

LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

**RÉSULTATS 2006
PRÉVISIONS 2007**

**RAPPORT
juillet 2007**

Depuis 2002, les comptes présentés dans ce rapport sont établis à partir des tableaux de centralisation des données comptables transmis par les régimes à la Mission comptable permanente.

Rédaction

Pour la direction de la Sécurité sociale

Nadia AMER	William LALAIN
Didier BALSAN	Éric LEFEBVRE
Sandra BERNARD	Sabine LEGRAND
Alice BONNAUD	Charlotte LESPAGNOL
Eric BONNET	Anton MANGOV
Emmanuel BRETIN	Myriam MIKOU
Thierry BRUNELLE	Christelle PAVILLON
Céline CAREL	Julien PERLAT
Karine GISQUET	Annie PERRAUD
Gérard GROFFE	Anne-Gisèle PRIVAT
Sylvain GROGNET	Romain ROUSSEL
Nathalie GUILHEMBET	Raphaël SOULIGNAC
Marianne KERMOAL	Nicolas VANNI
Roman KRAKUS	Damien VERGÉ
Audrey LAFON	Jean-Luc VIEILLERIBIERE

Pour l'ACOSS

Emmanuel CHION, David JACQUIN et François LAVIGNE

Pour la DGCP

Guillaume HOURIEZ

Pour la MCP

Cécile VANDAMME, Laurent PASSELERGUE, Claudine BISSON, et Éric VAQUIER

Organisation : Françoise Halbutier, Marie-Gérard Louis-Philippe, Jacques Kazar pour la 6^e sous-direction et Arnaud Alary, Didier Beuzard (COBI DSS)

Ont également contribué à la rédaction :

Pour la DSS : Laurence Assous, Guy Daylies, Monique Haenel, Philippe Laffon, François Landais, Laurence Lavy, Florence Lefrançois, Laure Meyssonier, Fabrice Umarck.

Pour le Conseiller social à Berlin : Xavier Luquet et Carole Di-Frenna

Le rapport n'est rendu possible que par la qualité de la collaboration apportée par l'ensemble des régimes de Sécurité sociale et des fonds dont les comptes sont présentés. Il a bénéficié d'importants échanges avec les directions du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports – du ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité – du ministère du budget, des Comptes publics et de la Fonction publique – du ministère de l'Économie, des Finances et de l'emploi – (DARES, DHOS, DREES, DGTPE) et avec les services des Caisses nationales de Sécurité sociale (CNSA, CNAM, CNAF, CNAV, ACOSS), notamment, Isabelle Bridenne, Hélène Caillol, Christelle Carbonne, Bernard Coupé, Anne Duchêne, Claude Gissot, Michel Gleizes, Nathanaël Grave, Alain Gubian, Yvon Merlière, Véronique Moisan, Michel Pouliquen, Hélène Paris, Vincent Poubelle, Béatrice Rolland, Laurence Rouxelin, Magda Tomasini, Michèle Tourne, Patrice Vellet ainsi que Bruno Négroni (Fonds CMU) et Jean-Michel Bertrand, Frédéric Favié, et Robert Rozanès (FSV).

La mise en forme du rapport a bénéficié du concours du SICOM et de l'AIT.

Table de matières

<i>Avant propos</i>	7	
<i>Synthèse</i>	9	
retour à Un déficit très élevé en 2007	10	
<i>Thème 1 Cadrage économique général</i>	21	
Cadrage économique général	22	
<i>Thème 2 Vue d'ensemble des recettes</i>	25	
Vue d'ensemble des recettes	26	
<i>Thème 3 Les cotisations et impôts affectés au régime général et aux fonds</i>	31	
Les cotisations	32	
La CSG	34	
Les autres ITAF	38	
<i>Thème 4 Les contributions publiques</i>	45	
Les prises en charge de cotisations par l'Etat	46	
Les prises en charge de prestations par l'Etat	48	
<i>Thème 5 Les transferts</i>	51	
Vue d'ensemble sur les transferts	52	
Les transferts reçus	54	
Les transferts versés	56	
<i>Thème 6 Analyse et éclairages recettes</i>	59	
Les prélèvements sur les revenus d'activité	60	
Les créances sur les cotisants des Urssaf	68	
Les dispositifs d'exonération en faveur de l'emploi	70	
Bilan comptable du transfert de recettes fiscales en compensation des allègements généraux de cotisations	74	
Les taxes sur le tabac et l'alcool	78	
Les prélèvements sur les revenus de patrimoine et de placement	84	
<i>Thème 7 Les relations de trésorerie Etat – sécurité sociale</i>	91	
Les modalités du remboursement par l'Etat des exonérations et des prestations	92	
Les créances des régimes de sécurité sociale sur l'Etat	96	
<i>Thème 8 Les prestations maladie et AT</i>	101	
ONDAM 2006	102	
ONDAM 2007	106	
La consommation de soins de ville du régime général	112	
Les prestations maladie et AT-MP hors ONDAM	118	
<i>Thème 9 Eclairages maladie</i>	125	
La dynamique du marché des médicaments remboursables en ville en 2006	126	

Contribution des médicaments à la maîtrise des dépenses de santé en 2006	130	
Evolution des honoraires des médecins libéraux sur longue période	132	
Point sur la réforme de la permanence des soins en ville	136	
Caractérisation de l'activité des cliniques privées depuis 1998	142	
Eclairage sur l'assurance maladie en Allemagne	146	
L'aide à la complémentaire santé en 2006	150	
Thème 10 Les prestations vieillesse	153	
Contexte démographique	154	
L'évolution des prestations de retraite	156	
Thème 11 Les prestations famille	159	
Contexte démographique et juridique des prestations familiales	160	
Les prestations familiales	164	
Thème 12 Eclairages vieillesse et famille	171	
Les pensions de réversion au régime général	172	
Les dépenses publiques en faveur de la garde d'enfants par des tierces personnes	176	
Thème 13 Les organismes concourant au financement du régime général	181	
Le FSV	182	
LE FRR	188	
La CNSA	190	
Thème 14 Les comptes du régime général	197	
La certification des comptes	198	
CNAM – maladie	200	
Le passage des dépenses du champ de l'ONDAM aux prestations maladie-maternité de la CNAM	206	
CNAM – AT-MP	208	
CNAV	212	
CNAF	216	
Du résultat comptable à la variation de trésorerie	220	
Les charges et produits financiers de l'ACOSS	222	
Du résultat comptable du régime général à la capacité/besoin de financement des ASSO	224	
Les reprises de dette par la CADES	228	
ANNEXES	231	

AVANT PROPOS

AVANT - PROPOS

Le déficit du régime général a diminué en 2006 grâce au ralentissement des dépenses d'assurance maladie et à des augmentations de recettes. Il connaîtrait en 2007 une rechute qui le ramènerait au voisinage de ses plus hauts niveaux antérieurs. En l'absence de mesures nouvelles, il atteindrait en effet -12 Md€ après -8,7 Md€ en 2006.

L'ampleur de la dégradation tient pour une part au fait que les comptes de 2006 incluent un montant élevé de recettes exceptionnelles « à un coup », dont la principale a résulté de la taxation anticipée des plans d'épargne logement. En l'absence de ces recettes, le déficit aurait été supérieur à 10 Md€ en 2006.

Pour le reste, l'aggravation du déficit en 2007 trouve son explication dans la croissance des dépenses et dans des pertes de recettes. Les dépenses excéderaient de plus de 3 Md€ les montants qui figurent dans la loi de financement, avec une augmentation de 6 % pour les retraites et une reprise des dépenses d'assurance maladie qui se traduirait par un important dépassement de l'ONDAM.

Quant aux produits, ils sont freinés en 2007 par la baisse des transferts du FSV et surtout par la croissance toujours vive des exonérations de cotisations. Les allègements généraux, dont le financement repose depuis 2006 sur un panier de recettes fiscales, ne seraient plus intégralement compensés en 2007. Du fait de la révision à la hausse du montant des allègements, le panier de recettes se révélerait insuffisant dès 2007, contrairement aux prévisions associées à la loi de financement. La perte de recettes est estimée à 850 M€ pour le régime général en 2007.

Hors recettes exceptionnelles, le déficit du régime général est supérieur à 10 Md€ pour la cinquième année consécutive. Jamais la sécurité sociale n'avait connu de déficits aussi lourds sur une période aussi longue.

L'important déséquilibre que connaît aujourd'hui le régime général est d'autant plus préoccupant qu'il se manifeste dans une période d'amélioration de la conjoncture, où la croissance de l'emploi et de la masse salariale – supérieure depuis 2006 à sa tendance de long terme – crée un contexte plutôt favorable aux recettes de la sécurité sociale.

Le déficit est désormais intégralement structurel. Son ampleur donne la mesure de l'effort de redressement à réaliser, sous la forme d'une modération des dépenses ou d'une augmentation des recettes, pour retrouver une situation normale d'équilibre financier de la sécurité sociale, dans laquelle les excédents et les déficits se compenseraient sur la durée d'un cycle économique.

Ce rapport est le résultat d'un travail collectif. Mes remerciements vont à tous ceux qui ont contribué à sa préparation et plus particulièrement aux membres de la 6^{ème} sous-direction de la direction de la sécurité sociale qui assurent l'essentiel de sa rédaction.

François Monier

Le 3 juillet 2007

SYNTHESE

Avertissement : les prévisions pour 2007 figurant dans ce rapport ne prennent pas en compte les mesures d'économie sur les dépenses d'assurance maladie qui seront annoncées le 4 juillet ; elles n'intègrent pas davantage les dispositions qui seront débattues par le Parlement au cours de l'été, dont certaines pourraient avoir une incidence sur les comptes sociaux.

RETOUR A UN DEFICIT TRES ELEVE EN 2007

Rechute du solde du régime général après une brève amélioration en 2006

Le déficit du régime général se creuserait à nouveau en 2007 pour atteindre -12 Md€ et retrouver ainsi ses plus hauts niveaux de 2004 et 2005. La réduction du déficit de près de 3 Md€ obtenue en 2006, qui reposait en partie sur des éléments exceptionnels non reconductibles, serait ainsi suivie d'une rechute du même ordre de grandeur, voire un peu supérieure. Le déficit prévu pour 2007 serait ainsi, avec ceux de 2004 et 2005, le plus élevé jamais enregistré par le régime général.

La dégradation du solde porte principalement sur la branche retraite, dont le déficit, contenu au voisinage des 2 Md€ en 2005 et 2006, s'alourdirait de près de 3 Md€ en 2007. Dans le même temps, la réduction du déficit de l'assurance maladie, qui avait été substantielle en 2005 et 2006 (5,7 Md€ en deux ans), s'interromprait en 2007 pour faire place à une augmentation d'environ 500 M€. Le déficit de la branche famille, qui avait atteint -1,3 Md€ en 2005, continuerait de diminuer lentement.

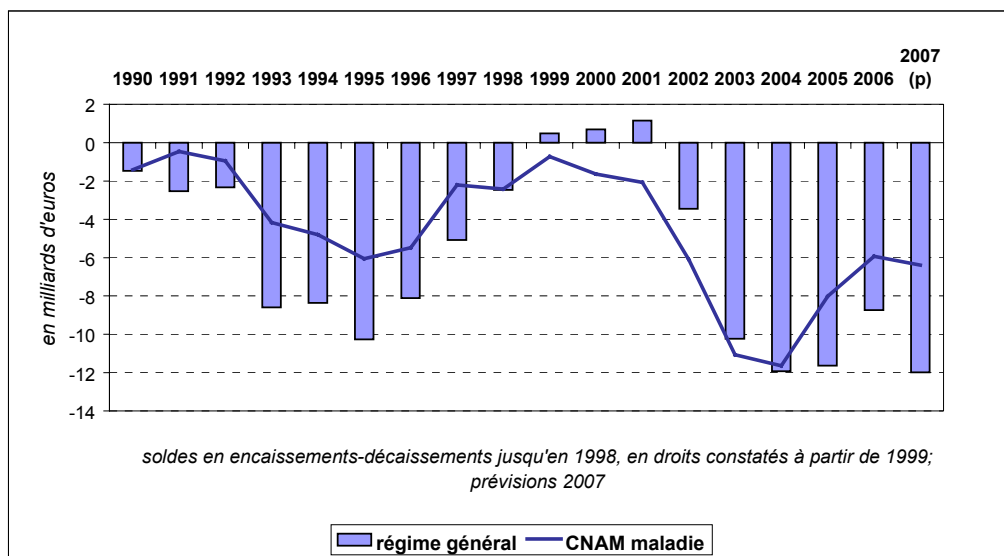
La nouvelle prévision de déficit du régime général est supérieure de 4 Md€ à celle qui figurait dans la loi de financement pour 2007¹. Cet écart considérable, qui mérite une analyse détaillée (voir ci-dessous), concerne principalement les branches maladie (pour 2,4 Md€) et la branche retraite (1,2 Md€). Il s'explique pour l'essentiel par une forte révision à la hausse des dépenses.

Soldes par branche du régime général

<i>En milliards d'euros</i>	2004	2005	2006	2007(p)
Maladie	-11,6	-8,0	-5,9	-6,4
Accidents du travail	-0,2	-0,4	-0,1	-0,3
Vieillesse	0,3	-1,9	-1,9	-4,7
Famille	-0,4	-1,3	-0,9	-0,7
Total régime général	-11,9	-11,6	-8,7	-12,0
FSV	-0,6	-2,0	-1,3	-0,3
Régime général + FSV	-12,5	-13,6	-10,0	-12,3

¹ Article 35 approuvant le tableau d'équilibre du régime général pour 2007

Soldes du régime général et de la branche maladie sur la période 1990-2007



L'ensemble constitué par le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse serait déficitaire de 12,3 Md€ en 2007. La dégradation de son résultat serait un peu moins marquée que pour le seul régime général (-2,3 Md€ au lieu de -3,3).

Poursuite du redressement du FSV

La réduction du déficit du FSV engagée en 2006 s'accélérait en effet en 2007 grâce à l'amélioration de la situation de l'emploi qui contribue à réduire ses dépenses (liées pour plus de la moitié à l'évolution du chômage) en même temps qu'elle soutient ses recettes de CSG. Le Fonds de solidarité vieillesse se rapprocherait ainsi de l'équilibre en 2007 sans l'atteindre encore toutefois si bien que son déficit cumulé augmenterait encore un peu pour s'élever à 5,3 Md€ fin 2007. Cette situation, qui conduit le fonds à retarder le versement d'une partie de ses transferts, pèse en totalité sur la trésorerie du régime général.

Une dégradation rapide de la trésorerie du régime général

Le découvert de trésorerie de l'ACOSS a atteint -12,5 Md€ au 31 décembre 2006. Son augmentation (de 5,7 Md€ par rapport à la fin de 2005) a été limitée en 2006 par la dernière reprise de dette opérée par la CADES en application de loi du 13 août 2004 (pour un montant de 5,7 Md€). Hors reprise de dette, la variation de trésorerie entre la fin 2005 et la fin 2006 a été de -11,4 Md€. Comme les années précédentes, cet écart est supérieur (de 2,7 Md€ en 2006) au déficit du régime général en droits constatés (-8,7 Md€ en 2006). Les retards de versement du FSV expliquent la moitié de l'écart (1,3 Md€), les décalages dans les remboursements de l'Etat environ 800 M€.

Le solde de trésorerie de l'ACOSS connaît une forte dégradation en 2007. Se conjuguant à la hausse des taux d'intérêt à court terme (plus d'un point en un an), elle se traduit par un alourdissement des charges financières du régime général. Celles-ci se sont élevées à 285 M€ en 2006 ; aux taux actuels, elles pourraient atteindre 700 M€ sur l'ensemble de l'année 2007.

Les hypothèses économiques pour 2007

Les hypothèses économiques qui avaient servi de base à la loi de finances et à la loi de financement de la sécurité sociale à la rentrée 2006 ont été actualisées sur deux points principaux. La progression de la masse salariale du secteur privé est relevée de 4,6 % à 4,8 % pour tenir compte notamment de la croissance de l'emploi salarié au cours des derniers trimestres. L'impact mécanique de cette révision sur les recettes du régime général est estimé à 350 M€ en 2007.

La hausse moyenne des prix hors tabac est quant à elle révisée à la baisse. Elle est à présent de 1,2 % contre 1,8 % dans les comptes associés à la loi de financement. La révision de cette hypothèse, qui déterminera le taux de revalorisation de certaines prestations au 1^{er} janvier 2008, n'a pas d'incidence directe sur les comptes prévisionnels de l'année 2007.

Taux de croissance annuel du PIB et de la masse salariale

Les principaux écarts par rapport aux prévisions de la loi de financement

A l'automne 2006, la prévision associée à la LFSS était un déficit du régime général de –8 Md€ en 2007. Ce déficit est désormais estimé à –12 Md€. Cette révision considérable a plusieurs explications:

- Des suppléments de dépenses très importants
Les charges des branches maladie et retraite sont globalement revues à la hausse de 3,15 Md€: 2,2 Md€ pour les dépenses d'assurance maladie du régime général, 950 M€ pour les prestations de retraite.
- Des exonérations de cotisations sociales plus élevées que prévu en 2006 et 2007
Les allègements généraux de cotisations sont financés par un panier de recettes fiscales depuis le 1^{er} janvier 2006. Les prévisions de l'automne dernier tablaient sur des surplus de recettes fiscales par rapport au montant des allègements en 2006 comme en 2007 (respectivement 350 M€ et 230 M€), qui devaient être affectés à la CNAM en 2007 selon une disposition de la loi de financement. Cependant le montant des exonérations se révèle nettement plus élevé que prévu si bien qu'il a été juste couvert par le panier de recettes en 2006 et qu'il lui serait nettement supérieur en 2007. En conséquence, la non réalisation des excédents prévus se traduit par une perte de recettes de 580 M€ en 2007 pour le régime général (plus précisément la CNAM). A cela s'ajoute le fait que le mécanisme d'équilibrage qui garantissait au régime général un montant de recettes au moins égal à celui des allègements en 2006 ne joue plus en 2007 : l'insuffisance de financement des allègements généraux par le panier de recettes, qui est estimé à 850 M€ en 2007, se traduira donc par une perte de produits dans les comptes du régime général. Au total, la disparition des excédents qui étaient anticipés et l'apparition d'un déficit de financement important en 2007 pour les allègements généraux réduisent les produits du régime général de 1,45 Md€ par rapport aux prévisions de la LFSS.
- En sens inverse, le relèvement de la masse salariale de 0,2 point en 2007 (de 4,6 à 4,8 %) augmente les produits du régime général de 350 M€. D'autres révisions de moindre importance contribuent à améliorer le solde de 300 M€.

Le solde du régime général en 2007 : passage de la LFSS à la prévision de juillet 2007

Solde LFSS pour 2007	-8,0
Dépenses supplémentaires	
Dépassement ONDAM (champ régime général)	-2,2
Révision prestations retraite	-0,95
Allègements généraux de cotisations	
Perte excédents recettes fiscales 2006 et 2007	-0,6
Insuffisance recettes fiscales en 2007	-0,85
Révision masse salariale 2007	0,35
Autres révisions	0,3
Solde CCSS Juillet 2007	-12,0

Une progression des recettes sensiblement ralentie en 2007

Si le rythme d'augmentation des charges du régime général a été globalement assez régulier au cours des dernières années, l'évolution des produits a été plus heurtée. Leur augmentation, forte en 2005 et 2006 serait beaucoup plus modérée en 2007. En 2007, la croissance des dépenses dépasserait celle des recettes d'un peu plus d'un point.

Plusieurs éléments ont contribué à la forte augmentation des recettes du régime général en 2006 : l'accélération de la croissance de la masse salariale, les hausses de cotisations intervenues au 1^{er} janvier (0,2 point pour la branche retraite et 0,1 point pour la branche AT-MP), un niveau élevé de cotisations et de CSG sur le secteur public et les travailleurs indépendants, la forte augmentation des prélèvements sur les revenus du capital qui a résulté notamment de la modification du mode de taxation des PEL, le rendement exceptionnel de certaines taxes (comptabilisation de deux exercices de remise conventionnelle de l'industrie pharmaceutique, acquittement exceptionnel de 13 mois de droits indirects sur les boissons alcooliques par certains opérateurs).

Taux de variation des produits et charges du régime général*

	2004	2005	2006	2007 (p)
Produits	4,0%	5,3%	5,8%	3,3%
Charges	4,5%	4,9%	4,5%	4,4%
Ecart	-0,5%	0,4%	1,3%	-1,1%

*Taux de variation calculés sur les montants de produits et de charges nets et consolidés, hors transferts avec la CNSA au titre de l'ONDAM médico-social à compter de 2006.

La plupart des éléments précédents ne contribuent plus à accroître les recettes en 2007, ou se traduisent par une baisse quand il s'agissait de produits exceptionnels. En conséquence, les principales composantes des recettes connaîtraient un ralentissement par rapport à 2006 :

- les produits sur revenus d'activité (cotisations et CSG sur ces revenus) augmenteraient de 3,6% en 2007 contre 4,4 % en 2006 ; le taux de croissance de 2006 était dû pour 0,6 point au relèvement des taux de cotisations et pour 0,4 point à un niveau élevé de recettes sur le secteur public et les professions indépendantes, deux effets qui ne se retrouvent pas en 2007 ; les produits sur revenus d'activité progresseraient ainsi sensiblement moins vite que la masse salariale (4,8 %) principalement en raison de la croissance toujours vive des exonérations ;
- la compensation de ces exonérations par le budget de l'Etat ou par des recettes affectées, qui a été intégrale jusqu'en 2006, ne le serait plus en 2007 : les allègements généraux augmenteraient de 11 % en 2007, contre 5,2 % pour le panier de recettes affecté à leur financement ; l'écart représente une perte de recettes estimée à 850 M€ pour le régime général en 2007 ;
- la progression des prélèvements sur les revenus du capital² subi le contrecoup de la recette exceptionnelle enregistrée en 2006 pour la taxation anticipée des plans d'épargne logement de plus de 10 ans ; le supplément ponctuel de produit qui en est résulté en 2006, et qui disparaît en 2007, est estimé à 1,8 Md€ pour l'ensemble des bénéficiaires de ces prélèvements et à 1,25 Md€ pour le régime général ;
- les transferts du FSV à la CNAV, qui avaient augmenté fortement entre 2002 et 2005, se sont stabilisés en 2006 et diminueraient d'environ 400 M€ en 2007 en liaison avec la baisse du chômage.

On peut estimer autour de 2 Md€ le montant des recettes exceptionnelles non reconductibles qui ont été comptabilisées en 2006. Elles ont gonflé d'environ 0,7 point le taux de croissance des produits du régime général en 2006 et contribuent à réduire d'autant celui de 2007.

Reprise de la croissance des dépenses d'assurance maladie en 2007

A partir des taux de croissance très élevés enregistrés en 2002 et 2003, l'augmentation des dépenses d'assurance maladie (tous régimes) s'est ralentie chaque année jusqu'en 2006 : 6,4 % en 2003, 4,9 % en 2004, 4,0 % en 2005 et 3,1 % en 2006. L'évolution constatée en 2006 est la plus modérée depuis 1999. Ce ralentissement a concerné tant les soins de ville (2,4 % en 2006 contre 3,1 % en 2005) que les dépenses relatives aux établissements de santé (3,1 % contre 4,4 %).

² Elle reste néanmoins positive (+2 % environ) grâce à la forte croissance des revenus concernés et à l'incidence sur les prélèvements sociaux de la suppression de la déduction forfaitaire sur les revenus fonciers dans le cadre de la réforme du barème de l'impôt sur le revenu (estimée à 560 M€).

En 2006, la poursuite de la baisse des indemnités journalières (pour la troisième année consécutive) et d'importantes économies sur le secteur des médicaments ont contribué à la modération de l'évolution des soins de ville. Cependant, une reprise des dépenses a été constatée sur ces deux postes au second semestre qui a conduit à ce que les prévisions faites en septembre 2006 pour l'ensemble de l'année soient sensiblement dépassées (de 650 M€ pour les soins de ville). Au total, les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM se sont élevées à 141,8 Md€ en 2006, soit 1,2 Md€ de plus que l'objectif initial.

Décomposition de l'évolution des dépenses d'assurance maladie
(réalisations du champ de l'ONDAM)

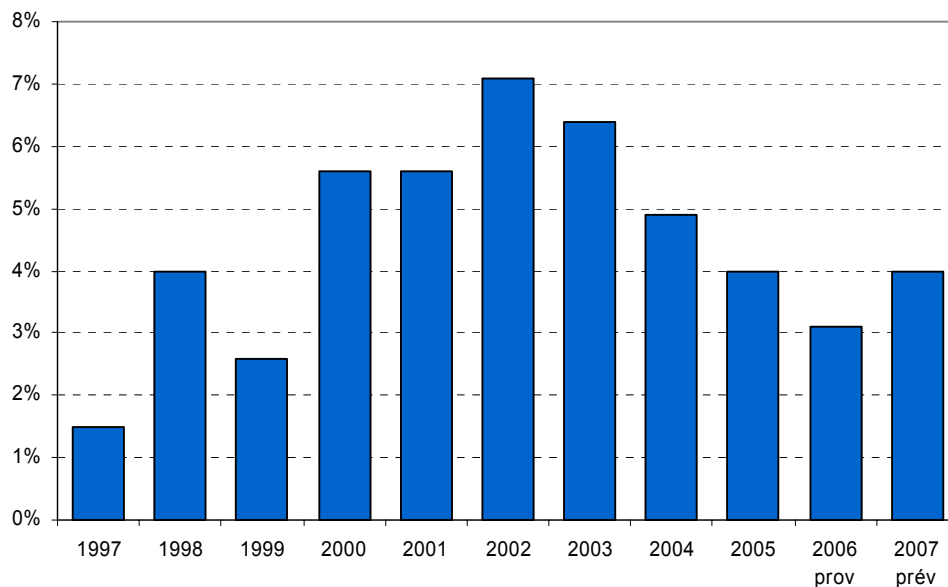
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 (provisoire)	2007 (prévision)
Soins de ville	5,6%	3,7%	7,8%	7,2%	8,0%	6,2%	4,3%	3,1%	2,4%	3,6%
Établissements de santé	1,8%	1,7%	3,2%	3,6%	6,3%	5,5%	4,5%	4,4%	3,1%	3,8%
Médico-social	6,4%	2,5%	5,7%	6,3%	7,9%	9,0%	9,0%	7,8%	6,1%	7,0%
ONDAM	4,0%	2,6%	5,6%	5,6%	7,1%	6,4%	4,9%	4,0%	3,1%	4,0%

NB : Les taux d'évolution ne sont pas calculés à champ constant

Pour l'année 2007, l'objectif national d'assurance maladie a été fixé par le Parlement à 144,8 Md€. Ce montant correspondait à une augmentation de 2,6 % (1,1 % pour les soins de ville) par rapport aux dépenses de 2006 telles qu'on les estimait à la rentrée 2006. La révision à la hausse de ces dernières a rendu d'emblée très difficile la réalisation de l'ONDAM 2007, déjà très ambitieux. Par ailleurs, l'accélération de la consommation de soins de ville amorcée à l'été 2006 s'est confirmée dans les premiers mois de 2007. Sur la période janvier-mai 2007, les remboursements sont en augmentation de 5,4 % par rapport à la période correspondante de 2006, avec des taux de progression de 5,4 % pour les honoraires médicaux et dentaires, de 4,6 % pour les indemnités journalières et de 3,7 % pour les médicaments. Ces évolutions sont incompatibles avec la réalisation de l'ONDAM, et la procédure d'alerte prévue par la loi du 13 août 2004, qui impose aux caisses d'assurance maladie de proposer des mesures de redressement, a été déclenchée le 29 mai.

Avant toute nouvelle mesure, un important dépassement de l'objectif est prévisible en 2007. Il est estimé à 2,6 Md€, dont 2,3 Md€ sur les seuls soins de ville. Sur la base de ces estimations, le taux de croissance des dépenses d'assurance maladie remonterait à 4 % en 2007 (3,6 % pour les soins de ville).

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM sur la période 1997-2007



Les dépenses des autres branches : forte croissance pour les retraites, ralentissement pour la famille

Les prestations de retraite versées par la CNAV ont augmenté de 6 % en 2006 et resteraient sur la même tendance en 2007.

Le nombre de départs à la retraite du régime général s'est fortement accru en 2006 pour atteindre 710 000, soit 12 % de plus qu'en 2005 (640 000). Cette forte progression s'explique d'abord par l'arrivée à 60 ans de la première génération du "baby-boom", qui est supérieure de près d'un tiers à la précédente, mais aussi par le succès persistant des retraites anticipées ouvertes après une longue carrière (108 000 départs en 2006 contre 102 000 en 2005).

Le nombre des départs continuerait d'augmenter en 2007 pour atteindre 740 000, la génération 1947 étant encore un peu plus nombreuse que la précédente. Cette prévision suppose la reproduction des comportements de départs observés en 2006, sans retenir d'impact particulier des dispositions prises pour inciter à la poursuite de l'activité, qui ne semblent pas produire d'effets sensibles pour le moment.

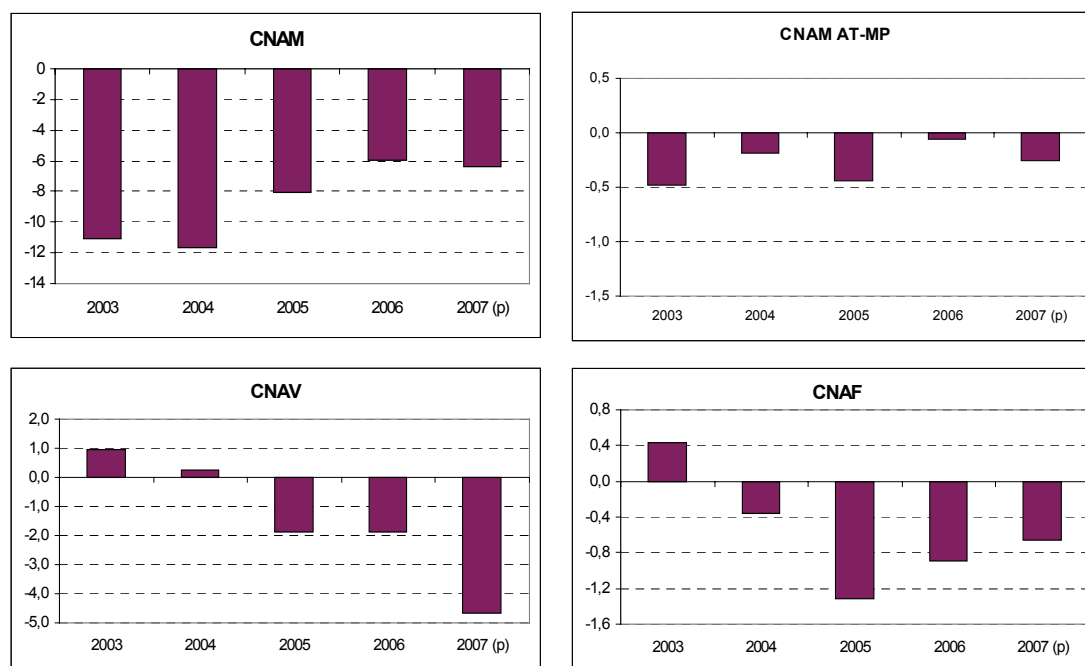
La croissance des **prestations familiales**, encore forte en 2006 (4,2 %), ralentirait en 2007 (3,3 %). La vive progression des aides à la petite enfance, qui représentent le quart des prestations versées par la CNAF (10,4 Md€ sur 40,4 en 2006), s'infléchirait en 2007 (+4,9 % contre +10 % en 2006). Une décélération est également prévue pour les aides au logement.

Après plusieurs années d'augmentation rapide liées à la montée en charge de la PAJE (prestation d'accueil du jeune enfant), les prestations familiales retrouveraient en 2007 une évolution plus modérée, proche de leur tendance antérieure.

Les résultats par branche : une très forte augmentation du déficit de la CNAV

En 2007, pour la troisième année consécutive, les quatre branches du régime général seraient simultanément déficitaires. Les soldes de l'assurance maladie et de la branche famille connaîtraient des variations assez faibles : détérioration modérée pour la première après deux années de redressement, poursuite d'une lente amélioration pour la seconde. Le fait majeur serait la forte aggravation du déficit de la branche retraite.

Evolution des soldes des branches sur la période 2002-2007 (en milliards d'euros ; échelles différentes)



En 2006, le solde de **la CNAV** a été stabilisé à $-1,9$ Md€ grâce à la forte progression des produits qui a résulté notamment du relèvement de 0,2 point du taux de cotisation. Cette progression un peu supérieure à 5 % a été voisine de celle des dépenses au sein desquelles l'effet de la forte croissance des prestations était un peu tempéré par la baisse des transferts de compensation. En 2007, l'augmentation des charges s'accélère encore (5,7 %) alors que celle des recettes fléchit nettement (2,5 %) en raison d'une évolution plus modérée des cotisations et de la baisse des transferts du FSV. Le déficit se creuserait de 2,8 Md€.

Le déficit de **la CNAM** a été réduit de moitié en deux ans entre 2004 et 2006, passant de $-11,6$ Md€ en 2004 à $-8,0$ Md€ en 2005 et $-5,9$ Md€ en 2006, grâce au ralentissement des dépenses d'assurance maladie et à un apport substantiel de recettes. Cette amélioration subit un coup d'arrêt en 2007 du fait d'une accélération des dépenses de prestations (4,4 % contre 3,7 % en 2006) et d'un ralentissement de la croissance des produits, dont les causes sont communes à toutes les branches (disparition de recettes ayant eu un effet ponctuel sur 2006, forte augmentation des exonérations) mais plus marqué dans le cas de la CNAM. Le déficit de la branche se creuserait de 500 M€ en 2007 en l'absence de mesures nouvelles.

Le déficit de **la CNAF**, qui avait atteint $-1,3$ Md€ en 2005, se réduit lentement et serait ramené à 700 M€ en 2007. Ce redressement a reposé en 2006 sur une forte progression des recettes. Il se poursuivrait en 2007 grâce à un net ralentissement de la croissance des dépenses.

Régime général 2004-2007

Régime général

En millions d'euros

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
CNAM MALADIE							
Charges	131 618	135 715	3,1	152 640	12,5	159 560	4,5
Produits	119 976	127 707	6,4	146 704	14,9	153 161	4,4
Résultat	-11 642	-8 009		-5 936		-6 399	
CNAM AT							
Charges	9 368	9 788	4,5	10 263	4,9	10 734	4,6
Produits	9 184	9 350	1,8	10 204	9,1	10 476	2,7
Résultat	-184	-438		-59		-257	
CNAM Maladie et AT							
Charges	140 986	145 503	3,2	162 903	12,0	170 294	4,5
Produits	129 160	137 056	6,1	156 908	14,5	163 637	4,3
Résultat	-11 826	-8 447		-5 995		-6 657	
CNAV							
Charges	75 730	81 420	7,5	85 616	5,2	90 505	5,7
Produits	75 985	79 543	4,7	83 761	5,3	85 846	2,5
Résultat	255	-1 876		-1 855		-4 659	
CNAF							
Charges	49 204	52 060	5,8	54 172	4,1	55 606	2,6
Produits	48 847	50 745	3,9	53 281	5,0	54 952	3,1
Résultat	-357	-1 315		-891		-655	
Régime général consolidé							
Charges	260 162	272 515	4,7	287 108	5,4	299 924	4,5
Produits	248 234	260 878	5,1	278 367	6,7	287 953	3,4
Résultat	-11 929	-11 638		-8 741		-11 970	
FSV							
Charges	14 002	14 668	4,8	14 811	0,0	14 387	0,0
Produits	13 363	12 664	-5,2	13 551	0,1	14 056	0,0
Résultat	-639	-2 005		-1 259		-331	

Source : direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Régime général 2004–2007 : produits et charges nets

Régime général		En millions d'euros					
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
CNAM MALADIE							
Charges nettes	126 234	130 341	3,3	135 317	3,8	140 837	4,1
Produits nets	114 592	122 333	6,8	129 381	5,8	134 438	3,9
Résultat	-11 642	-8 009		-5 936		-6 399	
CNAM AT							
Charges nettes	8 995	9 430	4,8	9 816	4,1	10 307	5,0
Produits nets	8 811	8 992	2,0	9 757	8,5	10 050	3,0
Résultat	-184	-438		-59		-257	
CNAM Maladie et AT							
Charges nettes	135 230	139 771	3,4	145 133	3,8	151 145	4,1
Produits nets	123 403	131 324	6,4	139 138	6,0	144 488	3,8
Résultat	-11 826	-8 447		-5 995		-6 657	
CNAV							
Charges nettes	74 979	80 796	7,8	84 947	5,1	89 872	5,8
Produits nets	75 234	78 920	4,9	83 092	5,3	85 213	2,6
Résultat	255	-1 876		-1 855		-4 659	
CNAF							
Charges nettes	48 870	51 646	5,7	53 692	4,0	55 112	2,6
Produits nets	48 513	50 332	3,7	52 801	4,9	54 457	3,1
Résultat	-357	-1 315		-891		-655	
Régime général consolidé							
Charges nettes	253 321	265 746	4,9	277 666	4,5	289 753	4,4
Produits nets	241 392	254 108	5,3	268 925	5,8	277 782	3,3
Résultat	-11 929	-11 638		-8 741		-11 970	

Source : direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Les charges nettes sont diminuées des reprises de provisions sur prestations, et n'intègrent pas les dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants.

Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations, et sont diminués des dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants.

Les transferts entre la CNSA et la CNAM (maladie et AT-MP) portant sur l'ONDAM médico-social sont également neutralisés

	Evolution en moyenne annuelle		
	2005	2006	2007 (p)
Produit intérieur brut (PIB)			
PIB en volume	1,7%	2,0%	2 à 2,5 %
PIB en valeur	3,5%	4,3%	
Masse salariale			
Secteur privé en comptabilité nationale (1)	3,3%	4,2%	4,6%
dont <i>Emploi</i>	0,5%	0,9%	1,4%
<i>Salaire moyen</i>	2,8%	3,3%	3,2%
Secteur privé champ URSSAF	3,4%	4,3%	4,8%
dont <i>masse salariale plafonnée</i>	2,8%	4,3%	4,9%
Plafond de la sécurité sociale			
Montant annuel en euros	30 192	31 068	32 184
<i>Variation en %</i>	1,6%	2,9%	3,6%
Hausse des prix et taux de revalorisation			
Prix hors tabac	1,7%	1,7%	1,2%
Revalorisation des pensions	2,0%	1,8%	1,8%
Revalorisation de la BMAF	2,2%	1,8%	1,7%

(1) Secteurs EB-EP

Source : INSEE / ACROSS / DSS

THEME 1
CADRAGE ECONOMIQUE GENERAL

CADRAGE ECONOMIQUE GENERAL

Une conjoncture européenne très favorable

La zone euro a connu en 2006 une nette reprise qui se poursuit en 2007. La croissance moyenne de la zone a été de 2,8 % en 2006 (après 1,6 % en 2005) et devrait être du même ordre en 2007. Elle est tirée par les exportations et l'investissement, alors que l'évolution de la consommation reste modérée. La croissance est voisine de 3 % dans la plupart des pays à l'exception de la France et de l'Italie. C'est notamment le cas de l'Allemagne où la croissance semble avoir été à peine freinée par la forte hausse de la TVA intervenue au 1^{er} janvier 2007. Dans la plupart des pays, les créations d'emploi sont nombreuses, le chômage est en baisse rapide et les soldes publics s'améliorent rapidement. Le déficit des administrations publiques a été ramené à -1,6 % du PIB, en moyenne, dans la zone euro en 2006 ; il serait réduit à -1,0 % du PIB en 2007. Dès 2006, six des treize pays de la zone dégagent un excédent de leurs finances publiques.

Evolution du PIB en volume : France / Allemagne / Zone euro

	2003	2004	2005	2006
France	1,1 %	2,5 %	1,7 %	2,0 %
Allemagne	-0,2 %	0,8 %	1,1 %	3,0 %
Zone euro	0,8 %	2,0 %	1,4 %	2,7 %

Source : INSEE, Eurostat

En France, une accélération progressive de la croissance

La France est restée en retrait de la reprise européenne en 2006. Sa croissance a été nettement inférieure à la moyenne de la zone euro. Cet écart négatif inhabituel s'explique notamment par des pertes de parts de marché qui se traduisent par une contribution négative des échanges extérieurs à la croissance depuis 2003 (de -0,6 point par an en moyenne sur la période).

Variation trimestrielle du PIB en volume (aux prix de l'année précédente chaînés)

2006				2007	4 derniers trimestres
1 ^{er} trim	2 ^{ème} trim	3 ^{ème} trim	4 ^{ème} trim	1 ^{er} trim	
0,7 %	0,9 %	0,0 %	0,4 %	0,5 %	1,9 %

Source : INSEE, comptes nationaux trimestriels

La croissance du PIB a été de 1,9 % en glissement entre le 1^{er} trimestre 2006 et le 1^{er} trimestre 2007. Selon l'INSEE, elle s'accélère depuis le printemps et atteindrait 0,7 % par trimestre dans la seconde moitié de l'année. De fait, les enquêtes les plus récentes réalisées auprès des entreprises et des ménages sont bien orientées. L'investissement a donné des signes d'accélération au 1^{er} trimestre et la consommation devrait être soutenue par les importants gains de pouvoir d'achat générés par les créations d'emplois, la progression soutenue du salaire moyen et les allègements fiscaux, alors que la hausse des prix s'est nettement ralentie.

La masse salariale et les prix

Une progression soutenue de la masse salariale

La croissance de la masse salariale du secteur privé s'accélère progressivement depuis le point bas de 2003 (1,9 %). De 3,4 % en 2005 elle est passée à 4,3 % en 2006 sur le champ de recouvrement des URSSAF. Après quatre années d'évolution médiocre (2002-2005), elle est ainsi redevenue supérieure à sa tendance de long terme estimée autour de 4 %.

Cette reprise s'est poursuivie au cours des derniers trimestres. Au 1^{er} trimestre 2007, la masse salariale privée est en progression de 5,1 % sur un an et de 4,6 % si l'on exclut le secteur des banques et assurances qui a versé des primes exceptionnelles au début de 2007. L'accélération porte à la fois sur l'emploi salarié et sur le salaire moyen. En un an, du 31 mars 2006 au 31 Mars 2007, l'emploi salarié des secteurs marchands s'est accru de 1,5 %, avec une progression de 0,6 % (soit 108 000 emplois supplémentaires) pour le seul 1^{er} trimestre 2007. La hausse du salaire moyen s'est accélérée en 2006 (3,3 % contre 2,8 % en 2005) et se poursuit à un rythme supérieur à 3 % qui assure des gains de pouvoir d'achat substantiels compte tenu du ralentissement de l'inflation.

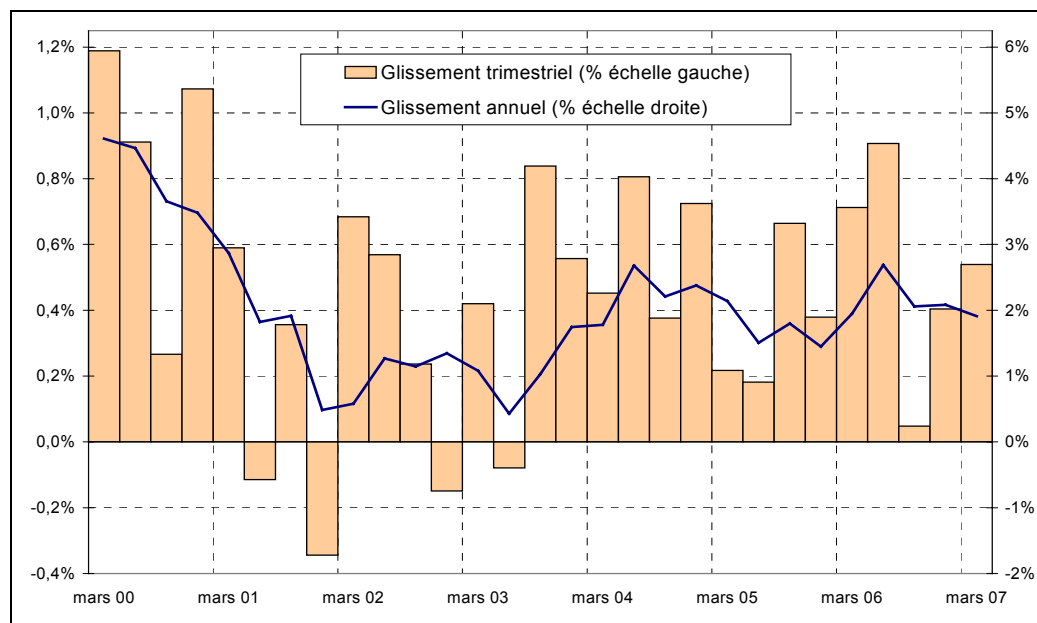
Les tendances en cours conduisent à relever légèrement la prévision de masse salariale pour 2007. Son augmentation serait de 4,8 % en moyenne annuelle (contre 4,6 % dans les hypothèses associées à la loi de financement).

Un net ralentissement de la hausse des prix

Le glissement annuel des prix a diminué sensiblement à partir de la mi-2006 sous l'effet principal du reflux des prix pétroliers. Il est ainsi passé de 1,8 % au printemps 2006 à 1,5 % en décembre et à 1,1 % en mai 2007. L'inflation sous-jacente (hors tarifs publics et produits à prix volatils) s'est quant à elle stabilisée autour de 1,4 %.

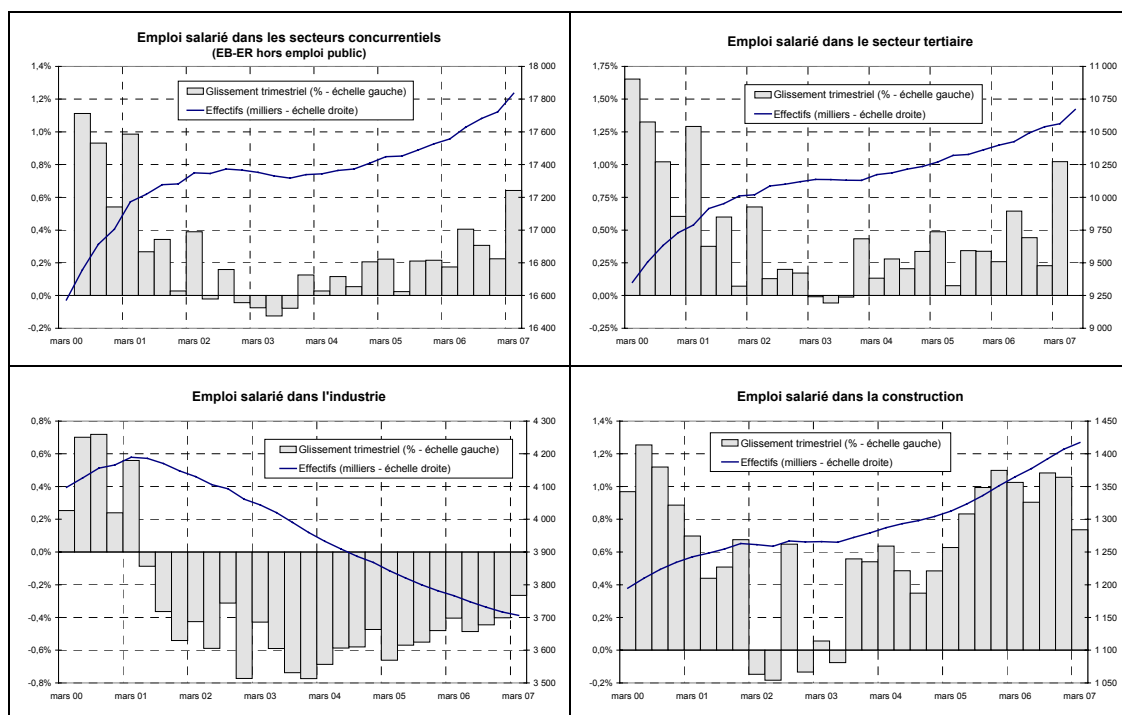
En moyenne annuelle, la hausse des prix hors tabac devrait être de 1,2 % en 2007 selon la prévision de l'INSEE (note de conjoncture publiée le 22 juin), après 1,7 % en 2006.

**Evolution du produit intérieur brut en volume
(aux prix de l'année précédente chaînés)**



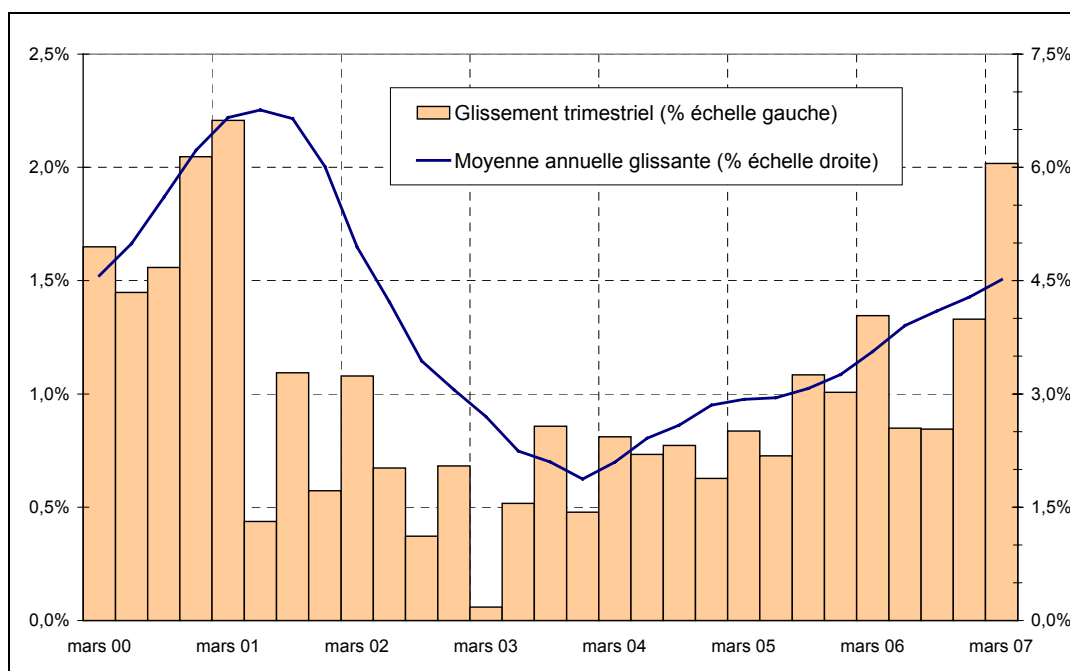
Source : INSEE, comptes nationaux trimestriels

**Evolution de l'emploi salarié dans les grands secteurs d'activité depuis 2000
(données CVS)**



Source : INSEE / DARES

Evolution de la masse salariale du secteur privé depuis 2000 (données CVS)



Source : ACOSS

THEME 2
VUE D'ENSEMBLE DES RECETTES

VUE D'ENSEMBLE DES RECETTES

On peut partager les ressources du régime général et des fonds en quatre grandes catégories de recettes : les cotisations, les impôts et taxes affectés, les contributions publiques (prises en charge de cotisations et de prestations par l'Etat) et les transferts (prises en charge de cotisations et de prestations par des organismes tiers).

Les cotisations affectées au régime général³ se sont élevées à 159,5 Md€ en 2006

Compte tenu des hypothèses retenues pour la masse salariale, ce montant devrait atteindre 164,9 Md€ en 2007 (+3,4%).

Ces ressources représentent, en 2006, 55% des recettes du régime général. Les cotisations sont affectées en majorité aux branches maladie et vieillesse à hauteur respectivement de 63,1 Md€ (soit 39% de l'ensemble des cotisations – hors exonérations ou prises en charge par un tiers) et 58,4 Md€ (37% des cotisations). Viennent ensuite les branches famille avec 30,4 Md€ (19%) et accidents du travail avec 7,5 Md€ (5%) – voir tableau 1 et graphiques 1 et 2.

La fiche 3-1 présente des données détaillées sur les cotisations du régime général.

82,4 Md€ d'impôts et taxes ont été affectés au régime général en 2006 et 12,9 Md€ aux fonds de financement (FSV, FRR)

Les recettes du régime général et des fonds provenant des impôts et taxes ont augmenté fortement en 2006 pour atteindre 95,3 Md€ (+30%), en raison de l'affectation de recettes fiscales destinées à compenser les exonérations générales de cotisations⁴ et de la réforme des prélèvements sur les plans d'épargne logement (voir fiche 6-6). En 2007, ces recettes devraient s'élever à 98,7 Md€ (+3,6%) – voir tableau 2.

Ces produits représentent 29% des recettes du régime général en 2006. La branche maladie du régime général est la première bénéficiaire de ces recettes (73% des recettes hors fonds). En effet, la majeure partie de la CSG lui est affectée (les autres attributaires dans le champ de la CCSS, hormis les autres régimes maladie, étant la branche famille et le FSV) et elle est la principale bénéficiaire des autres recettes fiscales.

Les impôts et taxes affectés à la branche vieillesse du régime général sont constitués du panier de recettes fiscales en compensation des exonérations et du prélèvement de 2% sur les revenus du capital, dont la CNAV perçoit 20% du rendement total (le reste étant partagé entre le FSV et le FRR). Le FSV perçoit également le solde de CCSS, une fois déduites les parts revenant à l'ORGANIC, à la CANCAVA et à la CANAM.

Des données détaillées concernant la CSG et les autres impôts et taxes affectés sont présentées dans les fiches 3-2 et 3-3.

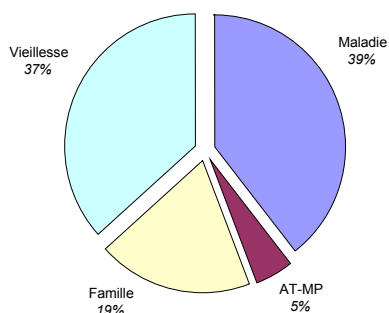
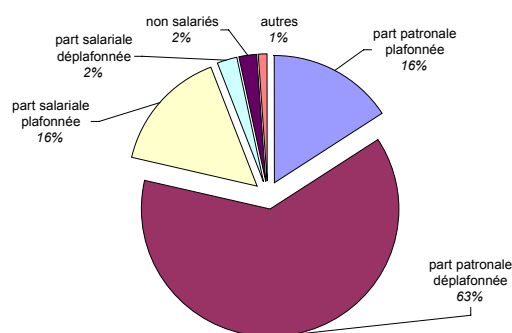
³ Les recettes des fonds de financement (FSV, FRR) ne comprennent pas de cotisations.

⁴ Ces exonérations étaient compensées jusqu'en 2005 par des dotations budgétaires de l'Etat (voir fiche 6-4). Le montant du panier de recettes fiscales s'élève à 2,1 Md€ en 2005 et 19,7 Md€ en 2006.

Tableau 1 – Répartition des cotisations par branche du régime général (en M€)

	2004	2005	%	2006	%	2007 (p)	%
Maladie	59 280	61 009	2,9	63 117	3,5	65 194	3,3
AT-MP	6 895	7 060	2,4	7 519	6,5	7 682	2,2
Famille	28 301	29 321	3,6	30 450	3,8	31 421	3,2
Vieillesse	53 287	55 648	4,4	58 391	4,9	60 602	3,8
Total régime général	147 764	153 038	3,6	159 476	4,2	164 898	3,4

Source: DSS/SDEPF/6A

Graphique 1 – Répartition par assiette en 2006**Graphique 2 – Répartition par risque en 2006**

Source : DSS/SDEPF/6A

Note : on désigne par « part salariale ou patronale plafonnée » les cotisations dues sur la seule partie du salaire inférieure au plafond de la sécurité sociale, à l'inverse des « parts déplafonnées » qui désignent les cotisations dues sur l'ensemble du salaire.

