

DÉPENSES SOCIALES

LES PRESTATIONS PASSÉES AU CRIBLE

La Fondation iFRAP a décidé de passer au crible notre modèle social dans un numéro double. Celui de décembre, intitulé « Le surcoût de la Sécu », a montré que nous pourrions économiser 6 milliards d'euros sur les 28,5 milliards de frais de gestion du système, en rationalisant le nombre de caisses, en remettant en cause la place du paritarisme et en revoyant la complexité de la réglementation sociale. Mais la situation des finances publiques impose d'aller plus loin et de voir quelle marge de manœuvre il est possible de dégager sur les prestations elles-mêmes.

En 1990, les prestations de protection sociale représentaient 268 milliards d'euros ; en 2010, elles atteignent 621 milliards. Au premier rang d'entre elles, les retraites (278 milliards d'euros) sont un sujet brûlant : leur poids et leur évolution posent la question de la compétitivité des entreprises françaises à travers les cotisations sans cesse plus importantes pour les financer. Pour les dépenses de santé (170 milliards), il faut s'interroger sur la productivité de notre système de soins là où l'Allemagne relève le défi d'être en excédent.

Enfin, il faut revoir la logique de notre système qui subit depuis plusieurs années l'effet combiné d'une croissance des bénéficiaires et d'une revalorisation continue des prestations. La multiplicité des aides renforce cette tendance : chaque allocation fait l'objet de fortes pressions pour être réévaluée indépendamment les unes des autres. Mais si l'on ajoute les APL, le RSA, les allocations familiales, l'ARS, etc., l'ensemble forme un tout difficile à contrôler sur le long terme. À cela s'ajoute l'extension progressive des prestations assurantielles de notre système de Sécurité sociale à des prestations de solidarité qui devraient être payées par l'impôt.

L'ensemble de ces dépenses sociales devraient nous assurer le meilleur système de protection. Or, leur efficacité est souvent discutable et, malgré cela, ces prestations sont presque toujours impossibles à remettre en cause. La Fondation iFRAP propose de s'inspirer de solutions innovantes qui permettraient d'économiser au total plus de 25 milliards d'euros (voir tableau récapitulatif p. 24).

■ **Retraites : préparer une réforme vers un régime unique et, en attendant sa mise en place, pratiquer une désindexation temporaire pour revenir à l'équilibre**

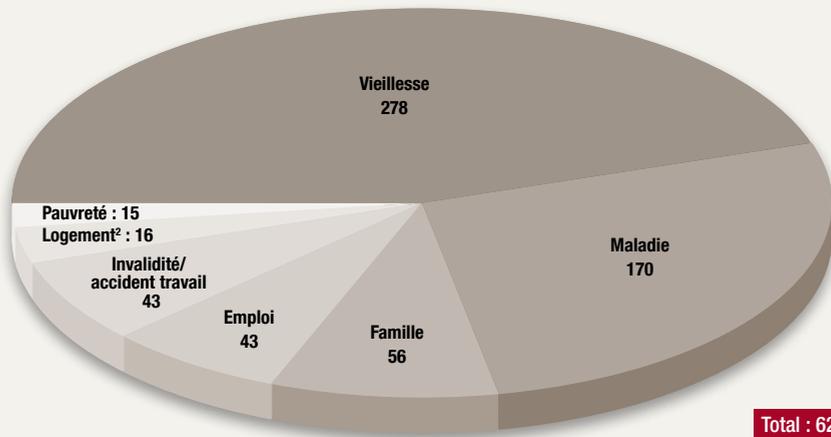
■ **Santé : reprendre la convergence hôpitaux/cliniques, trouver des solutions alternatives à l'hospitalisation et expérimenter de nouveaux modes de gestion des ALD**

■ **Chômage : réduire progressivement la durée d'indemnisation**

■ **Famille : inclure les allocations dans le revenu imposable**

■ **Pauvreté : rendre imposable l'ensemble des prestations reçues pour en apprécier le cumul**

■ **Logement : moduler les loyers des HLM sur les revenus**

France : prestations de protection sociale en milliards d'euros (2010)¹

1. Retraites

■ 1 Document de la DREES : « La protection sociale en France et à l'étranger », n° 170, juin 2012, p. 12.

■ 2 Aides directes aux particuliers seulement, le total des subventions directes et indirectes au logement (taux réduit de TVA, subvention à l'investissement locatif, exonération fiscale du livret A...) est de 40 milliards d'euros.

■ 3 Voir notre dossier de Société Civile sur la réforme des retraites d'avril 2010.

2013 s'annonce une année cruciale concernant les retraites. Entre les engagements du candidat Hollande de faire la « réforme de la réforme » des retraites de 2010 et les chiffres du COR selon lesquels le déficit des comptes des retraites en 2017 s'établirait déjà à 21 milliards d'euros, il est clair que de nouvelles mesures devront être prises. Et elles imposent d'aller dans le sens des réformes menées partout en Europe et non de revenir à la retraite à 60 ans, comme l'a symboliquement fait le gouvernement Ayrault dès sa prise de fonction, à contre-courant de l'histoire.

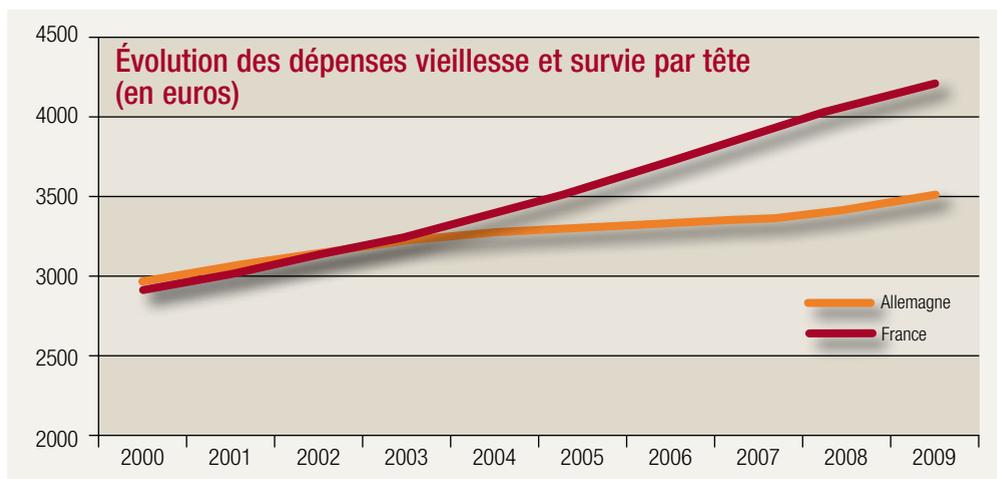
Ainsi, l'Allemagne a réformé son système dès 2001 en s'appuyant sur un principe de responsabilité : évaluer la part de la richesse nationale que le pays peut consacrer à ses retraites sans compromettre son équilibre économique et notamment sa compétitivité, puis à la répartir entre les bénéficiaires. Partant de 19,5 % des salaires actuellement, le taux de cotisation montera à 20 % en 2020 puis 22 % en 2030. Une méthode logique qui a pour conséquence de repousser l'âge de départ à 65 ans en 2012, et en augmentation progressive pour atteindre 66 ans en 2023.

La Fondation iFRAP propose de s'inspirer de la méthode allemande pour mettre en place une réforme qui prenne en compte l'ensemble des

régimes de manière durable (réforme dite systémique) et non un simple réglage de paramètres qui nous promettrait encore des réformes douloureuses dans quelques années³.

