HAL
open science

L'impact macroéconomique des réformes du secteur de santé français

Gaël Dupont, Eric Heyer, Xavier Timbeau, Bruno Ventelou

To cite this version:

Gaël Dupont, Eric Heyer, Xavier Timbeau, Bruno Ventelou. L'impact macroéconomique des réformes du secteur de santé français. Revue de l'OFCE, 2001, 76, pp.117-138. 10.3917/reof.076.0117 . hal-01073255

HAL Id: hal-01073255

https://sciencespo.hal.science/hal-01073255v1

Submitted on 9 Oct 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'impact macroéconomique des réformes du secteur de santé français *

Gaël Dupont, Éric Heyer, Xavier Timbeau
Département analyse et prévision de l'OFCE

Bruno Ventelou
Département des études de l'OFCE

Dans une première section, on testera, à l'aide d'un modèle macroéconomique conjoncturel, l'effet d'un programme « d'économies de dépenses de santé » (celui envisagé par la CNAM en 1999) et quelques variantes jugées pertinentes (ré-injection ou non des économies réalisées). Dans une seconde section, nous proposerons une réflexion à moyen terme — à l'horizon 2004 — sur trois scénarios alternatifs de croissance des dépenses de santé. Nous verrons que si les évolutions récentes de la dépense maladie se reproduisent sur les prochaines années, elles seront relativement bien financées par les recettes de cotisations aujourd'hui engendrées par la croissance économique de la France.

Le secteur de santé représente aujourd'hui près de 10 % du PIB. L'idée d'une réforme de contingentement des dépenses de santé est de « stabiliser » l'évolution des dépenses — au moins leur partie financée sur fonds publics [1] — en cherchant à maintenir constante la part des dépenses dans le PIB, voire à réduire cette part pour la ramener à un niveau comparable à la moyenne des autres pays de l'OCDE (8 %). Cette dernière option reviendrait à organiser une récession du secteur de la santé. Or celui-ci est en France une composante non négligeable de l'activité économique (voir Auray et Duru [1995], Bocognano et Raffy-Pihan [1997]). On peut donc se demander, dans une perspective simplement conjoncturelle, quelles seraient les conséquences macroéconomiques d'un tel choc de politique économique.

L'approche conjoncturelle a ses défauts (elle laisse de côté la question du « niveau optimal » des dépenses de santé dans l'économie, question que l'OFCE traitera dans un article à paraître dans un prochain numéro, voir pour l'instant Touzé et Ventelou, 1999), mais elle permet de bien mettre en valeur la place d'un secteur dans une économie, tant en ce

* Cette recherche a reçu le soutien financier de la DREES, ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Les idées défendues ici n'engagent que leurs auteurs.

1. Le critère retenu est la nature publique du financement de la dépense, pas le statut du prestataire (qui peut être aussi bien public que privé).

qui concerne sa structure d'offre, qu'en ce qui concerne la composition de la demande. Or, de ces deux points de vue, le secteur de santé présente des spécificités. Du point de vue de l'offre, il se caractérise par un fort contenu en emplois (qualifiés et, surtout, non qualifiés), laissant augurer, en cas de choc ciblé, des ajustements sur le marché du travail et des effets induits macroéconomiques plus importants que ceux engendrés par un choc concernant d'autres secteurs. Du point de vue de la demande globale, les prestations maladies se caractérisent par une propension à consommer *a priori* égale à 1 : les prestations sont mécaniquement affectées à une consommation médicale ; autrement dit, une diminution des prestations correspondra, toutes choses égales par ailleurs, à une diminution de la propension moyenne à consommer des ménages. Ainsi, du côté de la demande globale, le choc sur le secteur de santé aura lui aussi un impact « keynésien » plus important qu'ailleurs.

Dans une première section, on testera, à l'aide d'un modèle macroéconomique conjoncturel, l'effet d'un programme « d'économies de dépenses de santé », celui envisagé par la CNAM en 1999, ainsi que quelques variantes jugées pertinentes et crédibles compte tenu des tendances lourdes des réformes et des conditions de la négociation qui s'engage actuellement entre les acteurs du secteur de santé.

Dans une seconde section, nous proposerons une réflexion à moyen terme — à l'horizon 2004 — sur trois règles alternatives de croissance des dépenses de santé. Nous verrons que si les évolutions récentes de la dépense maladie se maintiennent sur les prochaines années, elles seront, contrairement à une idée reçue, relativement bien financées par les recettes de cotisations aujourd'hui générées par la croissance économique de la France.

L'effet conjoncturel d'un « choc de santé »

Le modèle de prévision conjoncturelle de l'OFCE : MOSAÏQUE [2]

Le modèle de l'OFCE s'appelle MOSAÏQUE (MOdèle de Simulation, d'Analyse et d'Interprétation QUantitative de l'Économie). Réalisé par l'OFCE en 1984 et redéfini en 1988, ce modèle, représentation trimestrielle de l'économie française, est utilisé par les économistes de l'OFCE pour traiter des questions de politique économique et pour tenter de prévoir, plusieurs fois par an, le futur de l'économie française.

2. Au moment de la réalisation de cette étude, le modèle de l'OFCE s'appelait MOSAÏQUE. Depuis la fin du premier trimestre 2000, à la faveur du changement de base de la comptabilité nationale, l'OFCE dispose d'un nouveau modèle *e-mod.fr* dont les propriétés principales sont très proches de celles présentes dans MOSAÏQUE et qui sont détaillées dans l'encadré 1.

De par sa structure et ses objectifs, MOSAÏQUE s'inscrit dans la lignée des modèles économétriques français (encadré 1).

1. Description de MOSAÏQUE *

Estimé dans le cadre fourni par la comptabilité nationale (base 80), le modèle trimestriel de l'OFCE, MOSAÏQUE, est centré sur l'étude de l'économie française. Ce modèle permet d'analyser des politiques macro-économiques, fiscales et budgétaires. Il est également utilisé comme un outil d'analyse de la conjoncture et sert à la prévision à court terme et à la simulation de moyen terme. Il impose un cadre comptable rigoureux et assoit les exercices de prévision sur des équations de comportement. Le secteur productif est décomposé en sept branches (agriculture et agroalimentaire, énergie, produits manufacturés, bâtiment et travaux publics, commerce, services marchands et services non marchands) et cinq agents sont distingués (ménages, sociétés et quasi-sociétés, institutions financières, administrations publiques, reste du monde).

D'inspiration néo-keynésienne, le modèle MOSAÏQUE répond à la structure causale : Demande — Offre — Revenus. A court terme, la demande globale (consommation et investissements privés, dépenses en biens des administrations publiques, exportations) détermine l'offre disponible : production et importations. Les conditions de l'offre jouent à court terme sur le commerce extérieur, *via* la compétitivité et les tensions sur les capacités de production, et, sur la consommation, *via* l'inflation. La dynamique prend en compte les comportements de stockage. Enfin, à moyen terme, le modèle retrouve une dynamique plus classique, avec un état stationnaire réglé par un chômage d'équilibre.

Le modèle contient environ mille équations dont cent cinquante de comportement.

* Une présentation plus détaillée de ce modèle est disponible sur le site internet de l'OFCE. Les effets variantiels de ce modèle sont, quant à eux, précisés dans Chauvin, Heyer et Timbeau (1999).