Seule la branche vieillesse perçoit des cotisations sur un salaire plafonné.

Tableau 2 – Impôts et taxes affectés par branche du régime général et pour les fonds (en M€)

	2004	2005	%	2006	%	2007 (p)	%
Maladie	42 965	49 678	15,6	60 048	20,9	61 924	3,1
AT-MP	0	158	++	1 620	++	1 706	5,3
Famille	9 993	10 760	7,7	14 578	35,5	15 252	4,6
Vieillesse	277	863	++	6 144	++	6 470	5,3
Total régime général	53 235	61 459	15,4	82 390	34,1	85 352	3,6
Fonds	12 462	11 827	-5,1	12 880	8,9	13 312	3,4
Ensemble	65 697	73 286	11,6	95 270	30,0	98 664	3,6

Source: DSS/SDEPF/6A

La ligne *Fonds* comprend le FSV et le FRR.

Les contributions de l'Etat aux recettes du régime général se sont élevées à 10,2 Md€ en 2006

On peut distinguer deux grandes catégories de contributions publiques : les prises en charge de cotisations au titre des mesures emploi (voir fiche 4-1) et les prises en charge de prestations (voir fiche 4-2). Ces contributions publiques sont en nette diminution en 2006 et ne représentent plus que 4% des recettes du régime général contre 9% en 2005 (voir tableau 3). Cette baisse est la conséquence de la substitution d'impôts et taxes aux dotations budgétaires de l'Etat pour le financement des allègements généraux de cotisations depuis le 1^{er} janvier 2006.

Ainsi, les prises en charge de cotisations par l'Etat sont passées de 17,4 Md€ en 2005 à 3,3 Md€ en 2006.

Ces remboursements de cotisations sont affectés à chaque branche au prorata des taux de cotisations patronales. Ainsi, en 2005, la branche maladie du régime général reçoit 41% des prises en charge de cotisations par l'Etat, la branche retraite 33%, la branche famille 18% et la branche accidents du travail 8%.

Par ailleurs, la sécurité sociale assure la gestion de plusieurs prestations pour le compte de l'Etat. Certaines d'entre elles sont suivies dans les comptes de la sécurité sociale et représentaient en 2006 un montant de 6,6 Md€. Il s'agit principalement de l'allocation aux adultes handicapés, de l'allocation parent isolé et d'avantages servis au titre de l'invalidité.

Les autres transferts, hors contributions de l'Etat, atteignent 29,7 Md€ en 2006

Ces recettes sont en hausse de 9,4 Md€ par rapport à 2005 en raison, notamment, du changement de comptabilisation du financement des prestations médico-sociales qui se traduit par une hausse artificielle des charges et des produits de la CNAM.

Il convient de distinguer deux catégories de transferts : ceux à la charge d'organismes tiers qui viennent financer le régime général et ceux internes au régime général.

La première catégorie comprend principalement :

- des transferts en provenance d'autres régimes de base de sécurité sociale : les transferts de compensation, la soulte IEG, le reversement de cotisations des régimes spéciaux, la part des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) prises en charge par la CANAM et les régimes maladie des salariés et exploitants agricoles....).
- des transferts du FSV vers la CNAV, qu'il s'agisse de la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs ou du remboursement des majorations de pensions de retraite (60% des majorations pour enfant sont ensuite remboursées au FSV par la branche famille) et du minimum vieillesse ;
- un transfert vers le régime général au titre de la prise en charge par la CNSA, à compter de 2006, des dépenses en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (soit 9,9 Md€ en 2006).

On trouve dans la deuxième catégorie le transfert d'AVPF de la CNAF vers la CNAV (assurance vieillesse des parents au foyer), la part des exonérations des PAM à la charge de la CNAM, le remboursement du congé de paternité de la CNAF à la CNAM et le transfert de la branche accident du travail vers la branche maladie en compensation de la sous déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les fiches 5-1 et 5-2 présentent des données détaillées concernant ces transferts entre organismes.

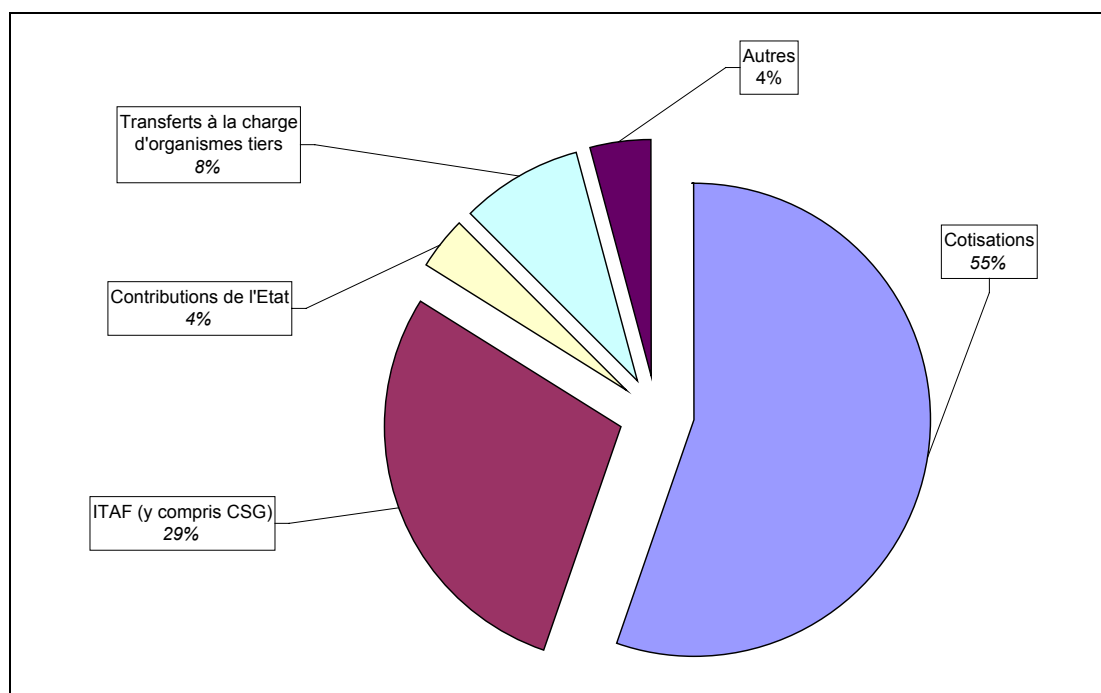
Tableau 3 – Evolution 2004-2007 des recettes du régime général (en M€)

	2004	2005	%	2006	%	2007 (p)	%
Cotisations	147 764	153 038	3,6	159 476	4,2	164 898	3,4
ITAF (y compris CSG)	53 235	61 459	15,4	82 390	34,1	85 352	3,6
Contributions de l'Etat	25 027	23 952	-4,3	10 158	--	10 933	7,6
dont exonérations compensées	18 766	17 421	-7,2	3 314	--	3 898	17,6
dont prises en charge de prestations	5 963	6 264	5,0	6 560	4,7	6 752	2,9
Transferts à la charge d'organismes tiers	12 349	13 869	12,3	23 627	++	24 394	3,2
dont autres régimes de base	610	1 015	++	1 214	19,6	1 215	0,1
dont FSV	11 716	12 448	6,2	12 558	0,9	12 138	-3,3
dont CNSA	108	406	275,9	9 855	++	11 042	12,0
Autres	9 859	8 561	-13,2	12 194	++	12 472	2,3
Total consolidé	248 234	260 878	5,1	287 844	10,3	298 048	3,5
Transferts internes au régime général	5 759	6 467	12,3	6 106	-5,6	6 376	4,4
Total produits	253 992	267 345	5,3	293 951	10,0	304 424	3,6

Source : DSS/SDEPF/6A

Notes :

- la ligne « autres » comprend principalement les reprises de provisions sur prestations maladie ; cette série est heurtée sur les derniers exercices en raison de l'effet du passage à la T2A en 2004 sur les provisions inscrites en 2005 et les reprises sur provisions de 2006 (les chocs sur les dotations aux provisions sur prestations maladie se retrouvent avec un an de décalage sur les reprises, puisque les reprises comptabilisées en N+1 sont égales aux dotations comptabilisées en N) ;
- la forte augmentation des recettes du régime général en 2006 (+10,3%) résulte pour une large part du traitement comptable du financement des dépenses médico-sociales (augmentant artificiellement les charges et les produits de la CNAM de 9,4 Md€ en 2006, soit la part régime général de l'ONDAM médico-social – voir fiches 13-3 et 14-1).

Graphique 3 – Structure des recettes du régime général en 2006

Source : DSS/SDEPF/6A

THEME 3
LES COTISATIONS ET IMPOTS AFFECTES AU REGIME
GENERAL ET AUX FONDS

Le montant total des produits de cotisations du régime général, hors cotisations prises en charge, s'élève à 159,5 Md€ pour l'exercice 2006

Ce montant est en augmentation de 4,2% par rapport à 2005, porté par le dynamisme de la masse salariale et par des augmentations de taux de cotisation vieillesse et AT-MP (voir fiche 6-1). Il devrait atteindre 164,9 Md€ en 2007. Ceci correspond à une progression de +3,4% qui serait nettement inférieure à celle de la masse salariale du secteur privé (+4,8%) en raison particulièrement de la forte croissance des exonérations.

Depuis la substitution de la CSG aux cotisations salariales d'assurance maladie et malgré la montée en charge des différentes mesures d'exonérations de charges, les cotisations patronales assurent l'essentiel des cotisations, représentant 78% de leur ensemble en 2006 (124,9 Md€), contre 18% pour les cotisations salariales (29,2 Md€), le reste recouvrant principalement les cotisations des non salariés.

En 2006, un point de cotisation déplafonnée représente environ 4,5 Md€ sur le champ du secteur salarié privé

Le rendement d'un point de cotisation retraite plafonnée sur le même champ s'élève à 3,7 Md€.

Le champ des assurés relevant de la branche maladie est plus large que celui des assurés des branches AT et vieillesse, car il intègre la plupart des salariés ne relevant pas du secteur privé (notamment les fonctionnaires civils). Cela explique que le rendement du point de cotisation pour la branche maladie soit plus élevé (5,6 Md€). La branche famille couvrant l'ensemble des assurés (y compris les indépendants et le secteur agricole), le rendement du point de cotisation s'élève à 6,4 Md€.

Tableau 1 – Valeur de point de cotisation (régime général)

En millions d'euros

Valeur du point par branche	2005	2006	2007 (p)
AT et vieillesse déplafonnée (1)	4 300	4 520	4 730
Vieillesse plafonnée (1)	3 580	3 740	3 920
Maladie (2)	5 370	5 620	5 860
Famille (3)	6 140	6 400	6 670

Source : DSS/SDEPF/6A

Champ :

(1) : salariés du secteur privé + non titulaires de la fonction publique + employés et personnel de maison.

(2) : (1) + fonctionnaires civils + industries électriques et gazières + praticiens et auxiliaires médicaux

(3) : (2) + autres régimes spéciaux + salariés et exploitants agricoles + travailleurs indépendants

Note : ces valeurs indiquent les variations de recettes du régime général induites par la variation d'un point du taux de cotisation. Elles intègrent une compensation intégrale des exonérations compensées, que ce soit par dotation budgétaire ou par l'affectation de recettes fiscales.

Tableau 2 – Cotisations par branche et par type d'assiette (en M€)

	2004	2005	%	2006	%	2007 (p)	%
Ensemble du régime général							
Cotisations sur revenus d'activité	146 205	151 403	3,6	157 769	4,2	163 066	3,4
salariés	143 031	148 049	3,5	154 153	4,1	159 301	3,3
<i>part patronale</i>	116 491	120 401	3,4	124 929	3,8	128 658	3,0
<i>part salariale</i>	26 540	27 648	4,2	29 224	5,7	30 644	4,9
non salariés	3 249	3 354	3,2	3 616	7,8	3 765	4,1
Cotisations sur revenus de remplacement	440	456	3,6	503	10,2	513	2,1
Autres cotisations	547	712	30,1	687	-3,4	793	15,4
Majorations et pénalités	488	468	-4,2	517	10,5	526	1,7
Total	147 764	153 038	3,6	159 476	4,2	164 898	3,4
CNAM - Maladie							
Cotisations sur revenus d'activité	58 445	60 164	2,9	62 261	3,5	64 264	3,2
salariés	58 387	60 116	3,0	62 112	3,3	64 107	3,2
<i>part patronale</i>	55 185	56 826	3,0	58 679	3,3	60 509	3,1
<i>part salariale</i>	3 202	3 290	2,7	3 433	4,3	3 598	4,8
non salariés	58	48	-16,8	149	208,9	157	5,0
Cotisations sur revenus de remplacement	461	456	-1,1	503	10,2	513	2,1
Autres cotisations	197	215	9,1	161	-25,2	222	38,1
Majorations et pénalités	176	174	-1,3	192	10,4	195	1,3
Total	59 280	61 009	2,9	63 117	3,5	65 194	3,3
CNAV							
Cotisations sur revenus d'activité	52 694	54 986	4,3	57 677	4,9	59 840	3,8
salariés	52 660	54 950	4,3	57 641	4,9	59 802	3,7
<i>part patronale</i>	29 321	30 592	4,3	31 849	4,1	32 756	2,8
<i>part salariale</i>	23 339	24 358	4,4	25 791	5,9	27 045	4,9
non salariés	35	36	3,6	37	2,1	39	5,1
Autres cotisations	427	493	15,5	523	6,1	568	8,5
Majorations et pénalités	166	168	1,3	190	13,0	193	1,8
Total	53 287	55 648	4,4	58 391	4,9	60 602	3,8
CNAF							
Cotisations sur revenus d'activité	28 198	29 220	3,6	30 340	3,8	31 309	3,2
salariés	25 117	25 951	3,3	26 911	3,7	27 740	3,1
<i>part patronale</i>	25 117	25 951	3,3	26 911	3,7	27 740	3,1
non salariés	3 081	3 270	6,1	3 430	4,9	3 569	4,1
Majorations et pénalités	103	101	-2,1	109	8,4	112	2,0
Total	28 301	29 321	3,6	30 450	3,8	31 421	3,2
CNAM - AT							
Cotisations sur revenus d'activité	6 867	7 032	2,4	7 490	6,5	7 652	2,2
salariés	6 867	7 032	2,4	7 490	6,5	7 652	2,2
<i>part patronale</i>	6 867	7 032	2,4	7 490	6,5	7 652	2,2
Autres cotisations	3	3	5,8	3	5,9	3	5,0
Majorations et pénalités	25	25	-2,5	26	3,4	26	2,0
Total	6 895	7 060	2,4	7 519	6,5	7 682	2,2

Source : DSS/SDEPF/6A

Note : ce tableau présente des montants de cotisations, après impact des exonérations.

Après l'élargissement de l'assiette de prélèvement sur les revenus salariaux et la hausse des taux sur les autres assiettes qui ont eu pour conséquence une forte accélération du rendement de la CSG en 2005⁵ (+ 7,3 % par rapport à 2004), le rendement total de la CSG qui s'est élevé à 76,4 Md€ en 2006, a continué d'être dynamique (+ 6,6 % par rapport à 2005). Les trois quarts de ce montant (58,2 Md€) ont été affectés au régime général (CNAM et CNAF), près de 14 % au FSV, un peu moins de 9 % aux autres régimes d'assurance maladie et 1,3 % à la CNSA. En 2007, le rendement total de la CSG retrouverait un rythme plus modéré (+ 4 %) pour atteindre 79,5 Md€.

Pour la seule CSG affectée à la sécurité sociale (régimes d'assurance maladie, CNAF et FSV), les recettes de CSG ont représenté 75,4 Md€ en 2006 (contre 70,8 Md€ en 2005). En 2007, ce rendement devrait atteindre 78,5 Md€ (+ 4 %).

Pour une large part, la CSG affectée au FSV permet de financer des charges du régime général : sous l'hypothèse d'une répartition des produits du FSV proportionnelle au poids des différents régimes dans les dépenses du fonds, la part de CSG du FSV servant au financement du régime général (près de 86 %) représente 9,8 Md€ en 2006. Au total, ce sont donc 68 Md€ de CSG qui ont financé, directement ou indirectement, le régime général en 2006, soit 89 % du total de la contribution. Ce montant devrait atteindre 70,1 Md€ en 2007, dont 9,5 Md€ apportés par le FSV.

Une forte augmentation de la CSG affectée directement au régime général en 2006

En 2006, le régime général a reçu 58,2 Md€ de CSG (+ 7 %), dont 47,1 Md€ pour la CNAM et 11,1 Md€ pour la CNAF. La CSG a représenté près de 20 % des produits du régime général (plus de 32 % pour la CNAM et près de 21 % pour la CNAF). Ces fortes augmentations sont principalement le fait de la CSG assise sur les revenus d'activité qui progresse plus rapidement que la masse salariale du secteur privé (+ 4,3 %) grâce notamment au dynamisme d'éléments non salariaux de l'assiette (participation, intéressement... induisant un différentiel favorable d'environ + 0,4 point), et de la CSG assise sur les revenus du capital (+ 24 %). Sur cette dernière, la forte croissance constatée recouvre toutefois de fortes disparités en fonction de la nature de l'assiette patrimoine ou placement.

La CSG assise sur les revenus de placement a augmenté fortement en 2006 (de 2,2 Md€ soit + 62,6 %) en raison de la mise en place au 1^{er} janvier de la mesure de taxation des plans d'épargne logement ouvert depuis plus de 10 ans (voir fiche 6-6). Le rendement de cette mesure a été d'environ 1,5 Md€ pour le régime général sur le stock des contrats ayant atteint leur 10^{ème} année⁶.

La CSG assise sur les revenus du patrimoine a diminué de 2,6% malgré le dynamisme des revenus du patrimoine, en raison de la suppression de l'avoir fiscal (voir fiche 6-6) qui réduit sensiblement l'assiette de la CSG. L'impact négatif de cette mesure s'est élevé, pour le régime général, à un peu plus de 400 M€⁷.

⁵ Selon les dispositions prévues par la réforme maladie, le rendement supplémentaire a été de 2,3 Md€ intégralement affecté à la CNAM.

⁶ Pour tous les attributaires, l'impact sur la CSG de la mesure de fiscalisation anticipée des PEL de plus de 10 ans aura été de 1,8 Md€.

⁷ Pour tous les attributaires, l'impact sur la CSG de la mesure de la suppression de l'avoir fiscal aura été de – 0,5 Md€.

Encadré 1 - La réforme de l'assurance maladie a augmenté le rendement de la CSG depuis 2005

La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu, dans son volet financement, une hausse de la CSG à compter du 1er janvier 2005 selon les modalités suivantes :

- élargissement de l'assiette applicable aux salaires et aux allocations chômage : la déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels (ou liés à la recherche d'emploi) passe de 5% à 3% ;
- hausse des taux sur les retraites, préretraites, revenus du capital et des jeux ;
- modification du partage de la CSG au profit de l'assurance maladie (réduction de la quote-part affectée au FSV et la CNAF).

	Avant		Après	
	Taux	Ventilation	Taux	Ventilation
CSG sur les revenus d'activité				
Les revenus salariaux	7,50%	1,10 point à la CNAF 1,05 point au FSV 0,10 point à la CNSA 5,25 point aux régimes maladie	7,50%	1,08 point à la CNAF 1,03 point au FSV 0,10 point à la CNSA 5,29 point aux régimes maladie
Les revenus non salariaux	7,50%	1,10 point à la CNAF 1,05 point au FSV 0,10 point à la CNSA 5,25 point aux régimes maladie	7,50%	1,10 point à la CNAF 1,05 point au FSV 0,10 point à la CNSA 5,25 point aux régimes maladie
CSG sur les revenus de remplacement				
<i>Pour les personnes imposables à l'IR (1)</i> Allocations chômage et IJ	6,20%	1,10 point à la CNAF 1,05 point au FSV 0,10 point à la CNSA 3,95 point aux régimes maladie	6,20%	1,10 point à la CNAF 1,05 point au FSV 0,10 point à la CNSA 3,95 point aux régimes maladie
Pensions de retraites et de préretraites	6,20%	1,10 point à la CNAF 1,05 point au FSV 0,10 point à la CNSA 3,95 point aux régimes maladie	6,60%	1,10 point à la CNAF 1,05 point au FSV 0,10 point à la CNSA 4,35 point aux régimes maladie
<i>Pour les personnes imposables au titre de la taxe d'habitation mais pas de l'IR</i>	3,80%	3,80 point aux régimes maladie	3,80%	3,80 point aux régimes maladie
CSG sur les revenus du patrimoine et les produits de placement	7,50%	1,10 point à la CNAF 1,05 point au FSV 0,10 point à la CNSA 5,25 point aux régimes maladie	8,20%	1,10 point à la CNAF 1,05 point au FSV 0,10 point à la CNSA 5,95 point aux régimes maladie
CSG sur les jeux	7,50%	1,10 point à la CNAF 1,05 point au FSV 0,10 point à la CNSA 5,25 point aux régimes maladie	9,50%	1,10 point à la CNAF 1,05 point au FSV 0,10 point à la CNSA 7,25 point aux régimes maladie

(1) IR = Impôt sur le revenu

source : direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

Tableau 1 – CSG par type d'assiette (régimes maladie, CNAF, FSV et CNSA)

CSG (tous régimes)	montants en millions d'euros et évolution en %						
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Contribution sociale généralisée	66 802	71 700	7,3	76 441	6,6	79 499	4,0
Sur les revenus d'activité	49 134	51 787	5,4	54 094	4,5	56 354	4,2
dont secteur privé	32 427	34 218	5,5	35 896	4,9	37 706	5,0
Sur les revenus de remplacement	10 127	11 337	12,0	11 835	4,4	12 378	4,6
Sur majorations et pénalités	156	169	8,1	201	19,4	205	2,0
Sur revenus patrimoine	4 174	4 672	11,9	4 550	-2,6	5 254	15,5
Sur revenus placement	2 862	3 225	12,7	5 243	62,6	4 775	-8,9
Sur les jeux	349	511	46,7	518	1,3	533	2,9

Source : direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

Note : le secteur privé présenté ici est composé des salariés des entreprises du secteur privé, des personnels de maison (EPM), et des non titulaires des fonctions publiques.

Tableau 2 – CSG par attributaire (régimes maladie, CNAF et FSV)

	montants en millions d'euros et évolution en %						
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
CNAM	40 108	43 967	9,6	47 139	7,2	49 101	4,2
CNAF	9 993	10 432	4,4	11 084	6,2	11 497	3,7
Régime général	50 101	54 399	8,6	58 223	7,0	60 599	4,1
Autres régimes maladie	6 232	6 439	3,3	6 625	2,9	6 876	3,8
FSV	9 562	9 922	3,8	10 572	6,6	10 970	3,8
CNSA	907	940	3,6	1 021	8,7	1 054	3,2
Total	66 802	71 700	7,3	76 441	6,6	79 499	4,0

Source : direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

Une croissance encore soutenue du rendement de la CSG en 2007

En 2007, la CSG attribuée au régime général augmenterait de 4 % pour atteindre 60,6 Md€. Cette évolution est marquée par trois phénomènes :

- une croissance élevée de l'assiette sur les revenus d'activité du secteur privé⁸ (+ 5 % compte tenu de la contribution des éléments d'assiette soumis à CSG et non à cotisations, soit environ 0,3 point) ;
- une forte progression de la CSG assise sur les revenus du patrimoine (+ 15,5%) en raison du dynamisme des assiettes ;
- l'incidence de la réforme du barème de l'impôt sur le revenu⁹ (soit un gain de 420 M€ - voir fiche 6-6) et de mesures réglementaires pour 2007 (voir encadré 2) qui rapporteraient 0,5 Md€.

En sens inverse, la CSG assise sur les revenus de placement (- 8 %) diminue du fait principalement de la non reductibilité de la mesure sur les PEL de 2006.

Une moindre progression de la CSG attribuée aux régimes d'assurance maladie autres que le régime général

Jusqu'en 2004, compte tenu des règles d'affectation de la CSG maladie aux régimes d'assurance maladie autres que la CNAM, ces régimes ont bénéficié d'augmentations de CSG plus fortes que celles de la CSG maladie prise dans son ensemble. En conséquence, la CSG affectée à la CNAM a progressé moins vite que l'ensemble. En 2005, cette situation s'est inversé : la CSG affectée à la CNAM a augmenté beaucoup plus vite que celle des autres régimes d'assurance maladie (+ 9,6 % contre + 3,3 %) du fait des modifications introduites par la réforme de l'assurance maladie. En 2006, l'écart est resté important (+ 7,2 % pour la CNAM et + 2,9 % pour les autres régimes d'assurance maladie) en raison de la modification des règles de prélèvements sociaux sur les PEL. En 2007, ce différentiel s'atténuerait fortement (+ 4,2 pour la CNAM % contre + 3,8 % pour les autres régimes) principalement en raison de la non reductibilité de la mesure sur les PEL qui bénéficiait à la CNAM et en lien avec les modifications des règles de versements des contributions sociales introduites par la LFSS (voir encadré 2) et par la modification exceptionnelle (et uniquement en 2007) des taux de ventilation entre les attributaires de la CSG patrimoine et placement au profit de la CNAM (voir tableau 4).

Un rendement par point sensiblement accru en 2006

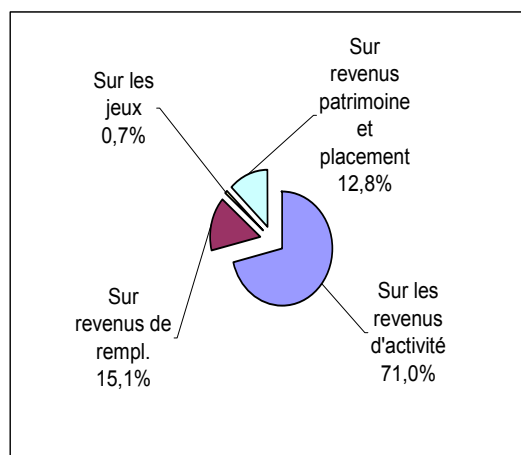
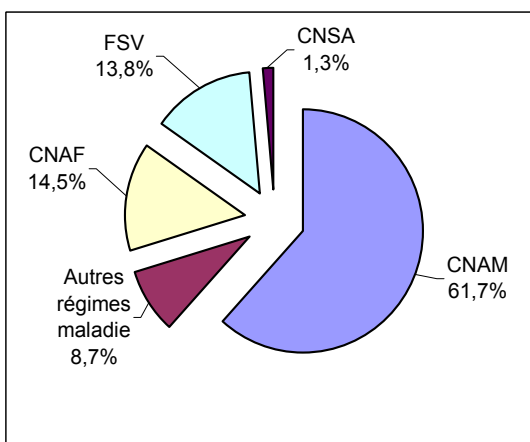
Après avoir fortement progressé en 2005 (+ 5,2 % pour atteindre 9,7 Md€) notamment en raison de l'élargissement de l'assiette des revenus salariaux soumis à la CSG, le rendement d'un point de CSG a été de nouveau dynamique en 2006 (+ 6,4 %) pour atteindre 10,3 Md€ principalement sous l'effet de la modification des règles de taxation des plans d'épargne logement (PEL) ouverts depuis plus de 10 ans (*Cf. supra*).

Les revenus d'activité représentent près de 71 % du rendement de la CSG, le reste étant assis sur les revenus du patrimoine et de placement (près de 13 %), sur les revenus de remplacement (près de 16 %) et sur les revenus des jeux (moins de 1 %). La CSG prélevée sur les seuls revenus salariaux constitue 87 % de l'assiette des revenus d'activité.

En 2007, le rendement par point devrait atteindre 10,7 Md€ (+ 4 %) tiré par la masse salariale du secteur privé et par le dynamisme des revenus de remplacement.

⁸ Le secteur privé présenté ici est composé des salariés des entreprises du secteur privé, des personnels de maison (EPM), et des non titulaires des fonctions publiques.

⁹ Intégration de l'abattement de 20 % au barème de l'IR.

Graphique 1 – Répartition par assiette en 2006**Graphique 2 – Répartition par attributaires en 2006****Encadré 2 - La prévision pour 2007 intègre deux mesures nouvelles inscrites à l'article 20 de la LFSS pour 2007**

Afin de redresser les comptes du régime général en 2007, deux nouvelles mesures d'anticipation des versements des contributions sociales ont été prises :

- la modification des modalités de versement par les établissements financiers des contributions sociales sur les revenus de placements. Le rendement de cette mesure non reconductible a été estimé à 350 M€ en 2007 pour le régime général;
- la généralisation du mode de prélèvement à la source de la CSG sur les revenus de placement auprès des organismes financiers. Le rendement de cette recette non reconductible est estimé à 200 M€. Afin que ce montant revienne exclusivement à la CNAM en 2007, les clés de répartition entre les régimes de la CSG assise sur les produits du capital définies à l'article 136-8 du code la sécurité sociale ont été modifiées exceptionnellement.

Tableau 4 – La modification des taux de CSG assise sur les revenus du patrimoine et des placements pour 2007

	2006	2007
MALADIE	5,95	5,99
FAMILLE	1,10	1,08
FSV	1,05	1,03
CNSA	0,10	0,10
Total CSG	8,20	8,20

Tableau 3 – Valeur de point par type d'assiette

montants en millions d'euros et évolution en %

CSG	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Contribution sociale généralisée	9 192	9 674	5,2	10 291	6,4	10 698	4,0
Sur les revenus d'activité	6 531	6 890	5,5	7 204	4,6	7 496	4,1
Sur les revenus de remplacement	1 634	1 727	5,7	1 803	4,4	1 885	4,6
Sur majorations et pénalités, autres	41	40	-2,7	37	-8,0	38	1,7
Sur revenus patrimoine et placement	938	963	2,6	1 193	23,9	1 223	2,5
Sur les jeux	46	54	15,9	54	1,2	56	3,0

Source : Direction de la Sécurité Sociale (SDEPF/6A)

Le champ de cette fiche couvre les impôts et taxes (hors CSG) affectés au régime général et aux organismes qui contribuent à son financement (FSV et FRR)¹⁰.

Les ITAF affectés au régime général ont été multipliés par plus de trois en 2006

Après déjà une très forte augmentation en 2005 (7,1 Md€, en augmentation de 4 Md€ par rapport à 2004), le montant des ITAF affectés au régime général a plus que triplé en 2006 en raison principalement¹¹ de l'affectation de nouvelles recettes fiscales à la sécurité sociale en compensation des allègements généraux de cotisations sociales¹². Il a atteint 24,2 Md€ en 2006.

La structure de financement du régime général s'en est trouvée fortement modifiée. Les ITAF reçus par le régime général en 2006 ont représenté 8,1 % de l'ensemble de ses produits (contre 2,6 % en 2005).

En 2007, la progression des ITAF affectés au régime général devrait ralentir (+ 2,4 % pour un rendement de 24,8 Md€) principalement en raison de la non reconduction de l'effet exceptionnel sur les recettes de 2006 de la taxation du stock des PEL de plus de 10 ans (voir fiche 6-6) et de la baisse de la consommation de tabac (-1,5 % en volume) qui devrait résulter de l'interdiction de fumer dans les lieux publics (voir fiche 6-5).

Près de 78 % des ITAF affectés au régime général financent les allègements généraux

Jusqu'à l'exercice 2005 inclus, les allègements généraux de cotisations étaient compensés par le budget de l'Etat. A compter de 2006, leur financement par affectation de recettes fiscales s'est substitué aux dotations budgétaires. En 2006, ces recettes fiscales (voir fiche 6-4) ont atteint 18,9 Md€ pour le régime général. La taxe sur les salaires qui est la principale recette du panier fiscal a représenté près de 48 % du montant total (9 Md€ en 2006). En 2007, cette recette devrait progresser à un rythme plus élevé (+ 6,4 %) que celui de la masse salariale du secteur privé (+ 4,8 %) en raison d'une contribution très positive du secteur financier. La taxe sur les salaires atteindrait 9,6 Md€ en 2007.

Le rendement des droits sur les alcools s'est élevé à 2,6 Md€ en 2006. Ce montant a été marqué par un surplus de recettes lié à la modification du comportement de paiement de certains opérateurs (certains d'entre eux ont acquitté treize mois de taxes sur les alcools – voir fiche 6-5).

¹⁰ La CNSA n'est pas intégrée dans les organismes concourant au financement des régimes de base. Elle est tout de même présentée pour sa partie impôts et taxes affectés dans cette fiche à titre d'information.

¹¹ La modification du mode de taxation des plans d'épargne logement y a également contribué. Depuis le 1^{er} janvier 2006, les prélèvements sociaux assis sur les intérêts des PEL sont désormais prélevés à compter du 10^{ème} anniversaire du plan, une première fois sur les intérêts cumulés au cours des dix premières années du plan, puis, chaque année lors de l'inscription en compte des intérêts.

¹² Depuis le 1^{er} janvier 2006, les allègements généraux de cotisations sociales sont financés par l'affectation à la sécurité sociale de nouvelles recettes fiscales dont la principale est la taxe sur les salaires.

**Tableau 1 – Les ITAF affectés au régime général, par type d'assiette
(y compris les recettes finançant les allègements généraux)**

	En million d'euros						
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Régime général	3 134	7 058	-	24 167	-	24 753	2,4
ITAF liés à la consommation	2 257	3 379	49,7	10 127	-	10 162	0,3
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	345	3	-99,1	2 596	-	2 502	-3,6
Taxe tabacs	1 911	3 376	76,6	6 016	78,2	6 116	1,7
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile	0	0	-	934	-	935	0,1
Taxe sur les contributions à la prévoyance	0	0	-	582	-	609	4,7
ITAF acquittés par les personnes morales	0	794	-	9 902	-	10 515	6,2
Contribution additionnelle à la CSSS (art. L. 245-13 du CSS)	0	794	-	855	7,6	890	4,1
Taxe sur les salaires	0	0	-	9 047	-	9 625	6,4
ITAF liés à des activités éco. ou profession. (Taxes médicaments)	600	762	26,9	3 777	-	3 712	-1,7
Autres ITAF	277	2 123	-	362	-83,0	365	0,8
Prélèvement social de 2%	277	292	5,7	358	22,6	362	0,8
Autres impôts et taxes affectés	0	1 831	-	3	-99,8	3	0,0

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Tableau 2 – Les ITAF destinés à financer les allègements généraux, par type d'assiette

En million d'euros							
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
ITAF liés à la consommation		0	-	6993	-	7210	3,1
Taxes alcools, boissons non alcoolisées		0	-	2594	-	2500	-3,6
Art. 402bis du CGI : droits de consommation des produits intermédiaires (16° à 22°)		0	-	119	-	112	-5,5
Art. 438 du CGI : droits de circulation (vins, cidres, poirés, hydromels)		0	-	114	-	111	-3,0
Art. 520 A du CGI : droits sur les bières et les eaux		0	-	385	-	372	-3,4
Art. 403 du CGI : droits de consommation sur les alcools (+ de 22°)		0	-	1 976	-	1 905	-3,6
Taxe tabacs		0	-	2 884	-	3 166	9,8
Art. 575 A du CGI		0	-	29	-	300	-
TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac		0	-	2 855	-	2 866	0,4
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile		0	-	934	-	935	0,1
Taxe sur les contributions à la prévoyance		0	-	582	-	609	4,7
ITAF acquittés par les personnes morales		0	-	9 047	-	9 625	6,4
Taxe sur les salaires		0	-	9 047	-	9 625	6,4
ITAF liés à des activités éco. ou profession. (Taxes médicaments)		0	-	2 820	-	2 998	6,3
TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques		0	-	2 820	-	2 998	6,3
Autres impôts et taxes affectés		1 831	-	0	-	0	-
TOTAL		1 831	-	18 861	-	19 833	5,2
CNAM		42,3%		42,3%		43,0%	
CNAT		8,6%		8,6%		8,4%	
CNAF		17,9%		18,5%		18,4%	
CNAV		31,2%		30,6%		30,2%	

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Note : le plan comptable unique n'a été modifié pour permettre l'enregistrement du détail des produits de chacune des recettes fiscales affectées à la sécurité sociale en compensation des exonérations générales qu'à compter de 2006; c'est pourquoi, en 2005, ces recettes ont été globalement comptabilisées dans une ligne générique « autres impôts et taxes affectés » en attendant la ventilation détaillée dans les comptes 2006.

En 2006, la CNAM a perçu 42,3 % du montant total de ces recettes comptabilisées par le régime général, soit près de 8 Md€.

Les autres ITAF affectés au régime général (hors recettes fiscales finançant les allègements généraux de cotisations) ont augmenté de 1,5 % en 2006

Cette croissance recouvre toutefois des disparités en fonction de la nature des impôts et taxes.

Après une forte augmentation en 2005, **les droits de consommation sur les tabacs** ont significativement diminué (- 7,4 %). Cette diminution s'explique par la non reconduction en 2006 du surcroît de recettes lié d'une part à l'anticipation du recouvrement des droits, d'autre part à la comptabilisation d'un mois supplémentaire en 2005 liée à la modification du rythme d'encaissement. Par ailleurs, la part du droit tabac affecté à la CNAM a légèrement diminué en 2006, passant de 32,50 % à 32,46 % (Voir fiche 6-5).

Le prélèvement social de 2 % assis sur le capital a augmenté de près de 23 % en 2006 principalement en raison de la mise en place au 1er janvier de la mesure de taxation des plans d'épargne logement (voir fiche 6-6) et de la dynamique des assiettes patrimoine et placement.

53 % des impôts et taxes perçus par le régime général sont affectés à la branche maladie

La CNAM reçoit l'essentiel des ITAF affectés au régime général (12,9 Md€ en 2006). En 2006, la CNAM a comptabilisé plus de 42 % des recettes fiscales destinées à financer les allègements généraux de cotisations sociales (pour près de 8 Md€). De plus, la CNAM perçoit des recettes fiscales spécifiques au financement du risque maladie.

Hors les recettes fiscales destinées à compenser les allègements généraux, les rendements des ITAF affectés à la CNAM ont faiblement augmenté (+ 0,5 %). Cette évolution recouvre de fortes disparités en fonction de la nature des ITAF affectés à la CNAM.

Les droits de consommation sur les tabacs (3,1 Md€) ont diminué de 7,4 % (cf. supra et Fiche 6-5), soit - 230 M€ principalement en raison du contrecoup des modifications du calendrier de recouvrement qui avaient gonflé les recettes en 2005.

La contribution additionnelle à la CSSS (0,9 Md€) a fortement augmenté (+ 7,6 %) en raison du dynamisme du chiffre d'affaires des entreprises soumises à cette contribution.

Les taxes à la charge de l'industrie pharmaceutique (1 Md€) ont bénéficié de la comptabilisation en 2006, d'une part, de deux exercices de remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques, au titre de 2005 et 2006 et, d'autre part, du relèvement du taux pour 2006 de la contribution sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique (le taux est passé de 0,76 % à 1 %).

En 2007, la CNAM percevrait 12,8 Md€ de recettes fiscales (- 0,7%), dont 8,5 Md€ de recettes finançant les allègements généraux de cotisations. Cette baisse résulterait de plusieurs facteurs : la non reconduction de l'augmentation exceptionnelle du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique ; un rendement moindre qu'en 2006 (année de comptabilisation de deux exercices) de la remise conventionnelle (voir fiche 14-1) ; la diminution de la recette relative aux droits indirects sur les boissons alcooliques en raison d'un surplus de rendement en 2006 lié à la modification du comportement de paiement de certains opérateurs (cf. supra et fiche 6-5).

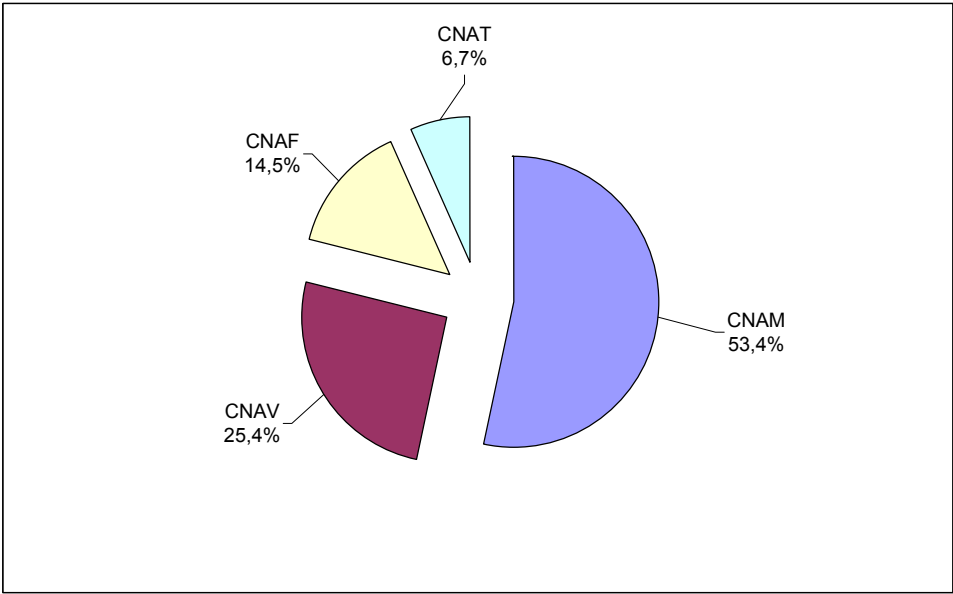
Pour les autres branches du régime général, les ITAF reçus en 2006, outre le panier de recettes fiscales en compensation des exonérations de cotisations sociales, se limitent à la fraction attribuée à la CNAV (15%) du prélèvement social de 2% sur les revenus du capital, pour un montant d'environ 400 M€.

Tableau 3 – Les ITAF affectés au régime général, par type d’assiette (hors les recettes finançant les allègements généraux)

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Régime général	3 134	5 227	66,8	5 316	1,7	4 920	-7,4
ITAF liés a la consommation	2 257	3 379	49,7	3 143	-7,0	2 952	-6,1
<i>Taxes alcools, boissons non alcoolisées</i>	<i>345</i>	<i>3</i>	<i>-99,1</i>	<i>2</i>	<i>-49,9</i>	<i>2</i>	<i>0,0</i>
Taxe sur les premix	0	3	-	2	-49,9	2	0,0
Taxe tabacs	1 911	3 376	76,6	3 141	-6,9	2 950	-6,1
Art. 575 A du CGI	1 911	3 376	76,6	3 141	-6,9	2 950	-6,1
ITAF acquittés par les personnes morales	0	794	-	855	7,6	890	4,1
Contribution additionnelle à la CSSS (art. L. 245-13 du CSS)	0	794	-	855	7,6	890	4,1
ITAF liés à des activités éco. ou profession.	600	762	26,9	956	25,5	714	-25,4
<i>Taxes médicaments</i>	<i>600</i>	<i>762</i>	<i>26,9</i>	<i>956</i>	<i>25,5</i>	<i>714</i>	<i>-25,4</i>
Contribution grossistes répartiteurs (L 138-1 CSS)	321	314	-2,1	313	-0,3	279	-10,9
Contribution ventes directes (L 245-6-1 CSS)	0	0	-	44	-	212	-
Contribution sur les dépenses publicité (L245-1 CSS)	178	300	69,1	197	-34,5	0	-
Contribution à la charge des laboratoires non conventionnés (L138-10 CSS)	0	0	-	0	-	0	-
Contribution sur le chiffre d'affaires (LFSS 2004 et art. L. 245-6 du CSS)	100	143	43,5	390	-	210	-46,1
Contribution sur la promotion des dispositifs médicaux (art. L. 245-5-4 du CSS)	2	4	-	13	-	13	0,0
Autres ITAF	277	292	5,7	362	23,7	365	0,8
Prélèvement social de 2%	277	292	5,7	358	22,6	362	0,8
Autres impôts et taxes affectés	0	0	-	3	-	3	0,0

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Graphique 1 – Les ITAF ventilés par branche du régime général en 2006



Les ITAF perçus par le FSV et le FRR représentent 2,3 Md€ en 2006

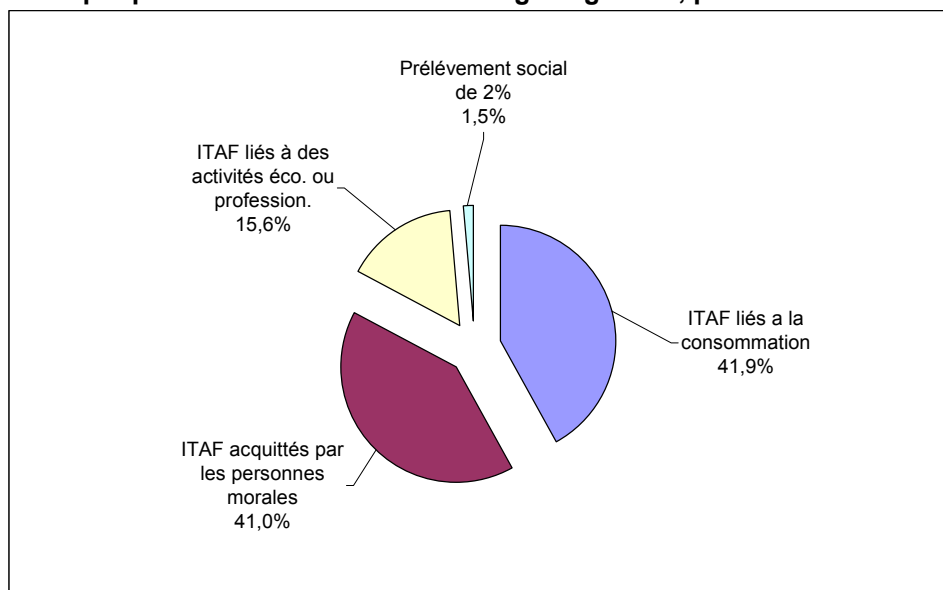
Ces recettes ont représenté 2,3 Md€ contre 1,9 Md€ en 2005. Après une baisse en 2005 due à la forte diminution de la CSSS attribuée au FSV (voir fiche 13-1), le rendement des ITAF affectés aux deux fonds de financement a fortement augmenté en 2006 (+ 21,1 %) en raison de la forte croissance des prélèvements sur les revenus du capital (voir fiche 6-6).

Les principales recettes fiscales affectées en tout ou partie aux organismes qui financent les régimes de base sont :

- le prélèvement social de 2% sur les revenus du capital, attribué pour partie au FSV (20%) et au FRR (65%), dont le rendement global a été de 2 Md€ en 2006 ; cette recette a augmenté d'environ 21 % sous l'effet principalement de la modification des règles de prélèvement sur les PEL (voir fiche 6-4) ;
- la CSSS, dont le FSV reçoit le solde, une fois déduites les parts versées aux autres attributaires (CANAM, ORGANIC, CANCAVA); en 2006, le fonds a reçu 0,2 Md€ (après 1,3 Md€ à ce titre en 2004, en raison de la comptabilisation exceptionnelle du produit relatif au solde de CSSS de deux exercices¹³ et 0,2 Md€ en 2005). En 2007, cette recette devrait se maintenir au même niveau.

Ces recettes augmenteraient de 1,5 % en 2007.

¹³ Jusqu'en 2003, la recette de CSSS comptabilisée par le FSV lors d'un exercice N était issue de la recette de CSSS relative à l'exercice N-1 ; ce décalage d'un an a été supprimé à compter de 2004, ce qui a entraîné, la première année (2004), la comptabilisation de la recette de deux exercices (2003 et 2004).

Graphique 1 – Les ITAF affectés au régime général, par nature en 2006**Tableau 3 – Les impôts et taxes affectés au régime général et aux fonds**

En million d'euros

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
CNAM	2 857	5 710	99,9	12 909	-	12 823	-0,7
CNAV	277	863	-	6 144	-	6 470	5,3
CNAF	0	328	-	3 494	-	3 755	7,4
CNAT	0	158	-	1 620	-	1 706	5,3
Régime général	3 134	7 058	-	24 167	-	24 753	2,4
FSV	1 689	633	-62,6	769	21,6	774	0,6
Sous total	4 823	7 691	59,5	24 936	-	25 527	2,4
FRR	1 212	1 272	5,0	1 538	20,9	1 568	1,9
Total général	6 034	8 963	48,5	26 475	-	27 095	2,3

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

THEME 4
LES CONTRIBUTIONS PUBLIQUES

LES PRISES EN CHARGE DE COTISATIONS PAR L'ETAT

Le champ des prises en charge de cotisations par l'Etat se réduit considérablement en 2006

Les exonérations remboursées par l'Etat au régime général représentent 3,3 Md€ en 2006, alors qu'elles s'élevaient à 17,4 Md€ en 2005. Cette forte baisse est la conséquence de la modification du mode de financement des exonérations générales intervenue fin 2005 : une affectation de recettes fiscales à la sécurité sociale se substituant à un remboursement via dotations budgétaires (voir fiche 6-4), celles-ci sortent du champ de cette fiche. Les exonérations spécifiques sont en revanche toujours compensées par dotations budgétaires (voir encadré).

Les exonérations en faveur de l'emploi sont analysées dans leur globalité dans la fiche 6-3.

Les exonérations spécifiques sont en forte progression en 2006 et 2007

Les exonérations compensées par l'Etat, hors allègements généraux, sont en croissance très rapide : elles ont augmenté de 20,8% en 2006 et s'accroîtraient de 17,6% en 2007 pour atteindre 3,9 Md€.

Le paysage des exonérations à destination de certaines catégories de salariés s'est beaucoup transformé en 2005. Notamment, les anciens contrats d'orientation, d'adaptation et de qualification ont été remaniés et fusionnés au sein d'un nouveau contrat dit de professionnalisation, ouvrant droit à exonération pour les jeunes et les salariés âgés de plus de 45 ans, qui monte en charge très rapidement en 2006 et 2007. Ces exonérations sont donc particulièrement dynamiques, portées par les contrats d'apprentissage et les contrats de professionnalisation.

Les exonérations en faveur de zones géographiques sont dynamiques en 2006 comme en 2007, stimulées par la très forte croissance des exonérations au titre de la mesure de créations d'emplois en Zone de revitalisation rurale (ZRR) et par la création de nouvelles zones franches urbaines.

Enfin, trois mesures nouvelles en faveur de l'emploi à domicile sont instaurées en 2006 et montent en charge : l'abattement de 15 points accordé en cas de déclaration par l'employeur de l'assiette réelle de cotisations, le chèque emploi service universel et l'exonération de cotisations pour l'emploi par une association ou une entreprise d'une aide à domicile auprès d'une personne âgée de moins de 70 ans, non dépendante.

Enfin, les autres exonérations comptent principalement les avantages en nature dans les hôtels, cafés, restaurants, les prises en charge des cotisations des détenus et des rapatriés, ainsi que la mesure d'exonération sur l'exploitation de l'image collective du sportif. Cette dernière monte en charge en 2006 et explique la forte croissance de ce poste.

Tableau 1 - Cotisations prises en charge par l'Etat

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Allègements spécifiques de cotisations	2 542	2 743	7,9	3 314	20,8	3 898	17,6
dont : en faveur de certaines catégories de salariés	1 288	1 352	5,0	1 421	5,1	1 602	12,7
en faveur de l'emploi à domicile	0	0	-	320	++	523	++
en faveur de zones géographiques	1 136	1 212	6,7	1 368	12,9	1 569	14,7
autres exonérations spécifiques	119	179	50,2	204	14,2	204	0,1
Allègements généraux de cotisations patronales	16 223	14 677	-9,5	0		0	
Total des prises en charge d'exonérations par l'Etat	18 766	17 421	-7,2	3 314	--	3 898	17,6

Source : DSS/SDEPF/6A

Note : les montants présentés dans ce tableau reposent sur des données comptables. Ces données, qui intègrent des éléments estimés (les produits à recevoir), peuvent s'écarter des montants réels d'exonérations. Les évolutions mesurées sur les données comptables ne reflètent donc pas parfaitement les évolutions réelles, qui peuvent être mieux retracées par les informations de nature statistique présentées dans la fiche 6-3.

Par ailleurs, le champ de ce tableau est un peu plus large que celui des exonérations présentées dans la fiche 6-3 sur deux points :

- s'agissant de la branche famille, les montants intègrent les exonérations dont bénéficient les cotisants des régimes agricoles et des régimes spéciaux, contrairement aux montants présentés dans la fiche 6-3 qui ne traite que du champ des Urssaf ;
- ces données intègrent les prises en charge des cotisations des détenus et des rapatriés, qui ne sont pas dans le champ de la fiche 6-3 (ce qui explique une différence d'environ 70 M€ par an).

LES PRISES EN CHARGE DE PRESTATIONS PAR L'ETAT

La sécurité sociale assure pour le compte de l'Etat la gestion de plusieurs prestations. Selon leur nature, ces allocations sont ou non suivies dans les comptes de la sécurité sociale.

En 2006, le montant total des prestations prises en charge par l'Etat représente près de 14,0 Md€. Environ 48% de ces dépenses (soit 6,6 Md€), principalement effectuées au titre de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), figurent dans les comptes de la sécurité sociale. Le reste des prises en charge versées au titre du RMI (primes de Noël) et des aides au logement dont le montant s'élève à 7,4 Md€ en 2006, sont en dehors du champ de la CCSS.

Le service de ces prestations donne lieu dans certains cas au versement de frais de gestion par l'Etat (voir tableau 1).

Les prestations dans le champ de la Commission des comptes

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'allocation de parent isolé (API), servies par la CNAF, représentent 6,3 Md€ en 2006, soit une augmentation de 4,8% (contre 5,1% en 2005).

L'Etat rembourse également au régime général l'allocation servie au titre de l'article L. 815-3 du code de la sécurité sociale. Cette allocation est servie par la CNAM au titre de l'invalidité et par la CNAV à une partie de ses pensionnés.

Les prises en charge par l'Etat hors du champ de la Commission des comptes

D'autres prestations sont versées par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat, mais, ne figurant pas dans le code de la sécurité sociale, elles ne sont pas intégrées en tant que telles dans les comptes présentés à la commission. C'est le cas d'une partie des aides au logement.

En contrepartie de la gestion des aides au logement, la CNAF reçoit une dotation du FNH et du FNAL, s'élevant à 2% du total des prestations à la charge de l'Etat versées au cours de l'exercice. Le montant des frais de gestion s'est fortement accru en 2006 au titre de l'APL en raison d'une modification des règles de prise en charge des frais et d'une régularisation effectuée à ce titre pour 2005 (voir tableau 1).

En matière d'aides au logement, la branche famille contribue au FNH et au FNAL en finançant une partie de l'APL (aide personnelles au logement) et de l'ALT (allocation logement temporaire) - voir l'encadré à ce sujet dans la fiche 11-2. Ces contributions apparaissent dans les comptes sous la rubrique « financement FNAL ». La part des aides au logement qui n'est pas financée par la CNAF (une partie de l'APL et de l'ALT ainsi que la totalité de l'ALS – allocation logement à caractère social) n'apparaît pas dans les comptes.

De même, depuis le 1^{er} juillet 2006, avec la création de l'allocation d'installation étudiante (ALINE), la CNAF verse pour le compte de l'Etat une prime aux étudiants boursiers qui bénéficient d'une aide pour le logement.