Il est nécessaire de s'attaquer aux différences public/privé qui n'ont plus de justification à l'heure des efforts réclamés à tous. En 2020, c'est-à-dire même après la mise en œuvre complète des réformes de retraites, il subsistera encore des différences importantes entre public et privé, à l'avantage de la fonction publique, notamment la garantie par l'État, la période de référence (6 derniers mois contre 25 meilleures années et même carrière complète pour les complémentaires), la réversion. Cette générosité des régimes publics a un coût : pour 2013, la contribution de l'État employeur au service des pensions croît de près de 2,9 milliards d'euros. En 2010, pour payer les retraites de ses fonctionnaires, l'État a versé un taux officiel de cotisation de 62,14 %. En comparaison, dans le secteur privé, ce taux n'est que de 15 %, soit un écart de 47 %. Le taux de la contribution de l'État n'était que de 48,6 % en 1995, mais sera de 65,39 % en 2012 et de 72,8 % en 2030. Une explosion qui impose à l'État de revoir son modèle intenable en période de crise budgétaire.

Idem pour les régimes spéciaux : pour les retraites



Source : Eurostat.

tes de leurs salariés, trois grands groupes publics, la SNCF, La Poste et EDF-GDF, se sont trouvés dans la même impasse, à savoir, voir augmenter inexorablement les cotisations retraites « employeur ». À défaut d'embaucher sous statut privé comme le fait La Poste, il faut revoir les conditions de retraite des régimes spéciaux.

À la SNCF, le statut particulier, et son régime de retraite, est en déficit et nécessite une subvention d'équilibre de 3,2 milliards d'euros, soit 11 000 € par retraité de la SNCF versé par le contribuable sur une retraite moyenne de 23 000 euros environ. Et la réforme de 2007, même si elle a permis de repousser l'âge de départ, a dû concéder des contreparties obtenues par les syndicats : création d'échelons supplémentaires, augmentation salariale, intégration des primes dans le calcul des retraites, etc. ; le tout pour 188 millions d'euros en 2012. Idem pour la RATP où le coût a été chiffré à 130 millions.

Tous ces exemples justifient de faire converger progressivement les retraites du public et du privé grâce à la mise en place d'un régime

universel de retraites. Ces décisions auraient dû être prises il y a 20 ans, en 1991, dès la publication du livre blanc de Michel Rocard. L'allongement de la base de calcul des retraites des régimes spéciaux est destiné à la rapprocher de celle du régime général. En 2017, l'économie sera de 1 à 2 milliards par an. À cela s'ajoute l'économie qui sera tirée de la simplification du système (environ 1 milliard par an en 2017). Cette réforme est d'autant plus indispensable que les retraités du privé se préparent à des efforts supplémentaires qui passeront par la désindexation des retraites de l'inflation. C'est ce qui se décide pour l'Arrco-Agirc : un gel des retraites complémentaires pendant trois ans économiserait 4,2 milliards d'euros à l'horizon 2017. Autre option : une sous-indexation (inflation moins un point) pendant cinq ans pour un gain de 3,9 milliards. Appliqué à l'ensemble des retraites versées par la Cnav, cela représente 2,4 milliards d'économies avec une sous-indexation pendant 2 ans. Il faut souligner que cette voie a déjà été empruntée dans de nombreux pays en Europe.

La Fondation iFRAP propose

- Créer un régime universel de retraites et y faire adhérer progressivement les agents publics sur la base de règles et de barèmes harmonisés avec le privé.
- Utiliser la désindexation ou la sous-indexation des

retraites Cnav pour une marge d'économies supplémentaires.

La Fondation iFRAP estime à 7,8 milliards d'euros les économies à réaliser.

2. Santé

En 2011, 180 milliards d'euros ont été dépensés pour les malades en soins et biens médicaux,

répartis par l'Insee en six catégories classées ici par montant décroissant :

	Hôpitaux	Soins de ville	Médicaments	Cliniques	Biens médicaux	Transports
2011	63,8	45,7	34,7	19,8	12,2	3,9

Comme les années précédentes, l'assurance-maladie allemande a été excédentaire de 5 milliards d'euros en 2012 quand son homologue française était déficitaire de 6 milliards d'euros. Le retour à l'équilibre du budget de l'Assurance-maladie nécessite que tous ces secteurs soient beaucoup plus strictement gérés. Mais le poste le plus important (46,6 % des dépenses), l'hospitalisation publique et privée, est inévitablement scruté le premier. Le vieillissement de la population et la diffusion rapide des progrès techniques poussent à une augmentation des dépenses, mais d'autres évolutions agissent en sens inverse. D'abord, les progrès techniques qui remplacent des interventions chirurgicales par des médicaments ou par d'autres techniques moins invasives, raccourcissent les durées de séjour à l'hôpital et de convalescence. Cette évolution devrait être spectaculaire : de 70 à 80 % des interventions chirurgicales et des soins sont faisables en hospitalisation de jour ambulatoire, et certains traitements lourds (cancer) peuvent se faire à domicile. D'après la Haute Autorité de la Santé française, les établissements de soins français sont très en retard dans ces domaines : sur 37 gestes sélectionnés, le taux de chirurgie ambulatoire atteignait 45 % en France alors qu'il était de plus de 65 % dans les pays de l'Europe du Nord. Pour l'ensemble de la chirurgie, ce taux était seulement de 36 % en France, alors qu'il dépassait les 50 % en Europe du Nord. Ce

retard est particulièrement fort pour les hôpitaux publics. L'évolution en cours conduira à un transfert massif des malades depuis les hôpitaux de soins aigus vers les soins de suite et vers les domiciles des patients. Cela implique une réorganisation complète des hôpitaux et une réduction drastique de leur taille : le contraire des gigantesques hôpitaux ingérables de 1 000 lits que l'on voit encore se construire pour la plus grande fierté des personnels hospitaliers et des élus locaux.

Le résultat net de ces deux tendances contraires serait difficile à évaluer, mais l'existence de nos deux secteurs (hôpitaux/cliniques) constitue un moyen idéal de comparaison, au moins pour les très nombreux traitements qu'ils réalisent tous les deux : chirurgie, gynécologie/accouchements, traitement des cancers ou dialyses, par exemple. En 2012, les hôpitaux publics sont encore de 20 à 30 % plus chers que les cliniques privées pour ces soins. Les autres activités des hôpitaux (enseignement, urgences, recherche, greffes...) sont financées par des budgets spéciaux (8,4 milliards d'euros en 2012) ou par des tarifs spécifiques⁴. Le montant pour l'Assurance-maladie du surcoût de 25 % des hôpitaux est de 6 milliards d'euros par an. La reprise de la convergence des prix payés aux hôpitaux et aux cliniques, vers des prix objectifs, constitue donc un levier majeur pour équilibrer le budget de l'Assurance-maladie⁵.

■ 4 Les cliniques qui ont obtenu l'autorisation de fournir des services d'urgence (24 h/24) reçoivent aussi un financement spécial pour ce service.

■ 5 Voir les notes de la Fondation iFRAP sur l'assurance-maladie et la gestion des hôpitaux publics sur notre site Internet : www.ifrap.org

Affections de longue durée (ALD)

La croissance du coût de prise en charge à 100 % des affections de longue durée (ALD) constitue le second problème à traiter. L'Assurance-maladie a toujours laissé une partie des dépenses de santé à la charge des ménages. Aux tickets modérateurs, instaurés dès 1930, se sont notamment ajoutés le forfait journalier hospitalier en 1983 et des franchises en 2008. Leur effet sur les dépen-

ses de la Sécurité sociale passe par deux canaux : ils peuvent dissuader les ménages de recourir aux soins les moins utiles ; ils réduisent mécaniquement le montant des remboursements.