Les résultats porteront sur le niveau du revenu, la consommation des ménages, le taux de chômage agrégé, le taux d'épargne, les niveaux des prix et le solde extérieur.

Description du choc

On peut détailler le type de choc de politique économique qu'on veut intégrer dans le modèle MOSAÏQUE. Nous prendrons, comme base de départ des simulations le plan d'économies de la CNAM, dit " plan stratégique ", tel qu'il a été proposé le 12 juillet 1999 au conseil d'administration de cette institution (tableau 1).

1. Le plan d'économies de la CNAM en 1999

En milliards de francs

Rationaliser les procédures hospitalières	3
Financer les hôpitaux aux coûts par pathologie	30
Rembourser les médicaments sur la base des moins chers	9
Baisse des remboursements et des tarifs en ville et mesures sur les laboratoires d'analyse	17
Total (dont divers)	62

En outre, une fois obtenu cet ajustement de 62 milliards, le rapport prévoit que le total de la dépense (environ 800 milliards) devra augmenter au rythme annuel de 1,1 % en volume.
Source : CNAM (1999), conseil d'administration du 12 juillet 1999.

Le plan d'économies cherche à jouer sur les différentes dimensions de la dépense maladie. Les mesures sur les soins de ville — médecine ambulatoire, laboratoires — correspondent à l'application effective des OQN (Objectif Quantifié National) et la modification éventuelle, dans le cas de dépassements d'enveloppe, de la lettre-clé [3] associée à chaque spécialité médicale (le projet évoque une possible concertation entre la CNAM et les médecins conventionnés, espérant, d'une part, un accord régional sur les densités de médecins et, d'autre part, des accords nationaux de progression du nombre des actes par spécialités). Les mesures sur les médicaments sont principalement guidées par la politique des génériques, comme base de remboursement des médicaments de même classe thérapeutique. Enfin, la modalité « financer les hôpitaux au coût par pathologie » revient à rémunérer l'hôpital sur la base de ses activités détaillées, avec un prix paramétrique pour chaque groupe thérapeutique, créant ainsi une concurrence fictive entre les services et des incitations fortes à la chasse au gaspillage. De fait, le paiement à la pathologie permet d'aligner les coûts de traitement de chaque pathologie sur les services les moins dispendieux (en moyenne) ; ce qui suppose des ajustements de personnel, voire l'élimination sur le territoire des services les plus coûteux…

Dans cet exercice de simulation, on supposera que ces mesures sont pleinement appliquées : d'une part, l'autorité politique et la CNAM s'entendent sur le plan ; d'autre part, les soignants et les soignés ne développent pas de stratégies de contournement du plan. Notamment, on néglige la possibilité pour le secteur privé — entre autres : mutuelles, assurances et secteur non conventionné — de se substituer aux offres publique ou conventionnée de soins de santé. Ainsi, du point de vue macroéconomique, on comptabilisera une réduction de 1 milliard de dépenses maladies comme une réduction nette de demande globale de 1 milliard.

3. Résultat du conventionnement des praticiens par l'assurance maladie.

Par ailleurs, les auteurs de la présente étude se sont permis quelques simplifications visant essentiellement à clarifier le *modus operandi* du plan, celui-ci étant quelques fois elliptique, voire volontairement flou sur certains points, notamment ses délais d'application.

— Il semble à sa lecture (page 76) que le plan doive s'étaler sur plusieurs années avec une montée en charge progressive (1999-2002, puis un concept « d'année pleine » au-delà, sans que cet « au-delà » soit précisé). Ici nous avons ramené la montée en charge à 3 ans, ce qui correspond assez bien à l'horizon de validité d'une telle réforme, tant du point de vue politique que technique.

— Il semble aussi (mais ce deuxième point est complémentaire du premier) que le rapport de la CNAM envisage un « plancher » à l'application du plan ; la règle est de ne pas aller en deçà d'un taux de progression de la dépense de santé de 1,1 % par an en volume (page 76 encore). Autrement dit, l'échéancier du plan pourrait être retardé — d'où, sans doute, le flou évoqué plus haut —, si celui-ci devait conduire à une évolution globale de la dépense de santé inférieure à ce dernier chiffre. Tout dépend donc, en fait, de l'évolution spontanée — hors application du plan — de la dépense de santé. Si celle-ci est très forte, le plan serait appliqué rapidement et dans toute son ampleur. Si celle-ci est faible, on peut alors envisager de retarder l'application du plan, de manière à ne pas passer en dessous du plancher de 1,1 %. Là encore nous avons choisi d'adopter le principe d'une application progressive du plan en 3 ans, sans entrer dans le détail du respect ou non du plancher.

L'hypothèse adoptée par notre équipe revient, de fait, à évaluer les effets du plan « en régime permanent », c'est-à-dire en considérant non pas les effets transitoires et annuels du plan, mais ses effets totaux *au terme de l'échéancier* [4]. C'est de toute façon la manière la plus fiable d'évaluer l'effet *différentiel* du plan au bout de son *application complète*.

Il faut préciser ce plan en le proportionnant au secteur de santé français (tableau 2).

Le tableau 2 relève de l'hypothèse de travail. L'utilisation d'une simple règle de trois est, bien sûr, tout à fait discutable [5].

4. Notons qu'avec une évolution spontanée de la dépense de 2,25 % en volume (voir en annexe I) et une application du plan en 3 ans (20 milliards par an), on obtient à peu près 0,1 % de croissance de la dépense de santé. Les trois premières années, notre simplification conduit donc à majorer l'effet du plan ; les années suivantes à le minorer (dans notre exercice, les économies de santé se font sur trois ans, puis l'évolution reprend son *trend* de 2,25 %. *A contrario*, dans l'hypothèse du plancher, le choc est « lissé » mais perdure plus longtemps imposant un rythme de 1,1 % sur 6 ou 7 ans). Par conséquent, le lecteur doit être attentif au fait que les résultats de nos simulations sont à lire indépendamment de l'année considérée, mais plutôt, *au bout de l'application du plan* (techniquement, nous avons dû conserver une datation et un échéancier arbitraire de 3 ans afin d'éviter des effets de seuil engendrés par l'introduction du choc sur une année unique).

5. La fonction de production est-elle aussi linéaire ? Dans quelle mesure le choc sera-t-il absorbé par des substitutions de facteurs ou des ajustements de revenus ?

