendre vers des taux plus uniformes. Mais les circonstances ne s'y prêtent guère, et la menace d'une hausse de la TVA peut être un moyen d'inciter notre principal partenaire à plus de coopération sur ce dossier.

L'affectation des recettes obtenues à une réduction des cotisations sociales n'aura, quant à elle, d'effets bénéfiques additionnels sur la compétitivité que si elle engendre effectivement une baisse du coût de la main-d'œuvre pour les entreprises installées en France. Cela serait le cas si la réduction concerne les cotisations patronales, mais ne le serait pas si l'on abaisse les cotisations salariés.

Peut-on attendre un effet bénéfique sur l'emploi ? Oui, grâce à l'effet compétitivité au moins, mais qui en tout état de causes sera faible, sauf à imaginer une augmentation massive des taux de TVA. Celui de la baisse du coût du travail est moins clair, car les cotisations sociales patronales sont déjà nulles ou faibles sur les bas salaires, qui constituent précisément, selon les études disponibles, les catégories de salariés pour lesquelles la demande est sensible au coût.

La baisse du pouvoir d'achat des ménages français ne risque-t-elle pas, en réduisant la consommation intérieure, d'annuler ces gains potentiels ? En partie peut-être, mais rien n'est moins sûr. En effet, l'augmentation de la TVA ne sera probablement pas intégralement et instantanément répercutée dans les prix de vente : dans le cas de l'Allemagne en 2007, la hausse des prix a été relativement faible et étalée dans le temps – ce qui signifie que ce sont les marges des producteurs ou des distributeurs qui absorbent une part de la hausse, l'effet bénéfique sur les entreprises s'en trouvant alors un peu réduit – ; en France, des [travaux empiriques sur la hausse de 1995](#) montrent qu'elle n'a pas non plus été intégralement et immédiatement répercutée dans les prix ; et on se souvient, bien que l'on ne puisse s'attendre à une symétrie des effets, que la baisse de la TVA dans la restauration n'avait été que très peu répercutée dans les prix.

La hausse de la TVA serait-elle « antisociale », en frappant de manière disproportionnée les ménages les plus modestes ? Non ! Il faut en effet rappeler que les minima sociaux, le SMIC et les pensions de retraite sont indexés sur l'indice des prix à la consommation. Dès lors, sauf à imaginer que l'on gèle ces indexations – ce que le gouvernement vient de faire pour certaines allocations –, le pouvoir d'achat des bas revenus ne sera pas affecté, et seuls les salariés au dessus du SMIC et les revenus de l'épargne souffriraient d'une baisse de pouvoir d'achat si les prix à la consommation répercutaient la hausse de la TVA. Encore faut-il ajouter que, s'il y a un effet bénéfique sur l'emploi, certains chômeurs trouveront un emploi et la masse des salaires distribués augmentera, de sorte que l'effet dépressif sur la consommation souvent invoqué par les opposants à cette mesure ne saurait être que mineur, voire inexistant.

En bref, la TVA « sociale » ne mérite ni excès d'honneur ni indignité. Comme pour toute réforme de la fiscalité, il ne faut certes pas en attendre le remède miracle contre le

chômage, ni même un redressement massif de nos comptes extérieurs, même si elle participerait à l'amélioration de notre compétitivité-prix. Mais le rééquilibrage de nos prélèvements obligatoires, pour les faire porter davantage sur la consommation et moins sur le coût du travail doit être un objectif. Taxer la consommation est une bonne manière de procurer des ressources aux finances publiques dans un contexte de mondialisation, et la TVA, invention française adoptée par presque tous les pays, est une modalité commode de le faire, et de pratiquer, sans le dire, une forme de protectionnisme en détaxant les exportations. La TVA n'est, en revanche, pas un bon instrument de redistribution, car le recours à un taux réduit sur les produits de consommation courante profite finalement autant ou plus aux plus aisés qu'aux plus démunis, comme l'ont compris la plupart de partenaires européens, chez qui le taux réduit est soit inexistant (comme au Danemark) soit substantiellement plus élevé que chez nous (souvent à 10 ou 12%). Il est souhaitable de rendre le système fiscal français plus juste, mais il faut pour cela utiliser les instruments qui ont le pouvoir redistributif le plus fort et le mieux ciblé : les prélèvements directs – impôt sur le revenu, CSG, taxe d'habitation –, les transferts sociaux, voire certaines dépenses publiques (éducation, santé notamment). Ce qui manque au projet de TVA « sociale », c'est de s'inscrire dans une perspective globale de réforme fiscale qui redonne de la cohérence et de la justice à l'ensemble des prélèvements obligatoires.