Cette participation financière est proportionnelle au prix des biens et services de santé (tickets modérateurs) ou à la quantité consommée (forfaits et franchises). Le « reste à charge » des

ménages peut donc être très élevé, en euros et en pourcentage de leurs revenus, et poser un problème d'accès aux soins pour les plus modestes. Pour le résoudre, existent depuis presque aussi longtemps des dispositifs d'exonération ou de plafonnement des tickets modérateurs, forfaits et franchises. Le plus important est le régime des affections de longue durée qui institue une prise en charge à 100 % des soins nécessités par une trentaine de maladies « longues et coûteuses ». D'autres dispositifs exonèrent de ticket modérateur ou de forfait certaines catégories de personnes : invalides, femmes enceintes, nouveau-nés...

Les dépenses remboursées dans le cadre d'une ALD ont augmenté en moyenne de 8,5 % par an depuis 2002 pour atteindre 78 milliards d'euros en 2009 (environ 10 millions de personnes bénéficient de ce régime). Le surcoût par rapport aux modalités de remboursement de droit commun est mal connu mais, pour les seuls soins de ville, il est estimé à 10 milliards d'euros. Les dispositifs d'exonération ou de plafonnement des tickets modérateurs et franchises sont complexes et incohérents, des personnes dans des situations équivalentes pouvant être remboursées différemment. Le remboursement à 100 % dans le cadre d'une ALD ne vaut que pour cette affection, ce qui oblige les médecins à distinguer le traitement des autres pathologies dont souffre une personne ayant une ALD, et la Sécurité sociale à vérifier que cette distinction est bien faite. Rapporté au revenu des ménages, le reste à charge diminue lorsque ce revenu augmente, ce qui contribue à renforcer les inégalités : il est trois fois plus élevé pour les 20 % les plus pauvres que pour les 20 % les plus riches (4,8 % du revenu moyen contre 1,6 %). Il s'agit des restes à charge avant remboursement par des assurances complémentaires, mais celles-ci ont tendance à aggraver ces inégalités. Les meilleures couvertures complémentaires sont souvent souscrites par les ménages les plus aisés (ou leurs employeurs).

Pour sortir de cette impasse, deux méthodes sont proposées : 1. le bouclier sanitaire qui plafonne le reste à charge annuel par malade en fonction du niveau de revenu du ménage, et 2.

la refonte de la prise en charge des personnes en ALD.

La première méthode est simple et peut être mise en place rapidement, mais on peut craindre que les dépenses de ces patients explosent une fois le niveau de gratuité atteint. La seconde suppose une profonde remise en cause de l'organisation du suivi des patients mais vise aussi à améliorer la qualité de la prise en charge des malades chroniques.

Bouclier sanitaire

Les tickets modérateurs, forfaits et franchises actuels seraient conservés. Les dispositifs destinés à en atténuer les effets (ALD, exonérations des tickets modérateurs et des forfaits...) seraient remplacés par une seule disposition selon laquelle le reste à charge sur une année ne peut pas être supérieur à un certain pourcentage du revenu annuel de l'assuré. En pratique, si ce pourcentage était atteint à un moment de l'année, les dépenses ultérieures seraient remboursées à 100 % jusqu'au 31 décembre. La part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé pourrait ainsi être réduite. Une diminution de quatre points de cette part, actuellement de 76 %, mettrait les comptes de l'Assurance-maladie en excédent.

Refonte de la prise en charge des ALD

Pour gérer les ALD de façon équitable et efficace, il faut à la fois gérer finement la classification des ALD en modulant la prise en charge selon la gravité de l'affection, et rénover la prise en charge médicale des ces malades. Cela nécessite un suivi des malades complètement différent des consultations ou des interventions ponctuelles classiques. Une coordination étroite doit notamment être mise en place entre les établissements de soins et les différents acteurs de la médecine de ville (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, laboratoires...). Des réseaux de soins assurant des permanences sont à créer. Des modes de rémunération nouveaux sont nécessaires pour les différentes équipes de professions médicales.

Un mode de fonctionnement qui suppose une proximité et une confiance nouvelles entre les personnels de santé, les malades et les assureurs choisis par les malades. Un monde très différent de celui de la Cnam, universelle,

équitable, mais par construction plus soucieuse d'uniformité que d'agilité, en conflit permanent avec les professions de santé et perçue par les assurés et les malades comme un guichet payeur anonyme.

Couverture maladie universelle (CMU), CMU-complémentaire et aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Grâce à la « CMU de base », toute personne résidant en France depuis plus de 3 mois et n'étant affiliée à aucun régime d'Assurance-maladie est automatiquement assurée par le régime général. Ce dispositif couvre des situations très diverses de Français et d'étrangers : RMistes, situations transitoires professionnelles ou familiales. La CMU est gratuite (pas de cotisation) sauf pour les personnes dont le revenu dépasse le plafond de 9 164 € annuels. Les prestations sont strictement celles du régime obligatoire. Une consultation chez le médecin généraliste, par exemple, n'est remboursée par la CMU de base qu'à hauteur de 70 % (comme on le verra plus loin, les CMUistes bénéficient aussi de la CMU-complémentaire et sont alors pris en charge à 100 %).

On ne peut que se réjouir de savoir que tous ceux qui ont besoin d'être soignés en France le sont, mais la croissance continue du nombre de bénéficiaires depuis sa création en 1999 souligne l'échec de la politique économique et donc sociale des différents gouvernements au pouvoir depuis des dizaines d'années.

Le 18 juillet 2006, Pierre Morange, député des Yvelines, médecin, président du Conseil de surveillance de la Caisse nationale de l'Assurance-maladie des travailleurs salariés, dépose une question écrite au gouvernement, demandant le coût de la CMU. Sa question est toujours sans réponse aujourd'hui⁶. La Cnam et le ministère de la Santé ont bel et bien choisi le secret puisqu'il est impossible de trouver sur un site officiel la réponse à la simple question « Combien coûte la CMU ? ».

Le coût et le financement de la CMU de base sont donc confidentiels, sans que rien ne le justifie. Mais, en recoupant les informations, on peut en donner une estimation. À la suite de la mise en place de la CMU, la seule indication officielle

de coût donnée par la Cnam date de 2000 et chiffrait les dépenses totales (CMU et CMU-C) à 1 953 € par CMUiste. En supposant que ce montant ait augmenté dans la même proportion que la CMU-C, donc de 43 %, la dépense annuelle par personne est donc de 2 780 €, dont 2 440 pour la CMU de base⁷. La CMU de base coûterait donc 5,3 milliards d'euros par an pour 2,2 millions d'assurés. Le coût de la CMU complémentaire est parfaitement documenté par le Fonds CMU : 1,723 milliard d'euros par an. Son financement est assuré par l'État et par une taxe sur les complémentaires santé des Français qui ne sont pas à la CMU. Au total, CMU et CMU-C coûtent environ 7 milliards d'euros par an.

Par ailleurs, rappelons qu'il y a actuellement 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C, qui permet la couverture totale des frais médicaux au titre du régime de base de la Sécurité sociale et du tiers payant. Le coût moyen pour la collectivité est de 453 euros dans le cadre du régime général. Le plafond de ressources est actuellement de 7934 euros sur douze mois pour une personne seule, soit 661 euros par mois (991 euros pour un couple, 1 190 euros pour un couple avec un enfant). Le gouvernement prévoit une augmentation de 7 % au 1^{er} janvier 2013, soit 8 500 euros, soit encore 708, 1 062 et 1 274 euros respectivement. Un couple avec un seul salaire au Smic ne bénéficierait pas de la CMU, mais avec un enfant il en bénéficierait. Pour 4 enfants, le plafond de ressources se situerait à 1911 euros, correspondant à un salaire net de 1,74 fois le Smic (environ 2 500 euros bruts). Ceci signifie qu'avec ce salaire, le ménage bénéficiaire qui se voit déjà verser environ 250 euros par mois au titre du RSA, allocations familiales déduites, se verrait, en outre, conférer un avantage de plus de 110 euros environ au titre de la CMU.