2. Le plan de la CNAM en proportion du secteur de santé français

	Secteur hospitalier : public et privé	Médecine ambulatoire	Médicament. pharmacie : industrie et distribution	Total (dont divers non affectés)
Consommation finale en 1997 (*en milliards*)	**352** dont public + privé psph 5 : 300 dont privé pur : 52	**195** dont généralistes : 37 spécialistes : 56 dentistes : 45 auxiliaires : 31 autres (labo.) : 26	**134** dont marges des distributeurs nationaux = 54	**712**
Mesure de contingentement	**33** [1 3]	**17**	**9,5**	**60**
Variation *en* %	**9,3 % (33/352)**	**8,7 % (17/195)**	**7 % (9,5/135,5** [4]**)**	
Effectifs du secteur	**928 000** Public Med [5] : 50 000 Public NM [5]: 644 000 Privé Med : 15 000 Privé NM : 219 000	253 000 dont généralistes : 60 000 spécialistes : 54 000 dentistes : 37 000 auxiliaires + labo : 102 000	**200 000** dont 70 000 dans l'industrie	
Pertes d'emploi (avant le bouclage macro)	21 000 dans le privé 70 000 dans le public [2]	22 000	5 000	48 000 + 70 000

1. Le programme de contrôle de la dépense propose de répartir sur trois ans les mesures sur l'hôpital. Mais les 30 milliards correspondent bien à des économies annuelles de budget (en année pleine, à l'issue des trois années de transition).
2. Le taux de fonctionnarisation du secteur hospitalier affaiblit l'effet de court terme des mesures de restriction sur l'hôpital. Mais, sur le long terme, on peut craindre un défaut de création d'emploi proportionnel à l'ampleur du contingentement, soit 70 000 emplois non créés. On peut là encore répartir cet effort de réduction d'effectifs sur 3 ans. On obtient environ 20 000 emplois non créés par an, sur 3 ans, ce qui est possible compte tenu de la masse d'effectifs considérés (départs à la retraite non remplacés, non renouvellement des contrats de droit privé, mutations).
3. Les 30 milliards d'économies devraient, d'après le plan de la CNAM, porter plus spécifiquement sur l'activité MCO de l'hôpital (Médecine Chirurgie Obstétrique). Nous avons préféré faire porter le choc sur l'ensemble du secteur hospitalier faute de données précises sur le seul emploi hospitalier MCO (ce qui *a priori* atténue l'impact du plan, car sinon il faudrait aussi comptabiliser les effets induits du choc MCO sur le reste du secteur hospitalier).
4. Calcul spécifique pour l'industrie pharmaceutique. L'équilibre emplois-ressources du produit pharmacie s'écrit : M + Prod (valeur usine + marges) = CI + CF + X + FBCF.
Soit : 40 + (valeur usine + 54) = 10 + 134 + 55 + 0, et donc une valeur usine = 105. On suppose que les réductions ne portent pas sur la distribution, ni sur les exportations. On avait M + valeur usine = 145. On a donc après la réforme : M + valeur usine = 145-9,5 = **135,5**, soit une réduction de 7 % également répartie sur les importations et sur le chiffre d'affaires de l'industrie.
5. psph : participant au service public hospitalier. Med : médical. NM : non médical.

Source : calculs et hypothèses des auteurs d'après des chiffres de la DREES et du SESSI.

Les effets *stricto sensu* du choc sur l'emploi seront donc sans doute différents, plus limités si le choc est absorbé par des ajustements de prix et de revenus [6]. Notons cependant, qu'au-delà de la quantification *ex ante* du choc (ce que nous venons de faire), le présent travail est surtout intéressant pour ses résultats *ex post* (ce que nous allons faire). A savoir : pour un choc initial de x emplois détruits dans le secteur de santé, combien obtient-on finalement d'emplois détruits *a posteriori, i.e. compte tenu des effets induits* du plan sur l'ensemble de l'économie ?

Le montant du choc et les pertes d'emplois directes qui viennent d'être calculées sont donc introduits dans le modèle MOSAÏQUE, respectivement dans les secteurs des services non marchands, des services marchands et dans le secteur industriel (pharmacie). Les effets macro-économiques induits sont alors calculés par le modèle. On donne des résultats *en écart par rapport à un « compte central »*, établi à politiques économiques constantes [7].

Quelques Variantes

Variante A : 60 milliards non réaffectés

Dans cette simulation, nous supposons une baisse de 60 milliards de francs des dépenses de l'État dans le secteur de la santé. avec, comme déjà évoqué, une montée en charge progressive de cette mesure sur trois ans. L'impact d'un tel choc, dont les résultats sont présentés en détail en annexe II, est examiné trois années après le début du choc, autrement dit sur la période 2001-2003. Ce choc sur le secteur de la santé s'étendant à l'ensemble de l'économie, une telle mesure a bien entendu un effet récessif sur l'économie : le PIB diminue à terme de 0,7 % par rapport au compte de référence. Les pertes d'emplois *ex post* sont nombreuses : au quatrième trimestre 2003, le total cumulé des pertes d'emplois atteint le chiffre de 196 000 pour un choc initial de 108 000 emplois. Pour un emploi détruit *ex ante*, on obtient presque 2 emplois détruits *ex post*. Comme nous l'avons évoqué précédemment, cette réduction des dépenses, en amputant le revenu disponible des ménages, engendre mécaniquement une baisse instantanée de la consommation des ménages (propension à consommer unitaire) ; puis, couplée à des pertes d'emplois, celle-ci diminue de 1,7 % la troisième année (l'épargne des ménages augmente légèrement sous l'effet de la récession qui conduit les ménages

6. A l'inverse, les gains de productivité spontanés du secteur renforcent les pertes d'emplois prévisibles, notamment dans l'industrie pharmaceutique. Le taux d'accroissement annuel moyen de la productivité apparente du travail de l'industrie pharmaceutique s'élève à près de 4,5 % sur les dix dernières années. Il faudrait aussi tenir compte des effets plus qualitatifs, sur l'industrie pharmaceutique, des déremboursements des médicaments jugés inefficaces. Il est évident que certaines rentes de situations vont être remises en cause, avec, sans doute, des restructurations nécessaires au sein de la branche et au sein des entreprises.

7. Pour plus de détails sur la lecture des résultats d'une variante, le lecteur pourra se reporter à l'annexe I.

à réviser leur plan d'épargne à la hausse). Compte tenu de la récession induite, les résultats sur les soldes publics sont assez faibles : l'économie de dépenses est neutralisée par les pertes de recettes fiscales liées à la récession. A terme, l'amélioration du solde public due à cette baisse de dépense est de 0,3 point de PIB par rapport au scénario central. Enfin, la baisse de la consommation provoque également une diminution de nos importations induisant une dégradation de la capacité de financement de l'extérieur (– 0,3 % en 2003).

Variante B : 60 milliards, réaffectés à d'autres dépenses publiques (30 milliards) et à des baisses de cotisations employeurs (30 milliards)

La seconde variante permet d'évaluer le caractère asymétrique d'un choc sur le secteur de santé. Les 60 milliards sont réinjectés dans l'économie sous la forme de dépenses publiques et de baisse de cotisations employeurs. Dans cette simulation, le taux de cotisation employeurs est abaissé de telle sorte que le montant total des cotisations employeurs diminue *ex ante* de 30 milliards, soit environ 1,5 point de cotisation. Le double choc positif — d'offre (30 milliards) et de demande (30 milliards) — touche l'ensemble des agents ; cela revient donc, si l'on pouvait considérer que la baisse de cotisations était entièrement redépensée par les entreprises, à maintenir constant le montant total de la dépense *ex ante* dans l'économie. Les résultats de cette simulation sont présentés en annexe III. A la lecture de ces résultats, on constate que, si cette ré-affectation réduit bien *de facto* l'effet récessif observé lors de la première simulation, *il ne permet pas toutefois de l'annuler entièrement*. Selon nos calculs, en 2003, le PIB diminuera de 0,1 % relativement au compte central. Autrement dit, l'effet multiplicateur [8] positif des deux ré-affectations ne permet pas de compenser l'effet récessif résultant des réductions des dépenses de santé.