Par ailleurs la prise en charge du RMI, assurée par l'Etat jusqu'en 2003 a été transférée aux départements au 1^{er} janvier 2004, à l'exception de la prime de Noël versée au titre du mois de décembre de chaque année, intégralement financée par l'Etat.

Tableau 1 - Prestations pour lesquelles des frais de gestion sont facturés à l'Etat

Prestation (bénéficiaire entre parenthèses)	Frais de gestion 2004	Frais de gestion 2005	Frais de gestion 2006
<i>FNH</i> : gestion APL (CNAF)	57,8	51,8	187,6 (*)
<i>FNAL</i> : gestion ALS et ALT (CNAF)	80,6	80,3	83
<i>FSI</i> : gestion minimum invalidité (CNAM)	3,6	3,8	3,7

Source : CNAF et CNAM

Note : Les frais de gestion au titre des allocations logement sont conventionnellement fixés à 2% des prestations versées. Jusqu'en 2005, l'Etat prend en charge ses frais en fonction du type d'allocation sur les assiettes suivantes :

- sur la totalité de l'ALS servie par la CNAF pour le compte de l'Etat ;
- sur la partie de l'ALT servie par la CNAF pour le compte de l'Etat (qui correspond à 50% du montant de l'ALT globale) ;
- pour l'APL, la prise en charge se fait à hauteur du taux de contribution au FNH, soit 48,35% en 2004.

A compter de 2006 avec une application rétroactive en 2005, l'Etat prend en charge la totalité des frais relatifs à l'ensemble des prestations ; soit 120,3 M€ au titre de 2006 et une régularisation de 67,3 M€ au titre de l'exercice (*), en ce qui concerne l'APL.

Le versement de l'API et de l'AAH pour le compte de l'Etat ne donne pas lieu à des frais de gestion.

Tableau 2 - Montants des prestations à la charge de l'Etat dans le champ CCSS (régime général)

(en M€)	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Prestations Famille	5 711	6 004	5,1	6 294	4,8	6 481	3,0
AAH	4 812	5 032	4,6	5 230	3,9	5 404	3,3
API	900	972	8,0	1 064	9,5	1 077	1,2
Prestations Maladie	247	250	1,3	252	0,8	257	2,0
FSI	247	250		252		257	
Prestations Vieillesse	8	9	15,1	12	33,3	13	8,3
FSI	8	9		12		13	
TOTAL	5 966	6 263	5,0	6 558	4,7	6 751	2,9

Source : Direction de la Sécurité Sociale (SDEPF/6A)

Tableau 3 – Montants des prestations à la charge de l'Etat hors du champ CCSS (tous régimes)

	2004	2005	%	2006	%
Prestations logement	7 409	7 044	-4,9	7 165	1,7
ALS + ALT (FNAL)	4 318	4 276	-1,0	4 413	3,2
APL (FNH)	3 091	2 769	-10,4	2 732	-1,3
ALINE				20	
RMI	271	284		278	
TOTAL	7 680	7 328	-4,6	7 443	1,6

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Notes: A partir du 1er janvier 2004, le financement du RMI est assuré par les départements et non plus par l'Etat. Cependant, la prime exceptionnelle versée aux RMistes en fin d'année est demeurée à la charge de l'Etat.

En 2005, une modification de la clé de financement de l'APL a conduit à augmenter la part à la charge de la branche famille de 260 M€, réduisant à due concurrence la participation de l'Etat.

THEME 5
LES TRANSFERTS

VUE D'ENSEMBLE SUR LES TRANSFERTS

Les transferts évoqués ici sont les transferts en provenance ou à destination d'autres régimes de sécurité sociale (de base ou complémentaires) et des fonds de financement, ainsi que les transferts internes au régime général. Ils ne comprennent pas les contributions de l'Etat, qu'il s'agisse des remboursements de prestations ou des prises en charge de cotisations.

L'exercice 2006 est marqué par la mise en place des nouveaux schémas de comptabilisation liés à la prise en charge des dépenses médico-sociales par la CNSA. Ces opérations se traduisent comptablement par l'inscription :

- en transferts versés par la CNAM et la CNAM-AT à la CNSA, de la part « régime général » de l'ONDAM médico-social, soit 9,5 Md€ en 2006 ;
- en transferts reçus par le régime général en provenance de la CNSA, de l'objectif global de dépenses (OGD), soit 9,9 Md€ en 2006.

Par rapport aux écritures des années précédentes, cela a pour conséquence de majorer les transferts du régime général, reçus et versés, de 9,5 Md€ en 2006, soit le montant du transfert versé (voir fiches 5-2, 5-3 et 13-3).

Le régime général verse davantage de transferts qu'il n'en reçoit

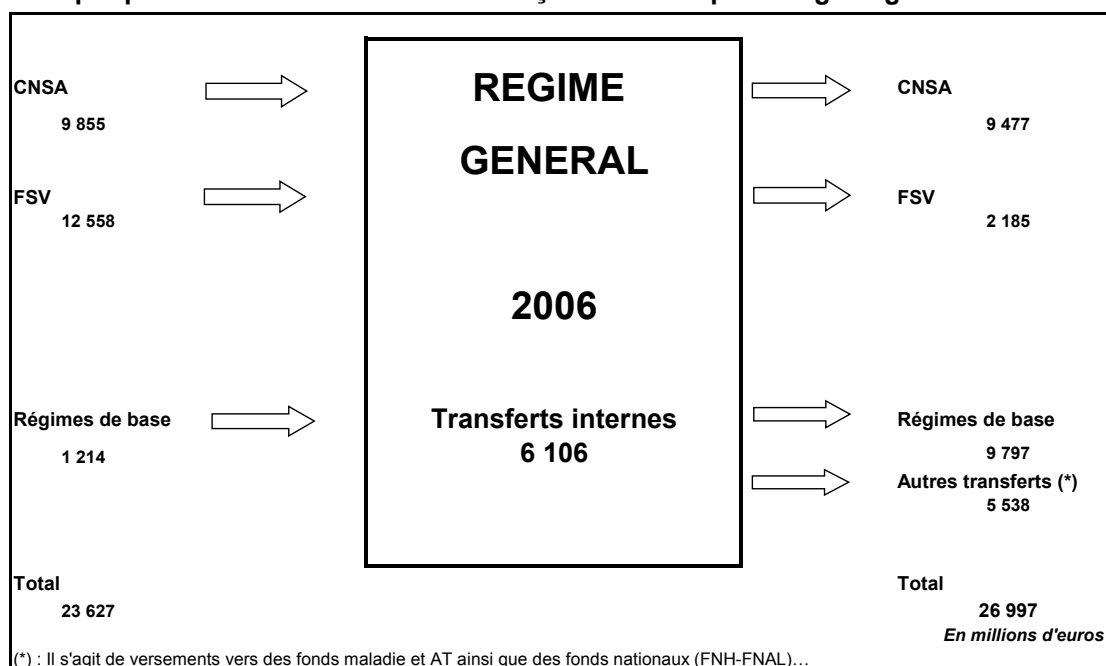
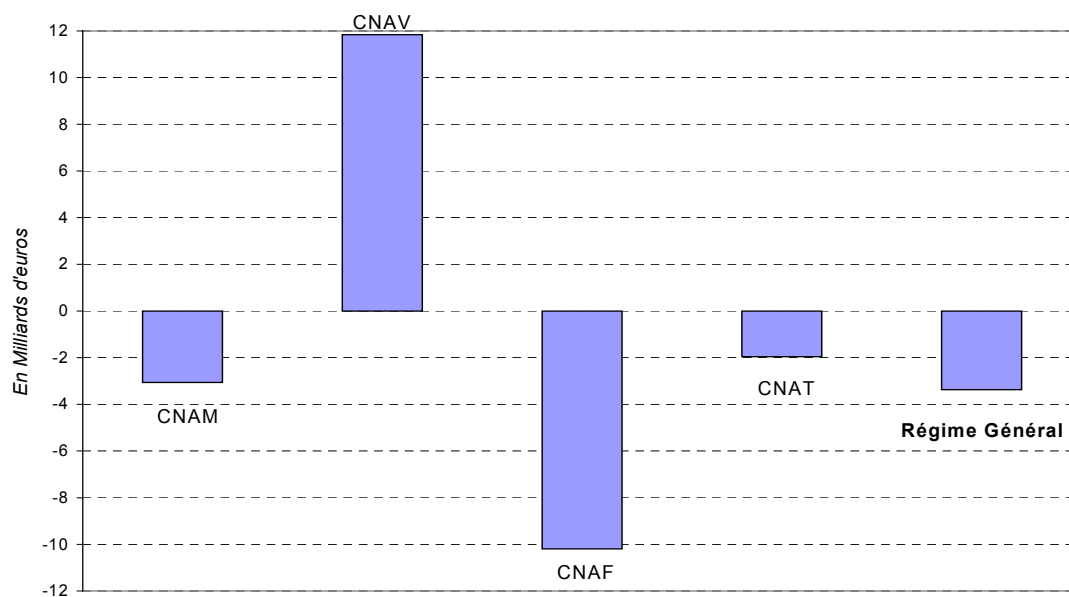
En 2006, le solde entre les transferts reçus et ceux versés par le régime général est négatif à hauteur de 3,4 Md€ (contre 2,7 Md€ en 2005). Ce déséquilibre se réduirait en 2007 à -3,0 Md€.

Le résultat pour chacune des branches du régime général en 2006 est contrasté : le solde est positif pour la CNAV (+ 11,8 Md€) principalement en raison de la prise en charge des cotisations et des prestations par le FSV ; mais il est négatif pour la CNAM-Maladie (-3,1 Md€), pour la CNAM-AT (-2 Md€) en raison des mécanismes de compensation et des prises en charge de soldes mais surtout pour la CNAF (-10,2 Md€) du fait de ses prises en charge de cotisations et de prestations, et du financement du FNAL .

Les transferts internes au régime général atteignent 6,1 Md€ en 2006

Certains transferts financiers sont internes au régime général : ce sont des versements entre les branches du régime général (voir tableau 1). Ils ont représenté 6,1 Md€ en 2006 (contre 6,5 Md€ en 2005) soit une diminution de 5,6%. Dans le compte consolidé du régime général, ces transferts sont neutralisés en charges et en produits, et n'ont donc pas d'impact sur le résultat. En 2007, les transferts internes repartiraient à la hausse (+4,4%) pour atteindre 6,4 Md€.

La prise en charge par la CNAF des cotisations des bénéficiaires de l'AVPF s'élève à 4,2 Md€ en 2006 comme en 2005, en raison d'une écriture exceptionnelle de régularisation de 306 M€ en faveur de la CNAV au titre des exercices 2002 à 2004 (voir fiche 14-3). Les prises en charge de cotisations maladie des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) par la CNAM ont diminué par rapport à 2005 en raison d'une baisse de la prise en charge des cotisations des dentistes. Le remboursement du congé paternité par la CNAF à la CNAM a achevé sa montée en charge mais est toujours dynamique. Enfin, la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles est restée fixée en 2006 à son montant de 2005 (330 M€) et s'élèvera à 410 M€ en 2007.

Graphique 1 – Résumé des transferts reçus et versés par le régime général en 2006**Graphique 2 - Solde des transferts pour les différentes branches du régime général en 2006****Tableau 1 – Transferts internes au régime général**

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
interne CNAM au titre des cotis. maladie des PAM	1 084	1 177	8,6	1 136	-3,5	1 175	3,4
CNAM vers CNAF au titre des cotis. famille des médecins	227	223	-1,8	231	3,4	239	3,4
CNAM et CNAM-AT vers CNAF au titre des travailleuses familiales	53	59	10,6	0	-	0	-
CNAF vers CNAM au titre du congé de paternité	179	187	4,9	197	5,2	208	5,8
CNAF vers CNAV au titre de l'AVPF	3 885	4 224	8,7	4 212	-0,3	4 344	3,1
CNAV vers CNAF (régularisation exceptionnelle AVPF)*	0	265	-	0	-	0	-
CNAM-AT vers CNAM au titre de la sous déclaration des AT	330	330	0,0	330	0,0	410	24,2
Total des transferts internes au régime général	5 758	6 466	12,3	6 106	-5,6	6 376	4,4

* correspondant à une régularisation au titre des exercices 2001 et antérieurs.

LES TRANSFERTS REÇUS

Le montant des transferts reçus par le régime général en 2006 s'est élevé à 29,7 Md€ (contre 20,3 Md€ en 2005). Cette forte augmentation (+46%) résulte pour une large part du traitement comptable du financement des dépenses médico-sociales. En 2007, le montant des transferts reçus augmenterait de 3,5% pour atteindre 30,8 Md€.

Près de 80% de ces transferts, soit 23,6 Md€ en 2006, sont reçus d'organismes tiers : le FSV, la CNSA ou d'autres régimes de base de sécurité sociale.

Les transferts en provenance d'autres régimes de base augmentent en 2006 et se stabilisent en 2007

Ces transferts s'élèvent à 1,2 Md€ en 2006. Ils comprennent les sommes reçues au titre des compensations et des intégrations financières (régularisations de versements du régime général), le transfert annuel reçu par la CNAV au titre de la soulte liée à l'adossement financier du régime des industries électriques et gazières en 2005, ainsi que diverses contributions comme les versements de cotisations des régimes spéciaux à la CNAV, les contributions de la MSA et de la CANAM au financement des cotisations sociales des PAM ou les contributions des autres régimes maladie au financement du régime maladie des étudiants.

L'augmentation de 200 M€ observée en 2006 est due notamment à des régularisations portant sur les mécanismes de compensation.

Les transferts reçus du FSV stagnent en 2006 et diminuent en 2007

Le FSV compense à la CNAV certaines dépenses de prestations (minimum vieillesse et majorations de pensions pour enfants et conjoints à charge), et paie les cotisations de certains assurés, notamment les chômeurs.

Le montant des cotisations payées au titre des chômeurs est en diminution en 2006 (-1,5%, soit un transfert de 7,7 Md€) et en 2007 (-7,2%, soit 7,1 Md€), cette baisse étant liée à la réduction du chômage.

Le remboursement des prestations a augmenté de 4,9% en 2006 pour atteindre 4,9 Md€, porté par le dynamisme des prestations vieillesse. En 2007, ces transferts augmentent moins fortement (+2,8%), en raison notamment de la réforme du minimum vieillesse (voir 13-01).

Le schéma de comptabilisation des dépenses médico-sociales change à partir de 2006

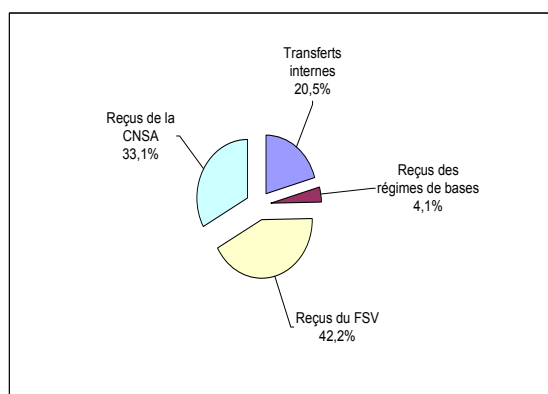
La participation de la CNSA aux dépenses de la CNAM et de la CNAM-AT au titre des prestations médico-sociales est en très forte augmentation en raison du changement de schéma de comptabilisation des dépenses médico-sociales. Celui-ci conduit à augmenter artificiellement les charges et les produits du régime général (de la CNAM essentiellement) de 9,5 Md€ en 2006, soit la part régime général de l'ONDAM médico-social – voir fiches 5-1, 13-3 et 14-1.

Les transferts reçus par le régime général

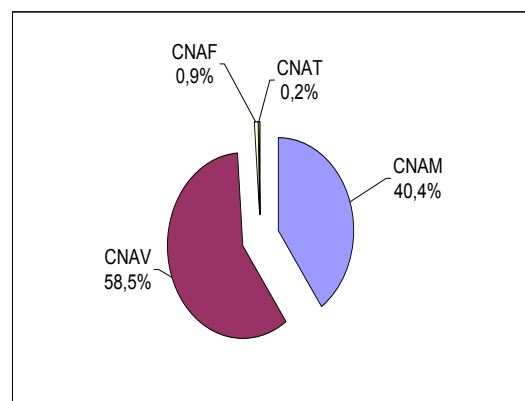
En millions d'euros

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Total des transferts reçus	18 109	20 334	12,3	29 733	46,2	30 770	3,5
Transferts internes au régime général	5 758	6 466	12,3	6 106	-5,6	6 376	4,4
Transferts (hors transferts internes)	12 350	13 868	12,3	23 627	70,4	24 394	3,2
<i>Transferts venant des régimes de base</i>	612	1 014	65,5	1 214	19,7	1 215	0,1
Mécanismes de compensation	140	227	61,8	371	63,4	399	7,5
Régimes intégrés et compensations financières	11	9	-20,1	2	-81,8	0	-93,1
Versement de la soulte IEG	0	287	++	292	1,8	296	1,2
Autres transferts venant des régimes de base	461	491	6,5	549	11,8	520	-5,2
<i>Transferts venant du FSV</i>	11 716	12 448	6,2	12 558	0,9	12 138	-3,3
- Prise en charge de prestations	4 387	4 644	5,9	4 872	4,9	5 007	2,8
- Prise en charge de cotisations	7 328	7 804	6,5	7 687	-1,5	7 130	-7,2
<i>Transferts venant de la CNSA</i>	108	406	275,9	9 855	++	11 042	12,0
<i>Transferts venant du FOREC</i>	-86	0	N.S.	0	N.S.	0	N.S.

Graphique 1 – Les transferts reçus par le régime général en 2006, par nature



Graphique 2 – Les transferts reçus par branche du régime général en 2006



LES TRANSFERTS VERSES

En 2006, le montant total des transferts versés par le régime général s'est élevé à 33,1 Md€ (contre 23,3 Md€ en 2005), et a représenté plus de 10% de l'ensemble des charges du régime. Hors transferts internes au régime (6,1 Md€, voir fiche 5-1), les transferts versés par le régime général ont atteint 27,0 Md€ (contre 16,8 Md€ en 2005). Cette forte augmentation (+ 60,5%) est le fait principalement des nouveaux schémas de comptabilisation liés à la prise en charge des dépenses médico-sociales par la CNSA (voir fiches 5-1 et 13-3) qui conduisent à l'inscription d'un transfert de la CNAM et de la CNAM-AT vers la CNSA de 9,5 Md€ en 2006 et de 10,1 Md€ en 2007. Le reste des transferts est versé aux autres régimes de base (9,8 Md€), au FSV (2,2 Md€) ou à d'autres bénéficiaires, notamment des fonds (5,5 Md€).

En 2007, ces transferts versés augmenteraient faiblement (+1,4%) pour atteindre 27,4 Md€.

Les transferts versés aux autres régimes de base augmentent en 2006 mais diminuent en 2007

Le régime général a effectué en 2006 des transferts vers les autres régimes de base au titre de mécanismes de solidarité pour un montant de 9,8 Md€.

Ces transferts de compensation à la charge du régime général (compensations généralisées maladie et vieillesse et compensations bilatérales maladie) ont représenté 7 Md€ en 2006, en diminution de 200 M€ par rapport à 2005 en raison de l'intégration de la CAVIMAC au régime général dans les calculs déterminant les transferts de compensation généralisée vieillesse. En 2007, ces transferts continueraient de diminuer (-5 %) pour atteindre 6,7 Md€, en raison principalement de la baisse du taux de compensation spécifique.

Le régime général assure par ailleurs l'équilibre des régimes qui lui sont intégrés financièrement : salariés agricoles et cultes en maladie et vieillesse, régime des militaires en maladie. Il verse également, dans la branche AT-MP, un transfert de compensation au régime des salariés agricoles et au régime des mines. Ces transferts sont impactés en 2006 par la prise en charge du déficit de la branche vieillesse de la CAVIMAC (qui a augmenté puisque ce régime ne bénéficie plus de la compensation généralisée vieillesse). Enfin, le régime général opère des versements de cotisations aux régimes spéciaux, pour environ 0,4 Md€ en 2006 et 2007.

Les subventions et dotations à des fonds s'élèvent à 7,7 Md€ en 2006

Le principal transfert est la contribution de la CNAF au financement du FNH et du FNAL (3,8 Md€ en 2006) au titre des allocations logement (APL et ALT). Ce transfert a augmenté de 7,3% en 2006, et devrait diminuer en 2007. Ces fluctuations sont dues à l'augmentation de la part de l'aide personnelle au logement financée par la CNAF et aux régularisations liées à ce changement (voir fiche 11-2).

La CNAF verse un transfert au FSV (2,2 Md€ en 2006) au titre de la prise en charge d'une partie des majorations pour enfants que le FSV finance. Ce transfert est dynamique en 2006 comme en 2007, porté par l'augmentation des prestations vieillesse.

Les autres transferts sont constitués de versements à des fonds par la branche maladie (FMESPP, FEH...) et par la branche AT-MP, notamment aux fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA, FCAATA). Les dotations de la branche AT-MP à ces deux fonds ont représenté 1 Md€ en 2006 (+26,8% par rapport à 2005) et passeront à 1,1 Md€ en 2007.

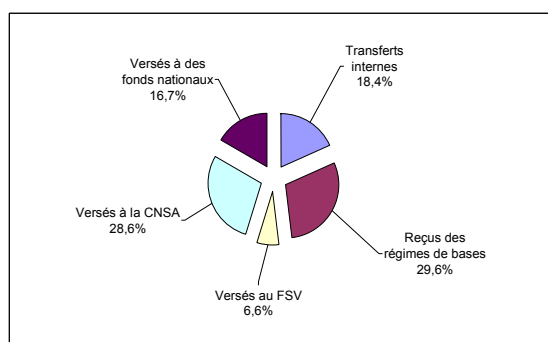
Les transferts versés par le régime général

En millions d'euros

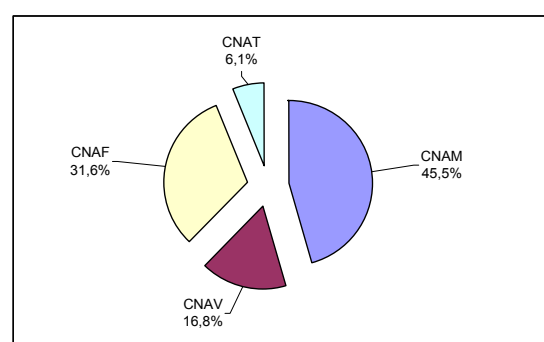
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Total des transferts versés	22 488	23 284	3,5	33 103	42,2	33 762	2,0
Transferts internes au régime général	5 758	6 466	12,3	6 106	-5,6	6 376	4,4
Transferts (hors transferts internes)	16 729	16 818	0,5	26 997	60,5	27 386	1,4
Transferts vers des régimes de base	9 775	9 610	-1,7	9 797	1,9	9 420	-3,8
Mécanismes de compensation	5 264	7 250	37,7	7 007	-3,4	6 658	-5,0
Régimes intégrés et compensations financières	3 702	1 603	-56,7	2 052	28,0	2 009	-2,1
Autres transferts vers des régimes de base	809	757	-6,4	739	-2,5	753	2,0
Transferts vers le FSV	1 965	2 087	6,2	2 185	4,7	2 283	4,5
Transferts vers la CNSA	0	0	-	9 477	++	10 095	6,5
Autres transferts	4 990	5 120	2,6	5 538	8,1	5 587	0,9
Transferts vers des fonds maladie et AT	1 463	1 344	-8,1	1 485	10,4	1 634	10,0
Transferts vers des régimes complémentaires	0	0	-	0	-	0	-
Subventions et participations	3 465	3 731	7,7	4 000	7,2	3 829	-4,3
dont financement FNH/FNAL	3 271	3 491	6,7	3 746	7,3	3 554	-5,1
Autres transferts	61	45	-26,1	53	17,6	125	135,1

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Graphique 1 – Les transferts versés par le régime général en 2006, par nature



Graphique 2 – Les transferts versés par branche du régime général en 2006



THEME 6
ANALYSE ET ECLAIRAGES RECETTES

LES PRELEVEMENTS SUR LES REVENUS D'ACTIVITE

Avertissements : tous les indicateurs présentés dans cette fiche, concernant la masse salariale du secteur privé et sa décomposition emploi/salaire sont établis sur le champ de recouvrement des Urssaf. Ils peuvent présenter des évolutions légèrement divergentes de celles présentées par la comptabilité nationale, calculées sur un champ un peu différent. Ainsi l'hypothèse de croissance de la masse salariale en 2007 sur laquelle sont assises les prévisions de recettes du régime général est supérieure de 0,2 point à celle établie sur le champ de la comptabilité nationale (4,8% contre 4,6%)¹⁴.

Par ailleurs, à compter du 1^{er} janvier 2006, les exonérations générales de cotisations patronales ne sont plus prises en charge par l'Etat mais compensées par une affectation de recettes fiscales. Dès lors, les caisses de sécurité sociale enregistrent en 2006 des produits de recettes fiscales venant remplacer les prises en charge de cotisations par l'Etat, et sortant du champ d'analyse de cette fiche. Ce changement induit une rupture dans la série des produits sur revenus d'activité (comprenant les cotisations sociales, la CSG assise sur les revenus d'activité et les prises en charge de cotisations par l'Etat) qui baissent sensiblement en 2006. C'est pourquoi les analyses ci-dessous se limitent à l'agrégat des cotisations et contributions sur les revenus d'activité et en excluent les prises en charge de cotisations. Elles n'intègrent pas non plus la taxe sur les salaires (faisant partie du panier de recettes fiscales depuis le 1^{er} janvier 2006).

Les produits sur revenus d'activité ont été dynamiques en 2006 mais ralentiraient en 2007 malgré une accélération de la masse salariale

Le taux de croissance des produits sur revenu d'activité a été de 4,4% en 2006. Dans la mesure où un peu plus des trois quarts (77%) de ces recettes proviennent du secteur privé, la croissance de la masse salariale de ce secteur est le principal déterminant des évolutions des recettes du régime général assises sur les revenus d'activité¹⁵.

La croissance de la masse salariale du secteur privé (sur le champ de recouvrement des Urssaf et à l'exclusion des particuliers employeurs et des grandes entreprises nationales) s'est établie à 4,3% en 2006 et serait de 4,8% en 2007 (contre 3,4% en 2005).

L'accélération de la masse salariale entre 2005 et 2006 se partage à peu près également entre une progression plus rapide du salaire moyen (+0,5 point sur le taux de croissance, lié notamment à d'importants effets primes début 2006) et de l'emploi salarié (+0,4 point).

Les salaires continueraient d'être dynamiques en 2007 (+3,4% en moyenne annuelle), portés par un premier trimestre particulièrement fort dû notamment à d'importantes primes versées dans le secteur bancaire en progression encore plus rapide qu'en 2006. L'emploi progresserait également rapidement (+1,4% en moyenne annuelle) : près de 300 000 emplois seraient créés en 2007 selon l'INSEE.

Malgré cette accélération de l'assiette du secteur privé en 2007 (0,5 point de plus qu'en 2006), les produits de cotisations et contributions sur les revenus d'activité ralentiraient en 2007 (+3,6%), principalement en raison de la dynamique des exonérations de cotisations.

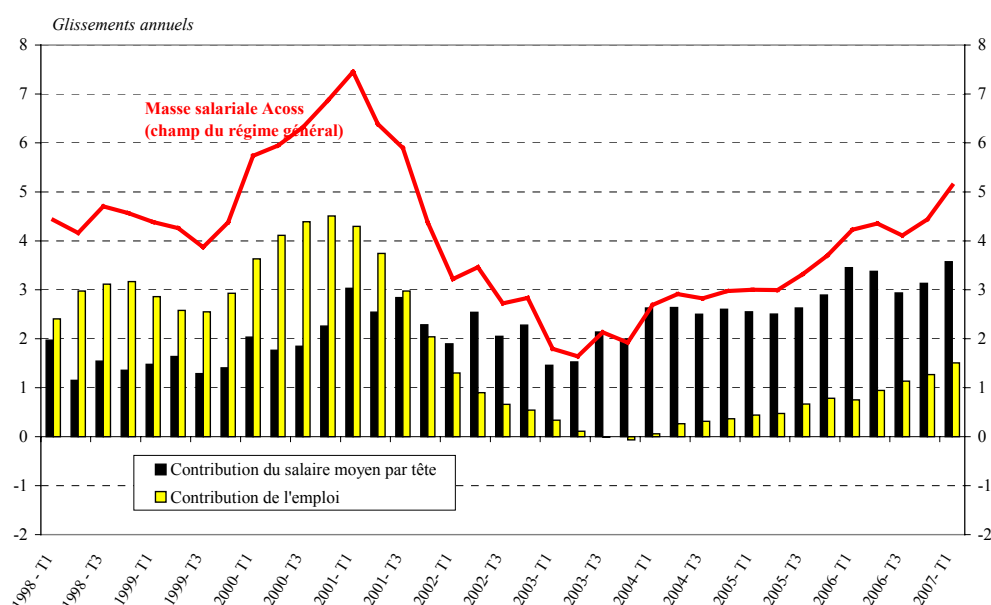
¹⁴ Le champ du régime général mesuré par l'ACOSS comprend en plus les secteurs de l'éducation, la santé marchande et les associations, et il exclut les grandes entreprises nationales. Il ne prend pas en compte les entreprises relevant de la MSA.

¹⁵ Le reste de ces recettes se partage entre le secteur public, les travailleurs indépendants, les particuliers employeurs, les grandes entreprises nationales, les salariés agricoles ... (voir tableau 1).

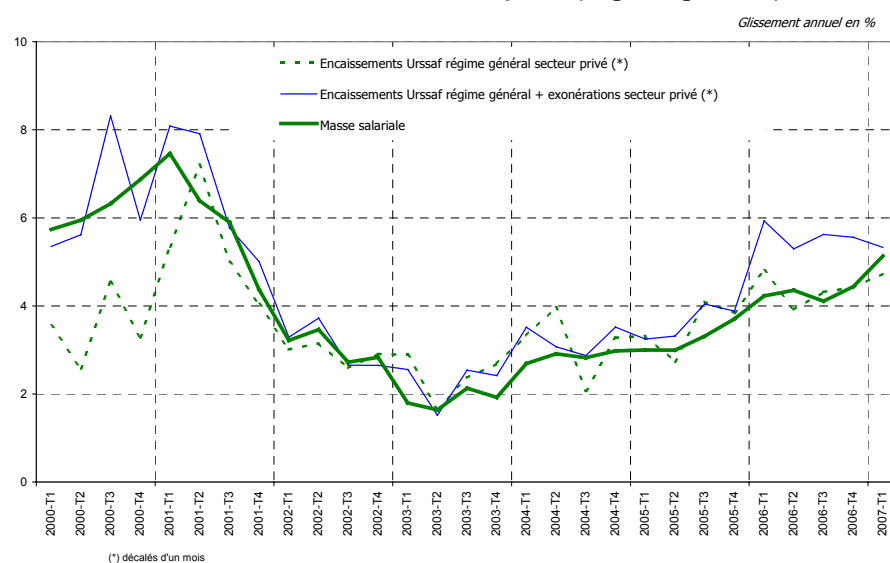
**Tableau 1 - Evolution des produits sur revenus d'activité par catégorie de cotisants
champ régime général (hors exonérations)**

	Poids	2005	2006	2007
Secteur salarié privé (hors secteur agricole)	77%	3,5%	4,3%	4,0%
Secteur public	15%	2,6%	4,6%	1,9%
Travailleurs indépendants	4%	5,4%	6,8%	4,2%
Particuliers employeurs	1%	13,5%	4,7%	2,1%
Grandes entreprises nationales	1%	2,9%	-0,8%	2,2%
Autres (dont salariés agricoles)	1%	4,0%	2,7%	3,0%
Ensemble	100%	3,6%	4,4%	3,6%

Source : DSS

Graphique 1 - Evolution de l'emploi et de la masse salariale du secteur privé

Source ACOSS

**Graphique 2 – Evolution comparée de la masse salariale
des encaissements du secteur privé (régime général)**

Source ACOSS

Divers éléments conduisent l'évolution des produits sur revenus d'activité à s'écarter de celle de la masse salariale du secteur privé

Ces éléments, détaillés dans le tableau 2, peuvent avoir un impact différencié selon les branches et viennent alors modifier leur dynamique respective.

Les branches retraite et accidents du travail ont bénéficié d'une hausse de taux de cotisations au 1^{er} janvier 2006

Cette hausse, de 0,1 point pour la branche AT-MP (part patronale) et de 0,2 point sous plafond pour la branche vieillesse (se décomposant en 0,1 point de cotisation salariale et 0,1 point de cotisation patronale) a contribué pour 0,6 point à la croissance des produits sur revenus d'activité en 2006 de l'ensemble du régime général.

La forte progression des exonérations en 2006 et 2007 limite celle des cotisations dues par les employeurs

A taux de cotisation et assiette de prélèvement constants, la progression de l'agrégat constitué des produits de cotisations et des exonérations s'approche de celle de la masse salariale (voir graphique 2 – en 2006, les courbes de la masse salariale, d'une part, et des cotisations + exonérations, d'autre part, sont éloignées en raison de la hausse des taux de cotisations au 1^{er} janvier 2006). En revanche, la dynamique des deux termes de cet agrégat, cotisations d'une part, et exonérations d'autre part, peut être très différente comme cela est le cas en 2006 : la forte augmentation des exonérations (voir fiche 6-4) freine le rythme de croissance des cotisations dues par les entreprises – les cotisations progressant moins rapidement que l'assiette.

Cet effet a pesé sur la croissance de l'ensemble des produits du régime général sur les revenus d'activité pour plus d'un point en 2006. Il serait presque aussi marqué en 2007 (-0,9 point). Ce sont les recettes sur revenus d'activité de la branche AT-MP qui sont les plus marquées par ce phénomène, comparativement aux autres branches, car elles ne comprennent que des cotisations patronales (principalement du secteur privé, et des particuliers employeurs où se concentre la quasi totalité des exonérations) et pas de cotisations salariales ni de CSG.

L'évolution de la CSG sur les revenus d'activité du secteur privé affectée à la CNAM est structurellement déconnectée de celle de la masse salariale

Cette déconnexion s'explique d'une part par la dynamique spécifique de la part des revenus salariaux soumis à CSG mais non inclus dans l'assiette des cotisations, et d'autre part par le mécanisme de répartition de la CSG maladie entre régimes.

L'assiette CSG sur les revenus d'activité comprend l'assiette salariale totale à laquelle s'ajoutent essentiellement les primes liées à la participation et l'intéressement ainsi que les contributions au financement des prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire. Ces éléments non soumis aux cotisations sociales ont une dynamique plutôt pro-cyclique. Dans la conjoncture favorable actuelle, ils croissent plus rapidement que la masse salariale, qui ne mesure que l'assiette soumise à cotisations.

En 2006, une mesure, à partir des données comptables, du différentiel de croissance entre l'assiette de CSG et l'assiette sociale sur le champ du secteur privé salarié conduit à une estimation de cet écart un peu inférieure à 0,4 point¹⁶. La prévision 2007 fait l'hypothèse d'un différentiel de 0,3 point. Le surcroît de croissance lié à cet effet sur l'ensemble des produits du régime général sur revenus d'activité serait d'environ 5 centièmes de point (de l'ordre de 100 M€).

¹⁶ Une mesure directe de cet écart par l'ACOSS sur la base des bordereaux récapitulatifs de cotisations ne conduit pas à un résultat significativement différent.

Tableau 2 – Décomposition de la croissance des produits sur revenus d'activité

<i>(taux de croissance en %)</i>	2006	2007
croissance de la masse salariale du secteur privé	4,3	4,8
effet hausse de taux (retraite +0,2 et AT-MP +0,1 au 01/01/06)	0,63	
effet exonérations	-1,06	-0,88
<i>dont exonérations compensées par dotations budgétaires (1)</i>	-0,24	-0,24
<i>dont exonérations générales (2)</i>	-0,74	-0,57
<i>dont exonérations non compensées</i>	-0,08	-0,06
effet plafond	0,00	0,02
effet répartition CSG maladie entre régimes	0,03	0,02
effet assiette CSG secteur privé	0,06	0,04
effet autres catégories de cotisants	0,36	-0,38
<i>dont effet secteur public (agents titulaires et non titulaires)</i>	0,04	-0,44
autres effets (erreurs de PAR, contrôles, tarification AT-MP ...)	0,03	-0,01
croissance des produits sur les revenus d'activité (régime général)	4,4	3,6
masse des cotisations et contributions (en Md€)	198,1	205,2

(1) ne pèse pas sur le solde du régime général, puisque ces exonérations sont intégralement prises en charge par l'Etat.

(2) ne pèse pas sur le solde en 2006 en raison du mécanisme d'équilibrage à « l'euro l'euro » (voir fiche 6-4).

Notes : les différents éléments expliquant l'écart entre la croissance de la masse salariale du secteur privé et celle des produits du régime général sur revenus d'activité sont décrits tout au long de la fiche.

D'autres mécanismes interviennent (sommés dans la ligne « autres effets » du tableau) et ne sont pas détaillés soit parce que leur impact sur les comptes est marginal, soit parce qu'en pratique il est impossible à mesurer. On peut citer notamment :

- les erreurs d'estimation des produits à recevoir (PAR) : s'agissant des cotisations, les PAR désignent les cotisations exigibles lors d'un exercice mais correspondant à une période d'emploi d'un exercice antérieur. En pratique, la majeure partie des sommes perçues par les Urssaf pendant le mois de janvier doit être rattachée comptablement à l'exercice précédent. Lors de la clôture des comptes, le montant des PAR ne peut être connu avec certitude ce qui peut entraîner une légère sur ou sous estimation des produits de l'exercice concerné et de l'exercice suivant.
- les crédits non répartis : ces montants correspondent à des versements pour lesquels le bordereau récapitulatif de cotisations (support déclaratif associé au versement des cotisations) n'a pas été reçu ou n'a pu être exploité, empêchant la répartition des versements entre les attributaires au moment de l'encaissement. Ces crédits font l'objet d'une répartition statistique dans la comptabilité des caisses nationales, une fois par an, avant la clôture des comptes. Cette répartition peut être un peu différente de la juste répartition obtenue une fois la pièce déclarative définitive connue et peut conduire à ce que des produits soient provisoirement mal répartis entre certains attributaires (en particulier entre le régime général et les organisme tiers (FNAL, IRCEM, Unédic...) pour lesquels les Urssaf assurent des opérations de recouvrement).
- les régularisations : des régularisations tardives peuvent être apportées par les cotisants dans leur déclaration, apparaissant dans les comptes de l'exercice où elles sont connues des Urssaf, exercice qui peut-être différent de celui du fait générateur « économique » du paiement.
- la tarification des AT-MP : les mécanismes de fixation des taux de prélèvement d'une année à l'autre sont fondés sur les dépenses passées ce qui distend leur lien avec la croissance de la masse salariale.

Par ailleurs, depuis 2000, les montants annuels de CSG que doit percevoir chaque régime d'assurance maladie autre que la CNAM sont établis de manière définitive au début de chaque année, la CNAM percevant le solde entre ces sommes et le montant comptable total de CSG recouvrée. Ils sont calculés à partir des montants affectés lors de l'exercice précédent que l'on fait évoluer en fonction du dernier taux de croissance connu de l'assiette de la CSG maladie sur les revenus d'activité et de remplacement (taux de croissance entre les exercices N-3 et N-2).

Ce mécanisme se traduit par des décalages importants entre l'évolution des revenus et celle des montants de CSG affectés aux régimes (décalage temporel et écart de champ). Ainsi, à législation constante, alors que le rendement total de la CSG maladie sur revenus d'activité évolue comme son assiette lors de l'exercice N, la part des régimes autres que le régime général évolue comme l'assiette des revenus d'activité et de remplacement en N-2. C'est donc la part de CSG maladie revenant à la CNAM qui « absorbe » l'intégralité du différentiel entre ces deux taux.

Ce mécanisme a eu un effet très limité en 2006 sur la croissance globale des produits sur revenus d'activité (voir tableau 2)

Par ailleurs, en 2005, tout le rendement de l'élargissement de l'assiette de la CSG a été affecté à la CNAM (+7,0% de CSG pour la CNAM sur les revenus d'activité par rapport à 2004) comme le prévoyait la réforme maladie ; afin de maintenir cette affectation à la CNAM, il a été nécessaire de modifier exceptionnellement le mécanisme de répartition de la CSG maladie entre les régimes en 2007 : à législation constante, la part des régimes maladie devrait en effet progresser comme l'assiette de CSG sur les revenus d'activité et de remplacement en intégrant de ce fait la réduction d'abattement sur les revenus d'activité (passant de 5% à 3%) opérée en 2005. Compte tenu de la neutralisation de cet effet, le montant de CSG affectée au autres régimes croît de 3,8% en 2007 contre une prévision de croissance de la masse salariale de 4,8%.

Les cotisations retraite du régime général, assises pour l'essentiel sur une masse salariale plafonnée, voient leur croissance dépendre des évolutions du plafond de la sécurité sociale

Le plafond de la sécurité sociale a été revalorisé de 2,9% au 1^{er} janvier 2006, soit un taux inférieur à la croissance du salaire moyen du secteur privé en 2006 (3,3%). Il aurait dû en résulter une croissance un peu moins forte de la masse salariale sous plafond que de la masse salariale totale. Toutefois, aucun écart de croissance n'a été mesuré ex post en 2006. Ce phénomène pourrait s'expliquer par des créations d'emplois à bas salaires plus importantes que dans les autres tranches de rémunérations.

En 2007, le plafond de la sécurité sociale a été revalorisé de 3,6% au 1^{er} janvier 2007, soit 0,2 point de plus que la prévision de croissance du salaire moyen. En conséquence, en l'absence d'une déformation de l'échelle des salaires, le taux de croissance de la masse salariale plafonnée serait plus élevé de 0,1 point que celui de la masse salariale totale.

Encadré 1 - La revalorisation du plafond de la sécurité sociale

La procédure de fixation du plafond de la sécurité sociale est définie par les articles D.242-16 à D.242-19 du Code de la sécurité sociale. L'indice utilisé depuis 1984 pour la revalorisation du plafond est le salaire moyen par tête (SMPT) du secteur marchand non agricole qui figure pour l'année en cours dans le rapport économique, social et financier (RESF) annexé au projet de loi de finances.

En 2007 le plafond de la sécurité sociale s'est établi à 32 249 euros pour l'ensemble de l'année, contre 31 068 euros en 2006, soit une augmentation de 3,6 %. Il a été fixé en tenant compte de l'estimation effectuée à la rentrée 2006 du salaire moyen par tête (SMPT) pour 2006, soit +3,3% et d'une régularisation au titre de 2005 de +0,3 point, qui correspond à l'écart entre l'estimation à cette date du taux de croissance du SMPT en 2005 (+2,9%) et celle qui figurait dans le RESF annexé au projet de loi de finances de fin 2005 (+2,6%).

Tableau 3 - Répartition des cotisations et contributions sur revenus d'activité entre les différentes branches (hors exonérations)

	<i>Poids</i>	2005	2006	2007
Maladie	48%	4,3%	4,1%	3,6%
AT-MP	4%	2,3%	6,5%	2,3%
Famille	19%	3,7%	4,0%	3,5%
Retraites	29%	2,5%	4,9%	3,9%
Régime général	100%	3,6%	4,4%	3,6%

Source : DSS

Les produits de cotisations et de la CSG sur revenus d'activité du régime général ont accéléré en 2006 (+0,8 point de croissance par rapport à 2005). Cette accélération résulte de nombreux facteurs qui ont des impacts contrastés sur les comptes :

- la progression de la masse salariale du secteur privé, plus élevée de 0,9 point en 2006 qu'en 2005 (+4,3% contre +3,4%) ;
- la hausse des taux de cotisations des branches AT-MP et retraite (respectivement +0,1 point et +0,2 point au 1^{er} janvier 2006) ;
- un effet rattrapage positif de la suppression de l'ajustement des cotisations des travailleurs indépendants en 2004 ;
- l'accélération des produits du secteur public (+4,5% en 2006 contre +2,6% en 2005) ;
- la vive croissance des exonérations compensées ou non (+13,9% voir fiche 6-3) qui pèse fortement sur les cotisations encaissées (-1,1 point).

En 2007, les produits sur revenus d'activité croîtraient de 3,6% sur le champ du régime général :

- la croissance de la masse salariale serait de 4,8% ;
- le ralentissement des produits du secteur public pèserait sur la croissance globale des produits (-0,4 point) ;
- les exonérations demeurerait très dynamiques (+11,9%) et limiteraient la croissance des cotisations (pour 0,9 point).

Les produits sur revenu d'activité des autres cotisants

Les produits de cotisations et contributions du secteur public (agents titulaires et non titulaires des trois fonctions publiques) ont progressé de 4,5% en 2006. Une partie de cette progression s'explique par la hausse des taux de cotisations retraite et AT-MP des agents non titulaires au 1^{er} janvier 2006 (qui n'a cependant pas concerné les agents titulaires). La prévision 2007 retient une progression plus modérée de 1,9% en moyenne recouvrant des évolutions hétérogènes par catégorie (de -0,9% pour les agents de l'Etat à +7,0% pour les agents des collectivités territoriales).

Les taux de croissance annuels observés dans les comptes, s'agissant du secteur public et de ses différentes composantes, sont irréguliers et peuvent être difficiles à interpréter en raison :

- de changements de champ comptable (changement de statut, au regard des catégories comptables, de la Poste, des maîtres et documentalistes de l'enseignement privé ; transfert d'agents de l'Etat vers les collectivités territoriales...) ;
- de modifications de circuit de trésorerie (transfert du recouvrement des cotisations famille des fonctionnaires de l'Etat aux Urssaf, ce qui explique notamment le différentiel de croissance prévisionnelle en 2007 des cotisations entre les agents de l'Etat d'une part, et les agents des collectivités territoriales d'autre part) ;
- de décalages de versements, particulièrement en fin d'année (paiements anticipés), qui compliquent l'analyse des séries infra annuelles et le calcul des produits à recevoir lors des opérations de clôture des comptes.

Les cotisations et la CSG des travailleurs indépendants – environ 4% des produits du régime général sur les revenus d'activité – ont crû de 6,5% en 2006 (contre 4,9% en 2005).

A l'inverse des autres secteurs, les cotisations acquittées par cette catégorie ne peuvent pas être comparées directement aux évolutions de leurs revenus la même année. En effet, compte tenu des mécanismes de recouvrement, il existe un décalage moyen entre les évolutions des revenus et des cotisations de l'ordre d'un an.

Outre la bonne tenue des revenus 2005 des travailleurs indépendants, le dynamisme des cotisations observé en 2006 repose sur deux phénomènes ponctuels :

- les derniers effets de modification du calendrier de recouvrement des cotisations en 2004 (suppression de l'ajustement) ; une partie des cotisations qui auraient été recouvrées fin 2004 et début 2005 dans l'ancien schéma, l'ont été effectivement en 2006, compte tenu du nouveau¹⁷ ;
- une diminution des prises en charge des cotisations des dentistes (mesure prise parallèlement à des revalorisations de certains actes), qui a augmenté mécaniquement les cotisations dues par ces cotisants (cela joue pour 1,2 point dans la croissance des produits de cotisations et contributions des ETI en 2006).

En 2007 les produits de cotisations et de CSG des travailleurs indépendants progresseraient de 4,1%.

Les cotisations et contributions des particuliers employeurs, qui représentent environ 1% des produits du régime général sur revenu d'activité, ont enregistré une progression de 4,7% en 2006.

¹⁷ Pour une explication plus détaillée des effets de la suppression du mécanisme d'ajustement, se reporter aux fiches 6-1 des rapports à la CCSS précédents.

Tendanciellement, cette croissance est stimulée par le dynamisme du secteur de la garde des enfants, lui-même entraîné par :

- une natalité forte (en augmentation sensible en 2006) ;
- les effets de la prestation d'accueil du jeune enfant qui facilite le recours aux services d'une assistante maternelle ou d'une garde à domicile en proposant une aide financière accrue aux parents d'enfants de moins de 3 ans¹⁸ (voir fiches 11-2) ;
- un ensemble de dispositions fiscales favorables en cas de recours à un mode de garde payant.

De plus, les particuliers employeurs ont été concernés par les hausses de taux des cotisations retraite et AT-MP au premier janvier 2006.

La croissance des cotisations des particuliers employeurs demeure cependant nettement inférieure à la progression de la masse salariale de l'ensemble des services aux particuliers : une grande partie de cette croissance échappe en effet à l'assiette des prélèvements sociaux puisque ces emplois bénéficient largement de dispositifs d'exonérations non compensées (aide à domicile, exonérations emplois familiaux - voir tableau 4).

En outre, un nouvel abattement (compensé par l'Etat) de 15 points des cotisations dues par les particuliers employeurs a été mis en place en 2006.

Au total ces trois dispositifs ont réduit la croissance des cotisations et contributions des EPM d'environ 6,5 points en 2006.

En 2007, les cotisations des EPM (hors exonérations) n'augmenteraient que de 2,1%. L'effet négatif sur les cotisations de la hausse des exonérations de cotisations, qui demeure forte en 2007, n'est en effet plus partiellement compensée par une hausse des taux comme en 2006.

Tableau 4 – Exonérations en faveur des particuliers employeurs

	2005	2006	%	2007	%
Emplois familiaux (non compensé)	808	885	9,5	969	9,5
Aide à domicile (non compensé)	446	519	16,4	578	11,4
Abattement de 15 points (compensé)	0	153		232	++
Total	1 254	1 557	24,2	1 779	14,3

Source : ACOSS

¹⁸ Les prises en charge de cotisations pour l'emploi d'une assistante maternelle ou d'une garde à domicile par les CAF se matérialisent par des encaissements dans les Urssaf, les CAF se substituant aux particuliers employeurs pour le paiement de ces cotisations.

LES CREANCES SUR LES COTISANTS DES URSSAF

En cas de retard de paiement des cotisations dues aux Urssaf, des créances égales aux montants impayés sont constatées en fin d'exercice comptable et provisionnées¹⁹.

L'importance de la part des cotisations non recouvrées fluctue d'une année à l'autre. Elle diminue tendanciellement, notamment en raison des efforts réalisés par les Urssaf dans la gestion du recouvrement, mais peut augmenter ponctuellement en période de creux conjoncturel lorsque le nombre de cotisants faisant face à des difficultés financières augmente.

Le taux de restes à recouvrer du dernier exercice, défini comme la part – exprimée en pourcentage - des produits exigibles au cours de l'année civile non recouverts au 31 décembre, constitue un indicateur important des conditions générales de recouvrement.

Le taux de restes à recouvrer du dernier exercice a été de 0,97% en 2006

Il est quasiment stable par rapport à 2005 (+0,01 point). Ce taux augmente très légèrement sur le champ du secteur salarié privé (+0,15 point), tant sur les très petites entreprises (+0,02) que sur les plus de 9 salariés (+0,01 point), après 3 années de baisse continue depuis 2002.

A l'inverse le taux de reste à recouvrer diminue globalement pour les travailleurs indépendants (-0,04 point) alors qu'il augmente à la fois sur les cotisants mensuels et trimestriels. Ce résultat apparemment paradoxal s'explique par un effet de structure lié au mouvement progressif de mensualisation des travailleurs indépendants : le poids grandissant des cotisants mensuels, ayant un taux de reste à recouvrer faible, améliore le taux de reste à recouvrer global.

Les charges nettes liées aux opérations sur créances ont augmenté de 98 M€ en 2006, s'établissant à 1,5 Md€

Cette hausse est la résultante de deux mouvements opposés sur les pertes sur créances irrécouvrables (en hausse de 145 M€) et les dotations nettes aux provisions (en baisse de 47 M€).

L'augmentation des annulations de créances fait suite notamment à des opérations d'apurement de créances anciennes à l'Urssaf de Paris. Cette hausse augmente mécaniquement les reprises sur provisions ce qui vient minorer les dotations nettes.

Toutefois ce phénomène est compensé en partie par la hausse du provisionnement pour nouvelles créances (+130 M€ par rapport à 2005) qui se décompose en :

- un effet lié au volume croissant de cotisations à recouvrer (+100 M€ de dotations) ;
- un effet lié à la hausse du taux de reste à recouvrer du dernier exercice (+40 M€) ;
- un effet lié à une légère baisse du taux de provisionnement sur les créances nouvelles (-10 M€) qui joue en sens inverse des deux autres.

¹⁹ Pour une description détaillée des différentes écritures comptables liées aux créances sur cotisations ainsi que la présentation de la méthode statistique de provisionnement utilisée par l'Acoss, se reporter à la fiche 7-3 du rapport de mai 2003 de la Commission des comptes.

Tableau 1 – Taux de restes à recouvrer du dernier exercice par catégorie de cotisants (régime général et tiers – cotisations exigibles du 1^{er} janvier au 31 décembre)

(sur les seules cotisations)	2002	2003	2004	2005	2006
Secteur privé	1,11%	1,09%	0,95%	0,87%	0,89%
Moins de 10 salariés	3,42%	3,36%	3,15%	3,10%	3,25%
Plus de 9 salariés	0,65%	0,65%	0,54%	0,46%	0,47%
Taxe pharmaceutique + contribution FCAATA				1,16%	0,34%
Secteur public	0,12%	0,10%	0,09%	0,11%	0,08%
Employeurs et travailleurs indépendants	7,02%	7,26%	6,08%	5,76%	5,72%
à échéance mensuelle	1,93%	1,93%	1,00%	1,35%	1,54%
à échéance trimestrielle	8,65%	10,35%	9,59%	9,16%	9,20%
Employeurs et personnels de maison	1,18%	0,93%	0,78%	0,80%	0,64%
Praticiens et auxiliaires médicaux	3,06%	2,26%	2,61%	2,92%	9,85%
Assurés volontaires, régime de résidence	1,44%	0,63%	0,77%	1,71%	3,69%
Divers (y compris CMU)	0,06%	0,06%	0,06%	0,04%	0,03%
TOTAL	1,21%	1,21%	1,04%	0,96%	0,97%

Source: ACOSS

Tableau 2 – Charges nettes liées aux opérations sur créances (régime général)

(En M€ - sur l'ensemble des cotisations + majorations & pénalités)	2003	2004	2005	2006
Produits des URSSAF (1)	173 491	178 265	185 937	196 731
Encaissements des URSSAF (2)	170 736	175 769	183 399	193 977
Charges (3)	197	179	195	223
Nouvelles créances de l'exercice (4) = (1) - (2) - (3)	2 558	2 317	2 343	2 531
Taux de restes à recouvrer de l'exercice comptable (5) = (4)/(1)	1,47%	1,30%	1,26%	1,29%
Pertes sur créances irrécouvrables (6)	1 409	1 396	1 468	1 613
Dotations aux provisions pour nouvelles créances de l'exercice (7)	1 905	1 725	1 752	1 882
Dotations nettes aux provisions (8)	129	-71	-70	-117
Charges nettes liées aux opérations sur créances (6) + (8)	1 538	1 325	1 398	1 496

Source: ACOSS

- les *produits* (1), *encaissements* (2) et *charges* (3) sur les salaires versés au titre de l'exercice en cours, arrêtés au 31 décembre, sont déterminés à partir de données comptables (RACINE). Les produits, encaissements et charges relatifs à des salaires versés en décembre N et comptabilisés en N+1 (jusqu'à fin janvier) sont estimés.
- nouvelles créances de l'exercice* (4) : il s'agit de la différence entre les *produits* (1) sur les salaires versés lors de l'exercice comptable (de janvier à décembre en droits constatés) et les *encaissements* (2) et *charges* (3) enregistrés se rattachant à ces produits. Ainsi les créances découvertes lors de l'exercice mais dont la période de salaire se rattache à un exercice antérieur (suite à un contrôle par exemple) ne sont pas incluses dans ce montant – elles font cependant, lors de leur découverte, l'objet d'un provisionnement qui est pris en compte dans les *dotations nettes aux provisions* (8) mais pas dans les *dotations pour nouvelles créances de l'exercice* (7).
- taux de restes à recouvrer de l'exercice* (5) : ce taux rapporte les *créances nouvelles* (4) aux *produits* comptables (1). Il s'agit du taux de restes à recouvrer du dernier exercice présenté dans le tableau 1 mais sur le régime général seul. Il intègre également les majorations et pénalités, contrairement au tableau 1. Le taux de reste à recouvrer (net des charges), régime général + tiers, y compris les majorations et pénalités, s'établit à 1,10% en 2005 contre 1,29% pour le régime général seul.
- pertes sur créances irrécouvrables* (6) : elles regroupent les admissions en non valeur, les annulations et abandons de créances (inscrites en charges dans les comptes et entraînant des reprises sur provisions inscrites en produits pour un montant très proche, égal à la part préalablement provisionnée de ces créances (voisine de 90%)).
- dotations aux provisions pour nouvelles créances de l'exercice* (7) : 75% des *nouvelles créances de l'exercice* (4) sont inscrites en provisions pour tenir compte du risque de leur non recouvrement.
- dotations nettes aux provisions* (8) : il s'agit du solde entre les dotations et reprises sur provisions inscrites dans les comptes. Elles résultent des dotations pour nouvelles créances (quel que soit l'exercice d'exigibilité des créances nouvellement découvertes), du reprovisionnement du stock d'anciennes créances afin d'intégrer les dernières évolutions des conditions de recouvrement, et des reprises sur provisions liées aux pertes sur créances irrécouvrables.
- charges nettes* : somme des *pertes sur créances irrécouvrables* (6) et des *dotations nettes aux provisions* (8), elles mesurent l'impact consolidé négatif des opérations sur créances sur le solde du régime général en droits constatés.