---

## **Les échecs du RSA**

par [Guillaume Allègre](#)

Le Comité national d'évaluation du Revenu de solidarité active (RSA) a publié le 15 décembre son [rapport final](#). Il s'appuie sur des données administratives recueillies avant et après la mise en place du RSA et non plus sur des données [expérimentales](#). Le rapport souligne deux échecs de la réforme : les effets sur l'emploi ne sont pas discernables et la réduction de la pauvreté est fortement limitée à cause d'un important non-recours à la partie « complément de revenus pour travailleurs pauvres » (RSA activité). Ceci montre l'échec du processus expérimental qui n'a pas permis de corriger les éventuelles erreurs de conception du dispositif proposé. Une réforme permettrait de répondre à certaines lacunes du RSA.

### **Pas d'effet sur le taux d'emploi**

« De façon générale, les résultats des travaux menés ne montrent pas d'effet important et généralisé du RSA sur les taux de retour à l'emploi des bénéficiaires sur la période 2009-2010, même si certains résultats ponctuels laissent penser que le passage du RMI au RSA a pu avoir un impact marginal sur certains groupes de bénéficiaires » ([p.100](#)). Ceci confirme les conclusions d'une [évaluation ex-ante](#) menée à l'OFCE : les effets sur le retour à l'emploi des bénéficiaires du RSA socle sont, en pratique comme en théorie, relativement faibles. Le rapport souligne également que l'on n'observe pas les effets pervers que l'on pouvait attendre en termes de développement du temps partiel et des petits boulots, ce qui ne surprend guère dans la mesure où ces effets pervers ne pourraient être observés que si l'effet premier sur l'offre de travail est réel. Si le RSA activité n'a pas d'effet sur l'offre de travail, il ne peut pas avoir d'effet pervers sur la précarité de l'emploi.

Notons que le Comité national n'évalue pas l'impact global sur l'emploi mais seulement l'impact sur le retour à l'emploi des bénéficiaires de minima sociaux. Or, théoriquement, cet impact devrait être positif, mais compensé (1) par un plus faible retour à l'emploi de non-bénéficiaires de minima sociaux (par



exemple de chômeurs), s'il y a des effets de file d'attente sur le marché du travail et (2) par une diminution de l'offre de travail des femmes dans les couples mariés du fait d'une incitation moins forte à la reprise d'emploi du [travailleur additionnel](#) : l'effet pervers attendu le plus important n'est pas le développement du temps partiel mais celui de la monoactivité au sein des couples. Toutefois, en pleine crise économique, il est difficile de penser que les modifications des incitations financières ont pu avoir des effets (positifs ou négatifs) sur l'offre de travail des ménages ou l'emploi. Face à la dégradation de la situation de l'emploi et à l'incertitude économique, il est rationnel de vouloir garder un pied dans l'emploi, même si l'écart financier avec le chômage ou l'inactivité est faible à court-terme[1]. De plus le marché du travail est globalement aujourd'hui dans une situation de rationnement de l'emploi (c'est-à-dire presque entièrement déterminé par la demande des entreprises), l'offre de travail ne faisant que modifier la position de certaines personnes dans la file d'attente. Il n'est donc pas exclu que le RSA puisse avoir des effets plus importants sur l'emploi lorsque la situation sur le marché du travail sera moins dégradée. Dans les termes du Comité national d'évaluation, « l'efficacité d'une telle politique peut être limitée sur un marché du travail caractérisé par une diminution conjoncturelle de la demande de travail par les employeurs ». On peut tout de même juger qu'un médicament qui ne fera de l'effet que lorsque le patient sera guéri ne constitue pas un soin adéquat. On peut aussi regretter une politique sociale procyclique et donc peu efficace du point de vue de la lutte contre la pauvreté ([Périver, 2011](#)).