Outre l'effet « Haavelmo », plusieurs raisons peuvent être évoquées pour expliquer ce résidu d'effet récessif. D'une part, certains impacts de la ré-affection se neutralisent. Ainsi, la baisse des cotisations sociales employeurs profitent principalement aux entreprises (leur capacité de financement augmente), celles-ci répercutent une partie de la diminution de coût en baisse des prix ; mais, une partie de cette baisse de prix est, simultanément, rognée par une hausse des prix due aux

8. Le multiplicateur keynésien mesure l'impact sur le PIB d'une variation des dépenses publiques dont le mécanisme théorique est le suivant : une augmentation des dépenses publiques de 1 point entraîne *ceteris paribus* une augmentation d'un même montant du PIB. L'effet multiplicateur intervient alors, car ce supplément de croissance amène une progression des revenus des ménages et donc de leur consommation. Pour faire face à ce surplus de demande, les entreprises investissent, augmentant de nouveau la production. Ce cercle vertueux peut être cependant contrecarré par quatre effets. Le surcroît de demande intérieure peut favoriser les importations (fuite à l'extérieur). Les prélèvements obligatoires diminuent le déficit et affaiblissent la part du revenu qui sera distribuée aux ménages et aux entreprises. La croissance amène une accélération de l'inflation qui affecte la compétitivité de l'économie nationale. Enfin, elle peut entraîner une hausse des taux d'intérêt qui vient décourager l'investissement.

effets multiplicateurs. D'autre part, le résidu récessif résulte d'une asymétrie très forte concernant le « contenu en emploi » des différents secteurs de l'économie : les destructions d'emplois dans le secteur de santé ne sont, en effet, que partiellement compensées par des créations d'emplois induites par la même dépense dans les autres secteurs. Les pertes d'emplois sont certes deux fois moins élevées que lors de la simulation précédente, mais l'économie continue à perdre environ 80 000 emplois à terme. Un tel résultat doit être mis en rapport avec les différences de productivités moyennes de l'ensemble des secteurs : il traduit une certaine recomposition de l'économie avec des transferts de revenu et d'emplois d'un secteur à l'autre. La rationalisation (la « chasse au gaspi ») a effectivement eu lieu, avec des économies de main-d'œuvre : la productivité du travail augmente. Mais on peut se demander si une telle mesure s'impose dans un contexte de chômage massif [9], sachant que les nouveaux chômeurs vont contribuer, ensuite, aux déficits publics *via* les indemnités de pertes d'emplois : le solde public ne s'améliore d'ailleurs que très légèrement.

Variante C : 60 milliards, partiellement réaffectés (30 milliards de baisses de cotisations)

Dans cette simulation, nous supposons que seuls 30 milliards sont réinjectés dans l'économie sous la forme de baisse de cotisations employeurs (ce chiffre est arbitraire : il correspond simplement à « la moitié » de l'économie réalisée…). Les résultats de cette dernière variante sont détaillés en annexe. Comme ci-dessus, nous avons envisagé une baisse du taux de cotisations sociales employeurs de telle sorte que le montant total de leurs cotisations diminue de 30 milliards *ex ante*. Bien sûr, cette baisse limite l'amélioration des soldes publics due aux économies de santé, et profite principalement aux entreprises dont la capacité de financement augmente. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les entreprises répercutent une partie de la diminution de coût en investissant davantage et en baissant leur prix. Le rythme de l'inflation est réduit de 2 points la troisième année. Le revenu disponible des ménages se dégrade toutefois, mais moins que lors de la première variante (A). En somme, les baisses de cotisations permettent effectivement d'amortir l'effet du choc et atténuent les effets sur l'emploi : 150 000 pertes à comparer avec les 196 000 du choc sans contrepartie de la variante A. Mais notre variante C comporte néanmoins les inconvénients du choc asymétrique décrits dans la variante B : – 0,4 % de PIB perdu par rapport au compte central.

8. *A contrario*, il est vrai que le retour au plein emploi, s'il se réalise, peut effectivement susciter des mesures d'économie drastiques en santé visant à dégager des réserves de main-d'œuvre vers d'autres secteurs en pénurie de facteurs. Il faut alors se poser la question de la légitimité, en bien-être, de tels transferts : faut-il, ou non, allouer une partie de l'effort productif à l'activité de santé ? Quels sont fondamentalement les besoins de la société en ce qui concerne la composition de son panier de biens de consommation finale ? Ces questions dépassent la compétence d'un modèle de prévision conjoncturelle.

Variante D et D' : 60 milliards, totalement réaffectés

Enfin, deux variantes complémentaires ont été réalisées. Elles permettent, cette fois, de mesurer l'écart d'impact *entre* les différentes réaffectations possibles des 60 milliards. Nous supposons, donc, que les ré-affectations se font vers un usage unique : soit en d'autres dépenses publiques (variante D) ; soit en baisse de cotisations employeurs (variante D'). Les résultats de ces simulations, repris en annexe II, sont toujours conformes à l'intuition économique. En réinjectant 60 milliards dans l'économie, on neutralise, bien sûr, une grande partie de l'impact récessif sur l'économie observé à la simulation A, mais cette réaffectation reste toujours « coûteuse » en emplois car la productivité du travail est plus forte dans l'économie en général que dans le secteur de santé en particulier (pertes d'emplois *ex post* d'environs 74 000 à terme). Si cette réaffectation s'effectue par le biais d'une baisse de cotisations employeurs (D' plutôt que D), l'impact final sur le chômage est plus forte ; l'effet « Haavelmo » et les autres facteurs déjà évoqués en B et C induisent une perte supplémentaire d'emplois proche de 37 000.

Ces différents effets ne sont pas dus au plan lui-même, mais s'analysent plutôt comme une conséquence des caractéristiques du secteur de santé dans l'économie : beaucoup d'employés (faible productivité), peu d'ouverture à la concurrence internationale. Ainsi, lors d'un tel choc, *les destructions d'emplois dans le secteur de santé ne sont-elles que partiellement compensées par des créations d'emplois induites dans les autres secteurs.* De fait, ces résultats, peu favorables à un plan d'économies aussi drastique que celui proposé par la CNAMts [10], nous invitent surtout à revoir notre perspective d'analyse et à ne plus prendre au « pied de la lettre » une telle proposition, *a priori* peu envisageable dans notre contexte de sous-emploi massif. On peut proposer maintenant un autre type d'analyse, consistant à observer dans le cadre de notre modèle macro-économétrique les évolutions prévisibles du secteur de santé, de la dépense maladie et de l'équilibre macroéconomique *en dehors de toutes variations de politique économique.* Il faut alors établir quelques hypothèses, prenant la forme de scénarios différentiels, quant aux évolutions à moyen terme de la dépense de santé française.