LES DISPOSITIFS D'EXONERATION EN FAVEUR DE L'EMPLOI

Les mesures d'exonération en faveur de l'emploi sont de deux types : les mesures générales d'allègement, qui sont compensées depuis le 1^{er} janvier 2006 par un transfert de recettes fiscales, et les mesures ciblées, compensées par dotations budgétaires ou non compensées (voir encadré 1). Le montant des exonérations au titre de l'ensemble de ces mesures augmente de 13,9% en 2006.

Les mesures générales d'exonération ont augmenté de 12,9% en 2006, et resteraient dynamiques en 2007

En 2006, les mesures générales d'exonération ont augmenté de 12,9% sous l'effet de la croissance des montants exonérés au titre de l'allègement unique dit Fillon. Le montant de ce dernier s'est accru d'environ 2,1 Md€ (soit + 13,9%) et explique l'essentiel de la croissance du montant total des exonérations.

Le dynamisme de l'allègement Fillon est lié en premier lieu aux évolutions des sous-jacents économiques : l'augmentation du SMIC de 5,5% au 1^{er} juillet 2005 et de 3,05% au 1^{er} juillet 2006 et de 4,3 % de la masse salariale sur l'ensemble de l'année. L'impact de l'augmentation de la masse salariale sur le montant de l'exonération serait d'autant plus important qu'elle aurait été relativement plus forte pour les salaires plafonnés²⁰.

La croissance de l'allègement Fillon est imputable en second lieu aux modifications de la législation : il s'agit principalement de l'application en année pleine de l'exonération de 26 points dégressive jusqu'à 1,6 SMIC pour tous les salariés qui n'ont pas réduit leur temps de travail, et de l'intégration des salariés de la Poste dans le champ de l'allègement (le coût de cette dernière mesure est estimé à 200M€) ;

En 2007, les mesures générales d'exonération augmenteraient de 11,1%. Cette forte progression est à relier à plusieurs facteurs : le dynamisme de la masse salariale du secteur privé, le passage de 26 à 28,1 points d'exonération au niveau du SMIC pour les entreprises de moins de 20 salariés au 1^{er} juillet 2007 (dont l'impact financier en demi année est chiffré à 320 M€) et les incertitudes juridiques liées à l'application de l'allègement Fillon sur les heures rémunérées de toute nature²¹ (qui entraînent un risque estimé à 800 M€ à ce stade).

Les mesures ciblées connaissent également un dynamisme soutenu en 2006 et 2007

Les mesures ciblées représentent un volume d'exonération bien plus faible que l'allègement Fillon : en 2006, le montant des exonérations ciblées s'élève à environ 5,6 milliards d'euros, soit 23% du montant total des exonérations. Leur dynamisme est important : +17,4% en 2006 et +14,2% en 2006, soit des évolutions légèrement plus fortes que celles des d'allègements généraux (+12,9% en 2006 et 11,1% en 2007).

²⁰ En 2006, alors que l'évolution du plafond n'a été que de 2,7% (contre 3,3% pour le salaire moyen par tête), les assiettes plafonnée et déplafonnée ont crû au même rythme.

²¹ Le calcul du salaire horaire, en plus du temps de travail effectif, doit désormais tenir compte des temps dits particuliers (temps de pause, d'habillage et de déshabillage...), et des temps relatifs aux congés et aux indemnités associés (congés légaux ou conventionnels, repos compensateur légal...).

Tableau 1 – Montant des principales mesures en faveur de l'emploi pour 2005, 2006 et 2007 (compensées et non compensées, champ régime général)

En M€		MESURE	2005	2006	Evol. 2006/2005	2007	Evol. 2007/2006	Structure 2005	Structure 2006	Structure 2007		
Mesures compensées par recettes fiscales*	mesures générales d'exonération	réduction bas salaire	-11	-2	ns	0	ns	0%	0%	0%		
		allègements Aubry II	10	0	ns	0	ns	0%	0%	0%		
		allègements Aubry I	135	24	-82%	4	ns	1%	0%	0%		
		dispositif Robien	45	8	-81%	0	ns	0%	0%	0%		
		allègement unique (Loi Fillon)	16 147	18 395	13,9%	20 475	11,3%	99%	100%	100%		
TOTAL			16 327	18 426	12,9%	20 480	11,1%	100%	100%	100%		
Autres mesures compensées ou non compensées	mesures en faveur de publics particuliers (jeunes, chômeurs de longue durée...)	contrat initiative emploi	80	60	-25%	43	-28%	3%	2%	2%		
		contrats d'apprentissage	678	764	13%	840	10%	29%	30%	30%		
		contrat de qualification et contrat de professionnalisation	400	429	7%	485	13%	17%	17%	18%		
		CES / CEC	512	175	-66%	74	-58%	22%	7%	3%		
		contrats d'accompagnement dans l'emploi et contrats d'avenir	92	666	ns	862	29%	4%	27%	31%		
		CRE	12	8	-29%	6	-26%	1%	0%	0%		
		associations intermédiaires	73	76	4%	80	4%	3%	3%	3%		
		jeunes entreprises innovantes	84	96	15%	104	8%	4%	4%	4%		
		exonération rémunération droit à l'image	5	35	ns	28	-22%	0%	1%	1%		
		chèque transport				28				1%		
		temps partiel	134	0	ns	0	ns	1%	0%	0%		
		autres (CAE DOM ; CIA ; contrat d'orientation ; Insertion par l' Economique ; CIRMA ; PACTE ; avantage en nature HCR ; ACCRE ; loi initiative économique)	243	204	-16%	210	3%	10%	8%	7%		
		TOTAL			2 310	2 513	8,8%	2 760	9,8%	94%	100%	100%
	mesures en faveur de l'emploi dans certaines zones géographiques	loi programme pour l'Outre-mer	859	889	4%	942	6%	72%	66%	61%		
		exonérations salariés en ZFU	280	287	2%	328	15%	24%	21%	21%		
		zone franche Corse	4	1	-69%	1	-22%	0%	0%	0%		
		créations d'emplois en ZRR	35	153	342%	260	71%	3%	11%	17%		
	mesures en faveur de l'emploi à domicile	créations d'emplois en ZRU	9	8	-14%	8	0%	1%	1%	1%		
		TOTAL			1 187	1 338	12,7%	1 540	15,1%	100%	100%	100%
		emplois familiaux	808	885	9,5%	969	10%	64%	51%	47%		
		aide à domicile	446	519	16,3%	578	12%	36%	30%	28%		
		aide à domicile (extension activités exonérées)		44		121	174%	0%	3%	6%		
		chèque emploi service universel		126		170	35%	0%	7%	8%		
		EPM : abattement de 15 points		153		232	52%	0%	9%	11%		
		TOTAL			1 254	1 727	37,7%	2 070	19,9%	100%	100%	100%
Ensemble des mesures d'exonérations			21 079	24 003	13,9%	26 849	11,9%	100%	100%	100%		

Source : ACOSS, données en droits constatés issues de la base RACINE (pour les mesures compensées) et ORME (pour les mesures non compensées), y compris produits à recevoir (PAR). Prévisions Ministère du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique.

Note : La construction de ce tableau a été modifiée par rapport au précédent rapport de la commission des comptes, afin de regrouper les différentes mesures en fonction de leur mode de compensation. Ceci a conduit à basculer un certain nombre de mesures de la catégorie « mesures générales d'exonération » dans la catégorie « mesures en faveur de publics particuliers ».

Tableau 2 – Répartition des mesures compensées et non compensées

En M€ sauf mention contraire	Catégorie	2005	2006	Evol. 2006/2005	2007	Evol. 2007/2006	Structure 2005	Structure 2006	Structure 2007
mesures générales d'exonération	Recettes fiscales	16 327	18 426	ns	20 480	11,1%	100%	100%	100%
	Compensées		0	ns	0	ns		0%	0%
	Non compensées	0	0	ns	0	ns	0	0%	0%
	Total	16 327	18 426	12,9%	20 480	11,1%	0%	0%	0%
mesures en faveur de publics particuliers (jeunes, chômeurs de longue durée...)	Compensées	1 466	1 574	7,4%	1 726	9,7%	63%	63%	63%
	Non compensées	845	939	11,1%	1 033	10,1%	37%	37%	37%
	Total	2 310	2 513	8,8%	2 760	9,8%	100%	100%	100%
mesures en faveur de l'emploi dans certaines zones géographiques	Compensées	1 186	1 337	12,7%	1 539	15,1%	100%	100%	100%
	Non compensées	1	1	1,9%	1	11,7%	0%	0%	0%
	Total	1 187	1 338	12,7%	1 540	15,1%	100%	100%	100%
mesures en faveur de l'emploi à domicile	Compensées	0	323	ns	522	61,7%	0%	19%	25%
	Non compensées	1 254	1 404	11,9%	1 548	10,3%	100%	81%	75%
	Total	1 254	1 727	37,7%	2 070	19,9%	100%	100%	100%
Ensemble des mesures d'exonérations	Recettes fiscales	18 979	18 426	ns	20 480	11%	90%	77%	76%
	Compensées		3 234		3 787	17,1%		13%	14%
	Non compensées	2 100	2 343	11,6%	2 582	10,2%	10%	10%	10%
	Total	21 079	24 003	13,9%	26 849	11,9%	100%	100%	100%

Source : ACOSS, données en droits constatés issues de la base RACINE (pour les mesures compensées) et ORME (pour les mesures non compensées), y compris produits à recevoir (PAR).

* Pour l'entrée en vigueur voir fiche 6-4

Les mesures en faveur de publics particuliers

En 2006, le montant des exonérations au titre de ces mesures augmente de 8,8% en raison de la rapide montée en charge des contrats aidés (contrat d'accompagnement dans l'emploi et contrat d'avenir – CAE et CA -), créés dans le cadre de la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005. Les montants exonérés au titre de ces contrats se sont accrus de 570 M€, alors que les exonérations au titre des contrats qu'ils ont vocation à remplacer (CES et CEC) n'ont diminué que d'environ 330 M€. Les contrats d'apprentissage et de professionnalisation contribuent pour environ 120 M€ à la croissance de cette catégorie d'exonération, en raison du grand nombre d'entrées qu'ils ont connu en 2006.

En 2007, la croissance des mesures en faveur de publics particuliers demeurerait soutenue (+ 9,8%). Comme en 2006, les contrats d'apprentissage et les contrats de professionnalisation devraient largement contribuer au dynamisme de ce type de mesures, en raison du rythme soutenu d'entrées dans ces dispositifs et ce malgré la suppression de l'exonération de cotisations AT-MP. La montée en charge des contrats aidés CAE et CA se stabiliserait en 2007 (le flux prévisionnel d'entrées se réduirait de 6%) ; le stock moyen sur l'année de bénéficiaires continuerait toutefois de croître, ce qui explique la forte progression des montants exonérés au titre de cette mesure en 2007 (+29%).

Les montants exonérés au titre des mesures en faveur de l'emploi dans certaines zones géographiques

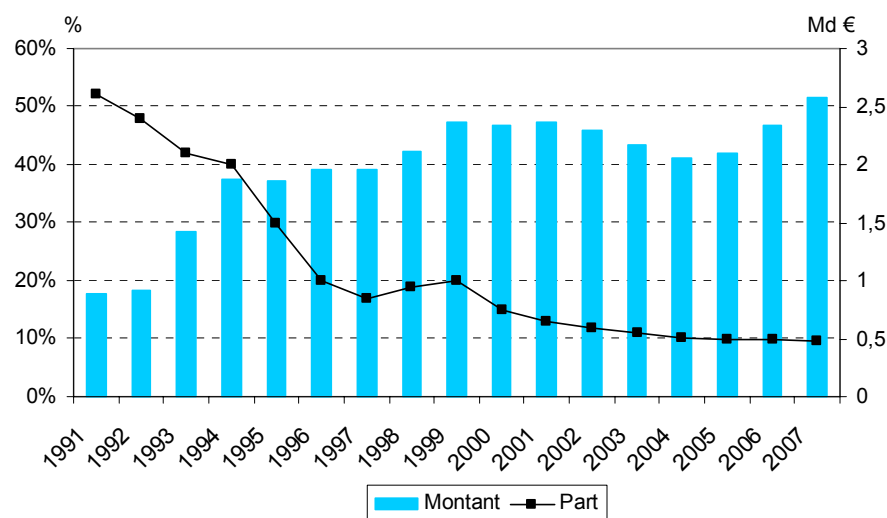
En 2006, cette catégorie d'exonérations a progressé de 12,7% en raison notamment de la mise en œuvre à partir du 10 mai 2006 de la mesure en faveur des organismes d'intérêt général et des associations en zone de revitalisation rurale. Cette mesure a été instituée par la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

En 2007, le dynamisme des mesures en faveur de l'emploi dans certaines zones géographiques, déjà fort en 2006, s'accroîtrait en raison d'une part de la mesure ouvrant le bénéfice de l'exonération ZRR aux associations et aux organismes d'intérêt général, qui continue en 2007 de produire ses effets, et d'autre part de la création de 45 nouvelles zones franches urbaines en application de la loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances. Les effets de cette dernière mesure, qui est entrée en vigueur au 1^{er} août 2006, se répercuteraient largement en 2007.

Les mesures en faveur de l'emploi à domicile

En 2006, ces mesures ont connu un grand dynamisme du fait de la mise en application du plan de développement des services à la personne et de l'instauration de trois nouvelles mesures d'exonération : un abattement de 15 points de cotisations patronales pour tous les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle ; le chèque emploi service universel permettant le cofinancement, exonéré de toutes charges sociales, de l'embauche d'un employé à domicile, par exemple par l'entreprise dans laquelle est salarié le particulier employeur ; et la mesure d'exonération de cotisations pour l'emploi d'une aide à domicile par une association ou une entreprise auprès d'une personne non fragile.

En 2007, les exonérations en faveur de l'emploi à domicile resteraient très dynamiques du fait de la montée en charge des mesures instaurées dans le cadre du plan de développement des services à la personne décrites ci-dessus, et de la croissance par ailleurs toujours soutenue des mesures en faveur de l'emploi à domicile mises en place avant 2006.

Graphique 1 - Evolution des exonérations non compensées en montant et en part

Source : ACOSS. Champ : régime général. En euros courants.

Encadré 1 : Evolutions des mesures non compensées

Dans un contexte de forte croissance du montant des exonérations, les mesures non compensées augmentent en 2006 de 11,6% (voir tableau 2), malgré l'extinction de deux mesures : le contrat d'orientation, auquel s'est substitué le contrat de professionnalisation à compter du 1^{er} octobre 2004, et l'exonération temps partiel, qui n'est plus applicable depuis le 31 décembre 2005 (LFSS 2006).

La forte augmentation constatée en 2006 s'explique principalement par la montée en charge des contrats aidés institués par la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005 (contrat d'accompagnement dans l'emploi et contrat d'avenir) et par le dynamisme des mesures non compensées en faveur de l'emploi à domicile (emplois familiaux et aide à domicile).

Malgré cette forte croissance, la part des mesures non compensées dans le montant total des exonérations décroît légèrement en 2006 (9,8% contre 10% en 2005 – voir graphique 1).

Les exonérations non compensées progresseraient en 2007 de 10,2% en lien avec l'augmentation des montants exonérés au titre des contrats aidés CAE et CA (voir détails ci-contre) et des mesures non compensées d'exonérations d'un salarié à domicile par un employeur dépendant ou âgé de plus de 70 ans.

En raison de la croissance rapide du montant global des exonérations (voir tableau 1), la part des mesures non compensées continuerait à se réduire en 2007 (9,6%).

BILAN COMPTABLE DU TRANSFERT DE RECETTES FISCALES EN COMPENSATION DES ALLEGEMENTS GENERAUX DE COTISATIONS

La loi de finances 2006 a profondément modifié le mécanisme de financement des exonérations générales : jusqu'au 31 décembre 2005, ces exonérations étaient compensées par l'Etat aux différents régimes de sécurité sociale concernés via des dotations budgétaires ; à compter du 1^{er} janvier 2006, ces dotations ont été remplacées par l'affectation d'un panier de recettes fiscales²².

Un mécanisme d'équilibrage « à l'euro l'euro » a été mis en œuvre pour l'année 2006 afin de garantir la neutralité de l'opération pour les régimes. Ce mécanisme disparaît à compter de 2007.

Un traitement comptable compliqué par la cohabitation des logiques d'encaissements décaissements et de droits constatés

La substitution du financement des allègements généraux via dotations budgétaires par une affectation de recettes fiscales s'est effectuée selon une logique d'encaissements décaissements : les recettes fiscales encaissées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre d'une année servent à compenser les exonérations générales constatées entre ces mêmes dates.

Toutefois, en droits constatés, système régissant les comptes des régimes de sécurité sociale, les exonérations constatées au cours d'une année civile diffèrent des exonérations dont les faits générateurs²³ se sont produits sur la même période. La comptabilité en droits constatés matérialise cette différence par l'inscription de produits à recevoir (PAR), correspondant à des montants enregistrés dans les comptes d'un exercice donné mais résultant d'opérations qui se produiront lors d'un exercice ultérieur.

Exercice 2005 : un parfait équilibre par construction

Jusqu'au 31 décembre 2005 les allègements généraux de cotisations sont compensés par le budget de l'Etat. Cette compensation s'effectue en encaissements décaissements : elle couvre donc les seuls allègements constatés au cours de l'exercice 2005.

Les allègements afférents à l'exercice 2005 constatés en 2006 sont compensés intégralement. La loi de finances pour 2006 prévoit en effet que l'ensemble des allègements constatés en 2006 fait l'objet d'une compensation à l'euro l'euro. Cette compensation s'effectue par le biais des recettes fiscales encaissées au début de l'année 2006 et affectées à la sécurité sociale. 2 064 M€ de recettes fiscales (voir tableau 1)²⁴ sont ainsi inscrits dans les comptes 2005 des régimes.

²² Pour une présentation détaillée de la composition du panier de recettes ainsi qu'une présentation juridique du dispositif, se reporter à la fiche 6-4 du rapport à la CCSS de juin 2006.

²³ Le fait générateur étant ici la période d'emploi au titre de laquelle le salaire ouvrant droit à l'exonération est versé. Dans le cas général, il existe un décalage d'un mois entre ces deux événements.

²⁴ Par rapport à l'ancien système de financement, les produits comptables de « prises en charge de cotisations par l'Etat » sont diminués de 2 064 M€ et sont compensés par l'inscription d'un produit de « recettes fiscales » d'un montant identique. La neutralité de l'opération sur le solde est garantie.

**Tableau 1 – Bilan 2005–2006 de la substitution
recettes fiscales / dotations budgétaires**

(en M€)	PAR 2005 (1)	2006 en encaissements décaissements (2)	PAR 2006 (3)	2006 en droits constatés (2) + (3) - (1)
Allègements généraux	2 064	19 490	2 153	19 579
Recettes fiscales	2 064	19 485	2 266	19 687
Ajustement	-	5	pas de mécanisme d'équilibrage	excédent comptable de 113 M€
Produits comptabilisés	2 064			19 692

PAR N : les produits à recevoir relatifs à l'exercice N correspondent aux montants constatés en N+1 comptablement rattachés à l'exercice N. S'agissant du panier de recettes fiscales, la méthode de détermination des PAR change entre l'exercice 2005 et l'exercice 2006 en raison de la fin du mécanisme d'équilibrage à l'euro l'euro au 31 décembre 2006 (les PAR 2006 concernant des opérations postérieures au 31/12/06, ils ne relèvent plus de ce mécanisme - voir infra).

PAR 2005 : par construction, compte tenu du mécanisme d'équilibrage, les recettes fiscales comptabilisées en 2005 en tant que produits à recevoir sont conventionnellement égales aux exonérations constatées en 2006 afférentes à des salaires versés au titre de 2005 (soit 2 064 M€).

2006 en encaissements décaissements : il s'agit d'une part, des recettes fiscales encaissées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2006 et d'autre part, des allègements généraux constatés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre (afférents aux cotisations exigibles entre ces mêmes dates). Le mécanisme d'équilibrage à l'euro l'euro prévu en 2006 vise à équilibrer exactement ces deux sommes. Il en résulte l'inscription d'un produit à recevoir supplémentaire de 5 M€ dans les comptes de résultat des caisses en 2006 (comblant la très légère insuffisance de rendement du panier de recettes fiscales par rapport aux exonérations à compenser en 2006).

PAR 2006 : à la différence des PAR 2005, compte tenu de l'abandon du mécanisme d'équilibrage, les faits générateurs de chaque recette fiscale du panier ont été précisément définis et ont conduit à rattacher à l'exercice 2006 pour 2 266 M€ de recettes encaissées à compter du 1^{er} janvier 2007.

2006 en droits constatés : les comptes en droits constatés 2006 résultent de l'ensemble des opérations dont les faits générateurs se sont produits en 2006. Leur montant est égal aux sommes enregistrées en encaissements décaissements en 2006 minorées des PAR 2005 (relatifs à l'exercice 2005) et majorées des PAR 2006.

En 2006, en droits constatés, le rendement du panier de recettes fiscales apparaît supérieur aux allègements généraux de 108 M€ (19 687 M€ de recettes contre 19 579 M€ d'allègements) alors qu'on est très proche de l'équilibre en encaissements décaissements (- 5 M€). Cet écart s'explique par la mise en place des faits générateurs des recettes fiscales pour la première fois lors de l'exercice 2006 : les recettes fiscales encaissées en 2007 et rattachées à 2006 sont supérieures aux exonérations constatées en 2007 au titre de 2006 en premier lieu parce que le décalage entre le fait générateur et le dénouement de l'opération est un peu plus long en moyenne s'agissant des recettes fiscales que des exonérations (plus ce décalage est important et plus les produits à recevoir sont élevés toutes choses égales par ailleurs). En outre, l'affectation au panier de recettes d'une fraction des droits tabacs à compter du 1^{er} janvier 2007²⁵ se traduit dès les comptes 2006 en venant majorer les PAR de 31 M€ (correspondant aux droits tabacs encaissés en 2007 au titre des ventes 2006). Ces effets purement comptables ne jouent que l'année de mise en application des faits générateurs et disparaissent dès l'exercice suivant.

Produits comptabilisés : au final les produits de recettes fiscales inscrits dans les comptes 2005 se sont élevés à 2 064 M€ (égaux par convention au montant d'exonérations à compenser, l'opération est donc neutre sur le solde des régimes concernés). En 2006 les produits du panier de recettes fiscales ont atteint 19 692 M€ (19 687 M€ de recettes fiscales + 5 M€ de produits à recevoir pour compenser l'insuffisance du panier de recettes) : les soldes 2006 des régimes sont globalement améliorés de 113 M€ (le montant d'exonérations à compenser en droits constatés étant de 19 579 M€) même si l'opération est quasiment neutre en encaissements décaissements.

²⁵ Affectation destinée à compenser l'augmentation des exonérations générales pour les entreprises de moins de 20 salariés à compter du 1^{er} juillet 2007.

Exercice 2006 : un excédent comptable malgré un équilibre presque atteint en encaissements décaissements

En encaissements décaissements, l'exercice 2006 doit être équilibré, compte tenu du principe de compensation à l'euro l'euro posé par la loi de finances pour 2006.

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2006, les régimes ont enregistré 19 490 M€ d'allègements généraux. Au cours de la même période, le rendement du panier de recettes fiscales a atteint 19 485 M€, soit une insuffisance de 5 M€. L'application du mécanisme d'équilibrage « à l'euro l'euro » a conduit les régimes à inscrire un produit à recevoir complémentaire de 5 M€ afin de garantir la neutralité du transfert selon la logique d'encaissements décaissements.

Ce mécanisme d'équilibrage ne joue que sur les seuls allègements constatés en 2006 et non sur les allègements afférents à 2006 et constatés en 2007 : en effet, à compter du 1^{er} janvier 2007, le mécanisme d'équilibrage n'existe plus. Dès lors les régimes enregistrent dans leur compte les montants de recettes fiscales qui leur sont affectées, qu'elles suffisent ou non à couvrir les allègements généraux.

Sur le début de l'année 2007, le panier dégage des excédents pour les régimes : les recettes fiscales encaissées en 2007 comptablement rattachées à 2006 (sous forme de produits à recevoir) excèdent de 108 M€ les exonérations constatés en 2007 au titre de 2006. Cet excédent résulte d'un pur effet comptable (principalement lié au décalage temporel entre faits générateurs et dénouement des opérations - voir les commentaires sous le tableau 1) et n'est pas la traduction d'une plus grande dynamique des recettes fiscales par rapport aux exonérations (qui n'est pas).

En droits constatés, l'affectation du panier de recettes fiscales permet finalement aux régimes de dégager un excédent comptable global de 113 M€ en 2006, qui porte en quasi totalité sur le régime général (pour 111 M€ - voir tableau 2 et les commentaires sous le tableau).

Exercice 2007 : à composition actuelle, l'insuffisance du panier entraînerait une perte de recettes de 1,45 Md€ pour le régime général par rapport à la LFSS pour 2007

En droits constatés, la prévision de rendement du panier de recettes fiscales en 2007 pour le régime général s'établit à 19,8 Md€ contre une prévision d'allègements généraux en forte progression, s'élevant à 20,7 Md€, soit un écart de 0,85 Md€.

Cet écart négatif pèse désormais sur les comptes des régimes, le mécanisme d'équilibrage n'étant plus applicable²⁶.

Cette situation est très éloignée de la prévision retenue dans la LFSS pour 2007. En effet, les prévisions tablaient sur des excédents, en encaissements décaissements, du panier de recettes fiscales par rapport aux allègements généraux en 2006 comme en 2007. Ceux-ci étaient respectivement de 350 M€ en 2006 et 230 M€ en 2007. Selon une disposition de la LFSS pour 2007, ils devaient être affectés en totalité à la CNAM en 2007. Or le panier a enregistré un déficit de 5 M€ en 2006, et ce déficit serait beaucoup plus important en 2007 (comme expliqué plus haut).

Au final la perte de produits dans les comptes du régime général atteindrait donc 1,45 Md€ en 2007 par rapport à la LFSS : 0,6 Md€ en raison de l'absence d'excédents en 2006 et 2007 + 0,85 Md€ d'insuffisance du panier en 2007.

²⁶ Dans l'ancien système de financement, le régime général aurait comptabilisé pour 20,7 Md€ de produits de prises en charge de cotisations par l'Etat. Mais ces produits seront remplacés par le rendement du panier de recettes fiscales (19,8 Md€ en droits constatés).

Tableau 2 – Bilan comptable 2006 de l'affectation du panier de recettes, par régime

(en droits constatés, en M€)	Produits de recettes fiscales	Allègements généraux	Ecart
CNAM-maladie	7 963	7 847	116
CNAM-AT	1 619	1 602	17
CNAF	3 337	3 291	46
CNAV	5 784	5 712	72
Total régime général	18 704	18 452	252
Salariés agricoles	919	1 060	-141
SNCF	27	25	3
CRPCEN	26	25	1
ENIM	13	13	-1
Mines	3	3	0
RATP	1	1	0
Total général	19 692	19 579	113

Produits de recettes fiscales : ce sont les produits de recettes fiscales en droits constatés inscrits par les différents régimes dans leur compte 2006 en substitution des prises en charges de cotisations par l'Etat.

Allègements généraux : ce sont les produits qui auraient été inscrits dans les comptes des régimes dans l'ancien système de financement des exonérations générales ; ils correspondent aux montants des exonérations générales relatives aux salaires versés au titre de l'année 2006.

Ecart : au premier ordre, il s'agit de l'impact comptable 2006 de la substitution dotations budgétaires / panier de recettes fiscales dans le mécanisme de financement des allègements généraux *avant prise en compte des relations financières entre régimes*.

Ainsi, dans le cadre du nouveau système de financement, le régime général a inscrit dans ses comptes 2006 pour 252 M€ de produits de recettes fiscales en plus que ce qu'il aurait enregistré comme prises en charge de cotisations par l'Etat au titre des allègements généraux dans l'ancien système.

A l'inverse le régime des salariés agricoles constitue un cas particulier puisqu'il comptabilise pour 141 M€ de produits de recettes fiscales de moins que nécessaires à la compensation des exonérations en droits constatés. Ce déficit résulte du rythme trimestriel de perception des cotisations par ce régime : les exonérations constatées au début de l'année correspondent aux salaires versés au titre de l'ensemble du dernier trimestre de l'année précédente et représentent environ un quart du total des exonérations générales sur une année entière (contre une moyenne d'un peu plus de 10% pour le régime général²⁷). Les recettes fiscales encaissées début 2007 et rattachées comptablement à l'année 2006 par l'inscription d'un produit à recevoir correspondent environ à 11,5% des encaissements de l'année : elles sont donc mécaniquement très inférieures aux exonérations du régime des salariés agricoles relatives au dernier trimestre 2006 qu'elles doivent compenser (120 M€ de recettes fiscales contre 261 M€ d'exonérations). Cet effet strictement comptable disparaît dès l'exercice 2007.

Malgré cette insuffisance de recettes fiscales en 2006 en compensation des allègements généraux, le résultat comptable du régime des salariés agricoles n'est pas affecté, en raison de son intégration financière au régime général : en effet, les comptes techniques de la branche famille sont fondus dans ceux de la CNAF et les déficits techniques des branches maladie et retraite sont pris en charge respectivement par la CNAM et la CNAV. En outre, la quote part des cotisations des salariés agricoles affectées à la branche AT de ce régime a été légèrement modifiée en 2006 pour neutraliser complètement l'effet de l'insuffisance du panier de recette sur cette branche.

Au final l'impact sur le solde 2006 du régime des salariés agricoles du transfert de recettes fiscales est nul. En revanche cette opération a amélioré, d'un point de vue strictement comptable, le solde 2006 du régime général de 111 M€ (252 M€ - 141 M€).

Note complémentaire : les recettes fiscales affectées aux régimes des salariés agricoles, au régime des mines, à la SNCF et à la RATP viennent compenser notamment les exonérations de cotisations patronales famille. La part de ces recettes venant couvrir les exonérations famille, qui représentent un montant de 0,2 Md€ en 2006, sont retracées in fine dans les comptes de la CNAF. Ainsi le montant de recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations générales en 2006 enregistré dans les comptes du régime général est de 18,9 Md€ (18,7 + 0,2). C'est ce montant qui est détaillé dans la fiche 3-3 consacrée aux recettes fiscales du régime général.

²⁷ Pour le régime général les exonérations constatées au début d'année se rattachent à l'ensemble du dernier trimestre seulement pour les entreprises de moins de 10 salariés et au seul mois de décembre pour les entreprises de 10 salariés et plus.

LES TAXES SUR LE TABAC ET L'ALCOOL

Le montant total des taxes sur le tabac s'est élevé à 9,4 Md€ en 2006, et serait de 9,3 Md€ en 2007

Le produit du droit de consommation sur les tabacs recouvré par les services des douanes s'est élevé à 9,43 Md€ en 2006 (9,5 Md€ en droits constatés du point de vue des comptes de la Sécurité sociale²⁸). La diminution du rendement des prélèvements sur les tabacs d'environ 400 M€ par rapport à 2005 s'explique par la modification des modalités de recouvrement qui prévoit l'anticipation des versements de janvier et février en décembre de l'année précédente. Cette modification a été mise en place pour la première fois en décembre 2005, et a entraîné un surcroît exceptionnel de recettes pour cette année d'environ 600 M€.

Ce surcroît de recettes n'est par construction pas reconductible en 2006. Ainsi la variation du rendement, d'environ 200 M€ supplémentaires par rapport au rendement 2005 sans tenir compte de l'effet d'anticipation des versements, est liée uniquement aux volumes consommés, les prix étant stables depuis 2004. Les volumes consommés ont connu des évolutions diverses en fonction de la catégorie de tabacs : la consommation de cigares a reculé de -1,6%, celle de scaferlatis est restée globalement stable à +0,2% tandis que la consommation de cigarettes a augmenté de 1,8%. La progression de la consommation de cette dernière catégorie de tabacs explique l'essentiel de la variation de 200 M€ par rapport à 2005, puisqu'elle représente plus de 85% des volumes livrés aux détaillants.

La prévision de rendement pour 2007 repose sur l'hypothèse de reconduction du rythme de versement des droits tabacs (ce qui suppose donc une anticipation des versements au mois de décembre). L'évolution par rapport à 2006 est donc liée à celle des volumes consommés, les prix étant supposés stables comme les années précédentes. Sur ce point, la prévision se fonde sur une baisse globale de la consommation en volume en 2007, consécutive à l'interdiction de fumer dans les lieux publics instaurée depuis février 2007.

La répartition des droits tabacs entre affectataires est modifiée en 2006 et en 2007

Hors panier de recettes et frais financiers du régime général, les droits tabacs enregistrés dans les comptes de la CNAM sont passés de 3,4 à 3,1 Md€ entre 2005 et 2006. Ils devraient s'élever à 2,8 Md€ en 2007

La diminution du montant des droits tabacs enregistrés dans les comptes de la CNAM entre 2005 et 2006 s'explique par la non-reconduction en 2006 du surcroît de recettes liée d'une part à l'anticipation du recouvrement des droits décrite ci-dessus, d'autre part aux modifications du rythme de versement à l'ACOSS en janvier et en août 2005 qui ont conduit à comptabiliser un mois en moins en 2004, et un mois en plus en 2005²⁹.

Tableau 1 – Répartition des prélèvements sur les tabacs entre 2004 et 2007

²⁸ Les comptes de la Sécurité sociale, contrairement aux données issues du recouvrement MINEFI, intègrent des produits à recevoir (PAR) dont le rendement est augmenté de 100 M€ (76 M€ pour la CNAM, 11,4 M€ pour la CNAV, 9,3 M€ pour la CNAF, 3,3 M€ pour la CNAM AT-MP), en raison d'une part d'une modification des règles de comptabilisation des PAR, et d'autre part d'une nouvelle répartition des droits entre attributaires en 2007.

²⁹ Jusqu'en décembre 2004, les droits étaient versés au jour le jour à l'ACOSS. A compter de janvier 2005, les versements sont devenus mensuels (le 5 du mois suivant). Cette première modification a conduit à des versements quasi-nuls en janvier 2005, les droits de janvier ayant été versés le 5 février. En conséquence, l'équivalent de seulement 11 mois de recette tabac a été enregistré dans le compte de la CNAM en 2004, compte tenu des règles de rattachement en vigueur (versements du 21 janvier N au 20 janvier N+1 rattachés à l'exercice comptable N de la CNAM). Par ailleurs, la trésorerie de l'ACOSS a été dégradée au mois de janvier 2005.

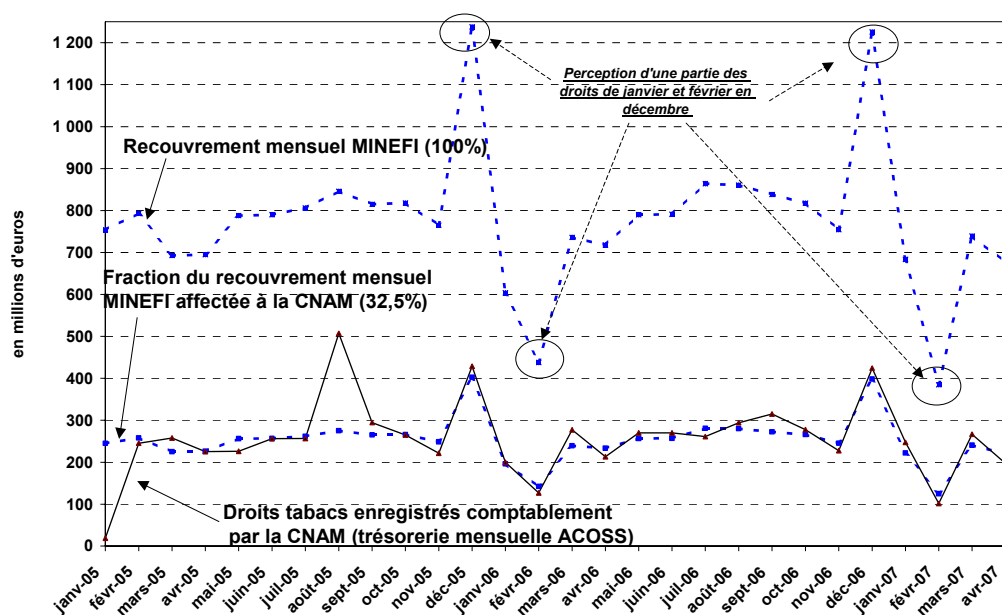
De manière à remédier à la perte en trésorerie, les versements sont devenus bi-hebdomadaires (chaque mardi et vendredi) à compter du mois d'août 2005. Cette deuxième modification a eu pour effet de doubler le versement des droits au mois d'août 2005 (à l'ensemble des droits de juillet versés le 5 août, s'ajoutent les droits du mois d'août versés à un rythme bi-hebdomadaire). En conséquence, un mois supplémentaire de droits tabacs a été enregistré dans le compte de la CNAM en 2005.

	2004	2005	2006	2007
droit de consommation (art. 575 CGI)	CNAM (21,42%)	CNAM (32,50%)	CNAM (32,46%)	CNAM (30,00%)
	Budget de l'Etat (25,91%)	Budget de l'Etat (14,83%)	Budget de l'Etat (11,51%)	Budget de l'Etat (6,43%)
	FCAATA (0,31%)	FCAATA (0,31%)	FCAATA (0,31%)	FCAATA (0,31%)
	BAPSA (52,06%)			
	FFIPSA (0,3%)	FFIPSA (52,36%)	FFIPSA (52,36%)	FFIPSA (52,36%)
			Fonds CMU (1,88%)	Fonds CMU (4,34%)
			FNAL (1,48%)	FNAL (1,48%)
				Panier de recettes (3,39%) Régime général (1,69%)

Tableau 2 – Affectation des prélèvements sur les tabacs entre 2005 et 2006

	comptes des régimes et de l'Etat		recouvrement MINEFI		prévision recouvrement MINEFI 2007
	2005	2006	2005	2006	
droits de consommation	9 989	9 542	9 801	9 437	9 295
dont part versée à la CNAM	3 376	3 126	3 185	3 063	2 789
dont part versée au budget de l'Etat	1 454	1 086	1 454	1 086	598
dont part versée au FCAATA	29	29	30	29	29
dont part versée au BAPSA / FFIPSA	5 131	4 941	5 132	4 941	4 867
dont part versée au Fonds CMU		177		177	403
dont part versée au FNAL		139		140	138
dont frais financiers Régime Général		15			157
dont panier de recettes		29			315
Total organismes sociaux	8 535	8 412	8 347	8 351	8 697

Graphique 1 – Comparaison du produit du recouvrement et des droits tabacs enregistrés comptablement par la CNAM en 2005



Par ailleurs, la part du droit de consommation affectée à la CNAM a légèrement diminué en 2006, passant de 32,50% à 32,46%³⁰.

En 2007, le montant des droits de consommation attribué à la CNAM devrait à nouveau diminuer pour atteindre 2,8 Md€. Cette diminution s'explique à la fois par la baisse globale des produits des droits de consommation sur les tabacs d'environ 1,5%, et par la réduction de la part de ces droits affectée à la CNAM, qui est passée au 1^{er} janvier 2007 de 32,46% à 30%. Ces 2,46 pts, transférés au fonds CMU (voir ci-dessous), devaient être compensés par le surplus de recettes attendu en 2006 au titre du financement des allègements généraux de charges patronales (voir fiche 6-4).

Les droits tabacs versés au FFIPSA : 4,9 Md€ en 2006³¹ et 2007

La part des droits tabacs affectée au FFIPSA est stable depuis 2005 à 52,36%. Les évolutions des montants qui lui sont affectés en 2006 et 2007 sont donc directement reliées aux évolutions du produit total des droits tabacs décrits ci-dessus.

Le FNAL et le fonds CMU ont bénéficié pour la première fois en 2006 d'une fraction de droits tabacs

La loi de finances pour 2006 a prévu que le Fonds national d'aide au logement (FNAL) et le Fonds de financement de la CMU complémentaire (fonds CMU) bénéficient en 2006 respectivement d'une fraction de 1,48% et de 1,88% du droit de consommation sur les tabacs (voir tableau 1) : 139 M€ de recette tabac ont ainsi été versés au FNAL³² en 2006 et 177 M€ au fonds CMU (voir tableau 2).

En 2007, la fraction du droit de consommation affectée au FNAL est maintenue à 1,48%, tandis que le fonds CMU bénéficie de 2,46% supplémentaires du produit des taxes sur les tabacs, initialement attribués à la CNAM, en contrepartie d'une moindre dotation de l'Etat. Les montants de droit de consommation versés au FNAL et au fonds CMU atteindraient donc respectivement en 2007 138 et 403 millions d'euros.

Une partie du droit de consommation, jusque là attribuée au budget de l'Etat, est affectée depuis le 1^{er} janvier 2007 au panier de recettes fiscales finançant les mesures d'allègements généraux et à la prise en charge des frais financiers

A partir du 1^{er} janvier 2007, une fraction égale à 3,39% du droit de consommation est attribuée au panier de recettes finançant les mesures d'allègements généraux, afin de couvrir

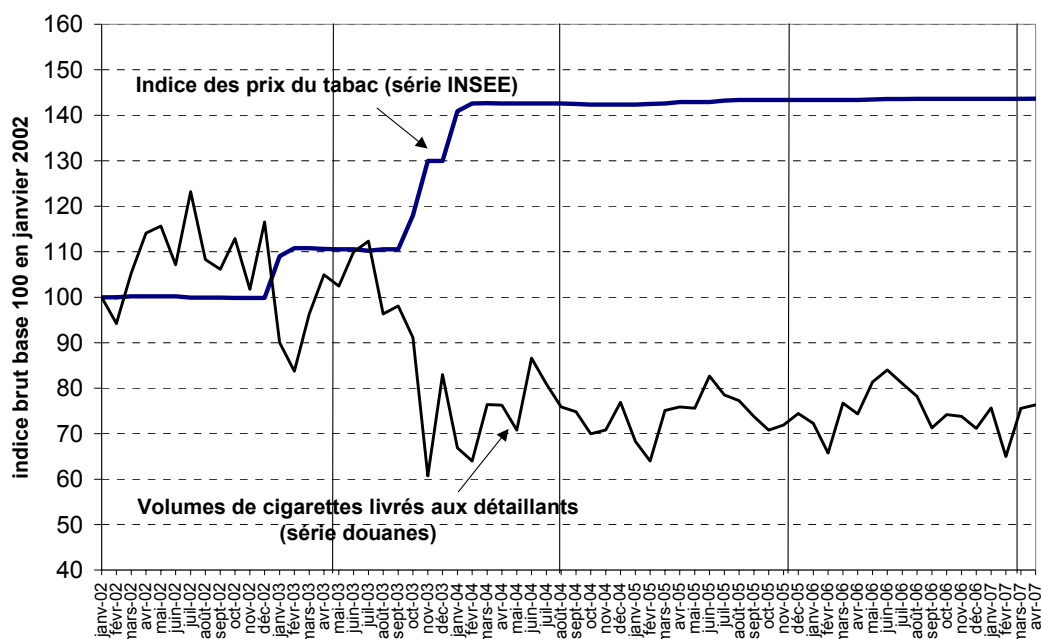
³⁰ Deux mesures de la loi de finances pour 2006 (article 57) jouant en sens inverse expliquent la légère diminution de la fraction de droits attribuée à la CNAM entre 2005 (32,50%) et 2006 (32,46%) :

- La loi de finances pour 2006 a prévu l'adossement financier de la branche maladie du régime des marins au régime général (la CNAM se substitue à l'Etat pour équilibrer financièrement la branche maladie du régime des marins). Cet adossement a un coût pour l'assurance maladie (estimé à 174 M€ par la LFI 2006). Une affectation à la CNAM de 174 M€ de droits tabacs, représentant 1,84% des droits tabacs 2006, a donc été prévue (en contrepartie d'une minoration de la subvention de l'Etat à l'ENIM d'un même montant).

- La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a prévu le transfert des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de l'assurance maladie aux régions à compter du 1^{er} juillet 2005. Les dépenses correspondantes sont compensées par l'Etat aux régions, selon les règles de droit commun, soit 178 M€ en 2006. Pour que l'opération soit neutre pour l'Etat, les régions et la Caisse nationale d'assurance maladie, la loi de finances pour 2006 a prévu qu'une fraction des droits tabacs de 1,88%, antérieurement perçue par la CNAM, soit affectée, en contrepartie, au fonds CMU. La subvention de l'Etat au fonds CMU est réduite à due concurrence au sein du budget général de l'Etat.

³¹ Pour chaque exercice N, les droits comptabilisés par le FFIPSA correspondent au recouvrement des droits sur la période janvier N - décembre N (pour la fraction de droits tabacs qui lui est attribuée).

³² En compensation des pertes de recettes sur la contribution versée par les employeurs au Fonds national d'aide au logement, liées au relèvement du seuil au-delà duquel cette contribution est due par les employeurs (qui passe de 10 à 20 salariés).

Graphique 2 – Evolution du prix du tabac et du volume de cigarettes vendues depuis 2002**Tableau 3 – Répartition des prélèvements sur les alcools entre 2005 et 2007**

	2004	2005	2006	2007
droit de consommation sur les alcools (*)				
droit de consommation sur les produits intermédiaires	budget de l'Etat	budget de l'Etat	affectés au financement des allègements généraux de charges patronales	affectés au financement des allègements généraux de charges patronales
droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels				
droit sur les bières et les boissons non alcoolisées				
cotisation sur les boissons alcooliques dite "CNAM"	CNAM	fonds CMU	fonds CMU	fonds CMU

(*) A l'exception du produit de ce droit perçu dans les départements de la Corse

Tableau 4 – Affectation des prélèvements sur les alcools entre 2005 et 2007 (en M€)

	2004	2005	2006	2007P
droits indirects sur les alcools, les produits intermédiaires, les bières et les vins	2 527	2 505	2 590	2 624
dont part versée à l'Etat	100%	100%		
dont part versée au financement des allègements généraux			100%	100%
cotisation sur les boissons alcooliques	345	387	403	385
dont part versée à la CNAM	100%			
dont part versée au fonds CMU		100%	100%	100%

Note: le montant des droits sur les alcools en 2006 (2590 M€) correspond aux données du recouvrement MINEFI sur un champ tous régimes. Il n'est pas directement comparable avec les données du tableau 2 de la fiche 3-3 établi en droits constatés et sur le champ du régime général. Le chiffre du MINEFI correspond sur ce dernier champ à environ 2,46 Md€ auquel il convient d'ajouter un surcroît de produits à recevoir (PAR) d'environ 150 M€ pour assurer la cohérence avec le chiffre des comptes de la sécurité sociale. Ce surcroît de PAR s'explique par une modification des règles de comptabilisation des PAR sur les alcools.

le coût en demi année de l'exonération totale de cotisations patronales de Sécurité sociale (hors AT-MP) pour les entreprises de moins de 20 salariés à compter du 1^{er} juillet 2007. Cette fraction représenterait 315 M€ en 2007, soit un montant sensiblement égal au coût de cette mesure (environ 320 M€).

Par ailleurs, une fraction égale à 1,69% du droit de consommation est affectée au régime général afin de financer les charges d'intérêts qu'induisent les sommes restant dues par l'État au titre des relations financières entre l'État et la Sécurité sociale.

En droits constatés, ces affectations se traduisent par des produits nouveaux sur le compte 2006 (voir note de bas de page n°1).

Les droits indirects sur les boissons alcooliques financent les allègements généraux de charges patronales depuis 2006

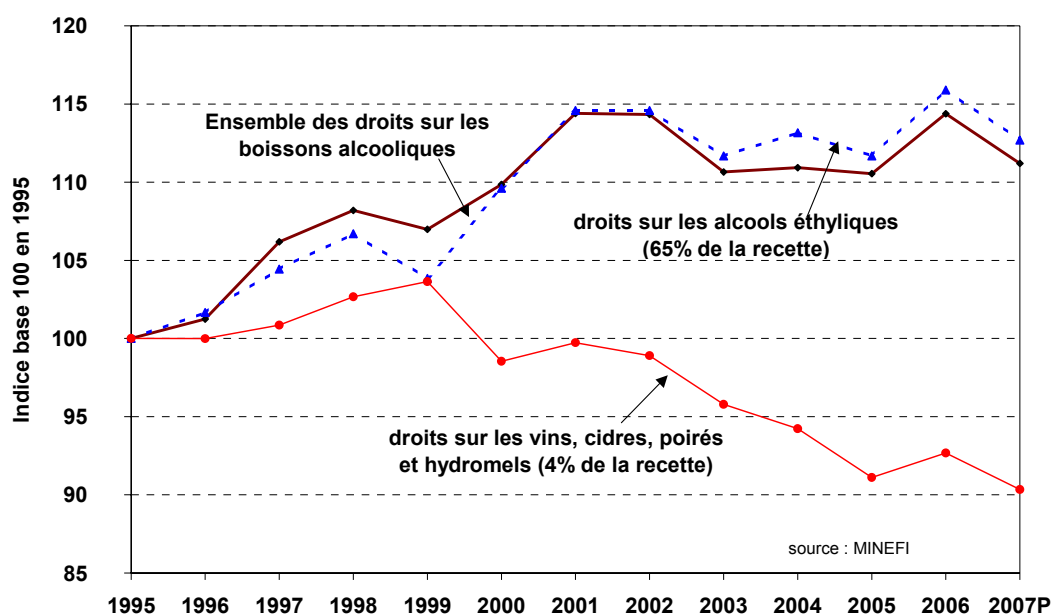
Les boissons alcooliques sont soumises à un droit indirect, encadré par le droit communautaire, qui diffère selon la catégorie de boisson. Une taxe additionnelle, la cotisation sur les boissons alcooliques, s'applique en outre aux boissons dont la teneur en alcool est supérieure à 25 degrés.

En 2004 et 2005, ces droits étaient intégralement affectés au budget de l'Etat (voir tableau 3). A compter de 2006, ces prélèvements sont affectés en totalité au financement des allègements généraux de charges patronales, conformément aux dispositions de la loi de finances pour 2006. La cotisation sur les boissons alcooliques, affectée à la CNAM jusqu'en 2004, a été transférée en 2005 au Fonds de financement de la CMU complémentaire.

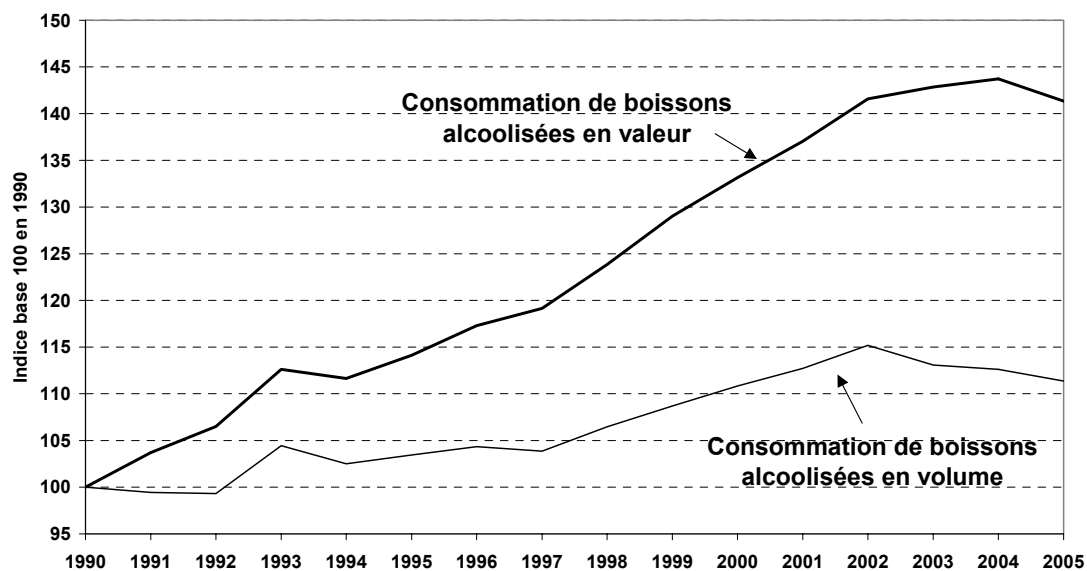
Le rendement total de ces prélèvements est globalement stable. En 2006, les recettes des droits sur les alcools se sont cependant accrues d'environ 4% (voir tableau 4) car certains opérateurs ont renoncé exceptionnellement à un report de paiement de 45 jours afin d'éviter les obligations de comptabilité imposées par les douanes en contrepartie de ces facilités de paiement : ils ont ainsi acquitté plus de treize mois de taxes sur les alcools.

Ce phénomène ne devrait pas se reproduire en 2007 : la recette devrait donc s'établir sur 11 mois en 2007. La prévision de rendement des droits sur les alcools en 2007 du Ministère des Finances fait l'hypothèse d'une hausse de la consommation, en rupture avec la tendance des dernières années (voir graphique 4), qui viendrait plus que compenser cette perte de recettes. Le produit des droits sur les alcools s'établirait ainsi à 2,6 Md€.