### **Une réduction de la pauvreté et une aide aux bas revenus...limitée par la baisse de la PPE et par le non-recours**

Les sommes versées au titre du RSA activité bénéficient à une population qui est soit pauvre soit à bas revenus[2]. En cela, le RSA activité est bien ciblé et doit permettre de faire

baisser le taux de pauvreté et le taux de bas revenus dans la mesure où les bénéficiaires potentiels y ont effectivement recours. Le rapport nous indique que, en tenant compte du non-recours, le RSA activité fait effectivement passer le taux de bas revenus de 16,3 à 16,1% de la population. Du point de vue de la lutte contre la pauvreté, un transfert social est toujours préférable à l'absence de transfert. Le rapport précise que « une fois prise en compte la PPE, le RSA activité accroîtrait d'environ 7% le revenu disponible médian par unité de consommation des allocataires qui en bénéficient au moins une fois au cours de l'année » (p. 70). Mais *quid* de ceux qui n'en bénéficient pas ? Et *quid* de l'impact de l'évolution des autres prestations ? Le remplacement de l'intéressement temporaire aux minima sociaux par le RSA activité a été compensé par un gel du barème de la Prime pour l'emploi (PPE)[\[3\]](#), instrument qui cible les classes populaires plutôt que les plus pauvres (la PPE est maximale au niveau du SMIC à temps-plein). En 2008, nous soulignons que [supprimer la PPE pour financer le RSA reviendrait à faire payer aux classes populaires le financement de la lutte contre la pauvreté](#)[\[4\]](#). Or, si la PPE n'a pas été supprimée, elle a été fortement réduite : pour 2012, selon le projet de loi de finances (PLF), la Prime pour l'emploi représente 2,8 milliards d'euros ([VM2012](#), p. 76) contre 4,4 milliards en 2008 ([VM2010](#), p. 53), soit une baisse d'1,6 milliards (imputation des versements de RSA sur la PPE due comprise). Le [PLF 2012](#) prévoit justement un coût pour le RSA activité de 1,6 milliards. La réforme a déshabillé la PPE pour habiller le RSA activité, en économisant au passage le coût des dispositifs antérieurs d'intéressement au RMI et à l'API (600 millions d'euros en 2008). Le coût net du RSA activité est ainsi passé de 1,5 milliards d'euros[\[5\]](#) dans le rapport Hénart pour la Commission des finances du Sénat ([p.28](#)) à -600 millions, soit un différentiel de 2,1 milliards d'euros[\[6\]](#).

Une partie de ce différentiel est dû au non-recours au RSA activité, estimé à 1,75 milliard d'euros par le Comité

d'évaluation (soit 53% du coût théorique pour 2010). Il concerne deux tiers des personnes éligibles fin 2010. En matière de transferts sociaux, un taux de non-recours élevé signifie une prestation mal conçue, stigmatisante ou trop complexe. Un taux de non-recours de 68 % à la composante 'RSA activité seul' n'est pas un bon résultat[7]. Le rapport souligne plusieurs causes potentielles du non-recours : manque d'information (non-connaissance de la prestation, mauvaise évaluation de l'éligibilité), crainte de stigmatisation, sentiment de ne pas avoir besoin d'aide (« se débrouillent autrement financièrement »), refus du principe, complexité des démarches administratives.