■ 6 <http://questions.assemblee-nationale.fr/q12/q12-100294QE.htm>

■ 7 Dépense réelle (en date de soin) pour la part CMU-C par bénéficiaire fin 2010 – régime général : France entière : 429,75 € – Métropole : 437,63 €. Voir : www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Annuaire_Statistique_04-2012_281%29.pdf

Comme d'habitude, la CMU-C a créé un effet de seuil, et un troisième niveau d'aide a été mis en place pour les personnes juste au-dessus du plafond CMU-C (jusqu'à 35 % au-dessus du plafond d'obtention de la CMU-C). Il s'agit d'une aide financière dégressive à l'acquisition

d'une complémentaire santé: l'ACS. 763 079 personnes en bénéficiaient en 2011.

Notre conclusion est qu'il est clairement excessif de parler ici de lutte contre la pauvreté et qu'il faut revoir les conditions d'accès à ces dispositifs qui entraînent de trop nombreux effets de seuil.

Bénéficiaires de la CMU de base Évolutions de 2007 à 2011 – Métropole & Dom⁸



■ 8 Site Internet www.cmu.fr

Aide médicale d'État (AME)

Destinée en priorité aux personnes en situation illégale sur le territoire, l'AME (aide médicale de l'État) permet une couverture totale à 100 % des prestations de santé, à la seule exclusion des cures thermales et de la procréation médicalement assistée. Seule condition, être sur le territoire depuis 3 mois. Coût: environ 700 millions d'euros. L'AME se justifie pour des motifs humanitaires ainsi que prophylactiques et devrait se limiter aux soins urgents comme dans les autres pays. Au contraire, elle donne des avantages supérieurs à ceux des nationaux qui payent leurs cotisations et ne sont pas couverts à 100 %. D'autant que le gouvernement a supprimé le forfait de 30 euros introduit en 2011. En outre, on a aussi créé une « AME humanitaire » pour ceux qui ne peuvent pas justifier d'un séjour de 3 mois sur le territoire!

Signalons enfin que l'AME donne droit à des réductions de 75 % ou 50 % sur la carte transport de l'Île-de-France (valeur individuelle 111 € par mois) pour toute la famille...

Enfin, le **dossier médical informatisé (DMI)** permettrait une amélioration spectaculaire de la prise en charge des malades et une baisse importante des prescriptions et examens inutiles. L'expérience a montré que son utilisation n'est effective et efficace que dans des groupes de malades, de professions médicales et d'assureurs tous volontaires, ou sous la contrainte (ex.: groupe des anciens combattants américains). La contrainte étant exclue, les gains liés au DMI ne seront possibles qu'en remettant en cause le monopole de l'Assurance-maladie obligatoire.

La Fondation iFRAP propose

- Appliquer la convergence des tarifs entre hôpitaux et cliniques comme réalisée à l'étranger et comme prévue dans l'application de la tarification à l'activité. Expérimenter la tarification à la pathologie complète.
- Expérimenter le bouclier sanitaire ou les réseaux de prise en charge des ALD pour réduire la tendance inflationniste des coûts et améliorer la qualité des soins.
- Rechercher des solutions alternatives à l'hospitalisation en développant la chirurgie ambulatoire avec pour objectif de rejoindre la moyenne européenne – 65 % des soins – contre 45 % en France.
- CMU : resserrer les critères d'attribution pour éviter les effets de seuil entre les différentes composantes.
- Revoir les critères d'attribution de l'AME.
- Favoriser la mise en place du dossier médical informatisé.

La Fondation iFRAP estime à 11 milliards d'euros par an les économies à réaliser.

3. Chômage

43 milliards en France pour l'indemnisation chômage, plus que le rendement de l'IS et presque autant que le rendement de l'IR. C'est, par exemple, 3,5 fois les dépenses du Royaume-Uni (12 milliards), pour un taux de chômage légèrement supérieur en France. Le chômage n'étant pas un risque géré par la Sécurité sociale mais par l'Unedic avec des recettes propres, on peut identifier son déficit qui est considérable: 4,3 milliards attendus en 2012, et 2013 devrait être pire.

Au sein de l'Europe, la France se distingue par une indemnisation particulièrement généreuse du chômage:

- l'accès à l'indemnisation est ouvert dès 4 mois de travail, contre en général 12 mois dans les autres pays ;

- la durée est égale à celle de l'affiliation, avec un maximum de 24 mois (pour les moins de 50 ans) ou 36 mois (pour les plus de 50 ans), contre par exemple 6 mois au Royaume-Uni, entre 6 et 24 mois en Allemagne, 12 mois en Italie, 24 mois au Danemark, mais 38 mois aux Pays-Bas ;

- avec une indemnisation de 57,4 % du salaire brut de référence avec 11 % de charges salariales, la France se situe dans la moyenne européenne, mais le plafond de l'indemnité est beaucoup plus élevé en France: jusqu'à 228,80 € par jour, ce qui est plus de trois fois le maximum allemand ou danois, ou encore six fois le maximum italien. Au Royaume-Uni, l'indemnité est sans référence au salaire et n'est pas supérieure à 86 € par semaine!

L'indemnisation du chômage soulève différentes questions. Celui de sa soutenabilité financière est le plus visible, et justifie à lui seul une diminution des indemnités à laquelle les autres pays européens ont déjà dû se rallier. Indépendamment de cette considération budgétaire, l'importance des cotisations (6,4 %, dont 4 % à la charge des employeurs et 2,4 % à la charge

des salariés, contre par exemple deux fois 1,5 % en Allemagne) est un facteur non négligeable d'augmentation du coût du travail en France à travers les charges pesant sur les entreprises.

Le sujet est aussi très dépendant de la question de l'efficacité de la lutte contre le chômage, et donc des sommes qui lui sont consacrées. Dans les pays où le chômage est à un bas niveau, on remarque l'importance du suivi des chômeurs, et corrélativement des obligations qui leur sont imposées. C'est une partie de la « flexisécurité », dont l'Autriche, qui connaît le plus bas taux de chômage européen (4,5 %) fournit un bon exemple. Les chômeurs sont suivis intensivement, avec des rendez-vous chaque semaine, ils bénéficient d'un fonds abondé pendant leur temps d'emploi, mais ils ont en contrepartie l'obligation de reprendre un emploi correspondant à leur capacité, sous la sanction de voir diminuer leurs subsides. Nous sommes malheureusement très loin du « modèle » français, dont le suivi du chômeur est déficient – ce qui rend corrélativement les sanctions impossibles à appliquer.

La France paye son inefficacité dans le combat pour le retour à l'emploi par sa générosité en faveur des chômeurs. Par ailleurs, de nombreuses offres d'emploi demeurent non pourvues (plus de 300 000 annuellement), et ce n'est pas l'absence de formation qui, loin s'en faut, est le principal responsable. Comme le disent les cabinets de recrutement, trop de personnes ne veulent plus « mettre les mains dans le cambouis » ou accepter certains métiers réputés pénibles.

L'OCDE présente les statistiques des dépenses liées au chômage dans 33 pays, en distinguant les dépenses actives (accueil et suivi des chômeurs, formation, aide à la création, incitations principalement) des dépenses passives (maintien du revenu).