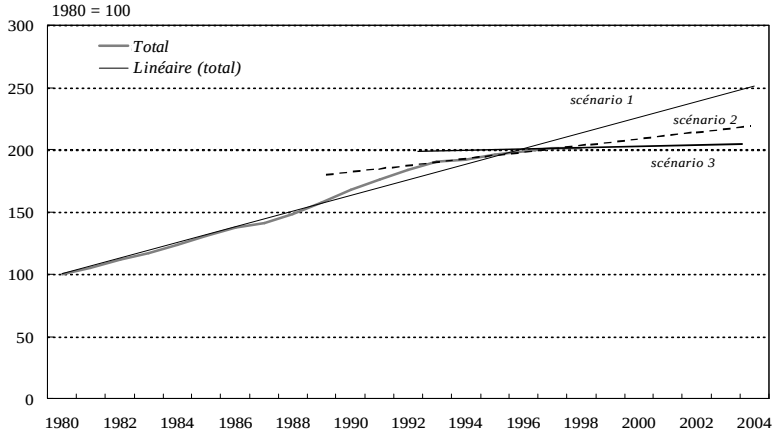
10. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Par convention nous utiliserons l'abréviation CNAM dans la suite de l'étude.

Prévision à moyen terme des finances publiques

Trois scénarios différentiels

Trois scénarios peuvent servir à projeter la croissance en volume de la dépense de santé agrégée : une tendance négligeant l'infléchissement vécu ces dernières années : 4,2 % (scénario 1) ; une tendance considérant uniquement les années 1990 : 2,25 % (scénario 2) ; une tendance suivant les objectifs quantitatifs du « programme pluriannuel de finances publiques à l'horizon 2002 » présenté à la Commission européenne en janvier 1999 : 1,15 % (scénario 3).

Les scénarios envisagés à l'horizon 2004



Sources : DREES, calculs des auteurs.

On suppose que l'indice des prix de la santé reste légèrement en dessous de l'indice général des prix à la consommation, soit 0,6 % contre 0,8 % en moyenne annuelle. Cette hypothèse peut paraître forte dans le cas du scénario 1. On considère cependant que le gouvernement et la CNAM ont un pouvoir de décision plus important en ce qui concerne la fixation des prix qu'en ce qui concerne les volumes (au moins sur la médecine ambulatoire).

Ces estimations s'appuient sur le compte à moyen terme réalisé par l'équipe France de l'OFCE à l'aide du modèle MOSAÏQUE en janvier 2000. *Ex post*, il apparaît une différence de recettes de cotisations entre les trois scénarios, liée aux effets (keynésiens) induits de la dépense de santé : le taux de croissance annuel moyen du PIB est de 3,1 % dans le scénario 1, de 2,9 % dans le scénario 2, de 2,8 % dans le scénario 3 ; au bout des cinq ans, le PIB est affecté en niveau d'environ 1 point entre les deux scénarios extrêmes.

3. Equilibre de la CNAM (métropole) selon le scénario retenu

En milliards de francs

	Recettes	Dépenses	Solde
1999	594	601	– 7
2004 (*croissance des dépenses en volume*)			
Scénario 1 (4,2 %)	738	796	– 58
Scénario 2 (2,25 %)	730	711	19
Scénario 3 (1,15 %)	726	667	59

* Les taux de cotisations sont supposés constants (on peut par exemple supposer que la baisse prévisible des cotisations d'assurance chômage liée à la reprise est compensée par une augmentation des cotisations vieillesse alimentant le Fonds de réserve). La structure du financement de la CNAM n'est pas modifiée. Le prix de la santé est supposé croître au rythme de 0,6 % par an, contre 0,8 % pour les prix à la consommation.
Source : calculs des auteurs.

Le scénario 1 correspond au discours selon lequel la dérive des consommations de soin est inévitable. L'infléchissement observé ces dernières années (1995-1998) est artificiel et passager. Il n'est dû qu'à un effort extrêmement volontariste des différents gouvernements pour réduire la dérive des dépenses au moment où la conjoncture macro-économique ne permettait vraiment pas qu'elle ait lieu. Le contrôle a été obtenu grâce à un contingentement, exceptionnel au sens propre du terme, tant en volume qu'en prix ; le retour de la croissance rendra intenable un tel effort, tant du côté des assurés que des professionnels du secteur. Le scénario 1 nous mène à une dépense totale de santé des Français qui dépasse les 1 000 milliards (1 024) hors croissance des prix, dont environ 75 % est actuellement couverte par l'assurance maladie. Ce dernier scénario — écarté il y a quelques mois — est rendu crédible par une « poussée de fièvre » des dépenses observée depuis la reprise de la croissance (soins de médecine ambulatoire et indemnités d'arrêt maladie — ce dernier poste de dépense étant toujours étroitement lié à la conjoncture). Si telle était l'évolution des dépenses de santé, supérieure d'un point à la croissance du PIB, le déficit de la CNAM atteindrait presque 60 milliards en 2004. On aurait là une justification comptable du plan stratégique analysé en première partie.

Le scénario 2 est le plus vraisemblable : la croissance actuelle détend la contrainte (les professionnels de santé et les assurés perçoivent cette détente) ; la nécessité des réformes est moins forte et elles restent limitées. L'indice de volume de la dépense agrégée reste sur sa tendance récente 2,25 %, mais on peut imaginer une recomposition de la dépense avec une dérive plus forte du secteur ambulatoire et des médicaments, autour de 3, l'hôpital étant maintenu dans une progression inférieure à 2. Si les dépenses de la CNAM suivent une telle tendance, la Caisse dégagera un excédent de 20 milliards d'ici cinq ans, compte tenu de l'amélioration de l'activité économique (forte croissance et recul du chômage).

Le scénario 3 repose sur une réussite totale des Pouvoirs Publics dans leurs tentatives de contrôle de la dépense : les réformes proposées par le gouvernement et par la CNAM sont progressivement mises en œuvre et réussissent totalement. Il faut alors envisager à la fois une continuation des contingentements sur l'hôpital et une réussite des réformes plus qualitatives sur la médecine ambulatoire (accord de modération et acceptation des enveloppes globales, refonte des conventionnements) et la consommation de médicaments (déremboursements, substitution vers les génériques). Dans un tel scénario, la contrainte sur les dépenses de santé serait très forte. Chaque année, les dépenses de la CNAM connaîtraient une croissance largement inférieure à la croissance du PIB (1,7 contre 3,8 % en valeur). On pourrait alors envisager une forte réduction des taux de cotisations dans la mesure où, aux taux actuels, la CNAM serait excédentaire de presque 60 milliards. Un tel scénario est-il souhaitable ?

Commentaire : perspectives à moyen terme

Le scénario 2 montre à notre avis quel pourrait être le solde de la CNAM en 2005. Des hypothèses fortes ont été faites ; notamment, on a supposé que la ventilation des ressources de CSG, de cotisations sociales employeurs et de cotisations salariés, et les transferts des autres régimes ou de l'Etat, étaient constants. Si on ne prend pas en compte la réduction du temps de travail [11], la CNAM trouvera alors, structurellement, son l'équilibre en 2005, pour une augmentation en valeur des dépenses de santé de 3,4 % annuels [12]. Ce résultat peut paraître inattendu, compte tenu de l'historique du solde des dépenses maladie. Il est dû à la forte croissance du PIB prévue pour les années à venir (3 % en volume). De fait, le retour de la croissance fournit les recettes nécessaires à une certaine détente de la dépense maladie. Il serait risqué de compter sur le maintien d'un tel rythme de croissance pendant des décennies ; mais il faut également garder en mémoire que le rythme de croissance du PIB de la première moitié des années 1990 (0,9 % annuel en volume entre 1990 et 1995) n'est pas non plus extrapolable et ne justifie pas une inflexion drastique, et à long terme, des dépenses de santé.