### **Un échec du processus expérimental**

L'absence d'effets sur l'emploi et l'importance du non-recours soulignent également l'échec du processus expérimental : l'expérimentation aurait dû servir à corriger les erreurs de conception du dispositif. Mais, le dispositif expérimental ne permettait pas de répondre aux questions pertinentes ([Allègre, 2007](#)). La façon dont l'expérimentation a été mise en place – et abrégée prématurément – a permis de confirmer cette prédiction (voir « [L'expérimentation du revenu de solidarité active entre objectifs scientifiques et politiques](#) »).

### **Et maintenant ?**

Selon le Comité d'évaluation, laisser le temps au dispositif de monter en charge, ainsi qu'une meilleure information, devrait permettre d'améliorer le taux de recours. Une meilleure communication ne permettra toutefois pas de résoudre le problème du non-recours au RSA activité, du fait d'une erreur de conception initiale. En mettant l'accent sur les incitations et en mêlant des publics très hétérogènes, le RSA est mal-né.

Le caractère familialisé[8] du RSA activité pose des problèmes redistributifs et peut expliquer une partie du non-recours. Le

RSA activité mêle condition d'emploi et familialisation de manière difficilement justifiable. Prenons le cas de deux salariés à temps plein au salaire minimum et ayant un conjoint inactif. Le premier n'a pas d'enfants et touche 170 euros mensuels de RSA. Le second a deux enfants et a droit à 290 euros par mois. Si cette seconde personne est victime d'un licenciement économique, elle perdra l'intégralité de son droit au RSA, et donc également la part de la prime liée à la présence d'enfants (120 euros). Alors que la situation de ce foyer est moins favorable lorsque le conjoint actif est au chômage, le foyer est moins aidé dans cette situation, y compris au titre des enfants à charge. Une solution consisterait à créer un complément familial généreux pour toutes les familles avec enfants[9] : l'aide liée à la charge d'enfants en direction des familles à bas revenus se ferait sous forme d'une prestation sous conditions de ressources – mais sans condition de statut dans l'emploi – dans l'esprit de la réforme britannique ayant scindé le *Working Family Tax Credit* en un *Working Tax Credit* et un *Child Tax Credit* (Brewer, 2003). Une telle solution permettrait également d'améliorer grandement le recours à la partie liée à la charge des enfants. L'éligibilité à la partie RSA activité serait plus facilement compréhensible : en effet, aujourd'hui, deux personnes ayant le même travail et le même salaire peuvent être éligibles ou non au RSA activité, décrit comme un complément de revenus pour travailleurs, selon qu'ils ont des enfants ou non[10]. Une autre solution consisterait à étendre le RSA aux revenus de remplacement, voire à l'ensemble des revenus, dans la logique d'un impôt négatif[11]. Ceci pourrait se faire dans le cadre d'une fusion CSG-IR-PPE-RSA activité avec prélèvement ou versement mensuel. Mais adopter une telle réforme nécessiterait alors de reposer la question de l'individualisation de l'instrument fusionné.

---

[1] Ceci peut également être vrai en période de croissance

économique, notamment pour les personnes les moins qualifiées qui sont la cible du RSA.

[2] Les notions de pauvreté et de bas revenus sont discutées dans [le rapport](#) (p.65).

[3] Et aussi par le fait que, pour les ménages concernés par les deux prestations, la PPE soit réduite du montant de RSA versé.

[4] D'autres pourraient se réjouir que les transferts sociaux soient ainsi mieux ciblés : toutes choses égales par ailleurs, il serait préférable qu'un transfert social cible les plus pauvres et les plus démunis. Un transfert des pauvres vers les plus pauvres constitue alors une amélioration sociale puisque, formellement, ce transfert réduit les inégalités. Ceux qui défendent la suppression de la PPE pour financer le RSA activité utilisent cet argument (voir par exemple, [Hirsch](#) pour qui la Prime pour l'emploi était «mal conçue, mal ciblée, coûteuse»). Cette rhétorique s'appuie sur une conception étroite de la lutte contre les inégalités, qui devrait se limiter à la lutte contre la pauvreté. Les pays qui adoptent cette conception libérale de l'Etat-providence ne sont, paradoxalement, pas ceux où la pauvreté est la plus faible.