Voici, en pourcentage du PIB, les chiffres de 2010 pour les pays européens comparables:

Pays	Autriche	Pays-Bas	France	Allemagne	Danemark	Italie	Belgique	Suède	Royaume-Uni
Dép. totales (% PIB)	2,24	2,97	2,59	2,28	3,48	1,91	3,75	1,87	0,71
- dépenses actives	0,84	1,22	1,14	0,94	1,91	0,35	1,48	1,14	0,39
- dépenses passives	1,40	1,75	1,43	1,34	1,57	1,45	2,27	0,73	0,32
Taux de chômage (%)	4,6	4,5	9,7	6,8	7,5	8,5	8,4	8,4	7,8

On voit que les pays nordiques (Danemark et Suède) sont les seuls à consacrer des ressources proportionnellement plus importantes à la lutte active contre le chômage qu'à l'indemnisation des chômeurs. La France occupe une position moyenne, tant pour les sommes totales dépensées qu'au regard du rapport entre dépenses actives et passives. Mais, si on cherche à pondérer ces dépenses par le nombre de personnes concernées, le résultat est moins favorable à la France. Ainsi, le taux de chômage est-il double en France de ce qu'il est aux Pays-Bas, ou encore plus de deux points supérieur à ce qu'il est au Danemark, pour des dépenses inférieures en pourcentage du PIB⁹. Au regard des autres pays cependant, y compris la Suède et l'Autriche, la performance française paraît honorable. Malgré les sommes que, selon l'OCDE, la France consacre aux dépenses actives, l'efficacité de ces

dépenses laisse beaucoup à désirer¹⁰, comme nous l'avons vu en évoquant le suivi des chômeurs en Autriche, ce qui est aussi vrai par rapport à l'Allemagne. Parallèlement à l'amélioration de cette performance, la France devrait aussi consacrer relativement plus de ressources qu'elle ne le fait actuellement à la qualité de l'accueil et du suivi des chômeurs, et diminuer corrélativement l'indemnisation, notamment sa durée en retardant son accès et sa durée totale. Quant au montant maximum de l'indemnisation, il devrait être abaissé, dans la mesure où la baisse corrélative des cotisations ne serait pas pénalisante pour l'équilibre financier du système. En contrepartie d'un meilleur suivi, les obligations du chômeur en matière de reprise d'emploi devraient être nettement renforcées, à l'instar de la réglementation existant dans les pays anglo-saxons.

■ 9 Nous n'avons toutefois pas effectué le calcul de la pondération en question. Il n'est en effet pas du tout évident que les efforts d'un pays doivent être proportionnels au nombre de chômeurs, et les calculs s'en trouveraient faussés.

La Fondation iFRAP propose

■ Réduire progressivement la durée d'indemnisation au titre du chômage pour les moins de 50 ans, en la faisant converger vers le modèle allemand. Nous proposons une **convergence progressive de la durée d'indemnisation** qui passerait à 20 mois puis 18 mois, puis 15 mois, puis 12 pour les moins de 50 ans (7 milliards d'économies sur 5 ans). Rappel du modèle allemand : 12 mois d'indemnisation chômage pour les moins de 50 ans, 15 mois à partir de 50 ans, 18 mois pour les plus de 55 ans et 24 mois pour les plus de 58.

La Fondation iFRAP estime à 1,4 milliard d'euros par an les économies à réaliser

4. Famille

Les prestations de la branche famille se sont élevées en 2010 à 41,5 milliards en excluant les 6,1 milliards consacrés à l'aide sociale à l'enfance et les 8 milliards de versements maternité. Les allocations de base, versées sans aucune condition de ressources, ne représentent que 12,4 milliards sur ce total et leur mise sous condition de ressources est périodiquement débattue. Nous estimons que cette solution ne serait pas juste, alors que l'allocation de base correspond à une prestation « horizontale » (des ménages sans enfant vers les ménages avec enfants) et non pas « verticale » (en faveur des plus pauvres), d'autant plus qu'il existe

en outre sept allocations famille (7,2 milliards sous conditions de ressources dont le montant est variable suivant les cas et 13,3 milliards liés à la garde d'enfants, plus 2,4 milliards liés à la scolarité) pour lesquelles les salaires supportent des cotisations proportionnelles sans donner droit à prestations au-dessus du plafond de ressources. La solution la plus juste consisterait à inclure des allocations de base dans le revenu taxable des ménages, solution qui pourrait être étendue à l'ensemble des prestations, dans la mesure où le plafond de ressources est relativement élevé dans plusieurs cas comme nous l'avons souligné.

■ 10 Voir dossier de Société Civile consacré à Pôle emploi (juillet 2012).

La Fondation iFRAP propose

■ Nous proposons d'inclure les allocations familiales de base dans le revenu taxable et étendre cette proposition à toutes les prestations, y compris celles sous condition de ressources, pour en cerner la globalité.

La Fondation iFRAP estime à 500 millions d'euros les économies à réaliser.

5. Minima sociaux, droits connexes, allocations complémentaires

Revenu de solidarité active (RSA)

Les minima sociaux sont un élément essentiel de la redistribution et de la lutte contre la pauvreté, surtout la grande pauvreté, où le système français est efficace, il faut le souligner¹¹. Le RSA, ex-RMI, créé en 2009, est le minimum le plus important, et le gouvernement a annoncé vouloir l'augmenter de 10 % (en plus de l'inflation) pendant le quinquennat. Néanmoins, le RSA n'est pas exempt de critiques. On met en effet en exergue le fait que le RSA, calculé à l'origine pour représenter la moitié du Smic net, ne correspond plus aujourd'hui qu'à 42,5 % de ce dernier (483 € sur 1 118 €), qui a bénéficié de nombreux coups de pouce et du passage aux 35 heures. La comparaison n'est pas pertinente, car le RSA est une prestation familialisée¹², qui augmente avec le nombre de personnes vivant au foyer, et qui se cumule de plus avec d'autres avantages à la différence du Smic.

Deux critiques de fond peuvent être faites à l'encontre du système français de lutte contre la pauvreté.

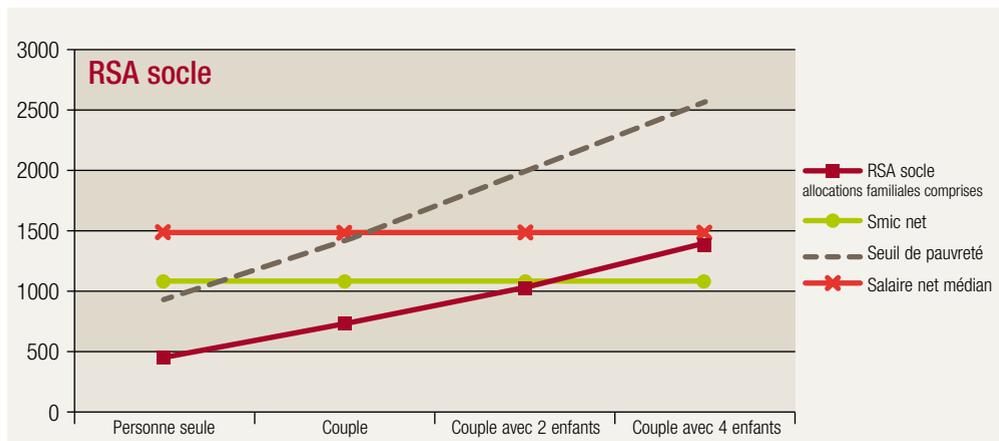
■ **La première consiste dans la confusion des objectifs.** Le RSA répond depuis son entrée en vigueur à deux objectifs : la lutte contre la

pauvreté et le retour à l'emploi par l'incitation. Résultat, le RSA socle est resté très bas, et le RSA activité, avec un taux de non-recours (c'est-à-dire le fait de ne pas faire valoir ses droits à une aide publique) de 62 %, ne parvient pas à inciter véritablement à la reprise d'emploi.