Graphique 3 – Evolution des droits sur les alcools (données de recouvrement MINEFI)



Graphique 4 – Evolution de la consommation des ménages en boissons alcoolisées



Source : INSEE - Consommation en valeur et en volume (prix de l'année précédente, chaînés, base 2000) des postes boissons alcooliques distillées, alcool éthylique, champagne et mousseux, vins, cidre, vermouths et bières

LES PRELEVEMENTS SUR LES REVENUS DE PATRIMOINE ET DE PLACEMENT

Encadré 1 : Descriptif des prélèvements assis sur les revenus de patrimoine et placement

Les prélèvements sur les revenus du capital attribués au régime général sont recouvrés par les services fiscaux et reversés à l'Acoss. Ils se décomposent en prélèvements sur les revenus de placement et, sur les revenus du patrimoine.

Les prélèvements sociaux dits sur « revenus de placement » sont ceux versés directement par les établissements payeurs ou les notaires. L'assiette est composée des:

- produits de placement soumis à prélèvement libératoire (intérêts des comptes sur livrets, comptes courants, revenus obligataires...);
- plus-values immobilières (depuis le 1er janvier 2004);
- intérêts et primes d'épargne des comptes et plan d'épargne logement;
- produits d'assurance vie;
- produits des plans d'épargne populaire et des plans d'épargne en actions
- gains sur les droits reçus au titre de la participation, produits des plans d'épargne entreprise et des plans d'épargne pour la retraite collectif;
- autres revenus (placements en valeurs mobilière effectuées en vue d'un engagement d'épargne à long terme, « capital risque »).

Les prélèvements sociaux dits sur « revenus du patrimoine » sont ceux calculés à partir des éléments de la déclaration de revenus. Ils sont acquittés de manière similaire à l'impôt sur le revenu.

L'essentiel du recouvrement de la recette patrimoine repose sur deux rôles généraux: un rôle principal (rôle 33) et un rôle complémentaire (rôle 48). Le rôle 33 est homologué par les services fiscaux et donne lieu à versement aux régimes sociaux la même année, l'année « N ». Le rôle 48 est aussi homologué l'année « N » mais donne lieu à versement aux régimes l'année « N+1 » et à une comptabilisation sur ce même exercice. L'assiette est composée des:

- revenus fonciers et revenus de locations meublées non professionnelles;
- revenus de capitaux mobiliers non soumis à prélèvement libératoire (dividendes notamment);
- plus-values financières;
- rentes viagères constituées à titre onéreux (« viagers », rentes aux victimes d'un accident...);
- plus-values sur biens meublés;
- revenus entrant dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux ou des bénéfices agricoles au sens du code général des impôts qui n'ont pas donné lieu préalablement à la CSG sur les revenus d'activité.

Le partage entre l'assiette des revenus de placement et celle des revenus du patrimoine n'est pas stable dans le temps. Ainsi, les **plus-values immobilières ont basculé de l'assiette patrimoine à l'assiette placement** après la réforme de la taxation des plus values immobilières (loi de finances 2004).

L'ensemble des prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital (CSG, CRDS³³, prélèvement social de 2% et contribution de solidarité pour l'autonomie de 0,3% affectée à la CNSA) s'élève à 13,1 Md€ pour 2006 (tableau 1), dont 9,8 Md€ de CSG. Parmi ces 13,1 Md€ 46% sont prélevés sur les revenus du patrimoine et 54% sur les produits de placement. La répartition patrimoine/placement est relativement instable sur la période: en 2006, les revenus du patrimoine constituaient 47% de la recette totale, ils devraient représenter environ 53% en 2007. Les régimes maladie bénéficient de plus de 50% de la recette (voir tableau 2).

Tableau 1 – Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital depuis 2003

A/ Au travers des comptes des organismes sociaux

³³ Les prélèvements de CRDS sont pris en compte dans cette fiche, même s'ils ne font pas à proprement parler partie du champ des recettes de la sécurité sociale puisqu'ils vont à la CADES qui est un ODAC (organisme divers d'administration centrale).

	en milliards d'euros					Variations en %			
	2003	2004	2005	2006	2007P	2004	2005	2006	2007P
total capital	8,8	9,5	10,6	13,1	13,4	7,3%	12,0%	23,7%	2,3%
dont total patrimoine	5,5	5,7	6,2	6,1	7,1	2,8%	9,7%	-1,9%	16,0%
dont total placement	3,3	3,8	4,4	7,0	6,4	14,8%	15,4%	59,8%	-9,5%

source : comptes CCSS + FFAPA / CNSA

B/ Au travers des recouvrements DGI (données corrigées des décalages comptables)

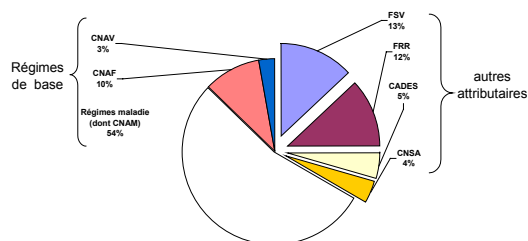
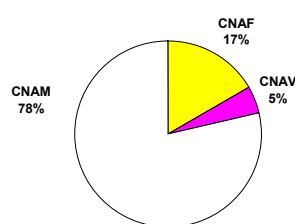
	en milliards d'euros					Variations en %			
	2003	2004	2005	2006	2007P	2004	2005	2006	2007P
total capital	8,6	9,4	10,6	13,1	13,4	8,7%	12,5%	23,8%	2,7%
dont total patrimoine	5,3	5,5	6,1	6,0	7,1	4,5%	11,0%	-1,6%	17,1%
dont total placement	3,4	3,9	4,4	7,1	6,4	15,4%	14,8%	58,9%	-9,6%

source : MINEFI

Tableau 2 – Structure des prélèvements sociaux sur l'assiette capital par attributaire

affectataires	prélèvement affecté (CSG, CRDS, 2% ou contribution de 0,3 point additionnelle au 2%)	2004	2005	2006P	2007P	Structure 2004	Structure 2005	Structure 2006	Structure 2007
Régimes maladie	5,25 points de CSG jusqu'en 2004, 5,95 points depuis 2005 (*)	4900	5712	7 086	7 277	52%	54%	54%	54%
dont CNAM		4241	4982	6 181	6 348	45%	47%	47%	47%
dont autres régimes		659	730	905	930	7%	7%	7%	7%
FSV	1,05 point de CSG	1009	1017	1 251	1 284	11%	10%	10%	10%
	20% du prélèvement social de 2%	382	388	469	482	4%	4%	4%	4%
CNAF	1,1 point de CSG	1034	1071	1 310	1 345	11%	10%	10%	10%
CNAV	15% du prélèvement social de 2%	277	292	352	362	3%	3%	3%	3%
sous total		7 602	8 481	10 468	10 750	80%	80%	80%	80%
FRR	65% du prélèvement social de 2%	1212	1271	1 526	1 567	13%	12%	12%	12%
FFAPA	0,1 point de CSG jusqu'en 2004	90				1%	0%	0%	0%
CNSA	0,1 point de CSG à compter de 2005		96	119	122	0%	1%	1%	1%
CNSA	contribution de 0,3 point à compter du 1er juillet 2004	106	260	352	361	1%	2%	3%	3%
CADES	0,5 point de CRDS	465	499	611	628	5%	5%	5%	5%
Total général		9 474	10 607	13 076	13 428	100%	100%	100%	100%

(*) Il existe un mécanisme spécifique de répartition de la CSG entre la CNAM et les autres régimes maladie.

Graphique 1 – Répartition de la recette capital en 2006 (source : CCSS)**Tous régimes et autres attributaires****Régime Général**

Le rendement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital a fortement progressé en 2006

En 2006, les prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital comptabilisés dans les comptes sociaux ont augmenté de 23,7%. Cette évolution résulte de l'effet combiné de mesures jouant en sens inverse (voir encadré 2) : suppression de l'avoir fiscal (en négatif) et taxation des plans d'épargne logement de plus de 10 ans (en positif). Cet effet combiné représente au total 70% de la croissance des prélèvements sur les revenus du capital. A législation constante, le taux de croissance aurait été d'environ 7,2% (voir tableaux 3 et 4).

Les prélèvements assis sur les revenus de placement sont à l'origine du dynamisme du rendement des prélèvements sur le capital. Ils ont en effet fortement progressé en 2006 (+ 59,8% du point de vue des comptes des organismes sociaux) en raison de la mise en place au 31 décembre 2005 de la mesure de taxation des plans d'épargne logement (PEL) ouverts depuis plus de 10 ans. Le rendement de cette mesure a été de 2,4 Md€ pour 2006, soit environ 300 M€ de moins que prévu en septembre 2006. Cet écart s'expliquerait principalement par des décalages calendaires de versements octroyés à certaines banques concernant la taxation des PEL de plus de dix ans. Hormis l'effet de ces mesures, l'augmentation spontanée de la recette placement est de 4,8%.

Les prélèvements assis sur les revenus de patrimoine ont quant à eux diminué de 1,9% en 2006 sous l'effet de la suppression de l'avoir fiscal. Cette mesure, qui est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005 mais dont l'impact a porté sur 2006, a réduit l'assiette des revenus de capitaux mobiliers d'environ un tiers, soit 5,8 Md€. L'incidence de cette mesure est évaluée en 2006 à - 645 M€ (dont - 480 M€ pour la CSG). En évolution spontanée, la recette patrimoine reste comme en 2005 très dynamique (+ 8,9%), ce qui contribue à compenser partiellement l'effet de la suppression de l'avoir fiscal. Ce dynamisme découle de celui de l'assiette des revenus de patrimoine ; il est principalement imputable à la croissance des plus-values à taux forfaitaire (+15,1% voir graphique 2), elle-même liée à la forte progression des marchés financiers (voir graphique 3).

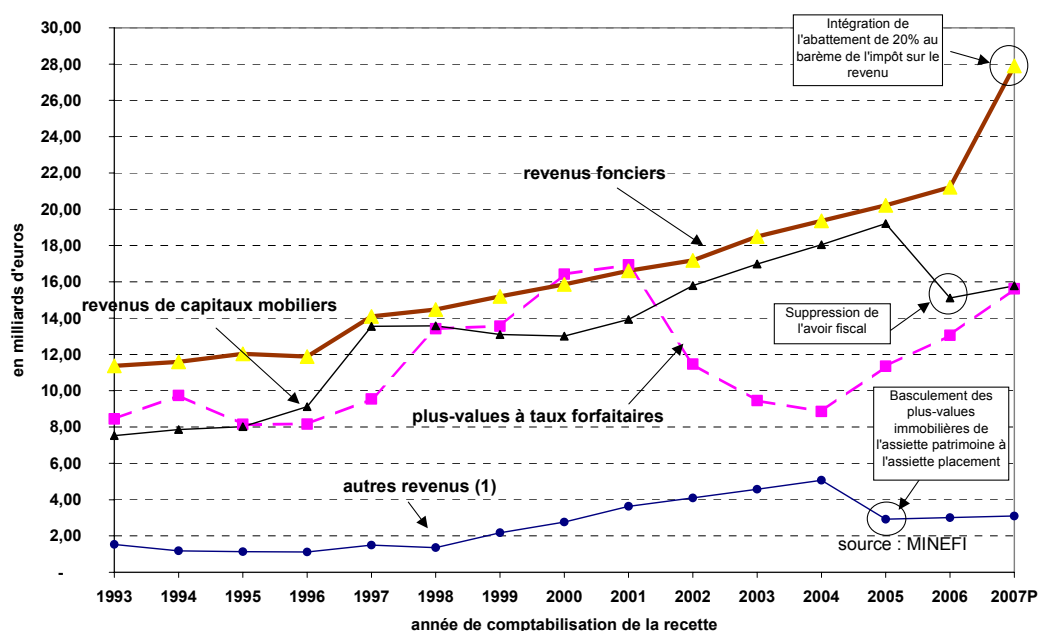
Le dynamisme des prélèvements sociaux sur les revenus du capital ralentirait en 2007

Après deux années de forte croissance, le produit des taxes sur les revenus de patrimoine et de placement n'augmenterait en 2007 que de 2,3% du point de vue des comptes des organismes sociaux. Ce taux de croissance modéré par rapport aux années précédentes est principalement lié aux effets de la législation, étant donné que l'évolution spontanée de la recette reste elle proche de son niveau tendanciel.

Les prélèvements assis sur les revenus de placement seraient en forte baisse (-9,5%) puisqu'en 2007 seul le flux des PEL de plus de 10 ans est taxé, alors qu'en 2006 le stock et le flux avaient été taxés. L'incidence de la non-reconduction de la taxation du stock de PEL de plus de 10 ans est estimée à 1,8 Md€ par le Ministère des Finances. En 2007, la mesure PEL continuerait d'avoir un effet positif d'environ 500 M€, en tenant compte du report de 200 M€ relatifs au décalage de versement octroyé à certaines banques décrit ci-dessus. Afin de compenser cette variation de recettes, deux nouvelles mesures d'anticipation des versements des prélèvements sur les revenus de placement ont été prises :

- La première consiste à augmenter les acomptes versés par les établissements bancaires le 25 septembre et le 25 novembre au titre de l'année en cours pour l'ensemble des revenus de placement : de 90% des contributions versées l'an passé, le total des acomptes versés passe à 100%. L'impact de cette mesure est estimé à 430 M€ pour l'ensemble des contributions (dont 320 M€ pour la CSG) ;

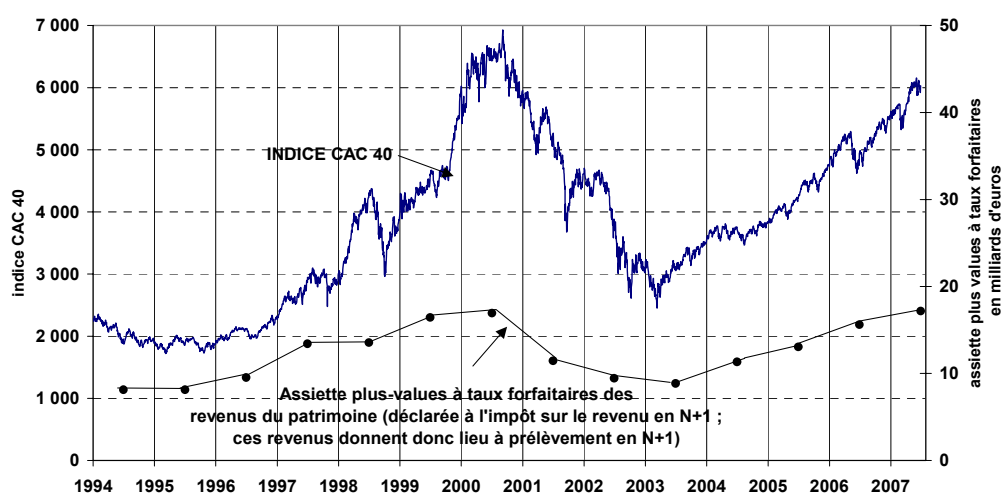
Graphique 2 – Evolution des différentes composantes de l'assiette patrimoine



Note : La recette patrimoine comptabilisée l'année N est prélevée sur les revenus de l'année N-1. La majeure partie de l'assiette (rôles 33 et 48) est ici comptabilisée ; une partie, traitée manuellement, n'est pas prise en compte.

(1) Dont plus-values immobilières jusqu'en 2004.

Graphique 3 – Evolution du CAC 40 et de l'assiette des plus-values à taux forfaitaire



Encadré 2 - Modifications législatives affectant les revenus du capital à partir de 2006

Paiement anticipé des prélèvements sociaux sur les intérêts des PEL de plus de 10 ans

Jusqu'au 31 décembre 2005, les prélèvements sociaux assis sur les intérêts des PEL étaient payés lors de la clôture du plan.

A compter du 1^{er} janvier 2006, ces prélèvements sont désormais prélevés à compter du 10^{ème} anniversaire du plan selon les modalités suivantes (disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006) : une première fois sur les intérêts cumulés au cours des dix premières années du plan ; puis, chaque année lors de l'inscription en compte des intérêts.

Les prélèvements sociaux restent perçus lors du dénouement du plan, lorsque ce dernier intervient antérieurement au dixième anniversaire.

Suppression de l'avoir fiscal

L'avoir fiscal était un crédit d'impôt sur le Trésor. Il avait pour objectif d'atténuer la double imposition économique supportée par les revenus distribués, liée à l'application successive de l'impôt sur les sociétés au niveau de la société distributrice, puis de l'impôt sur le revenu ou sur les sociétés au niveau de l'actionnaire. Il était égal à la moitié des dividendes versés.

La loi de finances pour 2004 a réformé le régime fiscal des revenus d'actions en supprimant l'avoir fiscal à compter du 1er janvier 2005. Pour le calcul de l'impôt sur le revenu, les dividendes sont désormais abattus de 50% et accompagnés d'un crédit d'impôt plafonné (voir rapport CCSS de septembre 2004 page 105, encadré 2). S'agissant des prélèvements sociaux, l'assiette qui était constituée de la somme des dividendes et de l'avoir fiscal, est réduite mécaniquement d'un tiers suite à la suppression de l'avoir fiscal. Les impacts financiers de la réforme seraient les suivants :

- En 2005, la réforme n'a pas d'incidence sur les prélèvements sociaux recouvrés en même temps que l'impôt sur le revenu, puisque les dividendes pris en compte, comme l'ensemble des revenus soumis à l'impôt sur le revenu en 2005, sont ceux de l'année 2004. La perte de prélèvements sociaux ne porte que sur les dividendes versés en 2005 sur des PEA de plus de cinq ans qui sont clos en 2005.
- L'impact de la réforme porte essentiellement sur les années 2006 et suivantes, les dividendes 2005 étant soumis à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux en 2006. Les dernières estimations du ministère des finances évaluent à 645 millions d'euros, dont 480 millions sur la CSG, la perte de prélèvements sociaux en 2006.

Incidence de la réforme du barème de l'impôt sur le revenu (IR) sur les revenus fonciers

Les règles de déduction forfaitaire des revenus fonciers sont modifiées suite à la réforme du barème de l'IR, introduite par la loi de finances pour 2006, et applicable aux revenus 2006 imposables en 2007 : cette réforme consiste à intégrer l'abattement de 20% dans le barème de l'IR en réduisant les taux applicables. Ceci conduit à faire bénéficier de l'abattement de 20% des revenus qui n'en bénéficiaient pas auparavant, et notamment les revenus fonciers. En contrepartie, certains aménagements sont donc opérés : la déduction forfaitaire de droit commun de 14% sur les revenus fonciers est supprimée ; la possibilité de déduction des charges pour leur montant réel (frais d'assurance et de gestion par exemple) est quant à elle maintenue ; enfin l'abattement dont bénéficie le régime micro-foncier est réduit de 40% à 30%. L'assiette des prélèvements sociaux, calculée après abattement, est par conséquent élargie.

- La seconde consiste à soumettre les contributions sur l'ensemble des revenus de placement au prélèvement libératoire plutôt que sur rôle, ce qui permet d'anticiper d'une année les encaissements. Cette mesure rapporterait 270 M€ supplémentaires en 2007 pour l'ensemble des prélèvements sociaux.

Hormis l'effet de ces mesures nouvelles, l'évolution spontanée de la recette placement serait légèrement plus dynamique que les années précédentes à 6%.

Les prélèvements assis sur les revenus de patrimoine augmenteraient fortement en 2007 d'une part du fait de l'incidence de la réforme du barème de l'impôt sur le revenu sur les revenus fonciers (voir encadré 2), dont l'effet est estimé à 560 M€ pour l'ensemble des contributions, et d'autre part en raison du dynamisme toujours soutenu de l'assiette des revenus du patrimoine (+ 7,5%). Au final, l'augmentation de la recette patrimoine serait de 17,1% (du point de vue du recouvrement DGI), et de 7,8% en évolution spontanée.

Tableau 3 – Estimation de l'évolution spontanée et de l'effet des mesures nouvelles relatives aux prélèvements sociaux sur le capital

	2004	2005	2006	2007P
<i>Evolution Spontanée</i>				
Placement	14,2%	5,9%	4,8%	6,0%
Patrimoine	3,1%	11,5%	8,9%	7,8%
Total	7,4%	9,2%	7,2%	6,8%
<i>Effets des mesures nouvelles</i>				
Placement	1,2%	8,8%	54,1%	-15,6%
Patrimoine	1,4%	-0,5%	-10,5%	9,3%
Total	1,3%	3,4%	16,7%	-4,1%
<i>Evolution globale</i>				
Placement	15,4%	14,8%	58,9%	-9,6%
Patrimoine	4,5%	11,0%	-1,6%	17,1%
Total	8,7%	12,5%	23,8%	2,7%

Note : les calculs sont effectués à partir des données du recouvrement DGI, en référence à l'année N-1. Par conséquent ils ne tiennent pas compte des mesures nouvelles instaurées au cours des années antérieures à N-1 (un rebasage de la recette est donc opéré chaque année).

Tableau 4 – Estimation de la contribution de l'évolution spontanée et des effets des mesures nouvelles à la dynamique des prélèvements sociaux sur le capital

	2004		2005		2006		2007P	
	En évolution	En structure (en %)	En évolution	En structure (en %)	En évolution	En structure (en %)	En évolution	En structure (en %)
Evolution Spontanée	7,4%	84,6	9,2%	73,3	7,2%	30,0	6,8%	253,4
dont contribution produits de placement	5,5%	63,2	2,4%	19,5	2,0%	8,5	3,2%	119,3
dont contribution produits de patrimoine	1,9%	21,4	6,7%	53,8	5,1%	21,5	3,6%	134,1
Effets des mesures nouvelles	1,3%	15,4	3,4%	27	16,7%	70,0	-4,1%	-153,4
dont contribution produits de placement	0,5%	5,3	3,6%	29,1	22,7%	95,4	-8,4%	-312,5
dont contribution produits de patrimoine	0,9%	10,1	-0,3%	-2,3	-6,1%	-25,4	4,3%	159,1
Total	8,7%	100	12,5%	100	23,8%	100	2,7%	100

Lecture : en 2004, les prélèvements sociaux sur le capital augmentent de 8,7%, dont 7,4% en évolution spontanée et 1,3% dû aux mesures nouvelles. En d'autres termes, sur 100€ supplémentaires de recettes, 84,6 sont liés à l'évolution spontanée de la recette, et 15,4 aux mesures nouvelles.

Note : Les valeurs indiquées pour les recettes de patrimoine et pour celles de placement correspondent à la contribution de ces différentes recettes, selon leur nature, à l'évolution la recette totale : elles sont égales à l'évolution spontanée ou à celle liée aux mesures nouvelles de chacune de ces recettes pondérées par le poids de celles-ci dans le montant total des prélèvements sociaux sur le capital. A titre d'exemple en 2004, l'évolution spontanée de la recette patrimoine est de 3,1%, mais, étant donné qu'elle ne représente qu'environ 60% du total des prélèvements sur le capital, sa contribution à l'évolution spontanée totale n'est que de 1,9%.

THEME 7

LES RELATIONS DE TRESORERIE ETAT – SECURITE SOCIALE

LES MODALITES DU REMBOURSEMENT PAR L'ETAT DES EXONERATIONS ET DES PRESTATIONS

L'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale (CSS) pose le principe de neutralité des flux de trésorerie dans les relations financières entre l'Etat et les régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Les conventions qui régissent ces relations financières sont fondées sur ce principe. Des conventions financières cadres entre l'Etat et l'ACOSS, l'Etat et la CCMSA, et, à partir de 2007, entre l'Etat et le RSI, définissent ainsi les mécanismes de compensation par dotation budgétaire de l'Etat des exonérations ou réductions de cotisations et contributions sociales ainsi que de certaines prestations servies par les régimes pour le compte de l'Etat.

Depuis 2006, ces conventions portent uniquement sur **les exonérations ciblées de cotisations sociales et les prestations d'AAH et d'API**. En effet, l'article L. 131-8 du CSS introduit par l'article 56 de la loi de finances pour 2006 prévoit qu'à compter du 1^{er} janvier 2006, par dérogation aux articles L. 139-2 et L. 131-7 (compensation intégrale par le budget de l'Etat), les allègements généraux de cotisations sociales sont financés par une affectation de recettes fiscales et non plus par une dotation budgétaire de l'Etat. Elles font, de ce fait, l'objet d'une convention spécifique. Par ailleurs, d'autres conventions portent sur un dispositif en particulier (AME, ALT...).

La compensation par dotation budgétaire

Les conventions financières (Etat-ACOSS, Etat-CCMSA et Etat-RSI) précisent les dates et les montants des versements aux régimes

A compter de 2007, les échéanciers annuels annexés aux conventions fixent les dates et les montants de paiement pour l'ensemble des dispositifs pour lesquels des crédits de compensation sont inscrits en loi de finances initiale (LFI), et non plus seulement pour ceux dont les crédits sont supérieurs à 150 M€. Dans ce cadre, les remboursements relatifs à l'AAH ou à l'API sont effectués sous forme d'acomptes mensuels, les exonérations ciblées dont les crédits sont supérieurs à 150 M€ font l'objet d'acomptes trimestriels tandis que celles dont les crédits sont inférieurs à ce montant donnent lieu à un acompte annuel³⁴.

Des retards dans le remboursement de certaines exonérations

Pour chaque mesure, la différence entre les acomptes versés au titre d'une année et les montants dus par l'Etat doit donner lieu, l'année suivante, à une régularisation définitive des versements. Les paiements correspondants sont effectués, le cas échéant et compte tenu de la disponibilité des crédits budgétaires, sur présentation par les régimes d'états justificatifs.

Le niveau des crédits budgétaires peut avoir un effet très important sur le respect effectif du principe de la neutralité en trésorerie. Ainsi, au 31 mai 2007, sur un total de 2.893 M€ facturé par le régime général au titre des exonérations pour l'exercice 2006, 875 M€ restent dus par l'Etat. A cette même date, 456 M€, sur un total de 2.610 M€, ne sont toujours pas compensés au titre de l'année 2005. Ces retards concernent particulièrement les mesures inférieures à 150 M€, pour lesquelles 545 M€ restent dus sur 617 M€ pour 2006, et 203 M€ sur 752 M€ pour 2005. La prise en compte de ces mesures dans les échéanciers devrait toutefois permettre d'améliorer cette situation.

³⁴ Par exception aux règles définies ci-dessus, les versements au RSI, pour l'ensemble des dispositifs de compensation le concernant, sont annuels, et les versements à l'ACOSS et à la CCMSA concernant les mesures DOM sont effectués en 2 fois au lieu de 4 (voir Tableau 1).

Encadré 1 - Les services signataires des conventions financières

- **Service responsable de l'affectation des crédits budgétaires de l'Etat** : direction du budget
- **Service responsable du suivi des relations financières Etat-sécurité sociale** : direction de la sécurité sociale
- **Services gestionnaires responsables des programmes budgétaires auxquels sont rattachés les dispositifs** :
 - *financement des prestations sociales servies par les régimes pour le compte de l'Etat* : direction générale de l'action sociale (AAH, API) (Mission solidarité et intégration) ;
 - *compensation des exonérations* : jusqu'en 2004 inclus, principalement la direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle (Mission travail et emploi). Puis, avec la diversification des imputations sur les différents budgets ministériels en fonction de l'objectif de politique publique recherché, élargissement des conventions à de nouveaux signataires : l'Industrie (Mission recherche et enseignement supérieur en 2005, Mission développement et régulation économiques en 2006), l'Outre-mer en 2005, la Ville, l'Agriculture ainsi que les Sports en 2006 et les Transports en 2007.

Tableau 1 - Champ d'application des conventions financières et modalités de versement des acomptes de l'Etat aux régimes pour 2007

		Prestations sociales servies pour le compte de l'Etat	Exonérations ou réductions de cotisations et contributions sociales (dispositifs spécifiques uniquement)	
		Mesures dont les crédits de compensation inscrits en LFI sont supérieurs à 150 M€ AAH, API	Mesures dont les crédits de compensation inscrits en LFI sont supérieurs à 150 M€ : contrats d'apprentissage, contrats de professionnalisation, abattement 15 points "plan services à la personne", HCR (avantages en nature dans les hôtels, cafés, restaurants), ZFU, Exonérations DOM (Lois d'orientation et de programme pour l'outre-mer – LOOM/LOPOM)	Mesures dont les crédits de compensation inscrits en LFI sont inférieurs à 150 M€ : contrats de qualification, CIE, CRE (métropole), exos "PACTE", insertion par l'économique (type CHRS), salariés créateurs-repreneurs d'entreprise, contrats de volontariat pour l'insertion (CVI) ZRR-ZRU, ZFC, exo "prestataires de services à la personne publics non fragiles", CAE, JEI, réduction d'assiette "droit à l'image" sportifs professionnels ZRR (extension aux OIG, contrat "vendanges", mesures « loi d'orientation agricole (LOA) » Chèque transport, Exo AF entreprises d'armement maritime
Modalités de versement	Date de versement des acomptes	Le 5 du mois ou le jour ouvré le plus proche	- abattement 15 points, exos ZFU : le 10 du 2 ^{ème} mois du trimestre courant ou le jour ouvré le plus proche, - contrats d'apprentissage, contrats de professionnalisation : le 10 du 1 ^{er} mois du trimestre courant ou le jour ouvré le plus proche - mesures DOM : le 10 février et le 10 mai ou le jour ouvré le plus proche	Le 30 juin ou le jour ouvré le plus proche
	Détermination du montant des acomptes	1/12 ^{ème} du montant de la part de la dotation inscrite en LFI affectée au régime en question	Répartition de la dotation votée en LFI entre régimes concernés par les dispositifs puis application d'un abattement correspond à la réserve de précaution pour déterminer le montant total des acomptes par régime	Répartition de la dotation votée en LFI entre régimes concernés par les dispositifs et application d'un taux de 90% pour déterminer le montant de l'acompte unique

Le financement des allègements généraux par affectation de recettes fiscales

Depuis le 1^{er} janvier 2006, la compensation des allègements généraux (principalement la réduction Fillon) par l'Etat est effectuée par affectation d'un panier de recettes fiscales (neuf en 2006 et dix en 2007). Dans un souci de simplification des circuits financiers relatifs à l'encaissement et à la répartition des recettes fiscales transférées dans le cadre du nouveau dispositif de financement des allègements généraux, l'ACOSS a été chargée par la loi de centraliser ces recettes et d'en assurer le reversement aux régimes bénéficiaires.

Une convention entre l'Etat et l'ACOSS définit chaque année les modalités des versements effectués au titre des impôts et taxes recouvrés par l'Etat et affectés au bénéfice des régimes et caisse de sécurité sociale concernés par les mesures d'allègements généraux de cotisations sociales. Conformément à l'article L.139-2 du code de la sécurité sociale, ces versements sont fixés de manière à garantir la neutralité en trésorerie de ces flux financiers pour l'ACOSS.

Cette convention prévoit des versements bi-hebdomadaires à l'ACOSS (mardi et vendredi) pour les encaissements de la taxe sur les salaires, des droits de consommation sur les alcools, des droits sur les bières et les boissons non alcoolisées, des droits de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels, des droits de consommation sur les produits intermédiaires et des droits de consommation sur les tabacs. Pour la TVA sur les tabacs et la TVA sur les produits pharmaceutiques, les versements sont effectués sous forme d'acomptes mensuels dont le montant est fixé en annexe à la convention. Chaque acompte fait l'objet d'une régularisation les mois suivants (M+1 ou M+2) pour tenir compte du montant de la TVA brute réellement déclarée par les entreprises redevables.

Par ailleurs, des conventions entre l'ACOSS et chacun des régimes bénéficiaires doivent préciser les modalités des versements à ceux-ci de la quote-part des recettes fiscales transférées. La quote-part revenant à chaque régime en 2006 et les années ultérieures a été fixée par un arrêté du 7 mars 2007, sur la base du montant des allègements généraux constaté par chaque caisse ou régime au titre de 2006. Conformément à l'article L.131-8, ces clés de répartition sont définitives.

Caisses et régimes	Quote-part
CNAM	40,1640 %
CNAM – AT/MP	8,1680 %
CNAF	16,8450 %
CNAV	29,2060 %
Total régime général	94,380%
CCMSA - Régime des salariés agricoles	5,2842%
SNCF	0,1258%
CRCPEN	0,1209 %
ENIM	0,0690 %
CANSSM	0,0146 %
RATP	0,0025 %

LES CREANCES DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE SUR L'ETAT

La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (n° 2005-881 du 2 août 2005 - article 17) a mis en place un mécanisme d'information du Parlement sur les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale prévoyant la transmission semestrielle d'un état des sommes restant dues par l'Etat aux régimes obligatoires de base.

Nature des informations de l'état semestriel au 31 décembre 2006

Le dernier état semestriel transmis au Parlement, arrêté au 31/12/2006, reflète la situation de trésorerie des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale à cette date. Il retrace les sommes dues par l'Etat au 31/12/2006, résultant d'une part du montant des exonérations de cotisations exigibles (liquidées et comptabilisées) ou des prestations versées pour le compte de l'Etat à cette date, et d'autre part des versements effectués, à cette même date, par l'Etat aux régimes de sécurité sociale.

En revanche, ne sont pas prises en compte, dans le cadre de cet état, les exonérations de cotisations ou les prestations relatives aux dernières périodes de 2006 (décembre ou dernier trimestre), mais qui ont été liquidées ou versées au début de l'année 2007. Ces opérations sont retracées dans les comptes des régimes en produits à recevoir.

La situation "brute" des dettes (ou dans certains cas des créances) de l'Etat résultant des opérations ainsi retracées, soit 7,739 Md€ est, dans un second temps, corrigée des versements de l'Etat intervenus au début de 2007 en exécution de la loi de finances rectificative (LFR) de 2006. Ces versements, qui correspondent à des dettes de 2006 ou de périodes antérieures, se sont élevés à 743 M€.

La situation "nette", après ces corrections, soit **6,996 Md€ (dont 5,074 Md€ pour le régime général)**, présente une image plus conforme des dettes de l'Etat envers la sécurité sociale à la fin de l'année 2006. Ces données sont pleinement cohérentes avec celles figurant au bilan de clôture de l'Etat établi pour la première fois en 2006.

Présentation de l'état semestriel au 31 décembre 2006

L'état semestriel au 31/12/2006 présente la situation des dettes de l'Etat sur les régimes obligatoires de base sous deux angles distincts.

Un premier tableau (reproduit dans la présente fiche de manière un peu plus synthétique : cf. tableau 1 ci-après) retrace l'ensemble des dettes par nature, décomposées en trois catégories principales et quatre sous-catégories :

- les prestations versées pour le compte ou prises en charge par l'Etat, ventilées entre le champ "santé - solidarité" (API, AAH, AME notamment) et le champ "aides au logement" (principalement APL et ALS) ;
- les exonérations de cotisations, en distinguant les dispositifs ciblés et les allègements généraux ;
- les dispositifs divers n'entrant pas dans le champ des deux principales catégories.

Une seconde présentation (tableau 2) s'attache à faire ressortir les dettes de l'Etat ventilées par caisse ou régime de sécurité sociale.

Comparaison avec la situation au 31 décembre 2005

La préexistence de l'Etat semestriel au 31/12/2005 permet, pour la première fois, un exercice de comparaison et une analyse de l'incidence des délais de paiement de l'Etat sur les variations de trésorerie des régimes et plus particulièrement du régime général. Les données à fin 2005 (situation brute et nette) ont été retraitées pour tenir compte des comptes 2005 définitifs des régimes et de clarifications apportées sur certaines règles comptables dans le cadre de l'élaboration du bilan de l'Etat.

La diminution des crédits payés en période complémentaire entre janvier 2006 (1 660 M€ hors apurement de la dette BAPSA) et janvier 2007 (743 M€) explique que l'écart entre situation brute et situation nette est moins important fin 2006 qu'il n'était fin 2005.

L'évolution ressortant de l'état semestriel au 31/12/2006 résulte de phénomènes très contrastés selon les dispositifs concernés (augmentations, diminutions de dettes). Elle peut également tenir à des créations ou suppressions de dispositifs.

- **sur le champ "Santé solidarité"**, la situation brute, globalement stable (+3%), recouvre des évolutions divergentes des différents dispositifs concernés : augmentation des sommes dues par l'Etat au titre de l'API (+160 M€) et de l'AME (+239 M€), et baisse significative sur l'AAH (-84 M€). La prime de retour à l'emploi instituée par la loi du 23 mars 2006, d'un coût de 71 M€ en 2006, n'a donné lieu à aucun versement. Enfin, la modification, à compter de 2006, des modalités de financement des prestations familiales des agents de l'Etat a entraîné l'apurement définitif de la compensation due à la CNAF (-284 M€) qui, jusqu'en 2005, faisait l'objet d'un apurement en LFR de l'année.

- **sur le champ "Aides au logement"**, la baisse significative de la dette brute (-135 M€), est liée à la modification des clés de financement de l'APL entre l'Etat et la branche famille, alors que l'augmentation de la situation nette (+20 M€), résulte de l'absence de crédits en LFR 2006.

- **sur le champ des "Exonérations ciblées"**, la dette brute croît de 822 M€ en un an et la dette nette de 987 M€. Cette hausse est principalement due au dynamisme de certains dispositifs, supérieur aux prévisions LFI : apprentissage (+225 M€), exonérations DOM (+245 M€), contrats de qualification (+109 M€) et de professionnalisation (+67 M€). Par ailleurs, certaines exonérations instaurées en 2006 – notamment celles en faveur des associations et organismes d'intérêt général dans les ZRR et celles relatives aux aides à la personne, représentant un total de 140 M€ – n'ont pas encore donné lieu à des versements de la part des ministères concernés. En revanche, pour les ZFU, la dette est complètement apurée (-100 M€).

- **sur le champ des "Allègements généraux"**, la diminution de 179 M€ de la situation "brute" correspondant à un apurement partiel, début 2006, des allègements de cotisations sociales patronales pour les bas salaires. La dette "nette", par contre, reste stable, le rendement des recettes fiscales affectées à la sécurité sociale en compensation des allègements généraux (article L. 131-8 du CSS) étant quasiment égal, en encaissements-décaissements sur l'année civile, au coût des exonérations correspondantes.

- **sur le champ des "Dispositifs divers"**, la dette "brute" hors BAPSA a progressé de 199 M€ (+23%), presque exclusivement en matière de dispositifs de garanties de pensions pour la SNCF (+167 M€).

Enfin, il convient de relever que l'accroissement de la dette "brute" est proportionnellement plus important pour les régimes autres que le régime général (+18% contre +9% en moyenne). Les évolutions constatées au sein du régime général sont elles-mêmes contrastées, les sommes dues à la CNAM et à la CNAV progressant respectivement de 20% et 23%, alors que celles dues à la CNAF diminuent de 11%. La hausse de la dette « nette » est quant à elle de 33% pour le régime général du fait de la diminution des paiements en période complémentaire 2006 évoquée ci-dessus, et de 29% pour les autres régimes.

NATURE DE LA DETTE (ou CREANCE)	Situation brute au 31/12/2005 (a)	Situation nette au 31/12/2005 arrêtée au 31 janvier 2006 (b)	Coût des mesures 2006 en "trésorerie" (c)	Versements effectués par l'Etat entre le 01/01/2006 et le 31/12/2006 au titre de 2006 (d)	Situation "brute" au 31/12/2006 (e)=(a-b)+(c-d)	Versements de janvier 2007 se rattachant aux exercices 2006 et antérieurs (g)	Situation nette au 31/12/2006 =(e)-(g)
I/ Prestations versées pour le compte ou prises en charge par l'Etat							
I-1/ Champ santé-solidarité							
Aide médicale d'Etat (AME)	681	654	459	86	920	0	920
Allocation de parent isolé (API)	265	232	1 052	859	425	16	409
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) du Fonds spécial d'invalidité (FSI)	119	119	252	135	118	0	118
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	176	99	5 223	5 229	92	0	92
Prime de retour à l'emploi (1000€) pour les bénéficiaires de minima sociaux (nouveau en 2006)	0	0	71	0	71	0	71
Grands invalides de guerre	77	77	173	158	56	0	56
RMI : dette antérieure au 01/01/04 + prime exceptionnelle	328	45	284	0	328	290	38
Allocation d'installation étudiante ("Aline") (nouveau en 2006)			19	19	1	0	1
Compensation d'allocations familiales de l'Etat	275	-9	0	0	0	0	-9
Divers autres : créances de l'Etat	-17	-17			-36	0	-36
Sous-total champ santé-solidarité	1 903	1 199	7 515	6 486	1 967	305	1 662
I-2/ Champ logement							
Aide personnelles au logement (APL et ALS) (financées par le FNAL)	310	155	7 124	6 974	161	0	161
Aide au logement temporaire (ALT)	20	20	44	19	32	0	32
Allocation de logement familial (ALF) servie aux fonctionnaires de l'Etat dans les DOM	1	1	0	0	2	0	2
Sous-total champ logement	331	175	7 168	6 992	195	0	195
Sous-total prestations prises en charge par l'Etat	2 234	1 374	14 683	13 478	2 162	305	1 857
II/ Exonérations de cotisations sociales							
II-1/ Exonérations ciblées							
Exonérations ciblées sur certains territoires (ZRR, ZRU, ZFU, ZFC, DOM)	724	589	1 533	1 114	1 010	0	1 009
Apprentissage et qualification	559	362	1 261	593	1 026	263	763
Exonérations ciblées sur certains secteurs d'activité (HCR, JEI...)	339	189	271	41	356	57	299
Exonérations ciblées sur certains publics fragiles (Titulaires de minima sociaux...)	366	246	93	0	339	108	232
Services à la personne	0	0	186	132	54	0	54
Exonérations spécifiques au secteur agricole	38	38	13	0	52	10	42
Exonérations spécifiques aux travailleurs indépendants non agricoles	8	8	12	0	21	0	21
Sous-total exonérations ciblées	2 035	1 432	3 370	1 880	2 856	438	2 419
II-2/ Allègements généraux							
Dettes "anciennes" (Exos AF BTP, "Plan textile", échéances liées au passage au FOREC en 2000 et aux aides Robien en 2001)	1 359	1 359	0	0	1 359	0	1 359
Autres dettes passées sur les allègements généraux	465	281	0	0	281	0	281
Compensation intégrale des allègements généraux 2006 (article L.131-8 du CSS)	0	0	19 490	19 485	5	0	5
Sous-total allègements généraux	1 824	1 641	19 490	19 485	1 646	0	1 646
Sous-total exonérations de cotisations sociales	3 859	3 073	22 860	21 365	4 502	438	4 065
III/ Divers autres dispositifs							
Dette relative au BAPSA	3 119	619	0	0	619	0	619
Diverses prises en charge par l'Etat de certaines pensions (Af. du Nord - SNCF et CNIEG) et cotisations (militaires, rapatriés)	200	187	328	9	387	0	387
Divers CCMSA	61	61	119	54	74	0	74
Rachat conjoints collaborateurs des bateliers (RSI)	0	0	0,3	0	0,3	0	0,3
Conventions CNMSS (militaires)	-4	-6	1	0	-5	0	-5
Sous-total autres dispositifs	3 375	861	449	63	1 074	0	1 074
TOTAL GENERAL	9 469	5 308	37 992	34 907	7 739	743	6 996

Tableau 1 - Etat semestriel au 31 /12/2006, par nature de dettes (en M€)

Tableau 2 - Etat semestriel au 31/12/2006, par caisse ou régime (en M€)

REGIMES OU BRANCHES	Situation brute au 31/12/2005 (a)	Situation nette au 31/12/2005 arrêtée au 31 janvier 2006 (b)	Coût des mesures 2006 en "trésorerie" (c)	Versements effectués par l'Etat entre le 01/01/2006 et le 31/12/2006 au titre de 2006 (d)	Situation "brute" au 31/12/2006 (e)	Versements de janvier 2007 se rattachant aux exercices 2006 et antérieurs (f)	Situation nette au 31/12/2006 =(e)-(f)
CNAMTS - AM	2 038	1 735	9 953	8 946	2 454	166	2 288
CNAMTS - AT	227	175	1 842	1 742	274	29	245
CNAF	2 064	1 128	17 182	16 237	1 846	368	1 478
CNAVTS	1 012	782	6 869	6 297	1 245	163	1 082
ACOSS (au titre Plan textile)	-19	-19	0	0	-19	0	-19
Sous-total régime général	5 322	3 802	35 846	33 222	5 801	727	5 074
CCMSA	551	456	1 700	1 558	603	16	588
FFIPSA	3 121	621	45	49	617	0	617
ENIM	0	0	14	13	0,47	0,46	0,01
CANSSM	8	8	3	3	8	0	8
CAVIMAC	0	0	0	0	0	0	0
CRPCEN	50	31	29	24	31	0	31
CNMSS			1	0	-5	0	-5
SNCF	104	92	214	33	272	0	272
RATP	2	2	0,5	0,5	2	0	2
CNIEG	19	19	18	0	18	0	18
RSI	289	275	115	0	388	0	388
CNAVPL	1,0	1	1,4	0	2,5	0	2,5
BDF	0	0	0	0	0	0	0
PAB	0,00	0	0,03	0	0,09	0	0,09
CPS SPM	1	1	5	3	1	0	1
Sous-total Autres	4 147	1 506	2 146	1 685	1 938	16	1 922
TOTAL GENERAL	9 469	5 308	37 992	34 907	7 739	743	6 996

THEME 8
LES PRESTATIONS MALADIE ET AT

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a fixé l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) à 140,7Mds€. Les données relatives aux réalisations de l'année 2006 sont issues des comptes 2006 des régimes et peuvent faire l'objet d'ajustements ultérieurs³⁵.

Les réalisations de 2005 sont définitivement estimées à 135,1Mds€, en ligne avec les chiffres déjà présentés en septembre 2006, intégrant une révision des provisions de clôture (cf. encadré ci-contre) pour environ 120M€.

Les réalisations de l'ONDAM 2006 seraient supérieures d'environ 1,2Md€ à l'objectif fixé en LFSS

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM s'élèvent à 141,8Mds€ en 2006. Ce montant représente un dépassement de l'objectif voté par le parlement en LFSS pour 2006 de près de 1,2Md€ (graphique 2). En dépit des mesures tarifaires et budgétaires mises en œuvre dans les derniers mois de 2006 pour limiter la dérive alors prévisible, ce dépassement est plus important qu'attendu lors de la dernière CCSS. L'écart est attribuable en majeure partie à l'accélération des dépenses de soins de ville constaté sur la deuxième moitié de l'année³⁶.

Si le dépassement de l'objectif est plus conséquent que les trois années précédentes, il convient de souligner qu'il s'agit de la quatrième année consécutive de ralentissement. En effet, l'évolution des dépenses sous ONDAM est passée de 7,1% en 2002 à 6,4% en 2003, 4,9% en 2004, 4,0% en 2005 et enfin 3,1% en 2006 (graphique 1).

Les soins de ville progressent de 2,4% par rapport à 2005

Les dépenses de soins de ville dans le champ de l'ONDAM se sont élevées en 2006 à 66,6Mds€. Ce montant correspond à un dépassement d'environ 1,3Md€ du sous-objectif arrêté. Ce dernier avait été fixé à 65,3Mds€ et, en raison de la révision à la hausse des dépenses de 2005, son respect supposait une quasi stagnation des dépenses (0,4% par rapport aux réalisations corrigées de l'année 2005 et à champ comparable, au lieu de 0,9% prévus en LFSS sur la base d'une estimation 2005 provisoire).

A périmètre constant, le constat des dépenses sur l'année 2006 conduit à une progression de 2,4% par rapport à 2005. Relativement aux années antérieures, le ralentissement des dépenses sur ce poste s'est donc poursuivi (8,0% en 2002, 6,2% en 2003, 4,3% en 2004 et 3,1% en 2005).

Ce ralentissement est en grande partie imputable depuis 2003 aux moindres prescriptions d'indemnités journalières et, plus récemment, à d'importantes économies sur le secteur des médicaments (notamment les baisses de prix sur le répertoire des médicaments génériques et les remboursements de certaines classes thérapeutiques). Néanmoins, les derniers mois de l'année 2006 ont vu une ré-accélération des dépenses sur ces deux postes. La conjoncture des soins de ville du régime général est présentée en détail dans la fiche 8-3 de ce rapport.

³⁵ Les données comptables comprennent en effet des provisions dont le montant repose sur des estimations de dépenses. Si les charges effectives diffèrent de ces estimations, les réalisations 2006 seront revues en conséquence (cf. encadré).

³⁶ (cf. graphique 1 de la fiche 8-2).

Evolution de l'ONDAM entre 2005 et 2006 en milliards d'euros

arrondis à 100M€	Construction			Réalisations provisoires			Ecart à l'objectif
	Sous-objectifs arrêtés	Taux d'évolution LFSS (iii)	Taux cibles actualisés (ii)	Base 2006 réactualisée (i)	Montant	Taux d'évolution	
Soins de ville	65,3	0,9%	0,4%	65,0	66,6	2,4%	1,3
Total ONDAM hospitalier	63,6	3,5%	3,2%	61,6	63,6	3,1%	0,0
Total ONDAM médico-social	11,0	6,6%	6,6%	10,3	11,0	6,1%	-0,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,4	9,2%	9,2%	4,0	4,4	8,6%	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6	5,0%	5,0%	6,3	6,6	4,5%	0,0
Autres prises en charge	0,7	8,6%	7,0%	0,6	0,7	14,4%	0,0
ONDAM TOTAL	140,7	2,5%	2,2%	137,6	141,8	3,1%	1,2

NB : La base 2006 *i* (i.e. l'année 2005 considérée sur le périmètre de l'ONDAM 2006 : les importants changements de périmètre de l'ONDAM entre 2005 et 2006 expliquent l'écart important entre le montant des réalisations définitives 2005, soit 135,1 Mds€ et le montant de la base 2006 actualisée, soit 137,6 Mds€) est réactualisée à partir des dernières corrections effectuées sur les réalisations 2005. La colonne *ii* indique les objectifs de taux d'évolution des différents postes de dépenses par rapport à la base 2006 telle qu'elle est estimée avec les dernières données comptables. La colonne *iii* rappelle les taux d'évolution pour chaque sous-objectif voté lors de la LFSS à l'automne 2005. Les objectifs de chaque sous-enveloppe étant fixés en valeur et non en taux d'évolution, le constat des dépenses pour l'année 2005 modifie le taux de croissance que doit respecter chaque sous-enveloppe pour atteindre l'objectif 2006. Ceci explique donc les différences d'évolution entre les colonnes *ii* et *iii*.

Quelques précisions sur les révisions des réalisations

La règle des droits constatés exige de rattacher à l'exercice comptable de l'année N les dépenses de soins effectuées en année N. Or, une fraction de ces soins n'est connue qu'en année N+1 (par exemple, les feuilles de soins pour des actes effectués en décembre N reçues par les caisses en janvier N+1). Lors de la clôture des comptes de l'année N, les régimes estiment donc des provisions représentatives de ces soins à partir des dernières informations connues. Ensuite, sur l'exercice N+1, on comptabilise les charges réelles supportées au titre de l'exercice N, et on compare ces charges au montant des provisions passées en N. L'écart (positif ou négatif), ajouté aux réalisations comptables de N permet de reconstituer une année de soins complète (i.e. la totalité des charges liées aux soins effectués au cours de N).

Pour 2005, il y a eu une sous-estimation des provisions de l'ordre de 118M€ qui se décompose en une surestimation de 4M€ pour les soins de ville, une sous-estimation de 65M€ pour les établissements de santé et enfin une sous-estimation de 57M€ pour les établissements médico-sociaux. Les réalisations comptables de 2006 feront également l'objet de révisions ultérieures. A partir d'informations qui seront demandées aux régimes, un correctif sur les comptes de 2006 sera pratiqué en septembre prochain à l'occasion de la Commission des Comptes de l'automne.

Les dépenses des établissements de santé publics et privés ont augmenté de 3,1% en 2006³⁷

En 2006, les dépenses constatées des établissements de santé publics et privés atteignent 63,6Mds€. Ceci correspond à une très légère sous-consommation de 20M€, qui se traduit par une sous-consommation des dépenses des établissements antérieurement sous dotation globale (ex-DG) et un dépassement des dépenses des cliniques privées. Ces écarts sont mesurés par rapport aux hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM et ils ne peuvent être utilisés pour évaluer les écarts dans le champ précis des objectifs de dépenses régulés définis par arrêtés.

Les dépenses des établissements publics se sont élevées à 52,3Mds€³⁸, en progression de 2,9%, soit un taux inférieur aux hypothèses sous-jacentes au respect de l'ONDAM induisant un écart favorable à l'objectif de 190 M€, principalement en raison d'une sous exécution des dépenses non régulées.

Les dépenses des cliniques privées ont progressé en 2006 de 3,7% pour atteindre 11,0 Mds€, soit un montant supérieur d'environ 170M€ par rapport aux hypothèses sous-jacentes au respect de l'ONDAM, et ce malgré la baisse tarifaire intervenue lors du dernier trimestre pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Ce dépassement s'explique pour partie par les dépenses supplémentaires de l'exercice 2005 qui n'avaient pas pu être prises en compte lors de la construction de l'ONDAM 2006 et par le dynamisme de l'activité en 2006.