[5] « Le coût net du dispositif est obtenu par l'imputation, sur son coût brut, des économies induites par la suppression des dispositifs d'intéressement au retour à l'emploi (600 millions d'euros), l'imputation du RSA sur la PPE (700 millions d'euros), la non indexation du barème de la PPE au titre de 2009 (400 millions d'euros) et les gains escomptés de l'assujettissement du RSA à la CRDS (150 millions d'euros). Il s'élève donc à 1,5 milliard d'euros. »

[6] Certains pourraient alors se demander ce que finance réellement la « contribution additionnelle pour le financement du Revenu de Solidarité Active » de 1,1% sur les revenus du patrimoine. Formellement, elle est affectée au Fonds national

des solidarités actives. Mais, d'un point de vue économique, elle allège la charge du budget général.

[7] Dans une note méthodologique, Antoine Math recensait en 2003 les études sur le non-recours. Les résultats varient d'une étude à l'autre selon le champ et la méthode utilisée mais les taux de non-recours sont beaucoup plus faibles que ceux observés pour le RSA activité : de 8 à 12 % ou de 2,9 % à 4,6 % selon deux études sur les aides au logement ; 5,2 ou 33 % pour le RMI ; 7,3 % ou 33 % pour l'Allocation parentale d'éducation.

[8] Sur la question de la conjugalisation et de l'égalité dans l'emploi entre les hommes et les femmes, voir [RSA : où sont les femmes ?](#)

[9] Actuellement, le CF ne bénéficie qu'aux familles avec 3 enfants ou plus.

[10] Le problème symétrique lié à la conjugalisation ne serait pas résolu. Ce problème est évoqué dans le rapport : « compte tenu du caractère familialisé du RSA, il est plus difficile pour un couple de savoir s'il est éligible. Par ailleurs, les couples peuvent avoir le sentiment de mieux arriver à se débrouiller financièrement que les personnes seules. Enfin, l'analyse du Crédoc souligne qu'une partie des bénéficiaires du RSA activité pense que l'éligibilité cesse à partir d'environ 1 500 euros de salaire quelle que soit la configuration familiale (annexe 17) ; or de nombreux couples ayant des revenus d'activité supérieurs à ce seuil sont éligibles ».

[11] Et en mettant l'accent sur l'aspect redistributif de la prestation.

---

# Financement de la protection sociale : à la recherche d'une réforme miracle...

par [Henri Sterdyniak](#) et [Vincent Touzé](#)

(une première version de ce point de vue est parue sur le site [lemonde.fr](#), [ici](#))

Peut-on réformer le financement de la protection sociale pour renforcer la compétitivité des entreprises, sans nuire au pouvoir d'achat des ménages et des retraités ? La réponse est non, et nous expliquons ici pourquoi.

La France est le pays du monde où les cotisations sociales sont les plus fortes. Ceci s'explique par la générosité de son système de protection sociale. Le salarié français n'a pas à épargner pour sa retraite et sa santé. Il reçoit des prestations famille et chômage relativement généreuses. A revenu disponible donné, son salaire net peut ainsi être plus faible que dans les pays où il doit financer sa santé et sa retraite (ce qui compense la hausse du coût salarial induit par les cotisations sociales employeurs). Depuis 1984, la part des cotisations sociales employeurs dans la valeur ajoutée a assez nettement diminué de sorte qu'on ne peut guère les accuser d'être responsables des pertes récentes de compétitivité de l'économie française.