Le RSA se décompose en effet en RSA socle (personne seule disposant de moins de 483 euros mensuels, 724 euros pour un couple (827 pour un parent isolé), plus 145 euros par enfant jusqu'à deux enfants et 190 euros au-delà du second enfant). Outre le RSA socle, le RSA activité, inventé en 2009 par Martin Hirsch pour éviter les effets de seuils en cas de reprise d'un emploi, aboutit à une extinction « en sifflet » du montant garanti par le RSA activité. Cette extinction est matérialisée par la formule suivante : le montant garanti est égal à l'addition de 62 % du revenu d'activité plus le forfait RSA socle (calculé comme indiqué ci-dessus en fonction de la composition du ménage bénéficiaire) moins les ressources totales (qui comprennent les allocations familiales de base et l'aide au logement).

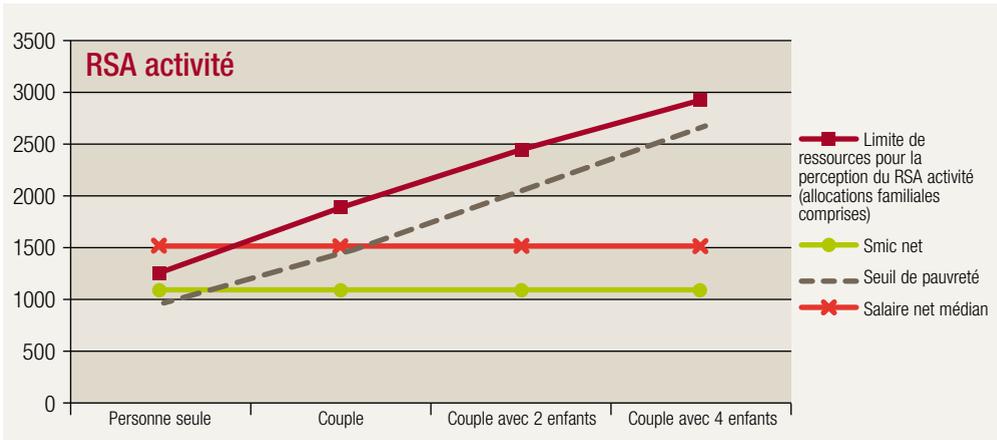
Concrètement, cela se traduit par les graphiques suivants :

Montant mensuel du RSA socle et du RSA activité en fonction de la composition du ménage



■ 11 Si l'on considère que le seuil de la grande pauvreté se situe à 40 % du revenu médian (le seuil de la pauvreté se situant maintenant à 60 % après avoir été longtemps été à 50 %), 3,7 % de la population française sont affectés, ce qui représente le taux le plus bas en Europe, après les Pays-Bas (2,8 %) et à égalité avec la Suède.

■ 12 Par exemple, 855 € pour un couple avec un enfant, soit 76,5 % du Smic.



Note de lecture : Les sommes versées à un titulaire du RSA socle (aucune activité) restent toujours, quelle que soit la composition de son foyer, très en dessous du seuil de pauvreté. Elles ne font que permettre d'approcher l'équivalent d'un salaire au Smic pour une configuration de foyer correspondant à un couple avec 2 enfants, mais ce chiffre, dans le cadre de cette configuration, est très en dessous du seuil de pauvreté qui est lui aussi familialisé. Par comparaison, dans le cas d'activité d'une ou plusieurs personnes dans le foyer, le RSA activité ne s'éteint qu'au-delà d'un total de ressources (y compris allocations familiales, forfait logement sous condition de ressources si applicable, et autres ressources éventuelles) réellement élevé, soit 2 450 euros pour un couple avec deux enfants et 2 950 euros pour un couple avec quatre enfants (qui perçoit en outre 453 euros d'allocations familiales). Ce qui permet à ces foyers de disposer de ressources bien au-delà du seuil de pauvreté.

Ces différents graphiques nous montrent l'importance des anomalies auxquelles le calcul du RSA activité conduit, et auxquelles il faut encore ajouter que le RSA activité, pas plus que le RSA socle, ne sont ni impossibles ni pris en compte dans le calcul des ressources dont dépend l'attribution de nombreuses autres aides. En résumé, cette prestation est versée à des ménages dont une partie ne devrait manifestement pas être considérée comme pauvre. Et ceci se fait nécessairement, en termes de budget, au détriment des ménages sans aucune ressource, professionnelle ou non, qui sont véritablement en situation de grave pauvreté : ainsi en est-il d'une personne seule percevant seulement 475 euros ou d'un couple percevant 712 euros au titre du RSA. Et ce n'est pas l'augmentation de 2 % prévue par le gouvernement pour 2013 qui changera les choses. On peut ajouter que 400 euros de plus ou de moins, c'est considérable et vital pour une personne en situation de grande pauvreté, ce ne l'est évidemment pas pour un couple disposant déjà par ailleurs de 2 500 euros.

Les graphiques ci-dessus ont été établis sans tenir compte des hausses prévues en 2013 par le gouvernement. Les anomalies mises en évi-

dence ne feront qu'augmenter encore. Notre conclusion est qu'il est clairement excessif de parler ici de lutte contre la pauvreté et qu'il s'agit de prestations plutôt destinées aux classes moyennes.

■ **Le second reproche le plus évident que l'on puisse faire à ce type de prestations est leur enchevêtrement d'une invraisemblable complexité et leur illisibilité.** Résultat : erreurs et fraudes, mais aussi cumuls de prestations qui viennent parfois excéder le revenu des travailleurs au niveau du Smic.

Une fâcheuse pratique française consiste à identifier l'une après l'autre des dépenses pour lesquelles on juge que des prestations sous condition de ressources sont nécessaires, et d'en assurer la couverture par des allocations forfaitaires versées en espèces (prestations en espèces, c'est-à-dire allocation ou indemnités par opposition aux prestations en nature : remboursements de soins, de frais d'appareillage, etc. Voir les notes de la Fondation iFRAP sur le RSA sur notre site : www.ifrap.org) qui n'ont pas nécessairement de rapport avec les besoins des bénéficiaires, et qui s'ajoutent aux minima sociaux. À titre d'exemple, l'ARS (allocation sous condition de ressources de rentrée scolaire) vient d'être

augmentée de 25 % pour aboutir à des chiffres sans rapport avec les dépenses scolaires : il s'agit plutôt d'un prétexte pour offrir un complément de ressources à un nombre de Français très important (2 840 000 en 2012)... dont une proportion très importante ne retourne même pas le certificat de scolarité exigé !

Le coût du RSA a été de 7,5 milliards en 2010. Il était admis qu'à l'époque, le taux de non-recours aux prestations avoisinait les 50 %, pour un montant de 4 milliards. Le

Premier ministre vient d'annoncer des augmentations de 10 % du RSA socle sur 5 ans (ce qui augmentera aussi le nombre de bénéficiaires potentiels), et en même temps de demander l'intensification de la lutte contre le non-recours. Ces deux mesures sont susceptibles d'avoir une répercussion considérable sur les dépenses publiques, dépassant 5 milliards. Proposer des économies dans un tel contexte n'a pas de sens : maintenir les dépenses à un niveau constant serait déjà un succès remarquable.

La Fondation iFRAP propose

Il faut viser un écrêtement du RSA activité, au-dessus du seuil de pauvreté dans toutes les configurations de foyer et tenir compte dégressivement des enfants, par exemple au-delà du 3^e, et plus du tout au-delà du 5^e. En tout état de cause, un plafonnement général de ressources (qui pourrait être fixé entre 2 000 et 2 500 euros net par mois) devrait être instauré, au-delà duquel aucune prestation sous condition de ressources ne serait versée quelle que soit la configuration du ménage. Enfin, ces mesures devraient être complétées par une révision des droits connexes et un contrôle du non-travail.

Il faut régler le problème des allocations annexes par une allocation unique censée représenter globalement l'effort de redistribution nationale envers les plus démunis, que ces derniers, pourraient utiliser comme ils l'entendent. Ceci éviterait d'avoir à répondre à des revendications d'assistance s'additionnant sans fin les unes aux autres au gré de la conjoncture.