Une question subsiste, consistant à revenir sur les principes sous-jacents à l'exercice de prospective de cette seconde section — à savoir,

11. Il est difficile de prendre en compte les réductions de charges liées aux 35 heures car la question de leur financement à terme n'est pas encore résolue. Plus généralement, à moins que les dépenses de santé ne dérivent fortement — ce qui n'est pas notre hypothèse —, la question de l'équilibre **par branche, ou par régime**, n'est pas la plus importante : les cotisations peuvent s'adapter, ainsi que la ventilation des impôts et taxes affectées (dont la CSG) entre les différents risques sociaux. Il est économiquement plus important de comparer l'évolution des dépenses dans leur ensemble par rapport au PIB.

12. 2,8 % en volume si on suppose, comme dans les autres scénarios, que le prix de la santé augmente de 0,6 % par an.

l'examen seulement partiel de l'évolution de la dépense maladie en dehors de son contexte macroéconomique global. On pourrait admettre, à l'inverse, que la tendance des dépenses maladie n'est pas insensible à la conjoncture macroéconomique (et peut-être aussi au contexte politique…) et réagit très vite au retour de la croissance économique. On peut alors envisager un retour à des comportements explosifs de dépense, conformes à ceux observés tout au long des années 1970 et reflétant l'idée que la santé est à considérer comme un « bien supérieur ». Cependant, au moins deux éléments nous invitent à nuancer ce propos :

— *l'amélioration de la conjoncture*, si elle se traduit bien, d'un côté, par des augmentations de revenu et de nouvelles ressources pour payer les soins de santé, *fait néanmoins, d'un autre côté, disparaître une des raisons importantes pour lesquelles les dépenses de santé ont pu augmenter ces dernières années : le mal-être, individuel et social, lié à la crise économique*. Que les mécanismes soient objectifs — le chômage effectivement vécu et les pathologies réelles qu'il entraîne — ou subjectifs — la peur du chômage, le stress et ses suites sur la consommation de santé —, ces dérèglements ont de toute façon tendance à disparaître avec la reprise. Il faut du moins le souhaiter ;

— ensuite, on sait bien que la nature supérieure du bien santé n'est pas tranchée. La littérature empirique montre, au fur et à mesure de ses développements (c'est-à-dire, aussi, avec l'affinement des techniques économétriques en séries temporelles, voir par exemple : L'Horty, Quinet et Rupprecht [1997]), qu'il n'y a pas d'inéluctabilité dans la relation « consommation de santé – revenu ». Pour résumer, il semblerait que les augmentations de pouvoir d'achat ne se traduisent véritablement en une surconsommation médicale *que lorsque l'organisation institutionnelle* du système de santé *est défaillante, i.e. insuffisamment efficace dans ses politiques de contrôle* (système de paiement des médecins, répartition des rôles entre hôpital et ambulatoire, existence de filières de soins, etc.). Les réformes qualitatives des institutions sont donc des éléments à prendre en compte, tout autant que la conjoncture macroéconomique.

Ces remarques plaident, évidemment, pour une troisième approche de la problématique, avec une réflexion, non plus seulement à court terme et à moyen terme, mais à long terme, traitant, entre autres, des relations entre la dépense de santé, le revenu et l'épargne dans un modèle structurel : quelles sont les évolutions prévisibles de ces différentes grandeurs ? Comment interagissent-elles dans l'équilibre général d'une économie, soumise à des *trends* de progrès technique, à des chocs de politique économique, et, bien sûr, à des évolutions démographiques relativement lourdes (*papy boom*) ? Ensuite, compte tenu d'une fonction d'utilité sociale décrivant les effets en bien-être de la dépense de santé, quelles sont les politiques économiques préférables si l'on veut maximiser la satisfaction ? Nous pouvons indiquer ici le modèle d'équilibre général dynamique

proposé par Touzé et Ventelou (1999), permettant l'analyse des réformes de santé pour des générations imbriquées d'agents consommateurs-épargnants. Ce dernier modèle (à paraître dans un prochain numéro de la *Revue*) intègre un secteur de production classique et un secteur de santé, et permet d'établir sur le long terme l'effet de quelques grands principes alternatifs envisagés pour la réforme, notamment le principe d'un contingentement administratif des dépenses (caler le taux de croissance des dépenses de santé sur le taux de croissance du PIB).

Conclusion

Dans un premier temps, nous avons évalué les conséquences d'un excès de rigueur dans la question des dépenses de santé : les pertes d'emploi induites sont extrêmement importantes, avec un multiplicateur d'emplois de l'ordre de 2 (un emploi perdu *ex ante*, deux emplois perdus *ex post*). Cet effet récessif n'est pas dû au plan lui même, mais apparaît comme une conséquence des caractéristiques du secteur de santé dans l'économie : beaucoup d'employés (faible productivité), peu d'ouverture à la concurrence internationale.

La seconde section de l'article a observé des scénarios d'évolution à moyen terme de la dépense de santé : pratiquement, les résultats de cette seconde section entre en conflit avec notre premier travail. Elle montre en effet que si le *trend* de croissance du PIB de 3 à 3,5 % en moyenne annuelle se maintient sur la période 2000-2004, une évolution de la dépense maladie semblable à celle qui a eu lieu ces dix dernières années est parfaitement finançable. Dans cette perspective, on voit mal comment (et pourquoi) des réformes de l'envergure de celles envisagées dans la première section pourraient (et devraient) intervenir.

De fait, c'est tout le principe de la « maîtrise macroéconomique des dépenses de santé » qui se voit logiquement remis en cause ; surtout si on considère ses effets prévisibles sur l'activité économique et l'emploi, en période de chômage encore massif.

Références bibliographiques

AURAY J.P. ET G. DURU, 1995, « Le secteur de santé au sein de la structure productive française », *Revue d'Économie Financière*, n° 34, pages 71-80.

BOCOGNANO A. et N. RAFFY-PIHAN, 1997, « La valeur ajoutée du champ de santé », *Solidarité Santé*, n° 4.

CHAUVIN V., E. HEYER et X. TIMBEAU, 1999, « MOSAÏQUE révélé : recueil de variantes et de simulations du modèle MOSAÏQUE », *Revue de l'OFCE*, n° 70, juillet.

CNAMts, CONSEIL D'ADMINISTRATION, 1999, « Des soins de qualité pour tous, refonder le système de soins », dit aussi « Rapport JOHANET ». *Document de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie*, 12 juillet.

L'HORTY Y., A. QUINET et F. RUPPRECHT, 1997, « Expliquer la croissance des dépenses de santé : le rôle du niveau de vie et du progrès technique », *Économie et Prévision*, n° 129-130, pp. 257-268.

Programme pluriannuel de finances publiques à l'horizon 2002, notes bleues de Bercy, n° 154, mars 1999.

TOUZÉ V. et B. VENTELOU, 1999, « Politiques de santé dans un modèle macroéconomique », *Document. de travail, OFCE*. Disponible dans les actes du colloque de l'AFSE, Marseille mai 2000.

ANNEXE I

Lecture d'une variante

Les impacts macroéconomiques des différentes mesures envisagées sont évalués à l'aide de variantes par rapport à un « compte central » (établi à politiques économiques constantes). Le compte central utilisé dans ce travail correspond à la prévision réalisée par l'OFCE en octobre 1999 * à l'aide du modèle MOSAÏQUE.