Les dépenses des établissements médico-sociaux : une augmentation de 6,1% en 2006

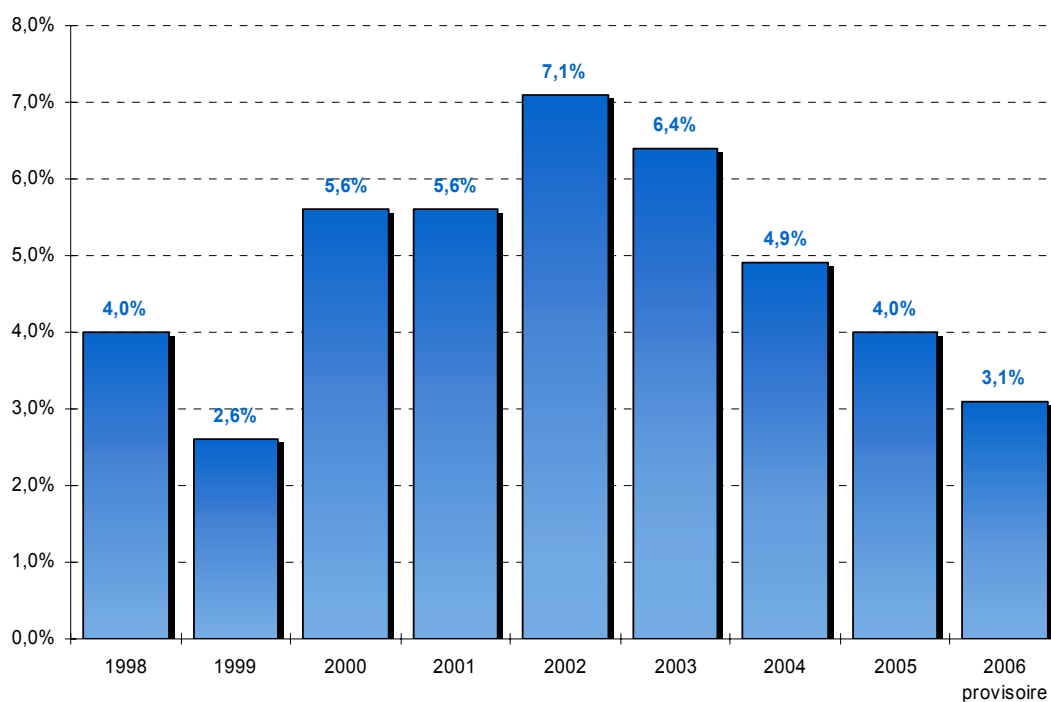
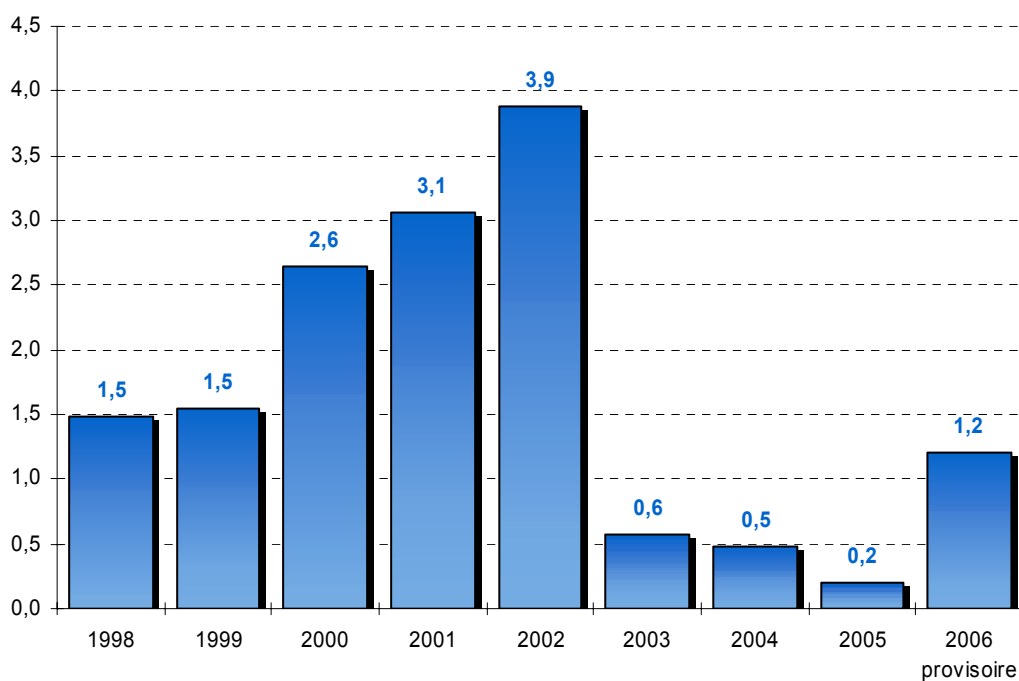
L'ONDAM médico-social est une dotation de l'assurance maladie servant à financer l'objectif global des dépenses (OGD) géré par la CNSA. Sur ce poste les réalisations de l'année 2006 s'élèvent à 11,0Mds€, ce qui correspond à un abattement de l'ordre de 60M€ par rapport à la dotation initialement prévue, pour tenir compte d'une revalorisation du point fonction publique moindre que provisionnée en construction. Cet abattement se répartit entre 40M€ sur l'enveloppe « personnes handicapées » et 20 M€ sur l'enveloppe « personnes âgées ».

Les autres prises en charge dépassent leur objectif d'environ 50M€

Une dynamique plus forte qu'attendue des dépenses imputables aux soins des ressortissants français à l'étranger a entraîné un surcroît de dépenses de l'ordre de 100M€. *A contrario*, les dépenses liées aux réseaux de soins sont inférieures au montant fixé d'environ 50M€. A périmètre constant, les dépenses dans le champ de ce sous-objectif ont augmenté de 14,4% par rapport à l'année 2005.

³⁷ Le taux d'augmentation sur les établissements est à ce stade estimé à 3,1% et non 3,3% comme le mentionnait le dernier « 4 pages » de la CCSS publié en mars 2007. En effet, des dépenses relatives aux IFSI (Instituts de Formation en Soins Infirmiers) qui auraient dû sortir du champ de l'assurance maladie ont néanmoins été financées sur l'ONDAM. La base, qui les excluait à tort, a donc été revue à la hausse pour raisonner sur un champ cohérent, ce qui minore le taux d'évolution.

³⁸ L'écart entre le chiffre figurant dans le tableau de la page précédente (63,6) et la somme des dépenses constatées pour les établissements publics et privés (52,3+11,0=63,3) correspond au montant alloué au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Graphique 1 : Évolution des réalisations de l'ONDAM de 1998 à 2006**Graphique 2 : Dépassements de l'ONDAM depuis 1998 (en milliards d'euros)**

Les données disponibles en droits constatés couvrent la totalité de l'année 2006 pour l'ensemble des régimes, ainsi que les mois de janvier à mars 2007 pour les soins de ville du régime général. A la lumière des données plus récentes en date de remboursement (à fin mai 2007), elles permettent d'actualiser la prévision des dépenses d'assurance maladie pour l'année 2007 dont l'objectif a été fixé par le Parlement à 144,8 Md€.

La base de dépenses pour 2007 est augmentée d'environ 700 M€

Compte tenu du dépassement de 1,2 Md€ de l'ONDAM 2006³⁹, il est nécessaire de revoir la base de construction de l'objectif pour 2007.

Pour les soins de ville, il était prévu un dépassement de 650M€ à la CCSS de septembre 2006. En définitive, ce dernier aurait atteint quasiment 1,3 Md€. La base de l'ONDAM soins de ville pour 2007 étant construite à partir de la prévision de la dernière CCSS, cet écart se répercute pleinement sur les dépenses de 2007. Par conséquent, la base des soins de ville se trouve rehaussée d'environ 630 M€.

Concernant les établissements de santé et médico-sociaux, la construction des objectifs 2007 avait pu intégrer des hypothèses plus favorables que la prévision présentée en CCSS (qui tablait sur un dépassement de 120 M€) et la base relative à ces postes n'est impactée que de la sous-consommation constatée sur le champ des établissements de santé soit -20M€.

En revanche, la sous-consommation de 30 M€ attendue pour 2006 sur l'enveloppe des autres prises en charge ne s'est pas confirmée et un dépassement d'un peu moins de 50 M€ a été constaté. Dès lors, cet écart se répercute sur les prestations de l'année 2007 pour un peu plus de 70 M€.

Au final, la base de l'ONDAM 2007 est majorée de 680 M€.

Une tendance des soins de ville qui semble s'accélérer

Au moment de l'élaboration de l'ONDAM, une évolution tendancielle⁴⁰ de 4,4% a été retenue sur les soins de ville (avant mesures d'économies intégrées dans l'ONDAM). Les dépenses sont toutefois réparties sur une dynamique plus forte depuis la seconde moitié de l'année 2006⁴¹. Cette reprise est liée pour une large part aux remboursements d'indemnités journalières.

Le tendancier 2007 a donc été revu à la hausse à 4,9%.

³⁹ cf. fiche 8-1.

⁴⁰ La tendance recouvre l'évolution spontanée des dépenses avant effets reports et mesures nouvelles.

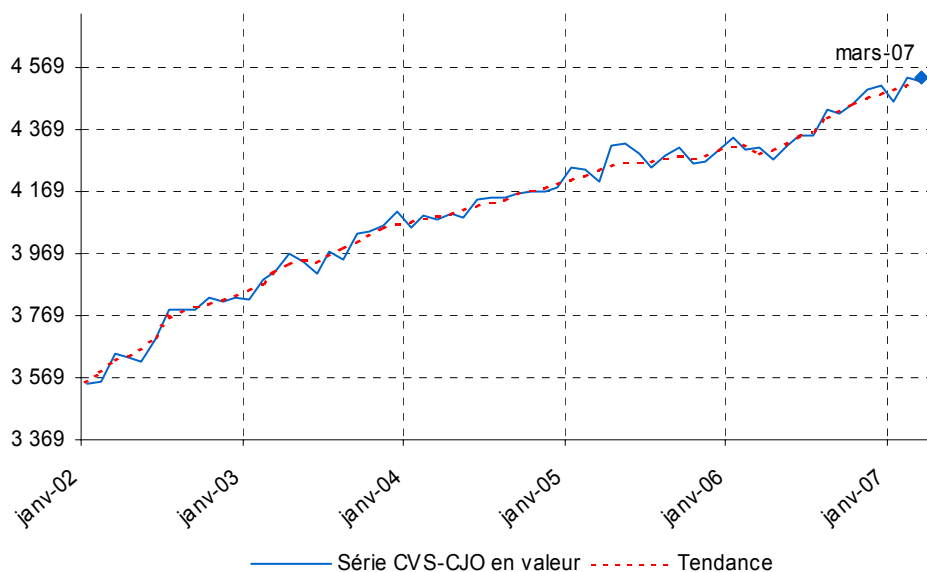
⁴¹ cf. graphique ci-contre et fiche 8-3 qui présente plus en détail la conjoncture des soins de ville.

Prévision des dépenses dans le champ de l'ONDAM pour l'année 2007

Milliards d'euros				Prévision (Juin 2007)			
arrondis à 100M€	Sous-objectifs arrêtés	Taux d'évolution LFSS (iii)	Taux cibles actualisés (ii)	Base réactualisée (i)	Montant	Taux d'évolution	Ecart à l'objectif
Soins de ville	66,7	1,1%	0,2%	66,6	69,0	3,6%	2,3
Total ONDAM hospitalier	65,6	3,5%	3,4%	63,4	65,8	3,8%	0,2
Total ONDAM médico-social	11,8	6,7%	6,7%	11,0	11,8	7,0%	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,8	8,3%	8,3%	4,4	4,8	9,2%	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0	5,6%	5,6%	6,6	7,0	5,6%	0,0
Autres prises en charge	0,7	7,6%	-3,5%	0,7	0,8	13,3%	0,1
ONDAM TOTAL	144,8	2,6%	2,1%	141,8	147,4	4,0%	2,6

NB : La base 2007 *i* (i.e. l'année 2006) est réactualisée à partir des dernières réalisations comptables. La colonne *ii* indique les objectifs de taux d'évolution des différents postes de dépenses par rapport à la base 2007 telle qu'elle est constatée aujourd'hui. La colonne *iii* rappelle les taux d'évolution pour chaque sous-objectif voté lors de la LFSS à l'automne 2006. Les objectifs de chaque sous-enveloppe étant fixés en valeur et non en taux d'évolution, le constat des dépenses pour l'année 2006 modifie le taux de croissance que doit respecter chaque sous-enveloppe pour atteindre l'objectif. Ceci explique donc les différences d'évolution entre les colonnes *ii* et *iii*.

Graphique 1 : Evolution des soins de ville du régime général en date de soins



Les dépenses nouvelles en 2007

Il convient d'ajouter à l'estimation du tendancier des soins de ville des dépenses supplémentaires, imputables aux mesures nouvelles. Cette enveloppe est constituée entre autres d'effets report (notamment la revalorisation de la consultation des généralistes au 1^{er} août 2006 et la nouvelle convention dentaire), d'inscriptions au remboursement de nouveaux actes à l'instar de l'ostéodensitométrie et enfin des revalorisations tarifaires intervenues depuis le début de l'année 2007 (comme la revalorisation de la consultation des médecins omnipraticiens et celles des soins infirmiers et des actes de kinésithérapie).

Au total, l'ensemble de ces mesures a un coût estimé à environ 800 M€. Le montant qui avait été provisionné dans la construction de l'objectif s'élevait à 625 M€.

Les économies attendues en 2007 pour les soins de ville

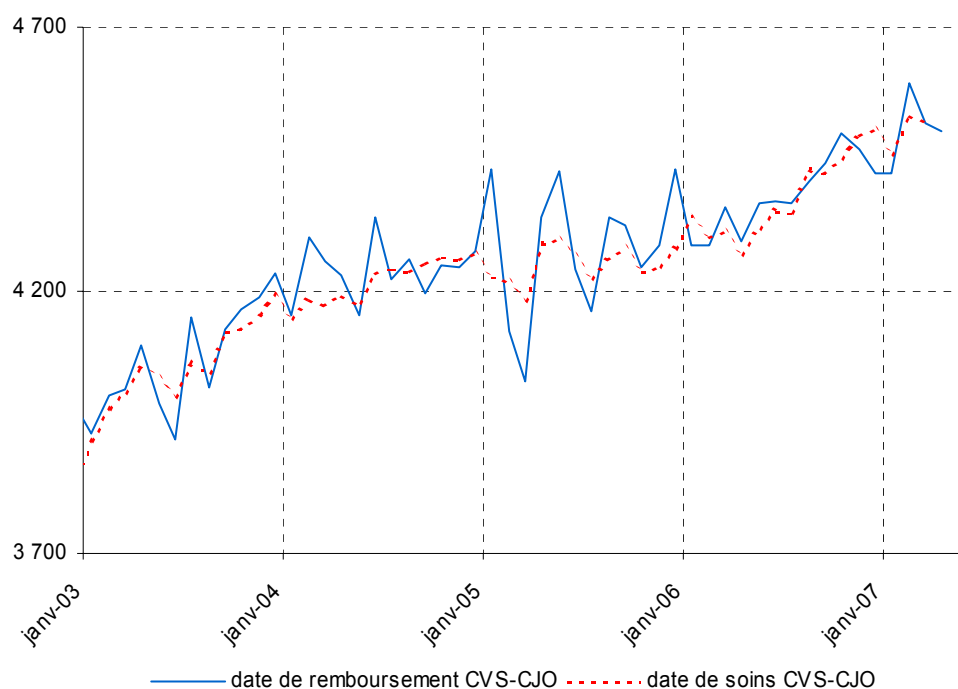
Tout comme en 2006, les économies attendues cette année proviennent essentiellement du poste médicaments. La majeure partie de ces économies sont liées à la politique du générique ainsi qu'aux baisses de prix ciblées. 1,4 Md€ d'économies étaient attendus sur ce poste. De nombreuses incertitudes demeurent mais d'après les dernières évolutions, une économie d'environ 1,1Md€ pourrait finalement se concrétiser. Des retards dans la mise en œuvre des grands conditionnements ainsi que l'ampleur modeste de l'adaptation de la prise en charge de la 3^{ème} vague de médicaments à service médical rendu insuffisant seraient entre autres à l'origine du niveau plus faible qu'escompté des économies.

Les autres économies concernent principalement la maîtrise médicalisée et la lutte contre la fraude. L'ampleur des économies à attendre reste difficile à mesurer. Néanmoins, les taux de réalisation constatés par le passé et les derniers éléments disponibles sur 2007 conduisent à appliquer un abattement sur la prévision de rendement de ces actions.

Au total les économies attendues en 2007 dans le champ de l'ONDAM devraient à ce stade atteindre 1,7 Md€ contre 2,8 Mds€ prévus dans la construction.

Un dépassement proche de 2,3 Md€ pour les soins de ville

En prenant en compte toutes les hypothèses décrites ci-dessus, à savoir un effet base de 630 M€, un tendancier corrigé à la hausse à 4,9%, ainsi qu'un certain nombre de dépenses supplémentaires et de mesures d'économies non réalisées, le dépassement sur la seule enveloppe des soins de ville pourrait atteindre 2,3 Md€.

Graphique 2 : Comparaison des données en date de remboursement et en date de soins pour les soins de ville

NB : Données brutes du régime général (métropole) fournies par la CNAM. Méthode CVS-CJO (correction des variations saisonnières et des jours ouvrés) de la DSS (logiciel Demetra).

Les transferts de fongibilité pour 2007 :

Transferts de fongibilité affectant la base de dépenses ainsi que les différents sous-objectifs

Des transferts internes entre enveloppes de l'ONDAM sont réalisés en fin d'année et viennent en correction de la base de dépenses ainsi que des six sous-objectifs votés pour la LFSS.

Pour 2007 ces transferts sont les suivants :

- 3M€ sur les soins de ville ;
- 79M€ sur les établissements de santé ;
- +81M€ sur les établissements médico-sociaux ;
- +1M€ sur les autres prises en charge.

Ces changements expliquent donc les variations à la marge du montant des sous-objectifs.

Un risque de dépassement sur les établissements de santé

Au regard des évolutions passées, les dépenses des établissements de santé présentent un risque de dépassement de près de 200M€. Ce risque est apprécié globalement sur le total des champs régulé et non régulé et par rapport à des hypothèses sous-jacentes au respect de l'ONDAM. Ce risque supporté par le champ global des cliniques privées s'explique d'une part par le fait qu'une fraction du dépassement de l'exercice 2006 n'a pas été prise en compte lors de la construction de l'ONDAM 2007 et d'autre part par une prévision de volume d'activité qui demeure à ce stade plus dynamique qu'anticipée. Ce risque de dépassement est susceptible d'être révisé au regard de l'évolution constatée au cours des prochains mois.

Concernant les établissements publics, il est à ce stade fait l'hypothèse du respect des objectifs retenus pour 2007.

Les dépenses relatives aux établissements médico-sociaux

Tout comme en 2006, le sous-objectif « Etablissements médico-sociaux » est désormais une dotation de l'assurance maladie servant à financer l'objectif global des dépenses (OGD) géré par la CNSA. Il ne peut faire l'objet d'un dépassement dans le cadre de l'ONDAM : toute dépense supplémentaire éventuelle pèserait *in fine* sur les comptes de la CNSA. A l'inverse toute sous-consommation de l'objectif de dépenses médico-sociales bénéficierait à la seule CNSA.

Un dépassement d'environ 100M€ est attendu sur l'objectif des autres prises en charge

Etant donné le dynamisme constaté en 2006 des soins des français à l'étranger, une hypothèse de dépassement de l'ordre de 100M€ est retenue.

Au total, globalement, les dépenses sous ONDAM pourraient accuser un dépassement de l'ordre de 2,6Mds€

Compte tenu des hypothèses d'évolution retenues ci-dessus, un important dépassement de l'ordre de 2,6Mds€ est prévisible en 2007. Cette prévision ne tient pas compte des éventuelles mesures d'économies qui seront décidées en réponse à l'alerte du 29 mai dernier (cf. avis n°4 du comité d'alerte sur l'évolution de dépenses d'assurance maladie).

LA CONSOMMATION DE SOINS DE VILLE DU REGIME GENERAL

Entre 2000 et 2003, l'évolution des dépenses de soins de ville avait été particulièrement vive avec un taux de croissance qui se maintenait à un niveau toujours supérieur à 7,0%⁴². Les années qui ont suivi ont été marquées par un infléchissement net de ces évolutions (4,1% en 2004, 2,9% en 2005) qui se poursuit en 2006 avec un taux d'évolution de 2,8% (cf. graphique 1).

En 2004, le contexte épidémique favorable⁴³ ainsi que la décroissance amorcée des indemnités journalières (IJ) (-0,7%) ont grandement contribué à freiner le rythme de progression des dépenses de santé. L'année 2005 a été marquée par l'amplification de la baisse des IJ, la mise en place de la participation forfaitaire de 1€ sur les consultations de médecins et les actes de biologie, ainsi que les premiers effets du plan médicaments. Ces mesures ont permis de contenir l'évolution des dépenses en dessous des 3,0% malgré un contexte épidémique nettement défavorable par rapport à 2004. En 2006, les mesures prises sur les médicaments, la décade des IJ pour la troisième année consécutive, et la mise en œuvre effective du parcours de soins, notamment, ont contribué à amener le rythme d'évolution des dépenses de soins de ville à 2,8%.

Aujourd'hui, les économies réalisées sur les indemnités journalières semblent atteindre leurs limites. Depuis le milieu de l'année 2006, ce poste de dépenses est en effet reparti sur un rythme d'évolution comparable à celui qu'il connaissait en 2002. De même les dépenses de médicaments restent sur une tendance assez forte après l'impact des mesures d'économies. Au regard de ces évolutions récentes, les prévisions pour 2007 tablent sur une évolution plus dynamique qu'en 2005 et 2006.

Une évolution des dépenses historiquement basse en 2006

Les honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, dentistes et sages femmes) augmentent de +2,9% en 2006

En 2006, les dépenses remboursées de médecins généralistes et spécialistes ont augmenté de respectivement 2,4% et 2,9%. Si ces évolutions semblent à première vue plus dynamiques qu'en 2005, il faut toutefois tenir compte de l'impact de la mise en place de la participation forfaitaire de 1€ qui avait eu un rôle prépondérant en 2005. En neutralisant cette mesure, les remboursements d'honoraires des médecins généralistes et spécialistes avaient progressé en 2005 de respectivement 5,2% et 3,4%. L'écart important pour les médecins omnipraticiens provient en majeure partie de l'épidémie de grippe qui était importante en 2005 et de faible ampleur en 2006, et des mesures de revalorisation plus importantes que celles octroyées en 2006. Les remboursements d'honoraires des spécialistes semblent quant à eux repartir sur une tendance plus forte depuis la mi-2006 ce qui indique une progression soutenue de l'activité en volume sur les actes techniques, car à cette date la montée en charge des revalorisations liées à la CCAM est terminée (classification commune des actes médicaux).

⁴² Sauf mention contraire, tous les chiffres présentés dans ce document sont issus des données en date de soins du régime général à fin mars 2007 (métropole seule). Ils sont présentés dans les tableaux 1 et 2.

⁴³ Pas d'épidémie de grippe en 2004 - cf. graphique 4.

Tableau 1 : Évolution des soins de ville remboursés par le régime général⁴⁴

Dépenses Remboursées, en valeur	Année 2005	Année 2006	Évolution 06/05
	Montants	Montants	%
Soins de Ville	51 064	52 475	2,8%
Honoraires libéraux	23 596	24 594	4,2%
<i>dont</i>			
Honoraires privés	14 161	14 572	2,9%
généralistes	4 554	4 664	2,4%
spécialistes	7 174	7 383	2,9%
sages femmes	84	95	13,4%
dentistes	2 350	2 430	3,4%
Honoraires paramédicaux	4 795	5 123	6,9%
infirmières	2 431	2 610	7,4%
kinésithérapeutes	1 989	2 116	6,4%
orthophonistes	339	358	5,8%
orthoptistes	36	38	5,7%
Laboratoires	2 568	2 641	2,8%
Transports des malades	2 071	2 257	9,0%
Autres soins de ville	26 672	27 077	1,5%
Médicaments	16 679	16 934	1,5%
dont remboursés à 100%	9 534	9 935	4,2%
dont remboursés à 35% et 65%	7 137	6 977	-2,3%
<i>dont remboursés à 65%</i>	5 884	5 931	0,8%
<i>dont remboursés à 35%</i>	1 253	1 046	-16,5%
Indemnités journalières	7 275	7 217	-0,8%
dont IJ maladie	5 335	5 222	-2,1%
<i>dont IJ maladie - 3 mois</i>	3 052	3 059	0,2%
<i>dont IJ maladie + 3 mois</i>	2 283	2 165	-5,2%
dont IJ AT	1 940	1 995	2,8%
Dispositifs médicaux	2 718	2 926	7,7%

Tableau 2 : Évolution des soins de ville depuis 2002

	2002	2003	2004	2005	2006
Soins de Ville	7,7%	7,0%	4,1%	2,9%	2,8%
Honoraires privés	5,3%	6,4%	2,4%	1,2%	2,9%
généralistes	7,2%	8,5%	-1,5%	1,1%	2,4%
spécialistes	4,9%	5,0%	5,0%	1,9%	2,9%
sages femmes	11,3%	8,6%	7,3%	9,8%	13,4%
dentistes	2,8%	6,5%	2,6%	-0,7%	3,4%
Honoraires paramédicaux	9,6%	8,3%	4,2%	4,9%	6,9%
infirmières	10,2%	11,1%	5,7%	5,8%	7,4%
kinésithérapeutes	8,5%	5,2%	2,1%	4,0%	6,4%
orthophonistes	12,9%	8,2%	5,1%	4,1%	5,8%
orthoptistes	12,9%	15,3%	7,6%	5,9%	5,7%
Laboratoires	10,8%	9,3%	5,3%	1,0%	2,8%
Transports des malades	9,5%	8,6%	7,6%	7,2%	9,0%
Médicaments	6,4%	6,3%	6,1%	4,7%	1,5%
Indemnités journalières	11,0%	6,6%	-0,7%	-1,2%	-0,8%
Dispositifs médicaux	13,2%	11,3%	11,5%	8,6%	7,7%

⁴⁴ Source : Données en date de soins de la CNAM à la fin mars 2007.

En 2004 et 2005, les honoraires des dentistes ont connu une quasi stabilité⁴⁵. Leur augmentation relativement importante de 3,4% en 2006 est liée à la revalorisation des actes courants à compter du 1^{er} juillet décidée dans le cadre de la convention nationale dentaire signée le 11 mai 2006. Cette revalorisation a été en partie gagée par une moindre prise en charge des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes libéraux par les caisses d'assurance maladie, qui n'est pas retracée sur ce poste de dépenses. La tendance à la stabilisation en termes d'activité des soins dentaires n'est donc pas remise en cause par les remboursements de l'année 2006.

Les honoraires paramédicaux sont sur un sentier de croissance particulièrement dynamique (proche de 7%)

Les honoraires paramédicaux connaissent une évolution de leurs dépenses toujours très dynamique, le ralentissement observé en 2004-2005 n'étant pas confirmé en 2006.

Cette accélération s'explique tout d'abord par une progression plus vive des soins infirmiers. Ces derniers étaient contenus sous la barre des 6,0% en 2004 et 2005. En 2006, ils croissent de 7,4%. Ce dynamisme est provoqué tout autant par un élargissement de la population soignée (pour les actes infirmiers de soins (AIS)) que par l'évolution du nombre d'actes par patient (pour les actes médico-infirmiers (AMI)).

Les dépenses remboursées de masseurs-kinésithérapeutes connaissent également un certain dynamisme (6,4% en 2006 contre 4,0% en 2005). Celui-ci provient en majeure partie de la création d'indemnités de déplacement spécifiques à compter du 31 mars et de la revalorisation des actes de rééducation neurologique et périnéo-sphinctérienne au 1^{er} juillet.

Les dépenses d'actes de biologie ont crû de 2,8% en 2006 contre 1,0% en 2005. Là encore, en neutralisant l'impact de la participation forfaitaire comme pour les médecins spécialistes, le taux d'augmentation avait été de 3,5% en 2005. On peut donc en conclure que les dépenses d'analyses tendent à connaître une progression régulière et modérée.

Après une décélération modérée mais constante des frais de transport jusqu'en 2005, ce poste de dépenses semble repartir sur une tendance très forte. En 2006 son augmentation serait de 9,0%. Si ce rythme de croissance élevé est lié en partie à des effets prix à travers des revalorisations visant à compenser la hausse du prix du carburant, les volumes demeurent très dynamiques. On estime en effet leur progression à 6,9% en 2004, 4,8% en 2005 et 5,7% en 2006.

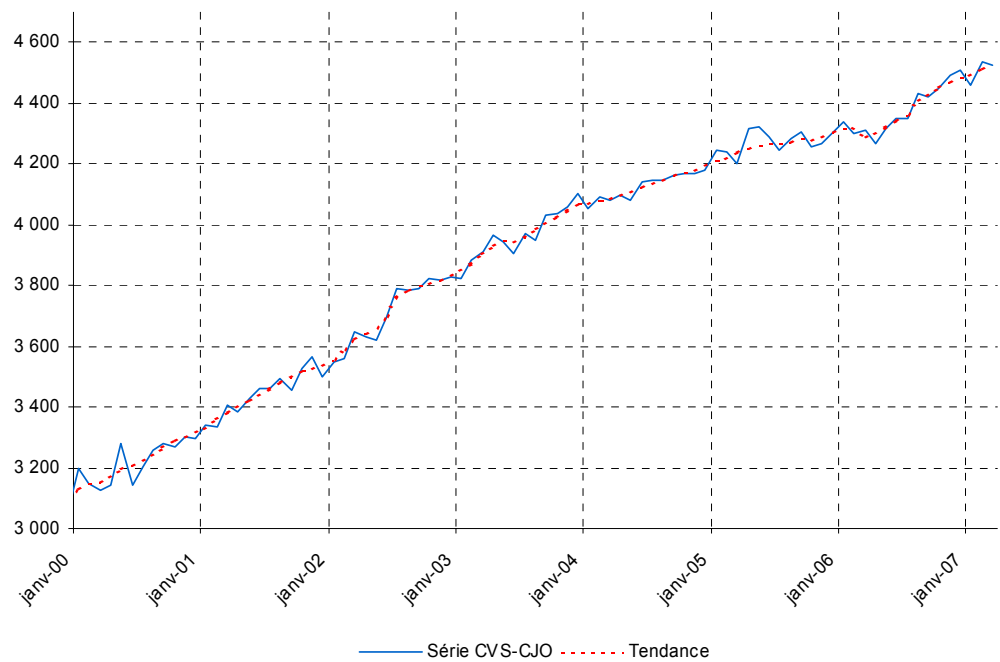
Les dépenses de médicaments ont connu en 2006 un infléchissement historique alors que celles des dispositifs médicaux restent très dynamiques

L'évolution des dépenses de médicaments a connu en 2006 un infléchissement très marqué. Jusqu'en 2004, ce poste de dépenses progressait de plus de 6,0% par an. En 2005, les remboursements ont commencé à s'infléchir en grande partie grâce à la mise en place du plan médicaments. Le taux de croissance est alors tombé en deçà des 5,0%, à 4,7%. En 2006, le rendement important du plan médicaments (à savoir principalement les mesures d'économies sur le répertoire des médicaments génériques, la révision de la prise en charge des médicaments à service médical rendu insuffisant et les baisses de prix ciblées)⁴⁶, conjugué à la maîtrise médicalisée des prescriptions, a permis de limiter la croissance de ces dépenses à 1,5%. Hors impact conjoncturel de ces économies, le rythme tendanciel d'évolution des dépenses reste néanmoins élevé et devrait se traduire par le constat d'une accélération en 2007 (cf. graphique 2). En effet, à fin mars 2007, l'acquis de croissance est d'ores et déjà de 3,0%.

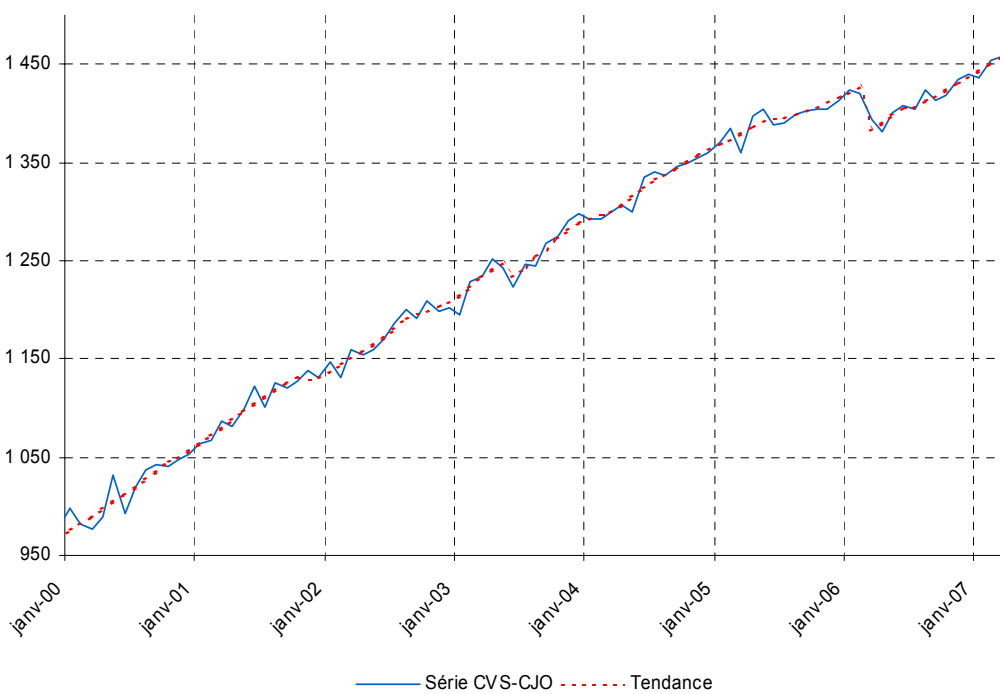
⁴⁵ L'évolution de 2,6% en 2004 est imputable uniquement à l'acquis de croissance au 1^{er} janvier.

⁴⁶ Voir fiche 9-2 pour de plus amples détails

Graphique 1 : Dépenses de soins de ville du régime général en date de soins



Graphique 2 : Dépenses de médicaments du régime général en date de soins



Les dépenses de dispositifs médicaux enregistrent certes une faible décélération, d'un rythme supérieur à 11,0% en 2004 à 8,6% en 2005 et 7,7% en 2006, mais demeurent particulièrement dynamiques.

Les dépenses d'indemnités journalières se redressent depuis la mi-2006

Pour la troisième année consécutive, les dépenses d'IJ ont décliné en 2006. Leur baisse (-0,8%) a cependant été moindre qu'en 2005 (-1,2%). Cette moindre baisse en moyenne annuelle s'explique par une reprise de la croissance des IJ en cours d'année : accélération des IJ relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (AT-MP) dès le début de l'année et reprise des IJ maladie à l'été (retournement de tendance des IJ courtes et stabilisation des IJ longues – graphique 3).

Cette reprise trouve en partie son origine dans le redressement de la conjoncture économique, ainsi que dans le changement de structure démographique de la population active. Une étude de la DREES⁴⁷ indique que la contribution de l'emploi à la croissance en volume des IJ est positive et s'élève à 0,5 point pour 2006. Ce facteur explicatif n'influence cependant que les IJ de moins de trois mois. La stabilisation des IJ de longue durée pourrait être expliquée par la proportion grandissante des plus de 55 ans dans la population active (*papy boom*). L'étude de la DREES montre que la contribution à la croissance de ce facteur est d'environ un point pour 2006. Toutefois, il est précisé que cette contribution semble stable sur les trois dernières années (la possibilité de départ anticipé à la retraite par la réforme de 2003 ayant ralenti la croissance de la population active âgée).

Une nette accélération en 2007 portant principalement sur les IJ et les médicaments

En date de soins, l'acquis de croissance à fin mars 2007 en données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés était déjà de 3,2% sur l'ensemble des soins de ville. À la même date, l'acquis de croissance pour les IJ était également de l'ordre de 2,9%.

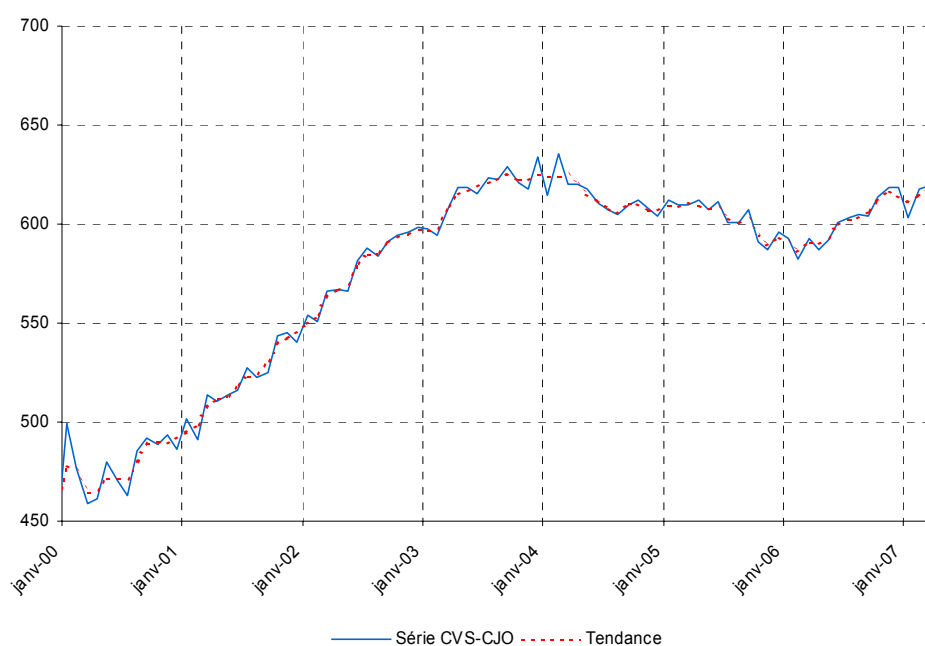
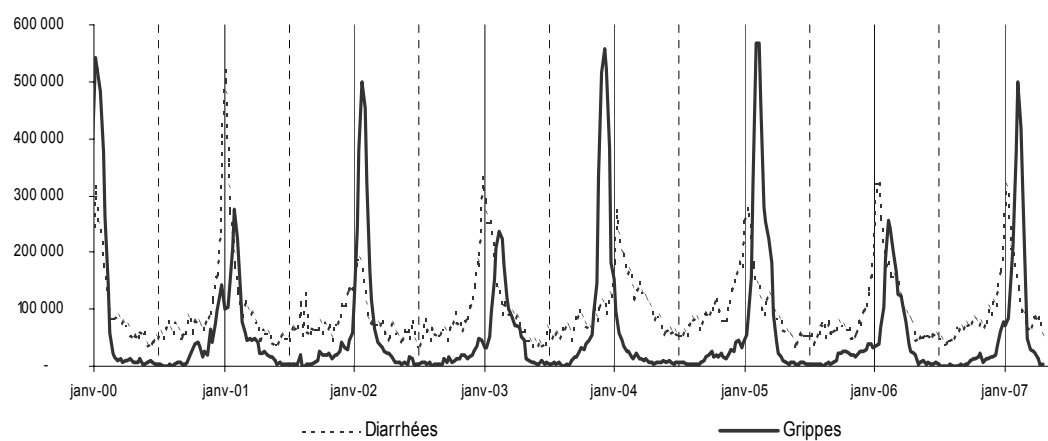
Les données de la CNAM en date de remboursement au 31 mai font apparaître une forte augmentation des dépenses : celle-ci est de 5,4% en données CVS-CJO, sur les cinq premiers mois de l'année⁴⁸. Le taux de croissance des honoraires médicaux et dentaires est de 5,4% ce qui est élevé, mais il est fortement impacté par l'épidémie de grippe du début d'année⁴⁹ et par la revalorisation de 1€ de la consultation au 1^{er} août 2006. Les postes auxiliaires médicaux et IJ sont quant à eux sur des dynamiques fortes (respectivement 8,6% et 4,6%⁵⁰). L'année 2007 devrait donc connaître une augmentation des soins de ville sensiblement plus forte qu'en 2005 et 2006.

⁴⁷ François Lê, "Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2006", Études et Résultats, Drees, à paraître en août 2007.

⁴⁸ Taux de croissance PCAP (par rapport à la période comparable de l'année précédente) ; communiqué de la CNAM du 19 juin 2007.

⁴⁹ L'ampleur de l'épidémie de grippe était moindre en 2006 (cf. graphique 4).

⁵⁰ Taux de croissance PCAP fournis par la CNAMTS.

Graphique 3 : Dépenses d'indemnités journalières du régime général en date de soins**Graphique 4 : Données épidémiologiques au 29 mai 2007⁵¹**

⁵¹ Source : Réseau Sentinelles

LES PRESTATIONS MALADIE ET AT-MP HORS ONDAM

Il s'agit d'une part des dépenses de prestations légales des branches maladie et AT-MP du régime général qui n'entrent pas dans le champ de l'ONDAM (indemnités journalières en maternité et paternité, prestations de décès, pensions d'invalidité, prestations d'incapacité permanente en accidents du travail et maladies professionnelles) et, d'autre part du financement des fonds liés à l'amiante (FCAATA et FIVA).

Les indemnités journalières paternité sont plus dynamiques que les indemnités journalières maternité en 2006

Une croissance plus forte des indemnités journalières maternité en 2006

Les indemnités journalières maternité ont connu une progression de 3,6% en 2006 contre 2,5% en 2005. Cette accélération est portée par la progression du nombre de naissances en 2006 (+23 700, source INSEE).

Les indemnités journalières paternité ont encore été dynamiques en 2006

Les indemnités journalières paternité ont progressé de 5,2% en 2006, après une progression de 4,9% en 2005.

La prévision fait l'hypothèse que les indemnités journalières maternité et paternité augmenteront de +3% en 2007.

Les prestations d'assurance sont quasiment stables

En 2006, les prestations d'assurance décès se sont élevées à 159,6 M€, soit une légère baisse par rapport à 2005 (-1,3%).

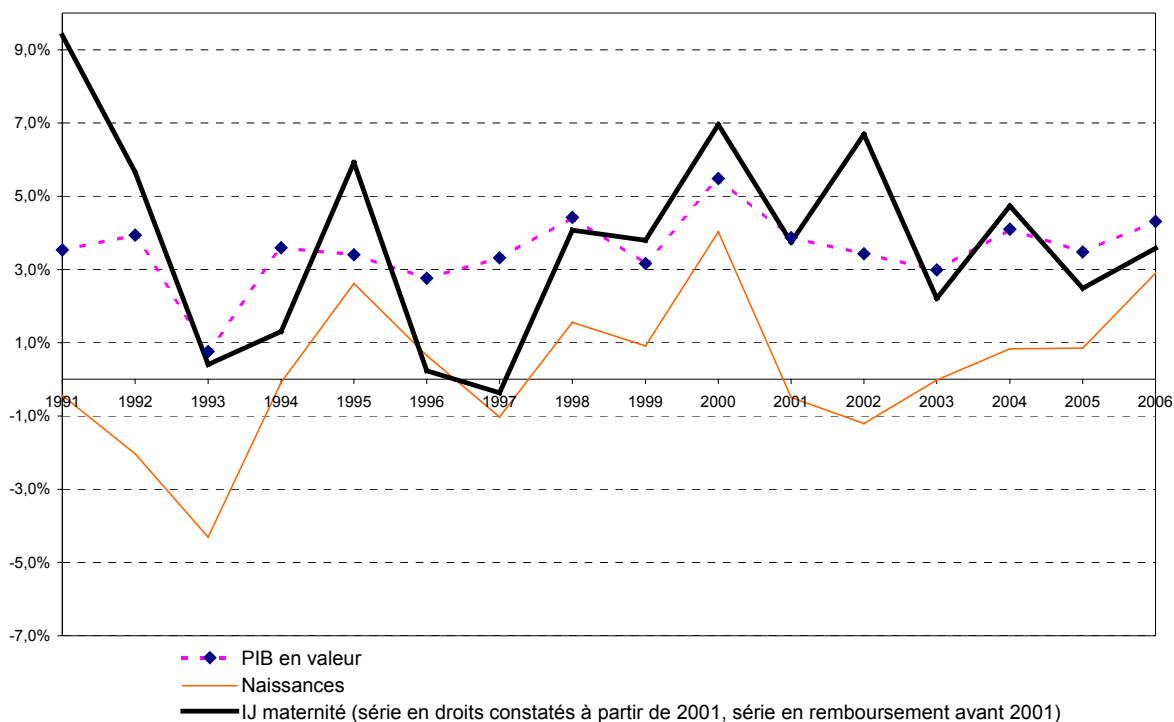
Pour 2007, la prévision repose sur l'hypothèse d'une quasi stabilité de ces prestations.

Les pensions d'invalidité ont connu une croissance moins soutenue en 2006

La progression en volume des pensions d'invalidité, pour le régime général, reste soutenue en 2006 (+3,0%) après une croissance de 5,7% en 2005. La prévision 2007 retient une croissance en volume de 2,5%.

Compte tenu des revalorisations de 2,0% en 2005, 1,8% en 2006 et 1,8% en 2007, la progression en valeur des pensions d'invalidité s'établit à 7,7% en 2005, 4,8% en 2006 et 4,3% en 2007.

Un phénomène démographique permet de comprendre le ralentissement constaté depuis 2006 : la dernière génération creuse, celle de 1945, a dépassé les 60 ans en 2005 et ne relève plus du dispositif invalidité de la branche maladie. Les générations suivantes, celles du *baby boom*, sont de taille comparable entre elles, il y a donc un relatif équilibre entre les entrées et les sorties de la tranche d'âge à forte prévalence d'invalidité (les 50-60 ans).

Graphique 1 - Evolution comparée des IJ maternité (régime général), du nombre de naissances et du PIB**Tableau 1 - Les indemnités journalières, maternité et paternité (régime général)**

En millions d'euros							
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Total	2 451	2 516	2,7%	2 609	3,7%	2 686	3,0%
dont IJ maternité	2 272	2 329	2,5%	2 412	3,6%	2 478	2,7%
dont IJ paternité	179	187	4,9%	197	5,2%	208	5,8%

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

En millions d'euros							
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Montant	158	162	2,0%	160	-1,3%	161	1,2%

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Tableau 2 - Les prestations d'assurance décès (régime général)**Tableau 3 - Les pensions d'invalidité (régime général)**

En millions d'euros				
	2004	2005	2006	2007
Montants	3 781	4 072	4 269	4 454
Progression en valeur	8,1%	7,7%	4,8%	4,3%
dont revalorisation	1,7%	2,0%	1,8%	1,8%
dont effet volume	6,3%	5,6%	3,0%	2,5%

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Une croissance modérée des prestations d'incapacité permanente

La croissance des rentes d'incapacité permanente en AT-MP est plus rapide en 2006 (+2,7%) qu'en 2005 (+2,2%). Hors revalorisation, elle s'établit à 0,8% en 2006, contre 0,2% en 2005. Cette progression est surtout due à une forte croissance des indemnités en capital forfaitaire (victimes atteintes d'une incapacité permanente inférieure à 10%). Ces indemnités ne représentent que 3,4% des prestations d'incapacité permanentes, mais enregistrent une progression de 12% en 2006.

La prévision pour 2007 fait l'hypothèse d'une progression en volume de 1,2%.

Avec une revalorisation de 1,8% au 1er janvier 2007, la croissance de ces prestations s'établirait à 3,0 % en 2007.

Le poids du financement des fonds liés à l'amiante (FCAATA et FIVA) s'accroît tendanciellement

La prise en charge des maladies liées à l'amiante a donné lieu à la création de fonds spécifiques : FCAATA (depuis 1999) et FIVA (depuis 2001).

Les sommes versées par ces fonds n'entrent pas dans le champ des prestations du régime général, mais la branche AT-MP en est le principal financeur (depuis 2000 pour le FCAATA, et depuis 2001 pour le FIVA).

En 2006, les dotations de la branche AT-MP au FIVA et au FCAATA ont progressé de 250 M€ pour atteindre 1,015 Md€ (+27%). Avec une nouvelle progression de 100 M€, les dotations s'élèveront à 1,115 Md€ en 2007.

Cette augmentation des dotations explique près de la moitié de la croissance totale des charges de la CNAM AT-MP en 2006 (2,5 points sur 4,9 points).

Le déficit cumulé du FCAATA continue de se creuser pour atteindre 203 M€ en 2006

Les comptes du FCAATA traduisent la poursuite de la montée en charge du dispositif à un rythme qui, même s'il décélère, reste encore fort en 2006. L'ensemble des charges du fonds a augmenté de 11% en 2006, après 21% en 2005 et 26% en 2004. La prévision fait l'hypothèse d'une croissance moins soutenue des charges en 2007. Cette hypothèse repose sur la dynamique du flux de nouveaux allocataires (flux annuel d'admis à titre collectif en baisse depuis 2004), sur la stabilité des modes d'admission au dispositif (les listes d'établissements ouvrant droit au dispositif n'évoluent presque plus) et sur les premières sorties massives d'allocataires après six années de montée en charge (en 2006, les sorties du dispositif pour départ à la retraite étaient en progression de 67% par rapport à 2005). Dans ces conditions, le taux de croissance des charges devrait être de 5% en 2007 et le nombre de bénéficiaires (cf. graphique 2) devrait se stabiliser courant 2008.

Parallèlement à l'évolution de ces dépenses, les recettes progresseraient d'environ 100 M€ en 2007, essentiellement du fait de l'augmentation de la dotation de la CNAM AT-MP qui passe de 700 M€ en 2006 à 800 M€ en 2007. La contribution due par les employeurs au titre des salariés ou anciens salariés bénéficiaires de l'allocation a eu un rendement particulièrement faible en 2006 (21 M€ contre 68 M€ en 2005). Cette forte baisse a trois causes principales : une recette 2005 anormalement élevée pour des raisons comptables (le dernier trimestre 2004 est comptabilisé avec l'année 2005), un produit à recevoir largement surestimé en 2005 et un nombre important de contentieux en 2006 (20 à 25% des entreprises concernées). Pour 2007, on prévoit une recette de 30 M€ pour cette contribution.

**Tableau 4 - Les prestations d'incapacité permanente
en accidents du travail et en maladies professionnelles (régime général)**

En millions d'euros

	2004	2005	2006	2007
Montants	3 598	3 677	3 774	3 888
Progression en valeur	4,0%	2,2%	2,7%	3,0%
dont revalorisation	1,7%	2,0%	1,8%	1,8%
dont effet volume	2,2%	0,2%	0,8%	1,2%

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Tableau 5 - Les dotations de la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante

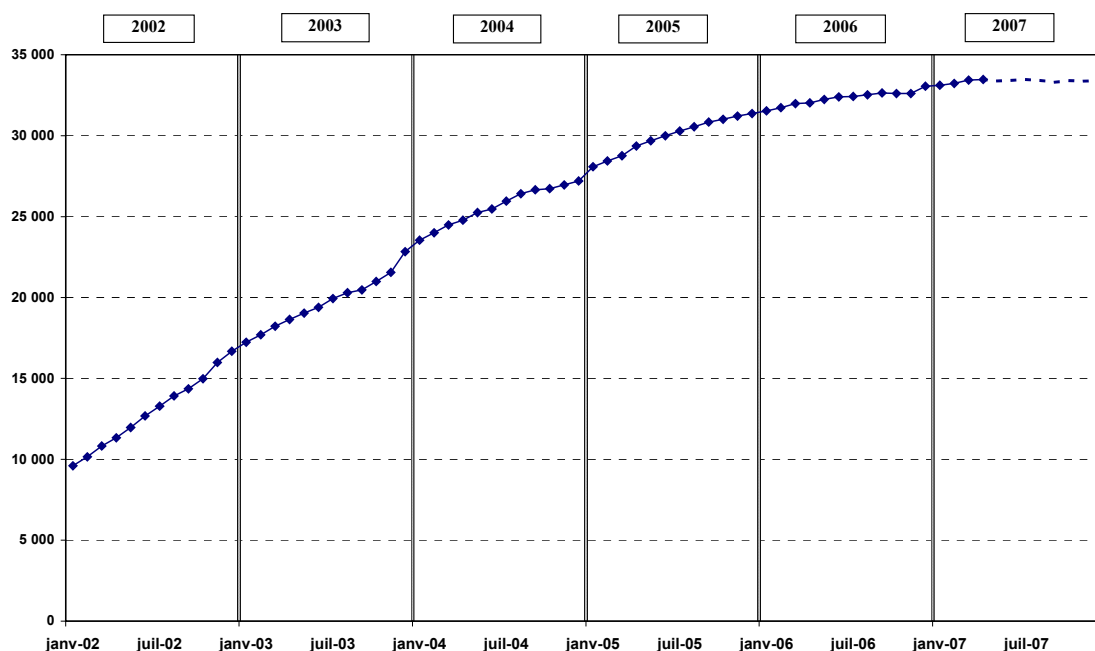
En millions d'euros

	2004	2005	2006	2007
au FCAATA	500	600	700	800
au FIVA	100	200	315	315
Total annuel	600	800	1 015	1 115
Total cumulé (*)	2 467	3 267	4 282	5 397

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

(*) depuis 2000 pour le FCAATA, depuis 2001 pour le FIVA.

Graphique 2 – Nombre de bénéficiaires en fin de mois (FCAATA)



En 2006, le déficit du fonds a été de 119 M€ contre 90 M€ en 2005. En 2007, les charges devraient augmenter moins vite que les recettes et le déficit devrait commencer à diminuer pour s'élever à 56 M€.

En conséquence, le résultat cumulé du fonds, déficitaire depuis 2005, se creuse en 2006 pour atteindre -203 M€. En 2007, le déficit cumulé devrait s'établir à -259 M€. Le paiement des prestations 2007 n'est toutefois pas menacé, une ligne de trésorerie étant prévue au niveau des deux gestionnaires du fonds, la CNAM AT-MP et la Caisse des dépôts et consignations.

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) à l'équilibre en 2006 mais de nouveau déficitaire en 2007

Les charges du FIVA ont continué de diminuer en 2006, -9 % après -6 % en 2005. La baisse des dépenses peut s'expliquer par trois phénomènes : la part croissante, dans les dossiers reçus, des pathologies bénignes dont le coût d'indemnisation est inférieur à celui des pathologies malignes, la moindre part des actions successorales et des dossiers historiques souvent associés à des pathologies malignes et enfin, l'augmentation du nombre d'offres complémentaires à faible enjeu financier (augmentation du taux d'incapacité permanente par exemple). Toutefois, le stock de dossiers non traités demeure important (à fin 2006, ce stock représentait 4,3 mois d'activité au rythme de traitement moyen 2006).

Par ailleurs, un afflux de nouvelles demandes parvenues au fonds en fin d'année 2006 et qui n'ont pas pu être traitées avant la clôture des comptes 2006 pèsera sur les charges 2007. Cet afflux (cf. graphique 3) est dû à la date de prescription des demandes d'indemnisation des victimes de l'amiante dont la maladie a été constatée avant le 31 décembre 2003, date qui était initialement fixée au 31 décembre 2006.

Compte tenu de ces éléments, on considère que les charges seront très dynamiques en 2007 (+23%), sous l'hypothèse d'une augmentation de la capacité du fonds à traiter les dossiers.

Les recettes du fonds ont progressé de 16% en 2006 du fait de l'augmentation de la dotation de la CNAM AT-MP. La dotation est désormais de 315 M€ contre 200 M€ en 2005. Elle a été fixée au même niveau lors de la LFSS pour 2007 ; les recettes seront donc stables en 2007.

En conséquence, le FIVA, équilibré en 2006 avec un solde à 10 M€, serait de nouveau déficitaire en 2007 avec un résultat net prévu de -83 M€. Les réserves acquises au début de l'activité du fonds (jusqu'à 2003) devraient donc à nouveau être sollicitées en 2007. Fin 2007, les réserves du fonds pourraient n'être plus que de 178 M€.

Encadré 1 - Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)

Les LFSS pour 1999, 2000 et 2001 ont mis en place un dispositif de cessation anticipée d'activité ouvert à partir de 50 ans aux salariés du régime général atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante ou ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flocage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales. Le champ des salariés éligibles a été étendu en 2000 aux dockers professionnels et en 2002 aux personnels portuaires de manutention. Depuis 2003, il est également ouvert aux salariés agricoles atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante.

Les allocations de cessation anticipée d'activité sont prises en charge par un fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Le fonds prend également à sa charge les cotisations au régime de l'assurance volontaire vieillesse ainsi que les cotisations aux régimes de retraite complémentaire dues par les bénéficiaires des allocations versées par le fonds.

Le fonds est géré pour une partie de ses opérations par la CNAM AT-MP et pour l'autre partie par la caisse des dépôts et consignations (CDC).

Le fonds est contrôlé par un conseil de surveillance qui se réunit deux fois par an (en juin et en décembre). Le conseil transmet, avant le 15 juillet, au parlement et au gouvernement un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son fonctionnement.