La Fondation propose de maintenir des dépenses de pauvreté à son niveau actuel malgré les récentes annonces d'augmentation du gouvernement.

Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

S'il est une caractéristique de la politique sociale menée en France au cours de la dernière décennie, c'est qu'elle a augmenté à la fois le type de prestations et le nombre des bénéficiaires. Il en est ainsi, bien qu'il s'agisse de sujets sensibles, de l'allocation personnalisée d'autonomie destinées aux personnes âgées (APA) et aux handicapés (PCH) ; précisons qu'il ne s'agit pas ici des minima sociaux (allocation de solidarité vieillesse ou handicapé), mais de prestations de type universel bien que dans une certaine mesure il soit tenu compte des ressources des bénéficiaires. Or l'APA et la PCH, introduites respectivement en 2002 et 2005, coûtent actuellement environ 14 milliards et sont en

forte augmentation chaque année : respectivement +13 % et +29 % de hausse en monnaie constante sur quatre années.

L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) est une allocation destinée aux personnes âgées, introduite en 2002, en remplacement de la PSD (prestation spécifique dépendance) et a marqué une nette évolution vers une plus grande générosité. La PSD était ouverte sous une stricte condition de ressources (le montant maximum était de 912 euros mensuels en 2002), l'APA n'est plus sous condition de ressources, même si l'on tient compte des ressources dans le montant alloué ; la PSD prévoyait une récupération des aides sur la

succession, l'APA l'exclut. Surtout, l'APA est versée jusqu'au degré de perte d'autonomie correspondant au GIR 4 (groupes iso-ressources dont il existe six degrés) alors que la PSD ne l'était que jusqu'au GIR 3. Actuellement, 59 % des bénéficiaires sont en GIR 4, pour un coût de 43 % des dépenses d'aide à domicile (3,2 milliards), soit 1,4 milliard. Ce montant représente donc l'augmentation due au seul fait que par rapport à la PSD, la couverture de l'APA s'étend jusqu'au GIR 4. La générosité des types d'aide est aussi à noter : alors

que la condition à remplir est « *d'avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie* », les aides humaines (en plus des aides matérielles, qui comprennent notamment l'adaptation du logement pour les aides à domicile) dépassent largement celles qui sont destinées à accomplir ces actes « essentiels » : on y trouve ainsi des heures de coiffure, pédicure, jardinage..., au seul motif que l'accomplissement de ces actes – non essentiels – est handicapé par la perte d'autonomie.

Prestation compensatrice du handicap (PCH)

La PCH, destinée aux personnes handicapées, a été introduite en 2005, en remplacement de l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne). Là aussi, l'ACTP, actuellement en voie d'extinction, était un versement en espèces sous stricte condition de ressources (7 831 euros annuels), et nécessitait la reconnaissance administrative d'une incapacité de 80 % minimum. Au contraire, la PCH est une prestation en nature (c'est-à-dire paiement sur justificatifs), universelle (pas de conditions de ressources), quasiment non plafonnée et attribuée par les commissions départementales qui fixent elles-mêmes les règles d'attribution. Les

sévères conclusions de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le fonctionnement de la PCH dénonçaient le manque de contrôle, notamment des conditions de ressources et le coût de gestion exorbitant. Le législateur de 2005 a voulu offrir aux handicapés le financement complet des besoins créés par leur handicap, de façon similaire aux prestations de la branche maladie. À la différence cependant de la maladie dont les prestations sont de type assurantiel et contributif (financement par cotisations), la PCH correspond à un devoir de solidarité nationale financé par l'impôt.

Allocation adulte handicapé (AAH)

L'AAH (allocation adulte handicapé) est une dépense traditionnellement sous-budgétisée. Actuellement, l'allocation représente 8,15 milliards d'euros. Son dynamisme est très important. L'objectif pourrait être de parvenir à stabiliser cette allocation en volume (hors effet de toute revalorisation), ce qui devrait représenter, par rapport à son évolution pluriannuelle, un effort significatif d'environ 10 % par an, soit 848 millions d'euros d'économies. Cela nécessite de reconsidérer le nombre élevé des allocataires : ces derniers sont 1 000 200 en 2012. La répartition des bénéficiaires peut être estimée de la façon suivante : les deux tiers d'entre eux sont handicapés

victimes de déficiences jugées sévères (80 % et plus) contre un tiers atteint de déficiences importantes (50 % à 79 %). Le précédent gouvernement a cherché à resserrer et à mieux contrôler les critères d'attribution de cette seconde catégorie de bénéficiaires de l'AAH. En effet, seule celle-ci doit apporter la preuve qu'elle ne peut trouver un emploi à raison de son handicap et doit justifier désormais depuis 2011 trimestriellement de ses revenus pour pouvoir en bénéficier. L'AAH étant en effet une allocation complémentaire conjugalisée et même familiarisée, son octroi dépend de la situation financière du foyer familial par rapport à un maximum d'AAH défini par voie réglemen-

taire. Par ailleurs, la reconnaissance de déficiences importantes n'est pas suffisante pour pouvoir en bénéficier, il faut souffrir d'une RSDAE (restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi) fondée désormais sur le seul critère de son aspect médical (donc objectif) et non plus socio-économique (subjectif).

La question se pose d'une appréciation plus resserrée des critères ouvrant droit à allocation compensatoire. Précisément, sur ce volet du handicap, il faut étudier **un éventuel relèvement du seuil minimal de 50 % à 60 %**. Ce rehaussement permettrait une économie de **260 millions d'euros environ**.

Plus généralement, un frein à la progression des dépenses pourrait être la mise en place d'une clé alternative de revalorisation qualifiée « d'effort solidaire ». Cette clé serait indexée sur la revalorisation la plus basse entre l'inflation et la croissance. L'idée étant de mettre à contribution le pouvoir d'achat des bénéficiaires en fonction des contraintes pesant sur la solidarité nationale. Ainsi, en lieu et place d'une revalorisation de 1,75 %

anticipée dans le budget, lui serait substituée une croissance de 0,8 %. Il serait possible de dégager des économies d'environ **77,4 millions d'euros pour 2013**.

Enfin, une piste supplémentaire pourrait être de renverser la présomption de non-employabilité pour les personnes assujetties à des taux d'incapacité supérieurs à 80 %. Pour le moment, leur situation est présumée et donc non contrôlée alors qu'un certain nombre de ces personnes sont susceptibles de travailler. Cette modification serait concomitante d'une amélioration dans la coordination des aides complémentaires qui viennent s'y ajouter : complément de ressources et majoration pour la vie autonome, etc. Actuellement, ces aides représentent des financements d'environ 100 millions d'euros. Il serait également possible de supprimer l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et de la basculer sur l'AAH, avec une économie, compte tenu de la simplification apportée, de 10 à 20 millions d'euros.

La Fondation iFRAP propose

Nous proposons un retour en arrière en ciblant davantage les dépenses sociales :

- pour l'APA, agir à la fois sur le nombre de bénéficiaires (revenir à la seule couverture des catégories GIR 1,2 et 3) et sur les types d'aides (se limiter aux aides pour l'accomplissement des actes essentiels) ;

- pour la PCH définir des critères administratifs d'invalidité unifiés pour tous les départements. Par ailleurs, en même temps que la mise en pratique des recommandations de l'IGAS pour la PCH, il faut tenir compte plus largement des ressources des bénéficiaires sans se limiter à celles provenant des revenus du patrimoine, et revenir à

la règle de la récupération sur succession.

- Relever le seuil minimal de 50 % à 60 % de déficiences jugées handicapantes pour obtenir l'AAH (économie estimée : 260 millions d'euros).

- Limiter la revalorisation de l'AAH à 0,8 % (gain : 77,4 millions d'euros pour 2013).