Depuis 40 ans, le financement de la Sécurité sociale a donné lieu à de nombreuses études. Des réformes importantes ont été engagées : déplafonnement des cotisations ; allègements des cotisations employeurs sur les bas salaires ; suppression des cotisations maladie des salariés et création de la CSG ; mise en place de prélèvements sociaux sur les revenus du capital et du forfait social sur les rémunérations extra-salariales. En 2006-2007, le débat a rebondi : le remplacement de points de

cotisations employeurs par une Contribution sur la Valeur Ajoutée (CVA), par une TVA sociale ou par une hausse de la CSG a été envisagé puis écarté, à la suite de plusieurs rapports administratifs.

Pour l'avenir, on peut rendre totalement indépendantes les questions de protection sociale et de compétitivité des entreprises en décidant que les éventuelles futures hausses de ressources porteront sur les cotisations sociales salariés (retraites) ou la CSG (maladie, famille) [\[1\]](#).

Les prestations d'assurances sociales (chômage, retraite, allocation maladie de remplacement) reposent sur une logique contributive : les droits et les montants dépendent des cotisations versées. Ils doivent donc obligatoirement être financés par les revenus d'activité des personnes couvertes. Comment justifier que les personnes ayant eu de plus forts revenus reçoivent plus de prestations, sinon que par le fait qu'elles ont acquis ce droit par leurs cotisations ? Les cotisations salariés ne financent aujourd'hui que de telles prestations, ce qui rend impossible leur remplacement par des impôts (comme la CSG). Il ne serait, en effet, pas légitime de faire payer des cotisations chômage ou retraite aux retraités ou aux revenus du capital des ménages, puisque ces cotisations n'ouvriraient pas de droit.

Par contre, les prestations universelles (famille, maladie) devraient être financées par l'impôt. Pour des raisons historiques, ce principe n'est pas respecté en France où elles restent, en partie, financées par des cotisations employeurs. En novembre 2011, le Medef a relancé le débat. Son objectif récurrent est de faire diminuer les cotisations employeurs, famille et maladie, pour augmenter le profit et la compétitivité des entreprises françaises. Mais, ceci suppose de faire payer les ménages, ce que le Medef cherche à masquer.

Quatre projets sont sur la table. Les deux premiers, que le Medef récuse, n'amélioreraient pas la compétitivité globale



des entreprises, mais pourraient favoriser l'emploi. Les deux autres supposent une baisse des revenus des ménages.

*Instaurer une CVA* consisterait à changer l'assiette des cotisations sociales de façon à taxer l'ensemble de la valeur ajoutée, donc aussi les machines au lieu de taxer seulement l'emploi. Les entreprises seraient incitées à ralentir la substitution du capital au travail ; les entreprises de main d'œuvre ne seraient plus défavorisées par rapport aux entreprises plus capitalistiques. Cette mesure a été rejetée en 2006 ; on lui a reproché de surtaxer l'industrie, de nuire à l'innovation. Mais les innovations qui consistent à remplacer des emplois par des machines sont-elles justifiées en situation de chômage de masse ?

*La taxe carbone* pourrait être utilisée pour réduire les cotisations employeurs. Ainsi, les entreprises seraient-elles incitées à utiliser moins d'énergie et plus de travail. Ceci ferait courir le risque de provoquer la délocalisation d'industries fortement émettrices de carbone. C'est une mesure nécessaire à terme, mais il faudra l'instaurer dans le cadre de l'UE et de l'OMC. Cette substitution suppose d'utiliser les ressources dégagées par l'instauration d'une taxe carbone pour réduire le coût du travail et non pour indemniser les ménages et les entreprises les plus frappés par la taxe ou pour financer les investissements en économies d'énergie en France ou dans les pays émergents (comme il est envisagé dans les négociations internationales).