Les tableaux figurant dans les annexes qui suivent donnent les résultats des simulations *en variation par rapport au compte central.* Ainsi lorsqu'on lit – 0,1 % pour le PIB total en volume, il faut comprendre – 0,1 % par rapport à la valeur en niveau du PIB considéré comme le point de départ du travail *id est* la prévision d'octobre 1999.

Les grands points de la prévision à l'horizon 2004

Taux de croissance annuel moyen en %

PIB (*en volume*)	3,5
Dépenses de consommation privée	1,4
Dépenses de consommation publique	0,6
Investissement	0,9
Variation de stocks	0,2
Exportations	1,9
Importations	– 1,6
Solde extérieur	0,3

Notre hypothèse de croissance des dépenses de santé est 2,25 % en volume.

* Pour plus de détails, le lecteur pourra se référer à l'article : Équipe MOSAÏQUE, « Toutes voiles dehors », 1999, *Revue de l'OFCE*, n° 71, avril.

ANNEXE II

Variante A : 60 milliards non réaffectés

	2001	2002	2003	2001.1	2001.2	2001.3	2001.4	2002.1	2002.2	2002.3	2002.4	2003.1	2003.2	2003.3	2003.4
PIB total en volume	- 0,1	- 0,4	- 0,7	0,0	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,6	- 0,7	- 0,8
Importations	- 0,2	- 0,5	- 0,9	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,8	- 0,9	- 1,0
Consommation des ménages	- 0,3	- 1,0	- 1,7	- 0,1	- 0,2	- 0,4	- 0,5	- 0,7	- 0,9	- 1,1	- 1,2	- 1,4	- 1,6	- 1,8	- 2,0
Investissement :															
Investissement productif	- 0,1	- 0,2	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,2	- 0,2	- 0,1	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0
Investissement logement	0,2	0,7	0,9	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9
Variations de stocks (*contribution*)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Exportations	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Effectifs totaux (*en milliers*)	- 27	- 92	-168	- 9	- 19	- 32	- 48	- 64	- 82	-101	-120	-139	-158	-177	-196
Effectifs totaux (*en %*)	- 0,1	- 0,4	- 0,7	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,7	- 0,8
Taux de chômage (*en point*)	0,1	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
Prix du PIB	- 0,2	- 0,6	- 1,1	0,0	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,9	- 1,0	- 1,1	- 1,2
Prix de la consommation des ménages	- 0,2	- 0,6	- 1,1	0,0	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,9	- 1,0	- 1,1	- 1,3
Productivité du travail (*par tête*)	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Taux d'épargne des entreprises	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Taux d'épargne des ménages	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4
Salaire horaire	- 0,1	- 0,4	- 0,8	0,0	0,0	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,8	- 0,9	- 1,0
Salaire horaire réel	0,1	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Revenu disponible brut	- 0,3	- 0,8	- 1,3	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,9	- 1,0	- 1,1	- 1,2	- 1,4	- 1,5
Soldes (*en point de PIB*)															
État	0,1	0,2	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Entreprises	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ménages	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Institutions financières	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Capacité de financement de l'Extérieur	0,0	- 0,2	- 0,3	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	0,3	- 0,4
Prix des imports	- 0,1	- 0,3	- 0,6	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,6	- 0,7
Prix des exports	- 0,1	- 0,3	- 0,5	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,4	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,6

Source : Calculs OFCE, MOSAÏQUE.

Variante B : 60 milliards, réaffectés à d'autres dépenses publiques (30 milliards) et à des baisses de cotisations employeurs (30 milliards)

	2001	2002	2003	2001.1	2001.2	2001.3	2001.4	2002.1	2002.2	2002.3	2002.4	2003.1	2003.2	2003.3	2003.4
PIB total en volume	0,0	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2
Importations	0,0	0,0	- 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2
Consommation des ménages	- 0,2	- 0,6	- 1,2	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,8	- 1,0	- 1,1	- 1,2	- 1,4
Investissement :															
Investissement productif	0,2	0,7	1,3	0,1	0,1	0,2	0,4	0,5	0,6	0,8	0,9	1,1	1,3	1,4	1,6
Investissement logement	0,3	1,1	1,6	0,1	0,2	0,4	0,6	0,8	1,0	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7
Variations de stocks (*contribution*)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Exportations	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Effectifs totaux (*en milliers*)	-14	- 45	- 78	- 4	- 10	- 17	- 24	- 32	- 40	- 49	- 57	- 66	- 74	- 82	- 91
Effectifs totaux (*en %*)	- 0,1	- 0,2	- 0,3	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,4
Taux de chômage (*en point*)	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Prix du PIB	- 0,3	- 1,1	- 1,9	- 0,1	- 0,3	- 0,4	- 0,6	- 0,8	- 1,0	- 1,2	- 1,4	- 1,6	- 1,8	- 2,0	- 2,3
Prix de la consommation des ménages	- 0,3	- 1,1	- 1,9	- 0,1	- 0,2	- 0,4	- 0,6	- 0,8	- 0,9	- 1,2	- 1,4	- 1,6	- 1,8	- 2,0	- 2,3
Productivité du travail (*par tête*)	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Taux d'épargne des entreprises	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Taux d'épargne des ménages	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Salaire horaire	- 0,1	- 0,7	- 1,4	0,0	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,6	- 0,7	- 0,9	- 1,1	- 1,3	- 1,4	- 1,6
Salaire horaire réel	0,2	0,4	0,6	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
Revenu disponible brut	- 0,2	- 0,6	- 0,9	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,8	- 0,9	- 1,0	- 1,0
Soldes (*en point de PIB*)															
État	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Entreprises	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Ménages	0,0	- 0,1	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Institutions financières	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Capacité de financement de l'Extérieur	0,0	- 0,1	- 0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2
Prix des imports	- 0,2	- 0,6	- 1,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,8	- 0,9	- 1,0	- 1,2	- 1,3
Prix des exports	- 0,2	- 0,6	- 1,0	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,8	- 1,0	- 1,1	- 1,2

Source : Calculs OFCE, MOSAÏQUE.