- Supprimer l'ASI et basculer cette aide sur les critères de l'AAH et de ses compléments : 10 à 20 millions d'euros d'économies.

- Territorialisation des emplois des maisons départementales des personnes handicapées : 62,8 millions d'euros d'économies pour l'État.

La Fondation estime à 3,35 milliards d'euros par an les économies à réaliser

6. Aides au logement

Poser la question de l'efficacité des aides personnelles au logement, c'est poser la question de la crise du logement. En fait, si l'on regarde le nombre de logements, on voit qu'il correspond

au nombre de ménages. Le problème est que l'on ne construit pas là où on en a besoin. Dans les zones tendues, la construction patine, l'offre est insuffisante pour couvrir la demande et les prix

flambent. Les aides au logement ont tenté de « solvabiliser » la demande. Mais cet apport de liquidités dans un contexte contraint n'a pas réussi à enrayer la flambée des prix.

Les aides au logement sont des aides sous condition de ressources attribuées à 6,3 millions de personnes pour un coût global de 15,9 milliards d'euros. Ces aides permettent globalement aux ménages de passer d'un taux d'effort médian de 35,8 à 19,5 % hors charges. Différentes études se sont opposées pour démontrer ou non leur effet inflationniste. Il est difficile de trancher car d'autres facteurs se combinent (apports de liquidités à l'achat, fiscalité immobilière, évolution de la Bourse, etc.), mais l'on peut estimer que les aides au logement ont alimenté la hausse des loyers.

En mai 2012, un rapport de l'IGAS¹³ s'est penché sur l'évolution des aides personnelles au logement, reconnaissant que la sous-actualisation des barèmes avait été la seule façon d'enrayer la hausse continue et supérieure au PIB de ces aides.

Ce rapport a proposé d'améliorer l'efficacité des aides à masse constante, en renforçant la solidarité entre allocataires actuels au bénéfice de ceux qui habitent dans le parc privé ou encore de ceux qui habitent dans les zones chères. Pour ce faire, le rapport de l'IGAS suggère de mieux différencier les loyers servant de barème en fonction de la réalité du marché : actuellement, le zonage réglementaire est trop grossier.

De même, l'IGAS suggère de réformer le mode de calcul de l'APL afin de parvenir à un taux d'effort (rapport entre le loyer et le revenu) unique au sein du parc social ce qui revient à suggérer une modulation du loyer acquitté en fonction du revenu. Enfin, le rapport propose

de revenir sur le cumul APL pour les étudiants et prise en compte au niveau fiscal des parents. Cette proposition qui avait été faite par Benoist Apparu en 2010, mais retirée sous la pression des associations étudiantes, avait été estimée à 410 millions d'euros.

Nous proposons d'aller plus loin, en couplant cet effort de ciblage des aides personnelles avec une politique de logement social résolument orientée vers les populations les plus défavorisées. La mixité sociale ne peut être un objectif si l'on ne parvient pas à loger les plus démunis : d'où la solution déjà évoquée et reprise par certains représentants du secteur HLM ou d'associations de mal-logés de moduler les loyers dans le secteur HLM en fonction des revenus pour se rapprocher des loyers de marché pour ceux qui peuvent se le permettre au bénéfice des ménages les plus défavorisés.

Les observateurs feront certainement valoir que les locataires appartenant aux déciles supérieurs ou ceux qui habitent dans des logements sous-occupés trouveront sans doute le loyer à acquitter trop élevé par rapport à leurs besoins. Dans tous les cas, le taux de rotation qui n'est que de 10 % (en moyenne nationale, et beaucoup plus faible dans les zones tendues, 6 % à Paris par exemple, alors qu'il atteint près de 30 % dans le secteur privé) devrait augmenter d'autant, libérant ainsi des logements. Libérer des logements par une plus grande mobilité dans le parc social permettrait d'économiser plus d'un milliard d'euros en nouvelles constructions¹⁴ (5 % de mobilité en plus, c'est 250 000 logements disponibles en plus pour un parc HLM de 5 000 000 de logements pour les ménages qui attendent un HLM).

■ 13 Évaluation des aides au logement, rapport IGAS/Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale.

■ 14 Voir également le dossier de Société Civile sur la politique du logement de mai 2012.

La Fondation iFRAP propose

■ Économiser sur certaines composantes des APL. ■ Réformer le mode de calcul de l'APL afin de parvenir à un taux d'effort unique au sein du parc social, quel que soit le revenu. ■ Moduler les loyers des logements sociaux en fonction des revenus, pour une économie globale estimée à 1 milliard d'euros.

La Fondation iFRAP estime à 1,4 milliard d'euros par an les économies à réaliser.

Récapitulatif des économies proposées par la Fondation iFRAP

		Définition de la mesure	Économies en milliards d'euros en année pleine
1. Retraites	Calcul retraites	Allongement de la base de calcul des retraites des régimes spéciaux	1,5
	ARRCO-AGIRC	Sous-indexation pendant 5 ans	3,9
	Assurance-vieillesse	Sous-indexation de l'ensemble des retraites versées par la Cnav pendant 2 ans	2,4
2. Santé	Hôpitaux	Rechercher des solutions alternatives à l'hospitalisation	6
		Faire converger les tarifs des hôpitaux et des cliniques	
	Affection de longue durée	Expérimenter un bouclier sanitaire ou des réseaux de soins	5
	Dossier médical	Favoriser la mise en place du dossier médical informatisé	0,4
	Aide médicale d'État	Réduire les prestations au niveau des soins essentiels et prophylactiques	
Couverture maladie universelle	Resserrer les conditions d'accès et éviter les effets seuil entre CMU, CMU-C et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé		
3. Chômage	Indemnités chômage	Réduire progressivement la durée d'indemnisation au titre du chômage pour les moins de 50 ans	1,4
4. Famille	Allocations familiales	Inclure les allocations familiales de base dans le revenu imposable	0,5
5. Minima sociaux, droits connexes et allocations complémentaires	Revenu de solidarité active	Écrêter les plafonds du RSA activité, limiter le nombre d'enfants donnant droit à prestation Rendre imposable l'ensemble des prestations reçues pour en apprécier le cumul	Maintenir les dépenses au même niveau malgré la diminution du taux de non-recours et l'augmentation de 10 % annoncée par le gouvernement
	Allocation unique	Regrouper et simplifier les droits connexes et allocations, y compris celles qui ne sont pas forcément assimilées à des minima sociaux (logement, vieillesse) afin d'en clarifier les conditions d'accès et de définir l'effort global de solidarité publique. Économies chiffrées sur les fraudes évitées notamment	
	Allocation personnalisée d'autonomie	Réduire le nombre de bénéficiaires de l'APA et supprimer les aides ne correspondant pas à des besoins essentiels (jardinage, coiffure...)	1,5
	Prestation compensatoire du handicap	Suivre les recommandations de l'IGAS, définir des critères administratifs d'invalidité unifiés, plafonner les prestations, développer des contrôles efficaces	1
		Récupération sur la succession	0,5
	Allocation adulte handicapé	Relèvement du seuil minimal de 50 % à 60 %	0,2
		Limiter la revalorisation à 0,8 % au lieu de 1,75 %	0,08
		Suppression de l'allocation supplémentaire d'invalidité et basculement sur les critères de l'AAH et de ses compléments	0,01
	Suppression de la subvention de l'État aux maisons départementales des personnes handicapées, basculement des personnels dans la FPT	0,06	
6. Logement	Aides personnelles au logement	Économiser sur certaines composantes des APL, notamment le cumul APL pour les étudiants et déduction fiscale au niveau des parents	0,4
	HLM	Moduler les loyers des logements sociaux en fonction des revenus	1

Économies à terme : 25,85 milliards d'euros par an