Comptes du FCAATA

En millions d'euros

FCAATA	2 004	2 005	%	2 006	%	2007 (p)	%
CHARGES	650	787	21	872	11	915	5
Charges gérées par la CNAM AT-MP	564	678	20	754	11	793	5
ACAATA brute (yc cotisations maladie, CSG et CRDS) (1)	455	549	21	608	11	641	5
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	100	118	18	134	14	140	4
Charges de gestion des CRAM	9	11	19	12	11	13	5
Charges gérées par la CDC	86	110	27	118	7	122	4
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	86	103	19	117	13	122	4
IREC (AGIRC + ARRCO)	71	85	19	96	13	100	4
IRCANTEC	0	1	35	1	24	1	-6
Retraite complémentaire à 60 ans (ASF + AGFF)	15	18	19	20	12	21	5
Charges de gestion CDC (yc dotation aux provisions)	0	6	++	1	-87	0	-80
Charges financières CDC	0	0	-	0	-	0	--
PRODUITS	528	697	32	753	8	859	14
Contribution de la CNAM AT-MP	500	600	20	700	17	800	14
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles	0	0	-50	0	--	0	-
Contribution de l'Etat							
Droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	28	29	4	32	10	29	-9
Produits financiers CDC	0	0	0	1	++	0	--
Nouvelle contribution employeurs		68	-	21	-70	30	45
Résultat net	-122	-90		-119		-56	
Résultat cumulé depuis 2000 (2)	6	-84		-203		-259	

(1) ACAATA = Allocation de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante (2) Le résultat 1999, conséquence de l'avance de l'Etat, a été repris par l'Etat (3) Le compte de résultat 2004 du rapport d'activité 2004 du FCAATA ne prend pas en compte le rendement au titre de 2004 de la nouvelle contribution employeur. Ce rendement, estimée à 15 M€, a donc été comptabilisé ici en produits exceptionnels 2005.

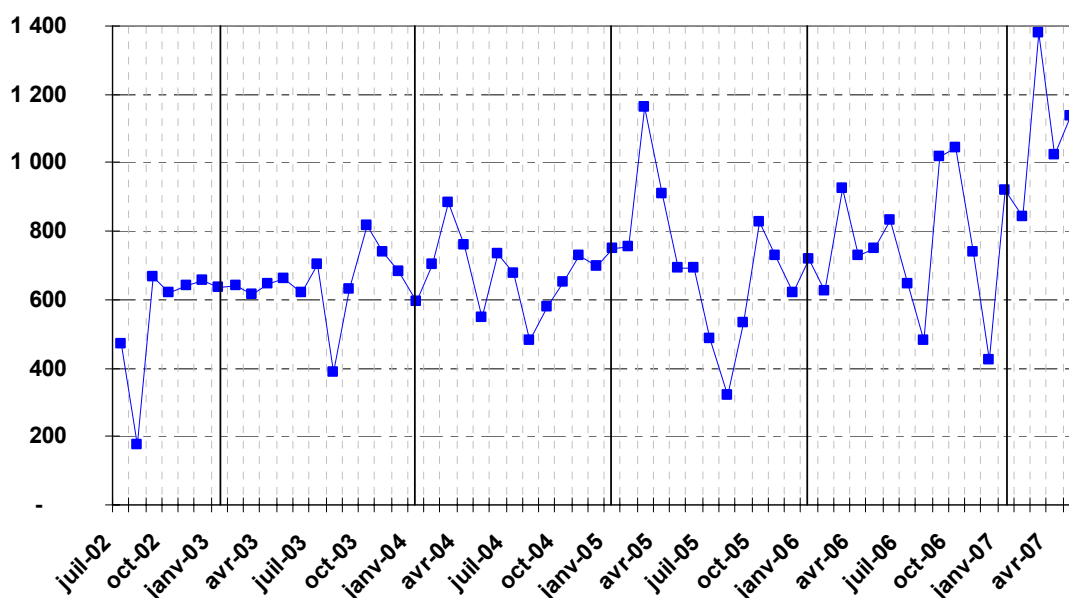
Encadré 2 - Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été mis en place par la LFSS 2001 et le décret d'application du 23 octobre 2001 pour prendre en charge l'indemnisation (en réparation intégrale de leurs préjudices) des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante (contractées ou non dans un cadre professionnel).

Le fonds prend en charge les maladies d'origine professionnelle occasionnées par l'amiante reconnues par la sécurité sociale, les maladies spécifiques figurant dans l'arrêté du 5 mai 2002 (pour lesquelles le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante) et enfin toute maladie pour laquelle le lien avec une exposition à l'amiante est reconnu par le FIVA après examen par la commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante.

Les personnes atteintes de maladies professionnelles ou de maladies spécifiques peuvent demander à recevoir du fonds des provisions (entendues comme des acomptes avant la fixation de l'indemnisation).

Le fonds est un établissement public. Son premier conseil d'administration s'est réuni le 18 avril 2002. Le fonds est en état de fonctionnement depuis le 1er juillet 2002. Il reçoit, enregistre des dossiers et verse des provisions aux demandeurs, selon le barème retenu pour les provisions. Le barème des indemnisations a été publié en janvier 2003.

Graphique 3 - Flux mensuel de dossiers de nouvelles victimes enregistrés (FGA et FIVA) (1)

(1) les dossiers arrivés massivement fin 2006 (effet prescription) ont été enregistrés début 2007

Comptes du FIVA

En millions d'euros et en %

	2004	2005	%	2006	%	2007 (p)	%
CHARGES	462	432	-6%	392	-9%	482	23%
Indemnisations (dont provisions)	456	426	-7%	387	-9%	476	23%
Autres charges	6	6	0%	6	0%	6	5%
PRODUITS	102	347	++	402	16%	399	-1%
Contribution de la CNAM AT-MP	100	200	++	315	58%	315	0%
Contribution de l'état	-	52	-	48	-9%	50	5%
Autres produits (dont reprises sur provision)	2	95	++	40	-58%	34	-16%
Résultat net	- 360	- 85	-76%	10	-	- 83	--
Résultat cumulé depuis 2001	335	251	-25%	261	4%	178	-32%

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF / 6C)

THEME 9
ECLAIRAGES MALADIE

LA DYNAMIQUE DU MARCHE DES MEDICAMENTS REMBOURSABLES EN VILLE EN 2006

En 2006, 18,1 Mds€ de médicaments remboursables correspondant à 2,7 milliards de boîtes ont été vendus en officine de ville. La croissance du chiffre d'affaires des produits remboursables enregistre un très net ralentissement par rapport aux années précédentes.

Un ralentissement de la croissance des remboursements

L'année 2006 se caractérise par un infléchissement des dépenses de médicaments. Elles ont augmenté de 1,4 % contre 4,7 % l'année précédente pour le régime général⁵² (cf. tableau 1). La croissance relativement faible par rapport aux années précédentes est en grande partie liée aux mesures de la politique du médicament mises en œuvre en 2006: baisses de prix, développement des médicaments génériques, diminution de la consommation au sein des classes concernées par la maîtrise médicalisée, déremboursements de médicaments en mars. Il apparaît néanmoins que des facteurs de croissance importants contribuent parallèlement à soutenir le dynamisme des dépenses.

Un effet de structure des dépenses prépondérant qui soutient la croissance

La croissance du marché des médicaments remboursables peut se décomposer en trois effets (cf. encadré 1) : un effet prix qui correspond à l'évolution du prix unitaire des médicaments, un effet volume qui retrace l'évolution du nombre de boîtes vendues, et un effet structure, effet résiduel qui mesure le déplacement de la consommation vers les médicaments les plus chers ou au contraire les moins chers selon qu'il est positif ou négatif.

La décomposition du chiffre d'affaires des laboratoires selon ces trois effets montre que l'effet de structure continue à jouer un rôle prédominant dans la croissance des ventes de médicaments (cf. tableau 2). Ainsi, la consommation a tendance à se déplacer vers les médicaments les plus onéreux. Le prix moyen des médicaments remboursés continue tendanciellement à augmenter, même si l'effet prix négatif pour 2005 et 2006 semble donner une indication contraire (car il est calculé à champ constant effaçant notamment le rôle de l'innovation). Le déplacement d'une partie de la consommation vers des médicaments moins coûteux (génériques) qui a également lieu ne semble pas suffire à compenser cet effet.

L'analyse plus fine de l'effet de structure indique que la déformation de la structure des ventes s'opère à la fois entre les différentes classes et à l'intérieur même des classes thérapeutiques (tableau 3). L'effet intra-classe est le plus important : il s'élève à 2,4 % en 2005 et 3,9 % en 2006, sa contribution représente 54 % de l'effet de structure total en 2005 et 67 % en 2006. Les coûts plus élevés des médicaments au sein des classes sont liés à l'innovation et aux nouvelles présentations de molécules existantes. L'effet inter-classe quant à lui représente 46 % de l'effet de structure en 2005 et 33 % en 2006. Cela signifie que le poids des classes thérapeutiques les plus onéreuses a tendance à augmenter, certaines classes comme celles des anticancéreux notamment progressant à un rythme beaucoup plus rapide que les autres.

L'effet de structure peut enfin se décomposer en quatre effets (nouveaux génériques, nouvelles molécules, nouvelles présentations d'anciens médicaments et médicaments existants) qui permettent notamment de déterminer ce qui de l'effet à la baisse des nouveaux génériques et de l'effet à la hausse des nouvelles molécules a réellement le plus de poids dans l'effet de structure total (cf. tableau 4).

⁵² Source : CNAM : Montants remboursés par le régime général en métropole, marché de ville et pharmacies hospitalières (rétrocession) (en date de soins).

Tableau 1 : Le marché des médicaments remboursables : Evolution 2001-2006

Année	Remboursements du Régime Général (1)		CA Ville Remboursable (2)		Unités Ville Remboursable (3)	
	Montant (M€)	Evolution (%)	Montant (M€)	Evolution (%)	Millions de boîtes	Evolution (%)
2001	13 271	+ 8,9 %	14 354	+ 7,4 %	2 730	+ 1,4 %
2002	14 123	+ 6,4 %	14 935	+ 4,0 %	2 739	+ 0,3 %
2003	15 015	+ 6,3 %	15 842	+ 6,1 %	2 755	+ 0,6 %
2004	15 935	+ 6,1 %	16 823	+ 6,2 %	2 724	- 1,1 %
2005	16 679	+ 4,7 %	17 969	+ 6,8 %	2 818	+ 3,4 %
2006	16 906	+ 1,4 %	18 102	+ 0,7 %	2 657	- 5,7 %

Notes de lecture:

- Les évolutions des remboursements de l'assurance maladie et du chiffre d'affaires des laboratoires sur les ventes de médicaments remboursables en officine ne sont pas directement comparables. Il faut notamment tenir compte des effets de périmètre (les données du régime général comprennent les médicaments rétrocédés), du poids démographique croissant du régime général et des modifications dans le calcul des marges.

- La diminution du nombre d'unités vendues en 2004 et 2006 est liée aux déremboursements de médicaments au service médical rendu jugé insuffisant.

Sources: (1) CNAMTS / Dates de soins ; (2) et (3) GERS / Chiffre d'affaires hors taxe.

Encadré 1 : La décomposition de la croissance des ventes de médicaments

L'évolution globale est le produit d'un effet prix, d'un effet volume et d'un effet structure. L'effet prix correspond à l'évolution des prix unitaires des médicaments entre les années n et n+1⁵³. L'effet volume est le rapport entre le nombre de boîtes vendues en n+1 et le nombre de boîtes vendues en n.

L'effet de « structure » ou effet de modification des parts de marché entre n et n+1 mesure la déformation de la structure des ventes. Cette dernière peut s'opérer entre différentes classes ou à l'intérieur d'une même classe thérapeutique, selon que la consommation s'oriente vers des produits plus chers (resp. moins chers) au sein d'une même classe ou que la consommation des classes thérapeutiques les plus coûteuses est plus (resp. moins) dynamique.

L'effet de structure peut donc se décomposer en distinguant :

- une *composante intra-classe* qui mesure un glissement structurel au sein d'une même classe thérapeutique vers des médicaments innovants, commercialisés à des prix plus élevés que les anciens;

- une *composante inter-classe* qui mesure un glissement entre différentes classes thérapeutiques, les classes les plus coûteuses évoluant à un rythme plus dynamique que les autres classes.

Selon cette décomposition, l'effet prix est calculé sur les médicaments vendus en n, ainsi il ne permet pas de tenir compte de l'effet des nouveaux médicaments (nouvelles molécules, nouveaux génériques, autres catégories nouvelles présentations) arrivés sur le marché. Leur effet est retracé au sein de l'effet de structure.

Tableau 2 : La décomposition de la croissance des ventes de médicaments en ville

Année	Effet prix	Effet volume	Effet structure	Evolution globale
2005	-1,0%	3,4%	4,4%	6,8%
2006	-3,9%	-5,7%	11,1%	0,7%
2006*	-4,0 %	1,1 %	5,8 %	2,7 %

*Hors déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant intervenus en mars 2006.

Sources : DSS/6B – Données GERS – Marché de ville .

Tableau 3 : La décomposition de l'effet de structure des ventes de médicaments en ville

Année	Effet intra-classe	Effet inter-classe	Total
2005	2,4%	2,0%	4,4%
2006*	3,9 %	1,9 %	5,8 %

*Hors déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant

Sources : DSS/6B – Données GERS – Marché de ville .

⁵³ L'effet « prix » est calculé à champ constant, en valorisant les présentations de l'année n qui ne sont plus vendues l'année n+1 par leur prix de l'année n.

Les nouveaux génériques sont les seuls à jouer à la baisse sur l'effet de structure à hauteur de -0,4 points en 2005 et de -2 points en 2006. Leur effet est relativement faible par rapport à celui des autres composantes.

Les nouvelles molécules tirent quant à elles très nettement l'effet de structure à la hausse. En 2006, l'effet de l'innovation contribue à hauteur de 2,6 points de l'effet de structure, soit 45 % du total, après avoir contribué à hauteur de 2,5 points en 2005, soit 57 % du total. A noter que l'effet de structure qui leur est attaché est particulièrement élevé en grande partie à cause de la sortie de la liste de rétrocession des antianémiques (érythropoïétines -EPO) en juillet 2005 dont l'effet estimé à 1 point se concentre sur l'effet de structure.

Les nouvelles présentations d'anciens médicaments (nouveaux produits d'associations notamment) contribuent également au maintien de la croissance du marché en intervenant au sein de l'effet de structure à hauteur de 0,9 point en 2005 et de 3,4 points en 2006.

Enfin, les médicaments remboursables existants ont également tendance à orienter l'effet de structure à la hausse, c'est-à-dire que les prescriptions s'orientent vers des spécialités plus onéreuses y compris pour cette catégorie de médicaments. Ils contiennent notamment toutes les molécules innovantes apparues les années précédentes. L'effet de structure qui leur est associé est estimé à 1,4 points en 2005 et 1,8 points en 2006.

Un transfert de la consommation vers les médicaments onéreux...

Dans les classes où les médicaments sont coûteux, la croissance reste dynamique. L'augmentation des dépenses de médicaments est concentrée sur deux classes principales « sang et organes hématopoïétiques » et « antinéoplasiques et immunomodulateurs » (cf. graphique 1).

La croissance de la première classe est tirée à la hausse par les EPO dont la progression se prolonge en 2006. Hors EPO, la croissance totale du chiffre d'affaires sur l'année 2006 est estimée à -0,3 %. La dynamique de la seconde classe est impulsée par les traitements anticancéreux, antiviraux (dont anti-VIH), antihépatiques et les traitements immunosuppresseurs et immunomodulateurs sur lesquels se concentrent la plupart des innovations. En effet, les médicaments traitant des pathologies lourdes poursuivent leur forte croissance qu'ils soient directement arrivés sur le marché de ville ou sortis de la réserve hospitalière, surtout depuis 2003 avec l'arrivée sur le marché de ville de l'anticancéreux Glivec®, puis d'Enbrel®, des EPO (Aranesp®, Eprex®, Neorecormon®), de Granocyte®.... Il s'agit de médicaments de spécialité dont le prix est plus élevé que la moyenne et qui sont souvent pris en charge à 100%. Cette tendance est observée dans tous les pays européens.

...peu compensé par l'introduction de nouveaux génériques sur le marché

Les nouveaux génériques dont le coût est moins élevé que leur princeps modèrent les ventes des classes thérapeutiques où ils apparaissent, mais leur part dans le marché total des ventes est encore limitée.

La classe des statines (système cardio-vasculaire) par exemple est en net recul par rapport à 2005 (cf. graphique 1). Cette évolution négative sans précédent résulte de l'arrivée sur le marché des génériques de molécules importantes en termes de ventes comme la pravastatine (générique d'Elisor®, Vasten®), mais également des baisses de prix, ainsi que des effets de la maîtrise médicalisée sur cette classe. Elisor® et Tahor® occupent néanmoins toujours les premiers rangs des dépenses de médicaments. Au total, l'effet à la baisse des génériques au sein de l'effet de structure ne compense pas l'effet à la hausse des médicaments innovants et des autres nouvelles spécialités malgré l'arrivée sur le marché des génériques de molécules importantes (omeprazole, 2004 ; simvastatine, 2005 ; pravastatine, 2006) (cf. tableau 4). L'arrivée de génériques sur le marché a néanmoins un impact non négligeable sur l'effet prix, à travers les baisses de prix des princeps qui l'accompagnent.

Tableau 4 : Décomposition de l'effet de structure selon les différentes catégories de nouvelles présentations: génériques / innovation / autres – Années 2005 / 2006

Année 2005

	Nouveaux génériques	Nouvelles molécules	Nouvelles présentations d'anciens médicaments (1)	Médicaments remboursables existants (2)	Total
Effet de structure	-0,4%	2,5%	0,9%	1,4%	4,4%
<i>dont effet de structure des présentations apparues sur le marché en 2004</i>	<i>-0,2%</i>	<i>1,0%</i>	<i>0,2%</i>		
<i>dont effet de structure des présentations apparues sur le marché en 2005</i>	<i>-0,2%</i>	<i>1,5%</i>	<i>0,7%</i>		
Contribution à l'effet de structure total	-9,1%	56,8%	20,5%	31,8%	100,0%

Année 2006 – Hors déremboursements

	Nouveaux génériques	Nouvelles molécules	Nouvelles présentations d'anciens médicaments (1)	Médicaments remboursables existants (2)	Total
Effet de structure	-2,0 %	2,6 %	3,4 %	1,8 %	5,8 %
<i>(avec déremboursements)</i>	<i>(-2,0%)</i>	<i>(2,6%)</i>	<i>(3,4%)</i>	<i>(6,8%)</i>	<i>(11,1%)</i>
<i>dont effet de structure des présentations apparues sur le marché en 2004</i>	<i>-0,3%</i>	<i>0,4%</i>	<i>-0,1%</i>		
<i>dont effet de structure des présentations apparues sur le marché en 2005</i>	<i>-1,2%</i>	<i>1,4%</i>	<i>1,7%</i>		
<i>dont effet de structure des présentations apparues sur le marché en 2006</i>	<i>-0,5%</i>	<i>0,9%</i>	<i>1,7%</i>		
Contribution à l'effet de structure total	-34,5 %	44,8 %	58,6 %	31,1 %	100,0 %

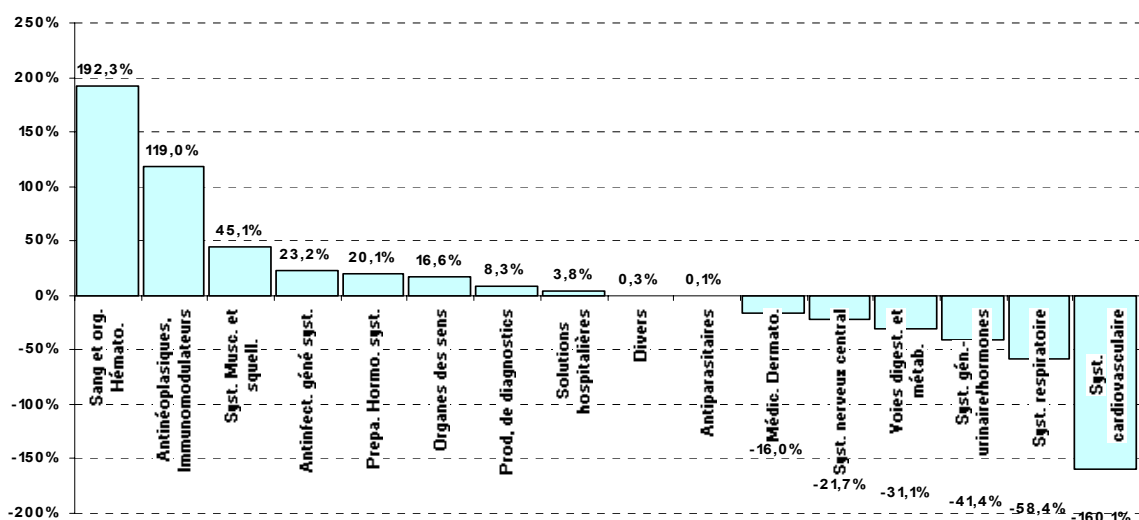
Note de lecture: Cette décomposition mesure les effets des nouvelles présentations apparues entre 2004 et 2006.

(1) Présentations d'un produit ayant déjà au moins une présentation : associations de molécules existantes, génériques, quasi-statines, grands conditionnements en 2006.

(2) Les médicaments remboursables existants comprennent toutes les présentations dont la date d'entrée sur le marché est antérieure à 2004.

Source : DSS/6B – Données GERS – Marché de ville .

Graphique 1- Contribution des différentes classes thérapeutiques à la croissance des ventes de médicaments remboursables en ville en 2006



Sources : DSS/6B – Données GERS – Marché de ville .

CONTRIBUTION DES MEDICAMENTS A LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE EN 2006

Une économie de 610 M€⁵⁴ a été réalisée en 2006 sur les médicaments du répertoire⁵⁵ (925 M€ en année pleine). Par ailleurs, hors répertoire, 800 à 860 M€ ont été économisés sur les spécialités remboursables (soit environ 1,1 Md€ en année pleine). Les médicaments ont ainsi constitué, en 2006, la principale source d'économies pour l'assurance maladie, le levier des baisses de prix l'emportant largement sur celui de la limitation des volumes⁵⁶.

Les médicaments du répertoire ont été fortement mis à contribution

L'augmentation de la pénétration⁵⁷, la baisse généralisée des prix et des TFR* au 1^{er} février 2006, les passages sous TFR ainsi que l'extension du répertoire ont permis une économie de 610 M€ par rapport à 2005. Compte tenu des délais de revignettage induits par les modifications de prix et de l'échelonnement des tombées de brevet au cours de l'année, les mesures prises en 2006 auront encore un impact important en 2007 (plus de 300 M€). En année pleine, le rendement des économies relatives aux médicaments génériques* s'établit ainsi à près de 925 M€.

Près de 50% de cette économie est imputable aux baisses de prix sur les princeps* et 30% aux baisses de prix sur les génériques ; le reste provient des passages sous TFR et de la progression de la pénétration. Depuis le 1^{er} janvier 2005, ce sont près de 1,2 Md€ qui ont été économisés grâce aux médicaments du répertoire (cf. tableau 1).

Le plan de baisses de prix ciblées, engagé en 2005, a été poursuivi par le CEPS*

Une cinquantaine de spécialités ont enregistré une baisse de prix en 2006 dont, en particulier, des statines (Fractal®, Tahor®), des antihypertenseurs (Tareg®, Aprovel®), des traitements antiostéoporotiques (Actonel®, Fosamax®) et des antiulcéreux (Lanzor®, Ogast®, Pariet®). L'économie induite en 2006 est estimée à 105 M€. Compte tenu du calendrier de baisse de prix, le rendement pourrait s'élever à 250 M€ en année pleine. A cela s'ajoutent 90 M€ liés au report des baisses de prix décidées en 2005.

Une deuxième vague de déremboursement de médicaments à service médical rendu⁵⁸ insuffisant

La mise en œuvre de la deuxième vague de déremboursement au 1^{er} mars 2006 a généré une économie d'environ 345 M€ en 2006 (460 M€ en année pleine) dont 250 M€ au titre des médicaments déremboursés et 95 M€ au titre des veinotoniques, dont le taux de prise en charge a été transitoirement fixé à 15%. Ces résultats ne tiennent toutefois pas compte des éventuels reports de prescriptions vers des traitements alternatifs, encore remboursés.

Une modération des prescriptions a été perceptible dans les classes visées par la convention médicale

Dans les classes visées par la convention médicale (statines, psychotropes, antibiotiques, IPP⁵⁹), un infléchissement de la croissance du nombre de boîtes est désormais perceptible. Ainsi, par comparaison avec la progression annuelle constatée par le passé la modération des prescriptions a permis une économie de 120 à 200 M€.

Par ailleurs, un meilleur respect de l'ordonnancier bizonne utilisé pour les prescriptions des patients en affection de longue durée a induit une économie estimée à environ 45 M€ sur le poste médicament ; cette contribution reste cependant très modeste au regard de l'objectif d'économie liée au respect de l'ordonnancier bizonne (292 M€ dont les 2/3 sur le médicament).

Les grands conditionnements (boîtes de 3 mois) ne pénètrent que lentement le marché

⁵⁴ Sous les hypothèses du compteur génériques, outil de simulation conventionnel entre le CEPS, le Ministère, la CNAM, le LEEM, le GEMME et le GERS.

⁵⁵ Les mots suivis d'une * sont définis dans l'encadré ci-contre.

⁵⁶ Cf. fiche n°9-1 relative à la décomposition de la croissance en effets prix / volume / structure.

⁵⁷ Fin 2006, la pénétration dans le répertoire du 31/12/2005 atteint 72% contre 63% en janvier 2006 (source Cnamts).

⁵⁸ Voir rapport de la CCSS de juin 2006, page 142.

⁵⁹ Inhibiteurs de la pompe à protons (antiulcéreux).

Sur les autres postes, une économie globale de 90 M€ a été réalisée. L'apport des grands conditionnements est très limité (10 M€). En revanche, les dispositifs médicaux ont permis une économie de 80 M€ : en effet, une large partie des baisses des tarifs prévues en 2005 n'a pu être mise en œuvre qu'en 2006 (source Cnam).

Quelques définitions...

Générique, princeps, répertoire : Un générique est une copie d'un médicament de marque, ou princeps, dont le brevet est arrivé à échéance. L'AFSSAPS⁶⁰ liste dans un répertoire, les groupes génériques, c'est-à-dire l'ensemble des présentations - génériques et princeps - d'une même molécule, d'un même dosage et d'une même forme pharmaceutique (gélules, comprimés...).

Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) : Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, le TFR constitue le tarif de remboursement des présentations auxquelles il s'applique : elles ne sont plus remboursées sur la base de leur prix de vente. Un même TFR s'applique à l'ensemble des présentations d'un groupe générique, de conditionnement identique. Il est équivalent au prix fabricant hors taxe (PFHT) moyen des génériques auquel a été appliquée une marge calculée comme pour tout autre médicament et non plus alignée sur celle du princeps.

Pénétration : Part des génériques dans le répertoire, souvent exprimée en part du nombre de boîtes.

CEPS : le comité économique des produits de santé met en œuvre les orientations ministérielles en matière de politique du médicament en négociant avec l'industrie le prix des médicaments.

Tableau 1 : Cumul des économies relatives aux médicaments génériqués sur les années 2005 et 2006

	2005	2006		2007	TOTAL
	Impact 2005 des mesures 2005	Effet report sur 2006 des mesures 2005	Impact 2006 des mesures 2006	Effet report sur 2007 des mesures 2006	
Pénétration	-150	-20	-85	-20	-275
Baisses de prix générique	-25	-10	-170	-110	-315
Baisses de prix princeps	0	0	-325	-165	-490
TFR	-30	-20	-30	-20	-100
TOTAL	-205	-50	-610	-315	-1 180

Source : DSS sous les hypothèses du compteur génériques (cf. note de bas de page 1). Les économies 2005 diffèrent légèrement de celles présentées dans la fiche 9-2 du rapport CCSS de juin 2006 car le découpage entre impact 2005 et effet report a été affiné. En grisé, les économies liées aux mesures 2005. Les autres économies se rattachent aux mesures 2006.

⁶⁰ AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

EVOLUTION DES HONORAIRES DES MEDECINS LIBERAUX SUR LONGUE PERIODE

Cette fiche met en perspective l'évolution des honoraires des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, sur longue période depuis 1980. L'augmentation des honoraires des généralistes sur la période a été essentiellement le fait de revalorisations tarifaires. Celles-ci se sont sensiblement accentuées entre 2002 et 2006, permettant d'accroître de près de 7,5% le tarif moyen de la consultation en euros constants et de 12% celui de la visite. L'augmentation des honoraires des spécialistes est également imputable aux revalorisations tarifaires pendant les deux premières décennies. A partir de 1999, la croissance de l'activité individuelle et des dépassements apporte à son tour une contribution forte à cette augmentation, l'impact des revalorisations redevenant plus sensible à partir de 2002 et avec la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM) en 2005.

Honoraires des médecins généralistes libéraux et tarif des actes cliniques

Les honoraires totaux par tête des généralistes ont augmenté à un rythme annuel moyen de 4,7% en euros courants et de 1,4% en euros constants entre 1980 et 2004. Cette augmentation s'explique principalement par l'évolution des honoraires sans dépassement (HSD). En effet, la part des médecins généralistes libéraux exerçant en secteur 2 n'est que de 10% en 2004 et la part des dépassements dans les honoraires totaux a toujours été faible, oscillant autour de 5% depuis 1980. Par ailleurs, l'essentiel de l'activité des généralistes se concentre sur les actes cliniques. En effet, en 2004, les actes techniques ne représentent que 2,1% de l'activité des généralistes en volume et 2,6% des honoraires opposables perçus. L'évolution des honoraires des généralistes est donc essentiellement à rapprocher de celle du tarif moyen des actes cliniques des généralistes.

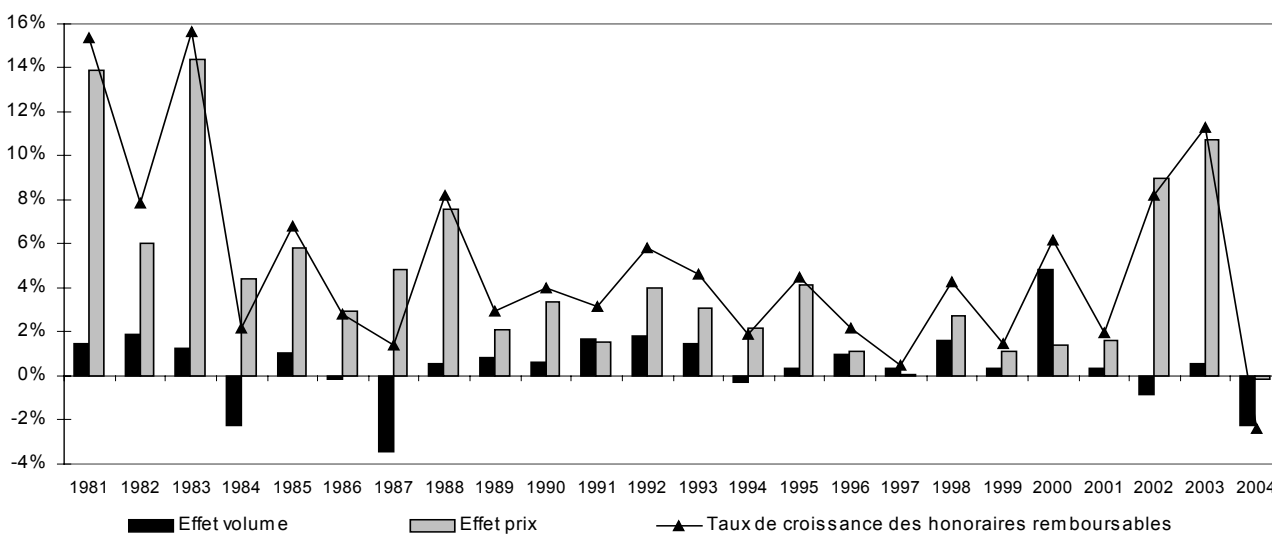
Trois périodes peuvent être distinguées qui correspondent à peu près aux années 80, 90 et 2000. De 1980 à 1988, les HSD par tête en euros courants augmentent fortement, à un rythme moyen de 7,4 % par an. Ce taux de croissance s'explique principalement par un effet prix, l'effet volume étant très faible, voire négatif. L'effet prix élevé est dû aux revalorisations tarifaires fréquentes, mises en place pour faire face aux forts taux d'inflation de l'époque⁶¹. Le tarif moyen des actes cliniques en euros constants a augmenté de 0,8 % par an durant cette période, et de 7,8 % en euros courants.

Entre 1989 et 1999, l'inflation s'étant fortement ralentie⁶², le rythme moyen de croissance des HSD par tête passe à 3,2 % par an. En effet, les revalorisations deviennent moins importantes et moins fréquentes mais permettent de stabiliser le tarif moyen des actes cliniques en monnaie constante. En alternative aux réévaluations des lettres-clés les revalorisations prennent de nouveaux contours sous la forme soit de forfaits soit de majorations: la création de la majoration d'urgence au centre 15 (MU, 1988) et la rémunération forfaitaire avec l'option médecin référent (1997) en sont de bons exemples.

L'augmentation moyenne des HSD par tête de 2000 à 2004 est de 4,6% par an. La période se caractérise par une faible inflation, mais les revalorisations sont importantes pour la médecine générale dans un contexte qui cherche à la rendre plus attractive tant sur le plan financier que du point de vue de l'exercice médical - refonte des études universitaires, création du diplôme d'étude spécialisé (DES), aides apportées aux médecins exerçant en secteur rural et zones fragiles.

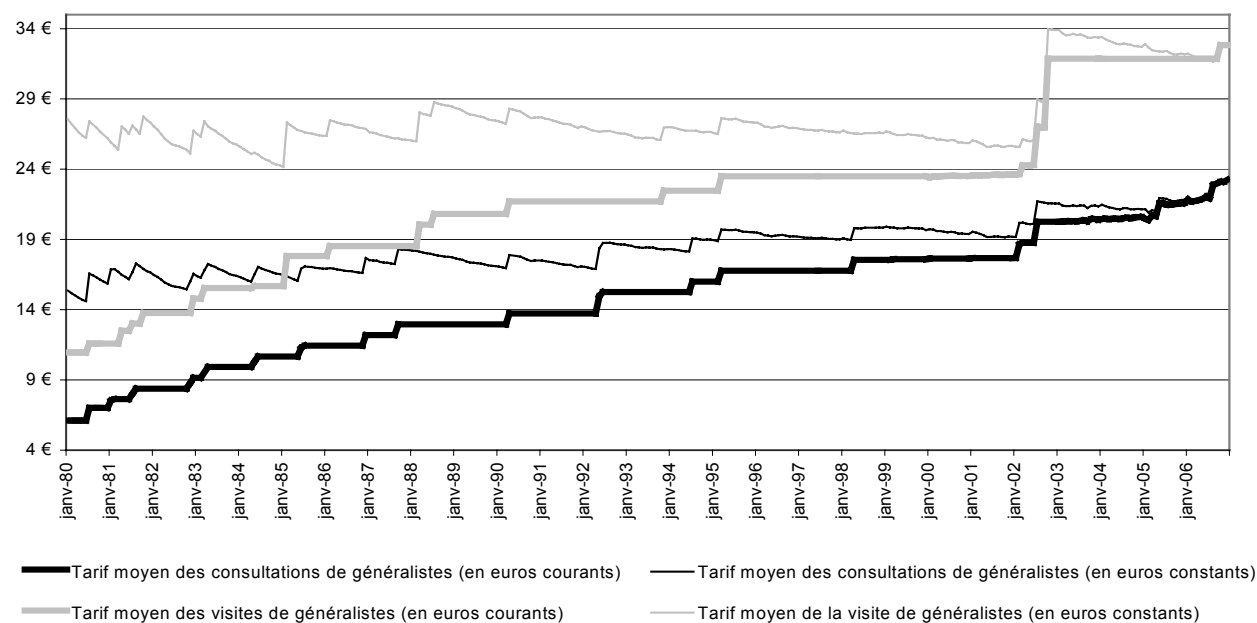
⁶¹ Le taux d'inflation entre 1980 et 1988 était de 7% par an en moyenne.

⁶² Le taux d'inflation moyen entre 1989 et 2001 est de 1,9 %.

Graphique 1. Evolution des honoraires remboursables par tête des généralistes

Source : SNIR 2004,

liculs DSS.

Graphique 2. Evolution du tarif moyen de la consultation et de la visite en euros courants et en euros constants entre 1980 et 2006

Source : Bureau Economie de la santé, DSS.

Remarques :

- Les séries en euros constants sont construites à partir de l'indice de prix à la consommation hors tabac, base 100 en 2006. Cet indice est calculé pour la France entière (métropole et DOM) et se base sur le panier de consommation de l'ensemble des ménages.
- Le tarif moyen de la consultation de généralistes est une moyenne pondérée du tarif du C, de la majoration nourrisson (MNO), du forfait pédiatrique (FPE), de la majoration généraliste enfant (MGE), de la consultation annuelle pour les patients en ALD (CALD), du gain en consultation de la rémunération pour médecin traitant ainsi que du gain du forfait médecin référent.
- Le tarif moyen de la visite de généralistes est une moyenne pondérée du tarif du V, des majorations de nuit, de la majoration dimanche et jours fériés (MDD), de la majoration d'urgence, de l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) et des indemnités kilométriques.

En parallèle à la revalorisation de la lettre-clé du C, les modalités de revalorisation alternatives continuent de se développer : création de la consultation annuelle pour les affections de longue durée (CALD) ainsi que la majoration de maintien à domicile (MMD), le forfait pédiatrique (FPE), et la rémunération médecin traitant (RMT). Entre 2000 et 2004, le tarif moyen des actes cliniques en euros constants enregistre un gain de 2,1% par an. Les mesures de revalorisations prises par les derniers avenant n°12 et 23 confirment ces orientations, la hausse du tarif moyen des actes cliniques en euros constants entre 2000 et 2006 est de 3 % par an.

Honoraires des spécialistes libéraux: tarifs, volumes et dépassements

L'évolution des honoraires des spécialistes, qui augmentent de 5,4% par an en moyenne entre 1980 et 2004, s'explique autant par l'évolution des dépassements que par l'évolution des HSD. Une grande partie des spécialistes exercent en secteur 2, 39 % en 2004. Ainsi les dépassements occupent une place importante dans la globalité des honoraires. Entre 1980 et 2004, les dépassements par tête en euros courants ont augmenté à un rythme annuel moyen de 9,8 % alors que les HSD par tête ont augmenté de 5% par an. La part des dépassements par tête dans les honoraires est ainsi passée de 5,5 % en 1980 à 14,4 % en 2004 (cf graphique 3). D'autre part, l'activité des spécialistes est composée d'une forte proportion d'actes techniques : en 2004, celle-ci représentait 54 % du total des actes facturés par les spécialistes. Comme pour les généralistes, on identifie trois périodes d'évolution différentes correspondant à peu près aux trois dernières décennies.

Entre 1980 et 1988, les honoraires par tête augmentent fortement à un rythme annuel de 8,3% par an. L'effet prix explique en moyenne 6,6 points de cette hausse chaque année. En effet, le tarif moyen de la CS croît de 8,7% par an en euros courants et de 1,6% par an en euros constants. Par ailleurs, l'effet volume contribue à la hausse des honoraires de manière épisodique, notamment entre 1984 et 1986 où le nombre d'actes par médecin augmenta de 3,6 % par an. Les dépassements expliquent 0,35 point par an en moyenne du taux de croissance des honoraires.

Entre 1989 et 1998, le taux de croissance annuel moyen des honoraires par tête ralentit nettement pour n'être que de 3,4%. Ce sont principalement les revalorisations tarifaires, notamment l'augmentation du tarif moyen des actes techniques, qui expliquent ce taux de croissance, avec une contribution de 2,5 points par an en moyenne. L'effet volume explique 0,6 point par an en moyenne durant cette période, alors que la contribution moyenne des dépassements est de 0,3 point par an. La baisse du nombre d'actes en 1997 est artificielle car elle correspond à un changement du mode de cotations de certains actes de radiologie.

Entre 1999 et 2004, les honoraires par tête augmentent à un rythme plus élevé, 5% par an. Cette hausse s'explique par l'augmentation importante de l'activité individuelle : l'effet volume explique en moyenne 3,8 points par an. Cette forte activité est à relier à l'amélioration continue de la productivité liée au progrès technique, mais aussi à l'augmentation du recours moyen au système de soins⁶³. Les revalorisations tarifaires ont contribué à l'augmentation des honoraires surtout à partir de 2002 avec la mise en place du forfait pédiatrique (FPE) et du forfait accouchement (KFC), et en 2003 avec la majoration provisoire clinicien (MPC). Le poids des dépassements devenant plus important au fil du temps, leur croissance explique désormais 0,7 point par an du taux de croissance des honoraires. A partir de 2005, la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM) au 1^{er} avril 2005 et la création de la majoration de coordination (MCS) de 2 € ont fortement impacté les honoraires des médecins spécialistes⁶⁴. Le tarif moyen des actes de spécialistes augmente de 2,3% par an entre 2002 et 2006 en euros courants, tiré par la CS qui augmente de 4% par an.

Effet prix et effet volume

Les honoraires par tête peuvent s'écrire comme $H = P \times Q \times T$, où H représente les honoraires par tête, P le tarif moyen opposable, Q le nombre total d'actes par tête et T le taux de dépassement sur les honoraires sans dépassement.

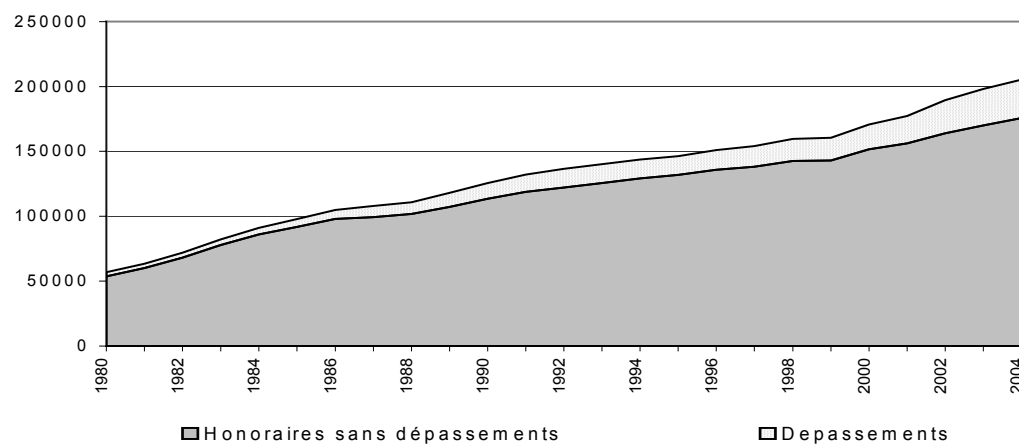
En taux de croissance cette équation s'écrit $\hat{H} = \hat{P} + \hat{Q} + \hat{T}$, $\hat{H}$ représente le taux de croissance des honoraires remboursables par tête, $\hat{P}$ l'effet prix sur les honoraires, $\hat{Q}$ l'effet volume et $\hat{T}$ l'effet dépassements.

⁶³ Le nombre d'actes de spécialistes par patients croît à un rythme annuel de 3,3 % par an entre 1999 et 2004, alors qu'il n'augmentait que de 1 % par an entre 1989 et 1998.

⁶⁴ Les mesures mises en place à partir de 2005 ne figurent pas sur les graphiques présentés ici.

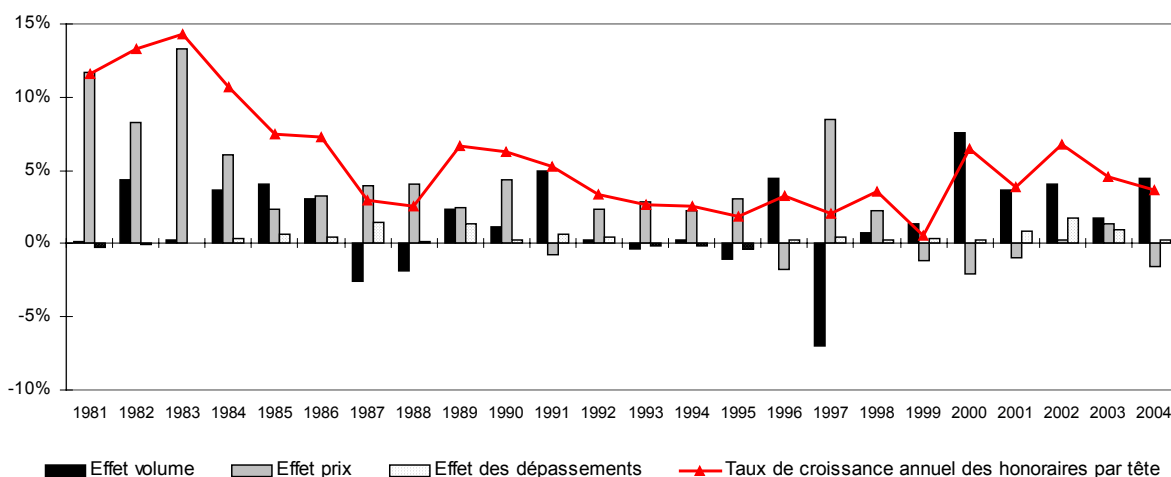
Le taux de croissance des honoraires, l'effet volume et l'effet dépassement sont calculés à partir des données du SNIR. L'effet prix s'obtient par différence entre le taux de croissance et les deux effets identifiés à partir des données.

Graphique 3. Evolution des dépassements par tête et des honoraires par tête des spécialistes



Source : SNIR 2004.

Graphique 4. Evolution des honoraires remboursables par tête des spécialistes



Source : SNIR 2004, calculs DSS.

POINT SUR LA REFORME DE LA PERMANENCE DES SOINS EN VILLE

Le coût total en année pleine du dispositif de permanence des soins en ville est passé de 260 M€ en 2004 à 360 M€ en 2006. Cette augmentation est fortement liée à la mise en place de l'avenant n°4 à la convention médicale de 2005 en juin 2005. Cette fiche fait le point sur la montée en charge des nouveaux tarifs, leur impact financier⁶⁵ et les conséquences sur l'activité des périodes couvertes par la permanence. Les dépenses relatives à la permanence des soins ambulatoire représentent 0,5 % des dépenses de soins de ville du champ de l'ONDAM.

L'organisation de la permanence des soins après 2003

Jusqu'en 2003, l'organisation de la permanence des soins était du ressort des conseils départementaux de l'ordre qui procédaient chaque mois à la constitution des tableaux de garde. Le code de déontologie disposait alors que tout médecin devait participer au service de garde de jour et de nuit. La réponse aux demandes de permanence des soins passait essentiellement par des visites à domicile.

La LFSS 2003 et le décret du 15 septembre 2003, modifié par ceux du 7 avril 2005 et du 22 décembre 2006, et le décret du 15 septembre 2003 modifiant le code de déontologie médicale ont profondément réformé le dispositif organisationnel. La permanence des soins s'opère désormais sur la base du volontariat en tant que mission d'intérêt général⁶⁶. Elle est assurée de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés, et, depuis le décret du 22 décembre 2006, en tant que de besoin les samedis à partir de midi et durant les ponts.

Le préfet de département, autorité responsable du dispositif, arrête, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMU-PS) la sectorisation⁶⁷ et le cahier des charges fixant l'organisation mise en place pour répondre aux demandes de permanence des soins.

Depuis 2003, la réponse aux demandes de permanence des soins repose sur un dispositif de régulation des demandes, d'une part, et sur des effecteurs chargés d'assurer des visites ou des consultations, d'autre part. Le conseil de l'ordre reste chargé de la gestion du tableau de permanence⁶⁸.

La sectorisation varie selon la tranche horaire couverte, avec une distinction entre la première partie de nuit de 20 h à minuit et la nuit dite profonde de minuit à 8 h, ainsi que selon les données géographiques, saisonnières et épidémiques. Elle fait l'objet d'un réexamen annuel. En 2006, la DHOS recensait 2404 secteurs arrêtés par les préfets pour la première partie de la nuit sur 93 départements, soit 25 secteurs en moyenne par département.

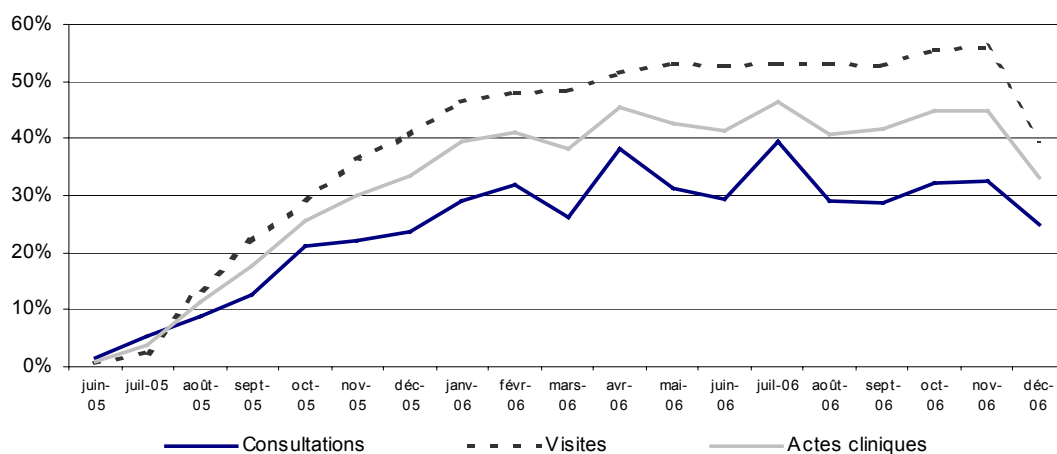
Graphique 1. Part des actes majorés pour régulation sur le total des actes réalisés dans le cadre des périodes couvertes par la permanence des soins

⁶⁵ Sur les dépenses entrant dans l'enveloppe ONDAM et hors financement du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) qui finance les maisons médicales de garde, structures dédiées à la permanence des soins.

⁶⁶ La LFSS 2007 a transformé la permanence des soins en mission de service public.

⁶⁷ Elle fait également l'objet d'une consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins

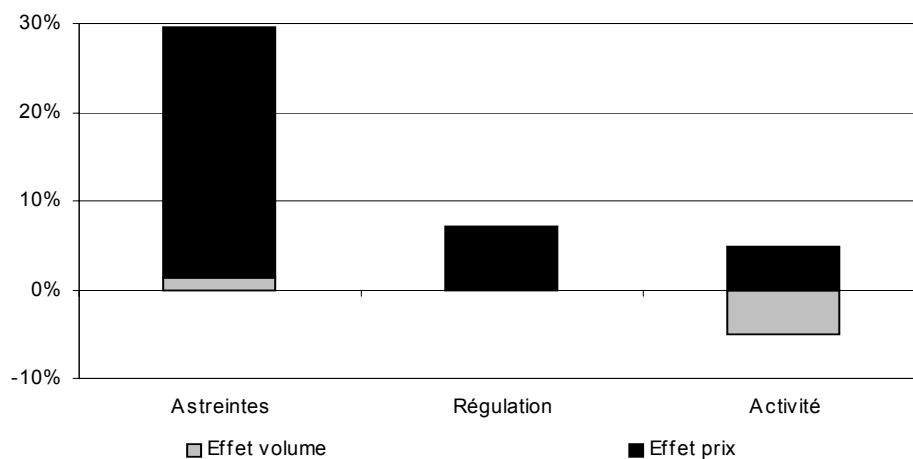
⁶⁸ En cas d'absences de médecin volontaire pour couvrir une zone pendant une des périodes de permanence des soins, le préfet est habilité à procéder à des réquisitions.



Champ : France entière, tous régimes.

Source : Données en date de remboursement extraites du SNIIR-AM et d'Erasmus V1.

Graphique 2. Contribution des catégories de dépenses (forfaits et actes) au surcoût de l'avenant n°4 (champ de l'ONDAM), calculé comme la différence de coût entre 2004 et 2006



Champ : France entière et tous régimes.

Source : estimations faites à partir des données en date de remboursement extraites du SNIIR-AM et d'Erasmus V1.

La permanence des soins et l'avenant n°4

L'avenant n°4 a fixé les modalités de rémunération accompagnant la nouvelle organisation mise en place en 2003 et modifiée en 2005, en revalorisant les forfaits d'astreinte et les tarifs des prestations. Tout assuré souhaitant voir un médecin pendant les heures de fermeture des cabinets est censé passer par le médecin régulateur accessible par le numéro 15 ou par un centre d'appel interconnecté avec le service d'aide médicale urgente (SAMU). Trois cas peuvent se présenter à celui-ci : soit l'appel est urgent et demande l'intervention sans délai du SAMU, soit l'appel nécessite une consultation médicale d'un médecin généraliste en permanence, soit l'appel requiert juste un conseil.

Dans ce cadre, le médecin régulateur du centre de régulation des appels de permanence des soins reçoit une rémunération équivalente à trois consultations pour une heure. Le médecin d'astreinte⁶⁹ inscrit au tableau de permanence reçoit un forfait de 50€ de 20h à minuit, de 100€ de minuit à 8h et de 150€ les dimanches et jours fériés⁷⁰. Lorsque le médecin généraliste est sollicité par la régulation, il cote des majorations d'actes régulés. Pour les consultations régulées de nuit, de milieu de nuit et de dimanche et jours fériés, les majorations sont respectivement de 42,5 €, 51,5 € et 26,5 €. Les majorations pour les visites régulées sont de 46€, 55€ et 30€⁷¹. La mise en place de majorations pour les actes régulés revalorisées par rapport aux autres majorations s'est justifiée comme compensation d'une activité moindre des médecins du fait de la mise en place de la régulation.

La montée en charge des actes majorés selon les règles de l'avenant n°4

La mise en place de majorations spécifiques aux actes passant par un médecin régulateur a permis d'avoir un aperçu de la place de la régulation dans la permanence des soins. De juin à décembre 2005, la part des actes régulés parmi l'ensemble des actes effectués dans le cadre de la permanence des soins augmente régulièrement pour se stabiliser durant l'année 2006 entre 40 et 45% (cf graphique 1). La majorité des actes effectués pendant les heures de fermeture des cabinets ne passe donc pas par la régulation.

La part des visites régulées dans le cadre de la permanence des soins est plus importante que celle des consultations : elle s'est stabilisée en 2006 autour de 52% alors que la part des consultations régulées oscille entre 30 et 40%. Ce taux moins important pour les consultations peut s'expliquer par le développement de maisons médicales de garde (MMG) comme lieu de consultation⁷², dont l'accès n'est pas toujours régulé et qui sont rapidement identifiées par les assurés comme un lieu de recours aux demandes de permanence des soins.

La place prise par la régulation diffère aussi selon la période de permanence des soins considérée. En effet, en 2006, les actes ayant une majoration pour régulation réalisés entre 20h et minuit et les dimanches et jours fériés représentent moins de 50 % des actes réalisés pendant ces tranches horaires, tandis que 70% des actes en nuit profonde sont des actes régulés.

⁶⁹ Il y a en principe un médecin d'astreinte qui couvre un secteur pour une tranche horaire donnée.

⁷⁰ Avant l'avenant n°4, les forfaits étaient de 50 € pour la nuit entière et pour les dimanche et jours fériés.

⁷¹ Contre respectivement 38,5 €, 43,5 € et 22,6 € pour les visites non régulées mais justifiées.