Variante C : 60 milliards, partiellement réaffectés (30 milliards de baisses de cotisations)

	2001	2002	2003	2001.1	2001.2	2001.3	2001.4	2002.1	2002.2	2002.3	2002.4	2003.1	2003.2	2003.3	2003.4
PIB total en volume	- 0,1	- 0,3	- 0,4	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,4	- 0,4	- 0,5	- 0,5
Importations	- 0,1	- 0,3	- 0,6	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,6	- 0,7
Consommation des ménages	- 0,2	- 0,7	- 1,4	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,7	- 0,8	- 1,0	- 1,1	- 1,3	- 1,4	- 1,6
Investissement :															
Investissement productif	0,0	0,3	0,9	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,7	0,8	1,0	1,1
Investissement logement	0,3	1,1	1,7	0,1	0,2	0,4	0,6	0,8	1,0	1,2	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8
Variations de stocks (*contribution*)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Exportations	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Effectifs totaux (*en milliers*)	- 23	- 75	- 132	- 8	- 16	- 27	- 40	- 53	- 67	- 82	- 97	- 111	- 125	- 139	- 153
Effectifs totaux (*en %*)	- 0,1	- 0,3	- 0,6	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,5	- 0,6	- 0,6
Taux de chômage (*en point*)	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Prix du PIB	- 0,3	- 1,1	- 2,0	- 0,1	- 0,2	- 0,4	- 0,6	- 0,8	- 1,0	- 1,2	- 1,4	- 1,7	- 1,9	- 2,1	- 2,4
Prix de la consommation des ménages	- 0,3	- 1,1	- 2,0	- 0,1	- 0,2	- 0,4	- 0,6	- 0,8	- 1,0	- 1,2	- 1,4	- 1,7	- 1,9	- 2,2	- 2,4
Productivité du travail (*par tête*)	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
Taux d'épargne des entreprises	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3
Taux d'épargne des ménages	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3
Salaire horaire	- 0,2	- 0,7	- 1,5	0,0	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,5	- 0,6	- 0,8	- 1,0	- 1,2	- 1,4	- 1,6	- 1,8
Salaire horaire réel	0,2	0,4	0,6	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
Revenu disponible brut	- 0,2	- 0,7	- 1,1	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,8	- 0,9	- 1,0	- 1,1	- 1,2
Soldes (*en point de PIB*)															
État	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Entreprises	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Ménages	0,0	- 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Institutions financières	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Capacité de financement de l'Extérieur	0,0	- 0,1	- 0,3	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,4
Prix des imports	- 0,2	- 0,6	- 1,2	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,6	- 0,7	- 0,8	- 1,0	- 1,1	- 1,3	- 1,4
Prix des exports	- 0,2	- 0,6	- 1,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,8	- 0,9	- 1,0	- 1,1	- 1,2

Source : Calculs OFCE, MOSAÏQUE.

Variante D : réaffectation des 60 milliards en dépenses publiques

	2001	2002	2003	2001.1	2001.2	2001.3	2001.4	2002.1	2002.2	2002.3	2002.4	2003.1	2003.2	2003.3	2003.4
PIB total en volume	0,0	0,0	- 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1
Importations	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Consommation des ménages	- 0,3	- 0,7	- 1,3	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,7	- 0,8	- 0,9	- 1,1	- 1,2	- 1,4	- 1,5
Investissement :															
Investissement productif	0,2	0,5	0,9	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0
Investissement logement	0,2	0,5	0,7	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8
Variations de stocks (*contribution*)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Exportations	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Effectifs totaux (*en milliers*)	- 9,0	- 31,8	- 62,0	- 2,2	- 6,8	- 11,0	- 16,2	- 22,0	- 28,2	- 35,0	- 42,2	- 49,8	- 57,8	- 66,0	- 74,4
Effectifs totaux (*en %*)	0,0	- 0,1	- 0,3	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3
Taux de chômage (*en point*)	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Prix du PIB	- 0,2	- 0,5	- 1,0	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,8	- 0,9	- 1,0	- 1,1
Prix de la consommation des ménages	- 0,1	- 0,5	- 0,9	0,0	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,8	- 0,9	- 1,0	- 1,1
Productivité du travail (*par tête*)	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Taux d'épargne des entreprises	0,0	- 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Taux d'épargne des ménages	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Salaire horaire	- 0,1	- 0,3	- 0,7	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,8
Salaire horaire réel	0,1	0,2	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Revenu disponible brut	- 0,2	- 0,6	- 1,0	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,7	- 0,7	- 0,8	- 0,9	- 1,0	- 1,1
Soldes (*en point de PIB*)															
État	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Entreprises	0,0	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0
Ménages	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Institutions financières	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Capacité de financement de l'Extérieur	0,0	0,0	- 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1
Prix des imports	- 0,1	- 0,2	- 0,5	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,4	- 0,4	- 0,5	- 0,6
Prix des exports	- 0,1	- 0,2	- 0,4	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,4	- 0,4	- 0,5	- 0,5

Source : Calculs OFCE, MOSAÏQUE.

Variante D' : réaffectation des 60 milliards en baisse de cotisations employeurs

	2001	2002	2003	2001.1	2001.2	2001.3	2001.4	2002.1	2002.2	2002.3	2002.4	2003.1	2003.2	2003.3	2003.4
PIB total en volume	0,0	- 0,1	- 0,2	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,2	- 0,2
Importations	0,0	- 0,2	- 0,3	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,4
Consommation des ménages	- 0,1	- 0,5	- 1,0	0,0	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,6	- 0,7	- 0,8	- 0,9	- 1,0	- 1,1
Investissement :															
Investissement productif	0,2	0,9	2,0	0,0	0,1	0,2	0,4	0,5	0,8	1,0	1,2	1,5	1,8	2,1	2,4
Investissement logement	0,4	1,6	2,5	0,1	0,3	0,5	0,8	1,1	1,4	1,7	2,0	2,2	2,4	2,6	2,8
Variations de stocks (*contribution*)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Exportations	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
Effectifs totaux (*en milliers*)	- 18,3	- 55,9	- 96,1	- 6,5	- 13,7	- 22,0	- 31,1	- 40,8	- 50,6	- 60,9	- 71,1	- 81,3	- 91,2	- 101,1	- 110,9
Effectifs totaux *(en %)*	- 0,1	- 0,2	- 0,4	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,4	- 0,4	- 0,5
Taux de chômage (*en point*)	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Prix du PIB	- 0,5	- 1,7	- 3,0	- 0,2	- 0,4	- 0,6	- 0,9	- 1,2	- 1,5	- 1,8	- 2,2	- 2,5	- 2,8	- 3,2	- 3,5
Prix de la consommation des ménages	- 0,5	- 1,7	- 3,1	- 0,2	- 0,4	- 0,6	- 0,9	- 1,2	- 1,5	- 1,8	- 2,2	- 2,5	- 2,9	- 3,3	- 3,6
Productivité du travail (*par tête*)	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Taux d'épargne des entreprises	0,0	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5	0,5
Taux d'épargne des ménages	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2
Salaire horaire	- 0,2	- 1,1	- 2,2	0,0	- 0,1	- 0,3	- 0,5	- 0,7	- 0,9	- 1,2	- 1,4	- 1,7	- 2,0	- 2,3	- 2,6
Salaire horaire réel	0,3	0,6	0,9	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0
Revenu disponible brut	- 0,2	- 0,5	- 0,7	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,3	- 0,4	- 0,4	- 0,5	- 0,6	- 0,6	- 0,7	- 0,8	- 0,8
Soldes (*en point de PIB*)															
État	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Entreprises	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3
Ménages	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1	0,0	0,0	0,0
Institutions financières	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Capacité de financement de l'Extérieur	0,0	- 0,1	- 0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,4
Prix des imports	- 0,3	- 1,0	- 1,8	- 0,1	- 0,2	- 0,4	- 0,5	- 0,7	- 0,9	- 1,1	- 1,3	- 1,5	- 1,7	- 1,9	- 2,2
Prix des exports	- 0,3	- 1,0	- 1,6	- 0,1	- 0,2	- 0,4	- 0,5	- 0,7	- 0,9	- 1,1	- 1,2	- 1,4	- 1,6	- 1,7	- 1,9

Source : Calculs OFCE, MOSAÏQUE.