*Augmenter les taux de TVA et baisser les cotisations sociales employeurs* (la TVA sociale) se traduiraient par une hausse des prix à la consommation. Même si les prix des produits français vendus en France restaient fixes (la hausse de la TVA compensant la baisse des cotisations que les entreprises répercuteraient en totalité), les prix des produits importés augmenteraient pour les consommateurs (en raison de la hausse de la TVA). La réforme ne serait pas payée par nos fournisseurs étrangers, mais bien par les ménages français qui

devraient payer plus cher les produits importés. Au final, soit les salaires et les prestations augmenteraient à la suite de ces hausses de prix, ce qui ferait progressivement disparaître les gains immédiats de compétitivité ; soit, il faudrait bloquer salaires et prestations et imposer aux salariés et aux retraités d'accepter une baisse de pouvoir d'achat au nom de la compétitivité. Dans ce deuxième cas, les gains de compétitivité seraient durables, mais ils seraient obtenus au prix de pertes de pouvoir d'achat des ménages.

La mesure la plus transparente serait *de baisser les cotisations employeurs et d'augmenter simultanément la CSG* du même montant en disant clairement aux Français : « Acceptez des pertes de pouvoir d'achat pour améliorer la compétitivité des entreprises françaises ». La hausse de la CSG devrait porter sur tous les revenus. On ne peut frapper spécifiquement les revenus du capital (qui viennent déjà d'être touchés par la hausse du prélèvement libératoire de 19 à 24%) ou les retraités (qui ne bénéficient pas de hausses de pouvoir d'achat). Mais comment garantir que les entreprises augmenteraient bien l'investissement et l'emploi en France ? La hausse de l'investissement et le gain en commerce extérieur compenseraient-ils la baisse inéluctable de la consommation ? Si elle était généralisée, cette politique de dévaluation déguisée, à l'allemande, nuirait à la demande et donc à la production, de la zone Euro. Chaque pays doit-il se lancer dans une stratégie d'exportation de son chômage ?

Le Medef [\[2\]](#) propose deux mesures. Une baisse de 4,5 points des cotisations salariés (en négligeant que ces cotisations financent des prestations contributives) serait compensée par une hausse de la CSG (qui devrait être de 3 points). La hausse de 2 % des salaires nets serait payée par une baisse de 5% des revenus du capital des ménages et de 3,3% des retraites (qui supporteraient les 2/3 du coût de la mesure) [\[3\]](#). Une baisse de 7,5 points des cotisations employeurs serait compensée par une hausse de 5 points de la TVA ; la Medef précise que les

entreprises seraient libres d'utiliser cette baisse pour réduire leurs prix, améliorer leurs marges ou augmenter les salaires. Par contre, il oublie que cette mesure sera fortement inflationniste, en tout état de cause du fait de la hausse du prix des importations et d'autant plus que les entreprises françaises augmenteraient leurs marges ou les salaires. Cette inflation diminuera le pouvoir d'achat des ménages, ce qu'il faudra compenser par des hausses de salaires et de retraites qui annuleront les gains de compétitivité.

On l'aura compris, il n'existe pas de réforme miracle du financement qui améliorerait la compétitivité des entreprises françaises sans dégrader le pouvoir d'achat des ménages.

---

[1] Il serait aussi souhaitable de supprimer les niches sociales : faire passer de 8 à 30% le forfait social, qui frappe les éléments extra-salariaux des rémunérations, comme la participation, l'intéressement (ce qui rapporterait 4 milliards d'euros), taxer à la CSG les loyers implicites (8 milliards), mettre fin aux exonérations des heures supplémentaires (6 milliards) fourniraient 18 milliards de recettes à la Sécurité sociale.

[2] Nous discutons ici le troisième scénario du « nouveau pacte fiscal et social pour la compétitivité de la France » proposé par le MEDEF le 15 novembre 2011 (<http://www.medef.com/nc/medef-tv/actualites/detail/article/le-nouveau-pacte-fiscal-et-social-pour-la-competitivite-de-la-france.html>).

[3] Cette première mesure n'a aucun effet sur la compétitivité des entreprises ; son objectif est de compenser la baisse du pouvoir d'achat des salariés qu'induirait la seconde, mais ceci se ferait au détriment des retraités qui subiraient une double peine : hausse de la CSG et inflation.