⁷² Les MMG sont généralement ouvertes en première partie de nuit et durant les dimanches et jours fériés

Tableau 1. Coût de la permanence des soins ambulatoire (champ ONDAM) par postes de dépenses de 2004 à 2006 (en millions d'euros)

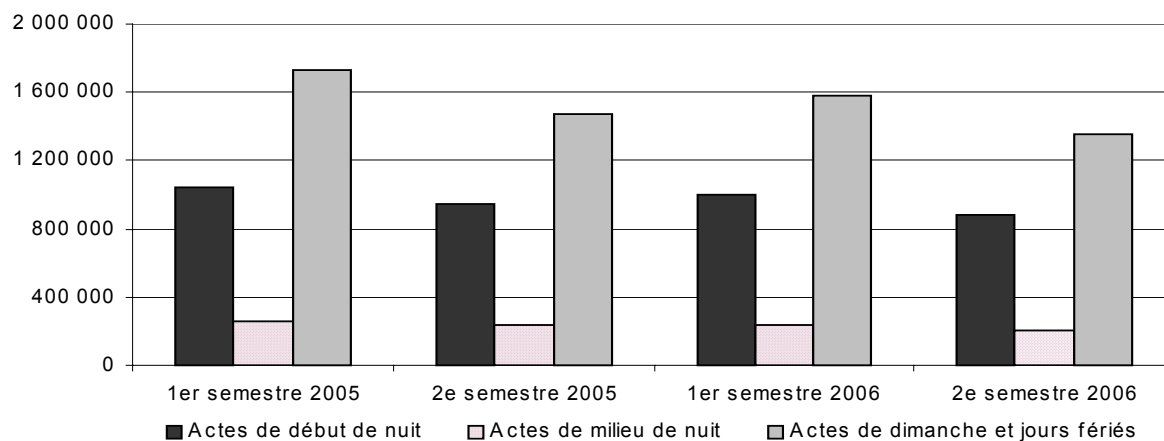
		2004	2005	2006
Forfaits	Astreintes	51	38	4
	Avant avenant 4			
	Après avenant 4		27	125
	Régulation		2	18
	Sous total	51	67	147
Activité	Consultation	71	74	57
	Actes non régulés			
	Actes régulés		8	28
	Visites	140	115	56
	Actes non régulés			
	Actes régulés		14	69
	Sous total	211	211	210
	Total	262	278	357

Champ : France entière et tous

régimes.

Source : données en date de remboursement extraites du SNIIR-AM et d'Erasmus V1.

Graphique 3. Répartition de l'activité par période de permanence des soins, du premier semestre 2005 au second semestre 2006



Champ : France entière, tous régimes.

Source : Données en date de remboursement extraites du SNIIR-AM et d'Erasmus V1.

La mise en place de l'avenant n°4 a induit une augmentation de 36 % du coût total du dispositif

Dans le champ de l'ONDAM, le coût du dispositif en année pleine est passé de 260 M€ en 2004, avant la mise en place de l'avenant n°4, à 278 M€ en 2005, puis à 360 M€ en 2006, une fois la montée en charge du système de régulation achevée.

En 2004, ce coût se décomposait en 50 M€ de versements de forfaits d'astreinte et en 210 M€ de remboursement d'actes majorés. En 2006, 150 M€ de forfaits ont été versé parallèlement aux 210 M€ de remboursements d'actes. Le surcoût est donc de l'ordre de 100 M€ par rapport à 2004, soit une augmentation de 36 % du coût total (cf tableau 1).

L'augmentation du coût entre 2004 et 2006 est liée à la mise en place des dispositions de l'avenant n°4. Les revalorisations des astreintes ont amené une hausse de 30% de ce coût (cf graphique 2). La baisse d'activité dans le cadre de la permanence des soins de l'ordre de 5% tempère cette hausse⁷³. Enfin, le basculement de la rémunération des régulateurs de l'enveloppe du FAQSV dans l'enveloppe du risque de l'ONDAM explique une fraction du surcoût ONDAM à hauteur de 18 M€.

Des niveaux d'activité différents selon la période de permanence des soins considérée

La plupart des actes régulés de la permanence des soins ambulatoire se concentre sur la période de début de nuit et de dimanche et jours fériés. En 2006, les actes effectués les dimanches et les jours fériés représentent 55% des actes de permanence, et ceux effectués en début de nuit 38% (cf graphique 3).

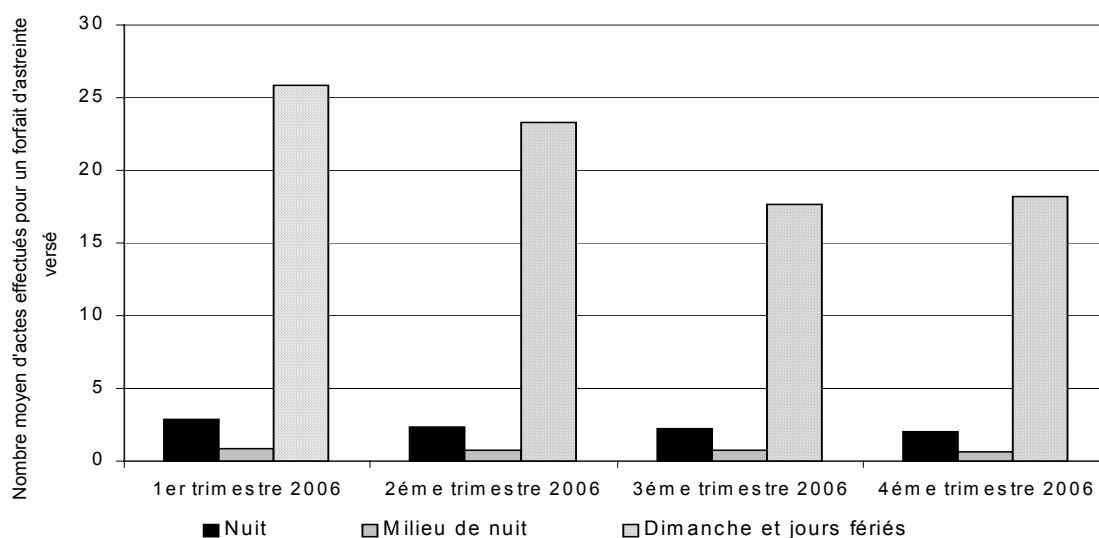
En rapportant le nombre d'actes faits pendant la permanence aux nombres d'astreintes versées pour les mêmes périodes correspondantes, les écarts de ratios d'activité entre les différentes périodes sont importants. Un forfait d'astreinte de dimanche et jours fériés s'accompagne d'un volume d'activité huit fois plus important qu'un forfait d'astreinte versé pour une période de nuit (cf graphique 4).

Le coût unitaire moyen⁷⁴ d'un acte pendant la période de milieu de nuit est ainsi plus de cinq fois supérieur à celui d'un acte effectué les dimanches et jours fériés et plus de trois fois supérieur à celui d'un acte effectué en début de nuit (cf tableau 2).

⁷³ En 2004, 5,7M de consultations et visites ont été effectués dans le cadre de la permanence des soins contre 5,4M en 2006.

⁷⁴ Le coût unitaire moyen d'un acte pour une période donnée se mesure comme le rapport entre les remboursements des actes effectués pendant cette période de permanence (il comprend le coût de l'acte de référence et de sa majoration) plus les montants des astreintes versées sur ces mêmes périodes sur le nombre d'actes effectués pendant ces périodes.

Graphique 4. Ratio du nombre d'acte par forfait d'astreinte en fonction de la tranche horaire de permanence des soins



Champ : France entière, tous régimes.

Source : Données en date de remboursement extraites du SNIIR-AM et d'Erasmus V1.

Remarque : Seuls les nouveaux forfaits d'astreinte ont été pris en compte pour construire ce graphique. La hauteur dans l'histogramme représente le rapport entre le nombre d'actes effectués pendant une tranche horaire et le nombre de forfaits d'astreinte versés pour cette tranche horaire.

Tableau 2. Répartition du coût lié aux forfaits d'astreinte par période d'astreinte en 2006

	Nuit	Milieu de nuit	Dimanche et jours fériés
Montant des forfaits d'astreinte versés (en millions d'euros)	41	63	21
Montant du remboursement des actes (en millions d'euros)	90	25	95
Coût unitaire moyen d'un acte par période	66 €	225 €	39 €

Champ : France entière, tous régimes. Actes régulés et non régulés.

Source : Données en date de remboursement extraites du SNIIR-AM et d'Erasmus V1.

Remarque : Pour les besoins du calcul, les forfaits de 150 € versés au titre de la nuit entière sont ici décomposés entre un forfait de 50 € pour le début de nuit et un forfait de 100€ de milieu de nuit, conformément aux tarifs des deux forfaits séparés correspondants.

CARACTERISATION DE L'ACTIVITE DES CLINIQUES PRIVEES DEPUIS 1998

La place du secteur privé dans l'activité de court séjour

De 1998 à 2005, la part du secteur privé dans les activités de court séjour en médecine chirurgie obstétrique (MCO) progresse pour atteindre plus de 37% en 2005. Cette progression s'inscrit dans une dynamique générale de l'activité des établissements de santé publics et privés⁷⁵ qui ont réalisé près de 19 millions de séjours et séances en 1998, et plus de 23 millions en 2005, soit une augmentation de 22,7 % en sept ans (tableau 1).

Une activité particulièrement développée en hospitalisation partielle

De manière générale, l'activité de l'hospitalisation complète diminue en faveur de l'hospitalisation partielle (séjours hospitaliers de moins d'un jour, dont chirurgie ambulatoire) et des séances (dialyses, chimiothérapies, radiothérapie, transfusions sanguines). L'augmentation de la part du privé dans l'activité provient essentiellement de la croissance des hospitalisations partielles de 1998 à 2005 (+75% sur la période contre 57% pour le secteur public). En 2005, avec la mise en place de la tarification à l'activité, cette tendance reste particulièrement marquée pour le secteur privé (+20,5%) alors que le secteur public se distingue par la plus forte augmentation des séjours en hospitalisation complète (+1,8%).

Le secteur privé se démarque également du secteur public en enregistrant une baisse significative de la durée moyenne des séjours de 1999 à 2003 (cf. tableau 2).

Le partage de l'activité d'hospitalisation complète entre les secteurs public et privé

L'activité du secteur public en nombre de séjours est prépondérante dans la plupart des secteurs d'activité déclinés par CMD. Les pathologies lourdes, comme les maladies dues au VIH (CMD25) et les traumatismes multiples graves (CMD26), sont quant à elles pour la plupart quasiment exclusivement prises en charge par le secteur public, voire complètement prises en charge pour les transplantations d'organes (CM27). Il domine largement l'activité liée au traitement du système nerveux (87% des séjours de la CMD 01 en 2005, cf. graphique 1), de l'appareil circulatoire (65% des séjours de la CMD 05) et du tube digestif (58% des séjours). Il convient de noter que la modification de la classification de 2004 se traduit mécaniquement par une importante baisse du nombre de séjours en hospitalisation complète pour les CMD 01 à 23 (cf. encadré1).

Le secteur privé a une activité quasiment comparable à celle du public pour le traitement des pathologies de la CMD 03 (ORL, bouche, dents) et de la CMD 08 (affections de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif) voire même dominante pour les pathologies de l'œil où il réalise 55% des séjours.

⁷⁵ On entend par secteur "privé" les établissements de santé ne participant pas au service public hospitalier et financés dans le cadre de l'Objectif Quantifié National (OQN) avant la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Le secteur "public" comprend les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, financés exclusivement par dotation globale avant T2A.

Tableau 1 : Distribution des séjours et séances réalisés dans les établissements de santé en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) de 1998 à 2005†

Année	Nombre de séjours en hospitalisation complète ¹	Nombre de venues en hospitalisation partielle ²	Nombre de séances ³	Total	Evolution globale par rapport à l'année précédente				Part d'activité des établissements privés non PSPH [‡] (ex-OQN)			
					Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle	Séances	Total	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle	Séances	Total
1998	10 710 992	3 742 048	4 407 952	18 860 992					33,3%	46,2%	30,7%	35,2%
1999	10 995 843	4 029 214	4 793 691	19 818 748	2,7%	7,7%	8,8%	5,1%	34,2%	47,3%	31,9%	36,3%
2000	11 216 796	4 291 278	5 039 976	20 548 050	2,0%	6,5%	5,1%	3,7%	34,5%	47,5%	32,0%	36,6%
2001	11 105 652	4 667 228	5 344 614	21 117 494	-1,0%	8,8%	6,0%	2,8%	34,0%	46,2%	31,4%	36,1%
2002	10 865 377	4 872 116	5 158 933	20 896 426	-2,2%	4,4%	-3,5%	-1,0%	34,5%	47,3%	34,3%	37,4%
2003	10 816 101	5 160 830	5 375 481	21 352 412	-0,5%	5,9%	4,2%	2,2%	34,2%	47,4%	34,4%	37,5%
2004	10 781 611	5 475 594	5 808 269	22 065 474	-0,3%	6,1%	8,1%	3,3%	33,1%	46,4%	33,7%	36,5%
2005	10 876 092	6 195 553	6 070 732	23 142 377	0,9%	13,1%	4,5%	4,9%	32,5%	48,9%	33,7%	37,2%

†Hors activités liées aux urgences, aux consultations externes et à l'hospitalisation à domicile.

‡PSPH : participant au service public hospitalier

¹Hospitalisation complète : correspond au nombre total de séjours hors CM 24

²Hospitalisation partielle : correspond au nombre total de séjours de la CM 24, hors séances

³Séances : activités liés aux traitements itératifs (dialyses, chimiothérapies, radiothérapie, transfusions sanguines)

Lecture : en 2005, 37,2% des séjours, venues et séances ont été réalisés dans des établissements privés.

Note méthodologique : différentes versions de la classification des séjours ont été utilisées depuis 1998. La CM24, qui définissait les "séances et séjours de moins de 24h", regroupe depuis 2004 les "séances et séjours de moins de 2 jours". Dans ce tableau, les séjours de la CM24 ont été répartis entre l'hospitalisation complète et l'hospitalisation partielle selon leur durée (resp. plus ou moins de 24h).

Source : CTIP / ATIH - PMSI MCO 1998 à 2005 - Analyse : CNAMTS / DSES / DEOS

Tableau 2 : Caractéristiques des durées de séjours des établissements de santé en MCO de 1998 à 2005

Année	Séjours des établissements publics, et privés PSPH* (ex-DG)			Séjours des établissements privés non PSPH* (ex-OQN)		
	Médiane (jours)	Moyenne (jours)	Ecart-type (jours)	Médiane (jours)	Moyenne (jours)	Ecart-type (jours)
1998	4	6,6	9,1	2	4,1	7,9
1999	4	6,6	9,0	4	5,3	7,1
2000	4	6,5	8,9	4	5,1	6,9
2001	4	6,6	9,4	3	5,0	6,7
2002	4	6,7	10,0	3	5,0	6,6
2003	4	6,7	10,0	3	4,9	6,4
2004	5	7,9	10,3	4	5,8	7,0
2005	5	7,8	10,2	4	5,6	6,7

* PSPH : participant au service public hospitalier

Source : CTIP / ATIH - PMSI MCO 1998 à 2005 - Analyse : CNAMTS / DSES / DEOS

Note méthodologique : différentes versions de la classification des séjours ont été utilisées depuis 1998. La CM24, qui définissait les "séances et séjours de moins de 24h", regroupe depuis 2004 les "séances et séjours de moins de 2 jours". Cette modification augmente donc mécaniquement la durée moyenne des séjours en "hospitalisation complète" à partir de 2004.

Encadré 1 : du séjour à la catégorie majeure de diagnostic (CMD)

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet la description de l'activité médicale des établissements de santé. A chaque séjour hospitalier correspond un résumé de sortie standardisé (RSS) qui est par la suite anonymisé (RSA) pour son exploitation à l'extérieur de l'établissement. Les informations médico-administratives contenues dans le RSA permettent le classement du séjour dans un groupe homogène de malade (GHM). Les GHM sont regroupés en 27 catégories dont 23 catégories majeures de diagnostics (CMD 01 à 23, CMD25, CMD26) qui correspondent le plus souvent à un système fonctionnel, et 3 catégories majeures (CM24, CM27 et CM90). Les séjours de moins de 2 jours sont regroupés dans la CM 24 (versus séjours de moins de 24h avant 2004) et les séances dans la CM 28 depuis 2006. Les CM 27 et 90 accueillent respectivement les séjours pour "transplantation d'organes" et les "erreurs et séjours inclassables". Dans le cadre de la T2A, la donnée facturable est le groupe homogène de séjour (GHS), qui correspond le plus souvent à un GHM.

Les dépenses des cliniques depuis 1999

Les dépenses du régime général relatives aux cliniques privées (y compris les médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus des frais de séjour) évoluent en valeur en moyenne à près de 6% depuis 1999 en dates de soins en France métropolitaine (cf. graphique 2). Cette progression, qui tient compte de la progression du volume de l'ensemble des activités des cliniques et des revalorisations tarifaires, est plus faible en début de période (+3,3%% en 2000, +4,6% en 2001) puis s'accélère en 2002-2003 à plus de 7% pour légèrement ralentir à plus de 6% en 2004 et 2005.

Eléments d'analyse des dépenses : la structure par CMD

Quatre CMD expliquent plus de 60% des dépenses des cliniques privés (cf. tableau 3) : la CMD 5 « affections de l'appareil respiratoire », la CMD 8 « Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif » (en particulier les GHS des interventions majeures sur les articulations et greffes de membres) et les CMD 24 et 28 « séjours de moins de 2 jours et séances ». Cette dernière explique un peu plus de 33% des dépenses et constitue un facteur explicatif important de la croissance des dépenses, ce qui suggère une modification des pratiques suite à la mise en place de la T2A.

Un infléchissement des dépenses en 2006 lié aux mesures tarifaires

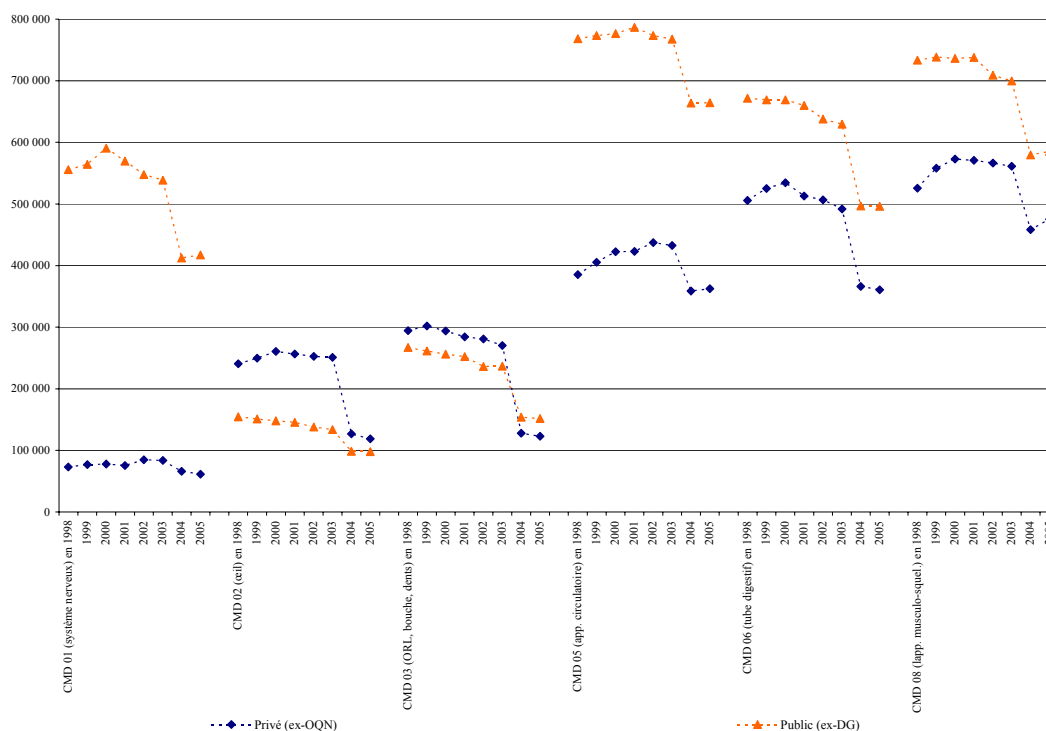
Malgré une forte accélération en début d'année 2006, les dépenses ont ensuite amorcé une décélération et enregistrent une progression sur l'année de 3,8%, la plus faible depuis 2000. La diminution du taux de croissance des dépenses est particulièrement sensible concernant les dépenses MCO qui passent de 5,6% en 2005 à près de 3% en 2006. Cette modération s'explique en grande partie par les baisses de tarifs intervenues en mars et octobre 2006 (respectivement -1% et -2,6%). Compte tenu de ces effets prix négatifs, la progression des dépenses en 2006 s'explique essentiellement par une forte dynamique de l'activité.

Tableau 3 : Structure des dépenses remboursées par le régime général en 2006 par catégorie majeure

Catégories majeures	Structure
1 Affections du système nerveux	1,4%
2 Affections de l'oeil	1,7%
3 Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1,6%
4 Affections de l'appareil respiratoire	1,7%
5 Affections de l'appareil circulatoire	14,0%
6 Affections du tube digestif	7,2%
7 Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	2,1%
8 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	15,0%
9 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	1,6%
10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	1,3%
11 Affections du rein et des voies urinaires	2,2%
12 Affections de l'appareil génital masculin	1,7%
13 Affections de l'appareil génital féminin	2,5%
14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	6,8%
15 Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	1,9%
16 Affections du sang et des organes hématopoïétiques	0,3%
17 Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	0,6%
18 Maladies infectieuses et parasitaires	0,3%
19 Maladies et troubles mentaux	0,1%
20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	0,1%
21 Traumatismes, allergies et empoisonnements	0,5%
22 Brûlures	0,0%
23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	1,7%
25 Maladies dues à une infection par le VIH	0,0%
26 Traumatismes multiples graves	0,0%
24 et 28 Séjours de moins de 2 jours et séances	33,7%
90 Erreurs et autres séjours inclassables	0,0%
Total	100%

Source: CNAMTS

Graphique 1 : Distribution des séjours pour les CMD ayant présenté la plus grande variation entre 2003 et 2005 dans les établissements de santé



Source : CTIP / ATIH - PMSI MCO 1998 à 2005 - Analyse : CNAMTS / DSES / DEOS

Note méthodologique : différentes versions de la classification des séjours ont été utilisées depuis 1998. La CM24, qui définissait les "séances et séjours de moins de 24h", regroupe depuis 2004 les "séances et séjours de moins de 2 jours". Cette modification diminue donc mécaniquement le nombre de séjours en "hospitalisation complète" dans les autres CMD.

Graphique 2 : Evolution CJO CVS des dépenses des cliniques privées remboursées par le régime général selon la date des soins en France métropolitaine



Source : CNAMTS

ECLAIRAGE SUR L'ASSURANCE MALADIE EN ALLEMAGNE

En 2006, le redressement de la situation financière de l'assurance maladie allemande amorcé en 2004 s'est poursuivi. L'Allemagne fait partie des principaux pays européens à avoir adopté une réforme de l'assurance maladie pour faire face à l'augmentation des dépenses de santé au cours de ces dernières années.

L'assurance maladie allemande est excédentaire depuis 2004

Alors que l'apparition d'un déficit de 1,2 Md€ au premier trimestre 2006 laissait présager une dégradation de la situation financière des caisses d'assurance maladie du régime obligatoire⁷⁶, celles-ci ont finalement dégagé un excédent de 1,7 Md€ en 2006 comparable à celui de 2005⁷⁷. Il faut souligner que les caisses d'assurance maladie allemandes après des années de déficit (-2,7 Mds€ en 2001, -3,4 Mds€ en 2002 et -3,6 Mds€ en 2003) sont en excédent depuis 2004, date d'entrée en vigueur de la réforme où l'excédent a atteint 4 Mds€⁷⁸.

Ce net redressement trouve d'abord son origine dans les recettes de cotisations qui ont beaucoup augmenté en lien avec l'amélioration sur le marché de l'emploi liée à la reprise économique. Le nombre d'actifs cotisants a augmenté de 530 000 en 2006⁷⁹.

Le plan de maîtrise du médicament (loi sur l'efficacité et l'économie du médicament) entré en vigueur en mai 2006⁸⁰ a également permis de réduire et de stabiliser les dépenses de médicaments. Mis en place pour renforcer la réforme de 2004 face à la reprise des dépenses en 2005, il a notamment bloqué pour deux ans (jusqu'en mars 2008) les prix des médicaments remboursables et durci le système des forfaits de remboursement (équivalent des tarifs forfaitaires de responsabilité en France) en définissant plus précisément les médicaments «apportant un progrès thérapeutique» afin de limiter la part des médicaments qui échappent à ce système et en révisant à la baisse les prix de référence afin d'augmenter la prescription de génériques et d'inciter les médecins à prescrire les spécialités les moins onéreuses. L'économie serait de 1,1 Md€ en 2006 selon les premiers chiffres disponibles⁸¹ : effets du rabais de 10% imposé sur les prix des génériques⁸² (342 M€), des baisses de prix liées à la concurrence des génériques (569 M€) ou encore de la diminution des prescriptions (209 M€). La croissance des dépenses de médicaments n'aura été que de 2 % en 2006 (contre 16,5 % en 2005) (cf. tableau 1).

⁷⁶ Le GKV ou *Gesetzliche Krankenversicherung* est le système public obligatoire d'assurance maladie fourni par 253 caisses régionales qui couvrent près de 90 % de la population totale. Un système d'assurances privées (PKV, *Private Krankenversicherung*) facultatif, dispensé par une cinquantaine de caisses privées, est ouvert en parallèle aux personnes à revenu élevé et couvre près de 9 % de la population (travailleurs indépendants, salariés du public au-delà d'un certain niveau de revenu, artisans). Le reste de la population est couvert par l'Etat (fonctionnaires) ou bien n'est pas assuré.

⁷⁷ Source : Ministère de la santé allemand (BMG).

⁷⁸ Cf. fiche n° 9-1, « La situation financière de l'assurance maladie allemande et britannique après les réformes », rapport CCSS, Sept. 2006.

⁷⁹ Source : *Le Quotidien du médecin*, 14 mars 2007.

⁸⁰ Cf. fiche 9-1, rapport CCSS, sept. 2006.

⁸¹ Source : Chiffres de l'Union fédérale des syndicats allemands de pharmaciens d'officine (ABDA), repris de *Pharmaceutiques*, mars 2007.

⁸² Les génériqueurs doivent consentir un rabais de 10 % sur les prix des génériques aux caisses d'assurance maladie.

Tableau 1 – Montant et évolution des dépenses d'assurance maladie

En Milliards d'euros	2004	2005	2006	Evolution 2005/2004 (en %)	Evolution 2006/2005 (en %)
Consultations médicales	21,4	21,6	22,2	0,9%	2,8%
Consultations dentaires	7,6	7,5	7,7	-1,3%	2,7%
Prothèses dentaires	3,7	2,4	2,7	-35,1%	12,5%
Médicaments	21,8	25,4	25,9	16,5%	2,0%
Adjuvants	3,6	3,7	3,7	2,8%	0,0%
Appareils et prothèses	4,5	4,5	4,5	0,0%	0,0%
Hôpital	47,6	49,0	50,2	2,9%	2,4%
Congés maladie	6,4	5,9	5,7	-7,8%	-3,4%
Transports	2,6	2,8	2,9	7,7%	3,6%
Coûts administratifs	8,1	8,1	8,1	0,0%	0,0%
Autres	12,9	12,9	14	0,0%	8,5%
Dépenses totales	140,2	143,8	147,6	2,6%	2,6%

Note : Champ : caisses d'assurance maladie publique.

Source : Ministère de la santé allemand (BMG).

Encadré – Eléments-clés de la réforme Merkel de l'assurance maladie (2007)⁸³

Introduction d'une couverture maladie universelle : En Allemagne, au moins 200 000 personnes ne bénéficient d'aucune couverture santé (chômeurs de longue durée, non salariés...). A partir du 1^{er} avril 2007, l'affiliation à un système public de couverture santé devient obligatoire (sous peine d'amende) pour toutes ces personnes résidant en Allemagne. Une subvention de la prime sous condition de ressources est possible.

Augmentation de la concurrence entre les caisses d'assurance maladie publique ou privée : La transparence des cotisations avec un taux unique et surtout la cotisation forfaitaire supplémentaire de 8 € doivent favoriser la concurrence par une meilleure connaissance des caisses moins bien gérées. Par ailleurs, les organismes privés qui couvrent plus de 8 millions de personnes (salariés du privé au-delà d'un certain revenu, indépendants, artisans) ne pourront plus désormais refuser les assurés remplissant les conditions de libre assurance. Pour cela, ils devront proposer plusieurs niveaux de tarifs, dont un tarif de base d'accès aux prestations à partir de 2009, comparable à celui du système général obligatoire. Ces nouvelles obligations visent à prévenir les pratiques de sélection des risques en fonction de la santé ou du revenu⁸⁴.

Institution d'un fonds pour la santé financé par les cotisations (salariés et employeurs) et en partie par l'impôt. A l'origine prévu pour 2008, il fonctionnera à partir du 1^{er} janvier 2009. Les assurés de l'ensemble des caisses publiques (les assureurs privés ne seront pas intégrés au fonds de santé) verseront la même contribution (taux unique de cotisation fixé par la loi) et l'Etat redistribuera les fonds aux caisses publiques, à raison d'un montant fixe par assuré. Les caisses en difficulté pourront demander une cotisation supplémentaire forfaitaire de 8 € par mois à leurs assurés, plafonnée à 1 % du revenu mensuel disponible. Les recettes fiscales serviront entre autres à la prise en charge gratuite de la couverture maladie des enfants.

Augmentation des cotisations : +0,5 % pour atteindre un taux moyen de +14,5 %

Réforme de la péréquation financière entre les caisses publiques : Les caisses en difficulté (leur dette pourrait atteindre 7 Mds€ en 2007⁸⁵) pourront prélever auprès des assurés une cotisation supplémentaire qui ne dépassera pas 1% du salaire brut de leurs assurés. Il est prévu qu'elles reçoivent l'aide financière des caisses les plus prospères.

Restructuration des caisses d'assurance maladie publiques : Le gouvernement les encourage à se regrouper en fédérations et à se désendetter. Il espère ainsi que le nombre de caisses d'assurance maladie qui est de 253 réparties en 7 grandes organisations fédérales se réduise à 50⁸⁶.

⁸³ Pour une présentation plus détaillée, se reporter à : www.die-gesundheitsreform.de

⁸⁴ De plus, en cas de changement de caisse, la portabilité des réserves liées au risque vieillesse (surcoût pour la santé) devra être garantie, de façon à renforcer la concurrence entre les assureurs.

⁸⁵ Source : *Les Echos*, 8 janvier 2007.

⁸⁶ Source : *Pharmaceutiques*, mars 2007.

Par contre, le système des «bonus-malus» introduit par cette loi est encore peu utilisé par les caisses depuis son entrée en vigueur à la fin de l'année et reste mal connu des médecins. Cette mesure destinée à récompenser les médecins prescrivant peu concerne sept classes de médicaments (dont les hypertenseurs et les statines). Les médecins économes reçoivent un bonus et le malus ne s'applique que si la prescription du médecin dépasse sans justification de 20% la moyenne de prescription des autres médecins pour la même catégorie de patients⁸⁷.

Une nouvelle réforme du financement qui prendra son plein effet à partir de 2009

Une réforme sous forme de compromis votée en 2007...

Le projet de loi pour le renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie légale adopté en octobre 2006 a été voté par le Bundestag (Chambre des députés) le 2 février 2007 et par le Bundesrat (Sénat) 15 jours plus tard⁸⁸. L'application de la réforme initialement prévue pour le 1^{er} janvier 2007 a finalement été repoussée de trois mois, au 1^{er} avril 2007.

Cette réforme, qui se caractérise par la combinaison d'un renforcement du rôle de l'Etat (avec un financement accru de la couverture des dépenses de santé par l'impôt) et de la liberté de choix de leur caisse par les assurés, apparaît comme une rupture avec le modèle bismarckien⁸⁹.

La réforme doit s'opérer en deux phases : 1/ achever le désendettement des caisses d'assurance maladie d'ici à 2008. L'endettement des caisses d'assurance maladie serait ramené à 7 Mds€ en 2007, et on estime que sans modification du système actuel, il aurait pu atteindre de 16 à 20 Mds€ en 2009⁹⁰; 2/ mettre en place une grande réforme du financement de la santé à partir de 2009. L'obligation d'équilibre en 2009 est inscrite dans la loi, avec une hausse prévue des cotisations en cas de déséquilibre.

... dont les mesures phares seront mises en œuvre en 2009 (cf. encadré)

Les effets attendus de cette réforme, outre des économies substantielles, concernent le regroupement des caisses publiques, une harmonisation des tarifs des systèmes publics et privés, et la péréquation financière entre les caisses. Les caisses privées ont l'obligation de se montrer moins sélectives dans l'acceptation de nouveaux assurés.

Les principaux débats autour de cette réforme portent sur les transferts potentiels entre caisses publiques et entre Länder induits par les nouveaux mécanismes de péréquation et sur la pression à l'augmentation des cotisations des caisses privées pour faire face à leurs nouvelles obligations liées à la moindre sélection des assurés. La contribution de l'Etat aux caisses d'assurance maladie publiques va augmenter de 2,5 Mds€ à 5,5 Mds€ en 2009 et elle devra donc être financée par le budget de l'Etat. Les débats sur les modalités de ce financement se poursuivent notamment dans le cadre de la préparation de la loi de programmation budgétaire à l'horizon 2010.

⁸⁷ Source : *Pharmaceutiques*, mars 2007.

⁸⁸ Source : *Le Figaro Economie*, 13 janvier 2007.

⁸⁹ Source: P. Hassenteufel, «Vers une nouvelles réforme de l'assurance maladie: libéralisation ou étatisation», *Regards sur l'économie allemande*, Bulletin économique du CIRAC, n° 79, 2006.

⁹⁰ Source : Conseiller social, Ambassade de France en Allemagne, 29 sept. 2006.

L'AIDE A LA COMPLEMENTAIRE SANTE EN 2006

Afin de favoriser la souscription d'une couverture complémentaire santé par les personnes exclues de la CMUc mais néanmoins à revenus modestes, la loi du 13 août 2004 a instauré l'aide à la complémentaire santé (ACS), une aide financière visant à couvrir en partie le coût du contrat souscrit. Cette fiche propose un bilan du dispositif, au terme de sa seconde année, son financement étant assuré par les régimes d'assurance maladie⁹¹.

Un taux de recours au dispositif très faible

Les attestations délivrées par les caisses en 2006 ont concerné 391 000 bénéficiaires, soit un nombre légèrement inférieur à celui de 2005 (402 000). Plus de 60% d'entre eux ont effectivement fait valoir leur droit auprès d'un organisme complémentaire (OC) portant ainsi le nombre de bénéficiaires de l'ACS au 31 décembre 2006 à plus de 240 000.

Depuis son entrée en vigueur, l'ACS a enregistré un afflux constant de bénéficiaires (cf. graphique 1). Entre fin 2005 et fin 2006, ces derniers ont crû de 35%. L'évolution sur 2006 a néanmoins été particulièrement atone au regard de la jeunesse du dispositif et de la revalorisation intervenue au 1^{er} janvier 2006 (cf. encadré 1).

D'après la DREES, la population cible en 2006 était de près de 2 millions de personnes. Le recours à l'aide apparaît donc particulièrement faible. En outre, plus d'un tiers des personnes ayant reçu l'attestation ne font pas jouer leur droit auprès d'un OC. Selon la CNAM, le coût du contrat restant à charge, le manque d'information, les difficultés de compréhension ainsi qu'un accompagnement insuffisant expliqueraient ce faible taux de recours.

L'ACS permet pourtant une réelle amélioration de la solvabilité

Des bénéficiaires sensiblement plus âgés que la population CMUc

Les « plus de 60 ans » représentaient, en 2006, 20% des bénéficiaires de l'ACS (4% pour la CMUc⁹²) tandis que la part des moins de 25 ans atteignait 36% (resp. 56%). Entre 2005 et 2006, la structure par âge des bénéficiaires s'est nettement modifiée au profit des 60 ans et plus (cf. graphique 2) : cette tranche d'âge a en effet bénéficié de la plus forte revalorisation du montant de l'aide au 1^{er} janvier 2006 (+60% contre +33%).

Malgré la hausse de prix des contrats, la solvabilité des bénéficiaires s'est améliorée⁹³

Selon le Fonds CMU, les contrats ACS souscrits en 2006 apparaissent, plus nettement qu'en 2005, globalement inférieurs aux autres contrats individuels (cf. tableau 1). Cependant, la moitié environ des contrats souscrits correspondent à des garanties moyennes (niveaux 3 et 4) alors que l'on aurait pu s'attendre à une concentration sur les niveaux les plus faibles.

Le prix des contrats ACS a enregistré une hausse de l'ordre de 10% entre 2005 et 2006 (693 € contre 632 €) sous l'effet conjugué de l'augmentation des prix des complémentaires santé et de la déformation de la structure des bénéficiaires vers les plus âgés, dont les contrats sont plus coûteux. L'aide ayant été, dans le même temps, substantiellement revalorisée⁹⁴, le taux de reste à charge moyen sur le prix des contrats tend toutefois à diminuer (de 60 à 50%) et le taux d'effort moyen des ménages est désormais de 3,8% des revenus annuels (4,5% en 2005).

⁹¹ cf. rapport CCSS de septembre 2006, p. 166.

⁹² Les conditions de ressources de la CMUc excluent les titulaires du minimum.

⁹³ *Prix et contenu des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt*, rapports 2005 et 2006, fonds CMU.

⁹⁴ Le montant moyen de l'aide est ainsi passé de 243 € à 341 €.

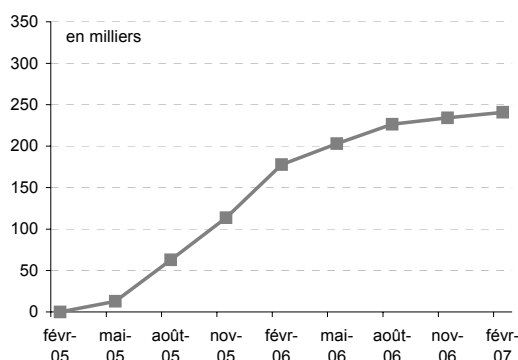
L'aide complémentaire santé (ACS) en pratique

Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005, l'ACS est une aide financière destinée à favoriser l'acquisition d'une complémentaire santé et constitue une mesure d'accompagnement de la réforme de l'assurance maladie de 2004. Son montant annuel – fortement revalorisé au 1^{er} janvier 2006 – est plafonné au montant de la prime due et varie en fonction de l'âge du bénéficiaire (100 € pour les moins de 25 ans, 200 € pour les 25-59 ans et 400 € pour les 60 ans et plus).

Le dispositif concerne tout ménage résidant de façon stable et régulière en France, dont les revenus sont compris entre le plafond CMUC et ce plafond augmenté de 15% (20% depuis le 1^{er} janvier 2007), soit entre 598 et 688 € par mois pour une personne seule en 2006.

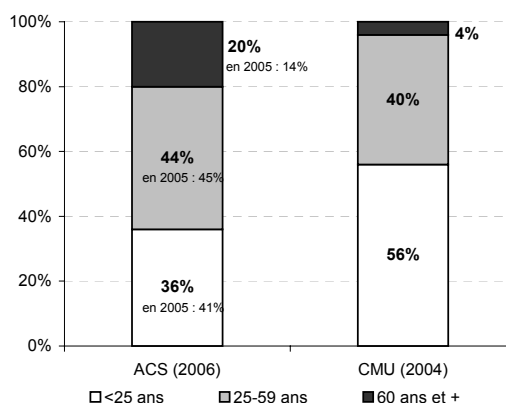
Une fois obtenue – auprès de sa caisse d'assurance maladie – l'attestation ouvrant droit à l'aide, le demandeur doit choisir auprès d'un organisme complémentaire (OC) le contrat qui lui convient (contrairement à la CMUC où le contrat est imposé). Si le bénéficiaire dispose déjà d'une assurance complémentaire individuelle, l'aide est déduite des sommes restant dues ou remboursée le cas échéant. L'attestation est valable 6 mois et le droit prend effet au moment de la souscription du contrat d'assurance pour une durée d'un an.

Graph 1 : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ACS



Il s'agit des personnes ayant effectivement utilisé leur attestation auprès d'un OC.

Graphique 2 : Structure par âge des bénéficiaires de l'ACS et de la CMUC



Source : Fonds CMU.

Tableau 1 : Taux de remboursement et répartition des contrats ACS par rapport aux autres contrats (2006)

Niveau de garantie	Honoraires hospitaliers ¹	Honoraires ambulatoires ¹	Pharmacie vignette 65% ¹	Optique ²	Dentaire ²	Contrats ACS	Autres contrats
Classe 1	< 100%	< 100%	< 100%	< TM	< TM	2,1%	2,5%
Classe 2	< 100%	100%	100%	< TM ou de TM à 100 €	=TM	22,3%	10,4%
Classe 3	< 100%	100%	100%	< TM ou de TM à 100 €	De TM à 100%	27,3%	17,6%
Classe 4	De 100% à 150%	De 100 à 130%	100%	100 à 200 €	De 100 à 150%	30,2%	33,7%
Classe 5	> 150%	> 130%	100%	> 200 €	De 150 à 220%	10,9%	11,6%
Classe 6	> 150%	> 130%	100%	> 200 €	>220%	7,2%	24,2%

Source : Fonds CMU / IRDES. Prix et contenu des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt, rapport 2006

Les remboursements sont exprimés sous forme de pourcentage du tarif conventionnel et, pour l'optique, en euros.

¹ Incluent les remboursements de l'assurance maladie. ² En sus des remboursements de l'assurance maladie.

Lecture : En 2006, 27,3% des bénéficiaires de l'ACS avaient souscrit un contrat de classe 3, contre 17,6% des autres bénéficiaires d'une complémentaire santé. Les contrats de la classe 3 remboursent : entre moins de 100% des honoraires hospitaliers (remboursements de l'assurance maladie inclus), l'intégralité du ticket modérateur (TM) pour les honoraires ambulatoires et la pharmacie, une somme comprise entre le TM et 100 € en sus du remboursement de sécurité sociale pour l'optique ainsi qu'un montant variant du TM à 150% du tarif conventionnel pour les soins dentaires.

THEME 10
LES PRESTATIONS VIEILLESSE

CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

Au 31 décembre 2006, le nombre de retraités du régime général s'élève à près de 11,4 millions pour près de 16,8 millions de cotisants, soit un rapport démographique de 1,5 actif pour un retraité. Ce ratio était supérieur à 4 au début des années 1960.

L'arrivée à l'âge de la retraite des générations du « baby boom » entraîne un choc démographique de grande ampleur. Le flux de personnes atteignant 60 ans dans l'ensemble de la population française passe de 500 000 environ pour les générations nées pendant la deuxième guerre mondiale à 800 000 par an pour les générations nées à partir de 1946.

Fort dynamisme des départs à la retraite en 2006

Le nombre de départs à la retraite au régime général augmente fortement en 2006 s'établissant à plus de 710 000⁹⁵ contre 640 000 en 2005, soit une progression de plus de 12%. Cette forte augmentation tient à la combinaison de deux facteurs :

- le principal est l'arrivée à l'âge de 60 ans de la première génération du « baby boom » supérieure de près d'un tiers à la précédente ;
- la mesure de retraite anticipée continue d'être très attractive. Le nombre de départs anticipés augmente de 5,9% en 2006 pour dépasser 108 000 contre 102 000 en 2005. Ils représentent 15% de l'ensemble des départs en 2006. La progression soutenue confirme le succès du dispositif porté notamment par la possibilité de régulariser les périodes d'apprentissage en vue de compléter la carrière.

Les départs augmenteraient à nouveau en 2007

Le nombre de départs à la retraite continuerait à augmenter mais moins fortement qu'en 2006. Il devrait atteindre 740 000, soit une augmentation de 4,2%. Le flux de retraite anticipée devrait également progresser et dépasserait les 110 000 (+2,7%).

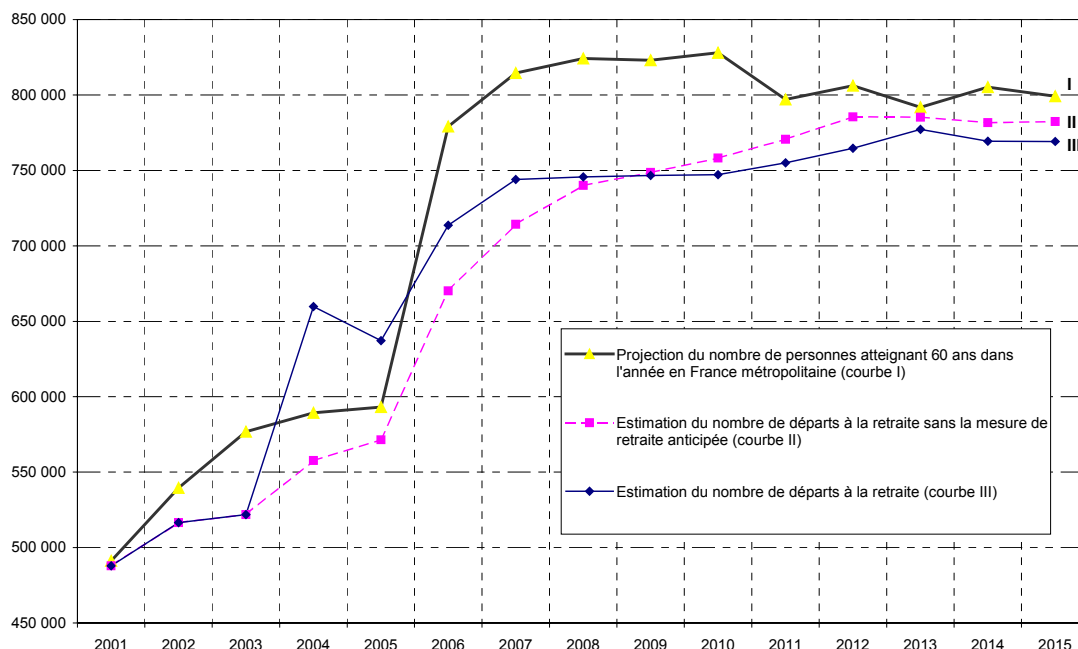
Deux facteurs peuvent expliquer cette progression :

- la génération 1947 est plus nombreuse que la précédente;
- les mesures nouvelles du « plan seniors » dont le but est d'inciter à la poursuite de l'activité, notamment par l'instauration d'une surcote progressive, ne semblent pas produire d'effets sensibles, même si à ce stade les données sur 2007 sont insuffisantes pour permettre une analyse fine des évolutions de comportements des assurés. Dans ces conditions, les nouvelles prévisions reproduisent les comportements de départs observés en 2006⁹⁶.

⁹⁵ Ces effectifs sont plus élevés que ceux présentés dans le rapport de la CCSS de septembre 2006. Ils correspondent à l'estimation actuelle des départs prenant effet dans l'année. Cette estimation comprend notamment une hypothèse sur le nombre de pensions versées de façon rétroactive. Ces effectifs peuvent donc encore faire l'objet de révisions.

⁹⁶ L'hypothèse qui avait été retenue pour les prévisions de septembre dernier prévoyant une réduction de 40 000 départs en 2007 est abandonnée (cf. fiche 10-1 du rapport de la CCSS de septembre 2006).

Impact du « baby boom » sur les départs à la retraite au régime général



Source : INSEE, CNAV, DSS

Entre 2005 et 2006, le nombre de personnes âgées de 60 ans et résidant en France métropolitaine augmente de plus de 31% atteignant les 780 000.

Ce « papy boom » se retrouve sur les personnes ayant acquis un droit au régime général : ceux de la génération 1946 sont 29% plus nombreux que ceux de la génération précédente.

Ceci est le résultat de deux facteurs jouant en sens contraire :

- une partie des résidents de France n'a pas acquis un droit au régime général,
- certaines personnes ayant acquis un droit à la CNAV résident à l'étranger et ne sont donc pas comptabilisées par l'INSEE dans la population française.

Le second effet l'emporte sur le premier, ce qui explique que les 850 000 ayants droit de la génération 1946 soient plus nombreux que les résidents de France métropolitaine âgés de 60 ans.

Le choc démographique observé sur les ayants droit ne se diffuse pas directement sur les départs à la retraite. Deux phénomènes retardent la répercussion du choc :

- d'une part, les règles de liquidation ainsi que l'hétérogénéité des carrières font que les départs à la retraite ne sont pas entièrement concentrés à l'âge de 60 ans mais s'échelonnent jusqu'à 65 ans. Ainsi, en 2006, près de 55% des départs s'effectuent à 60 ans. Cet effet prit séparément aurait conduit à une augmentation de 17% du nombre de départs (voir courbe II).
- D'autre part, la mesure de retraite anticipée a contribué à lisser le choc démographique en permettant aux premières générations du « baby boom » de liquider leurs pensions dès 2004. Entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2006, près de 330 000 personnes appartenant aux générations 1944 à 1950 ont pu ainsi liquider leur pension.

La combinaison de ces deux effets a conduit finalement à une progression de 12% du nombre de départs effectifs en 2006 (voir courbe III).

L'EVOLUTION DES PRESTATIONS DE RETRAITE

Les prestations légales vieillesse et veuvage servies par la CNAV ont représenté 77,5 milliards d'euros en 2006, soit 6% de plus qu'en 2005. En 2007, elles devraient croître à un rythme équivalent (+6%), pour atteindre 82,2 milliards d'euros.

Une progression des prestations 2006 portée par l'effet « papy boom »

La progression des prestations en 2006 est comparable à celle de 2005 (+5,9% hors effet exceptionnel de l'adossement des IEG).

Hors revalorisation, la variation du niveau de pensions servies par le régime général ne joue que peu sur l'évolution des masses de prestations. En effet, la pension moyenne du stock augmente en 2006 de 0,8% hors revalorisation des pensions⁹⁷ (+2,6% y compris revalorisation). Cette augmentation tient notamment au fait que la pension moyenne du flux entrant est plus élevée que celle du flux sortant. L'accélération des pensions est donc portée principalement par des effets démographiques; en particulier par la mesure de retraite anticipée et l'arrivée à l'âge de la retraite des premières générations du « baby boom ».

En 2006, la mesure de retraite anticipée est restée très attractive : 108 000 nouveaux départs ont été enregistrés (contre 102 000 en 2005). Son coût atteint 1,8 Md€ en 2006 (contre 1,4 Md€ en 2005) et contribue pour 0,6 point (contre 1 point en 2005) à la croissance des prestations servies par le régime général.

Hormis cet effet, la progression des prestations de droits propres aurait été de 5,4% contre 4,9% en 2005. En neutralisant les revalorisations de pensions, les droits propres augmentent de 3,6% en volume contre 2,9 % en 2005. Cette accélération tient à l'arrivée à l'âge de 60 ans de la première génération du « baby boom », supérieure de près de 30% à la précédente. Ainsi, le nombre de départs à la retraite enregistré au régime général a augmenté de plus de 70 000 (dont 6 000 départs anticipés).

Les dépenses de réversion contribuent pour 0,6 point à la croissance des prestations servies par la CNAV. Les prestations de droits dérivés augmentent de +5,4% en 2006 contre 4,7% en 2005 (cf. fiche 12-01).

...qui resterait soutenue en 2007

En 2007, les prestations de droits propres devraient encore fortement augmenter (+6,2%) dans la mesure où la génération 1947 est plus nombreuse que la précédente et où les assurés ne semblent pas différer leur départ.

Le coût de la mesure de retraite anticipée, qui contribuerait pour 0,4 point à l'évolution des prestations, augmenterait moins rapidement qu'en 2006, pour atteindre 2,2 Md€. Le nombre de nouveaux bénéficiaires de retraite anticipée excéderait les 111 000. Hors l'effet des départs anticipés, le coût des prestations augmenterait plus fortement qu'en 2006 (+5,8% contre +5,4%).

Les dépenses de réversion resteraient dynamiques en 2007 (+4,6%); elles augmenteraient cependant moins fortement que les dépenses de droits propres.

⁹⁷ Les pensions ont été réévaluées de 1,8% au 1^{er} janvier 2007 (les revalorisations 2005 et 2006 ayant été respectivement de 2% et 1,8% cf. encadré).

Tableau 1 - Masses financières des pensions et évolutions

En millions d'euros							
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Prestations légales « vieillesse et veuvage »	67 781	73 167	7,9	77 543	6,0	82 119	5,9
Prestations légales « vieillesse »	67 703	73 102	8,0	77 495	6,0	82 074	5,9
Droits propres	60 365	64 043	6,1	67 912	6,0	72 090	6,2
Avantages principaux (hors majorations)	56 279	59 762	6,2	63 381	6,1	67 518	6,5
Pension normale	45 703	48 952	7,1	52 300	6,8	55 887	6,9
Pension inaptitude	6 177	6 255	1,3	6 329	1,2	6 496	2,6
Pension invalidité	4 388	4 545	3,6	4 743	4,4	5 043	6,3
Allocations (hors majorations)	11	10	-10,8	9	-10,1	92	++
Majorations	4 085	4 281	4,8	4 531	5,8	4 572	0,9
Pour conjoint à charge	59	58	-0,6	59	0,7	60	2,4
Pour enfants	2 247	2 375	5,7	2 519	6,1	2 650	5,2
Majorations pour tierce personne	212	218	2,7	226	3,7	231	2,4
Majorations L. 814.2	563	593	5,4	652	9,9	599	-8,2
Majorations L. 815.2 (allocation supplémentaire)	1 004	1 037	3,2	1 075	3,7	1 032	-4,0
Droits dérivés	7 327	7 671	4,7	8 082	5,4	8 435	4,4
Avantages principaux (hors majorations)	6 753	7 075	4,8	7 478	5,7	7 833	4,7
Pensions de réversion (hors majorations)	6 630	6 954	4,9	7 363	5,9	7 701	4,6
Pensions de veuf ou veuve (hors majorations)	119	117	-1,4	112	-4,4	117	4,6
Secours viagers (hors majorations)	4	4	-4,5	3	-7,0	3	-11,8
Autres droits dérivés	0	0	-	0	-	12	-
Majorations	574	596	3,8	604	1,3	602	-0,3
Pour enfants	346	360	4,1	364	1,0	375	3,2
Majorations L. 814.2	99	109	9,6	114	4,6	104	-8,2
Majorations L. 815.2 (allocation supplémentaire)	121	118	-2,4	114	-3,3	110	-4,0
Majorations L. 815.3 (allocation supplémentaire)	8	9	15,1	12	33,1	13	4,6
Prestations au titre de l'adossment des IEG	0	1 377	-	1 404	2,0	1 446	3,0
Prestations légales « veuvage »	78	65	-16,8	48	-25,4	45	-6,3

Source : direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

Note : A partir de 2007, l'allocation de l'article L.815-1 de solidarité aux personnes âgées simplifie le minimum vieillesse en se substituant progressivement aux prestations prises en charge actuellement par le FSV; ce qui se traduit par l'augmentation de la ligne « allocations » et par la baisse de celles relatives au minimum vieillesse.

Revalorisation des pensions au 1^{er} janvier 2007

Aux termes de la loi d'août 2003, le coefficient de revalorisation des pensions est égal à l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac pour l'année N, corrigé, le cas échéant, de la révision de la prévision d'inflation de l'année N-1 telle que figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances de l'année N.

La revalorisation de 1,8% au 1^{er} janvier 2007 correspond à l'inflation prévue pour l'année 2007. Il n'y a pas lieu de prendre en compte une révision au titre de l'année 2006, puisque l'inflation pour 2006 figurant cette année dans le REF (1,8%) correspond aux prévisions de l'année dernière.

La revalorisation contribue pour 1,4 milliard d'euros à l'augmentation des prestations légales de la CNAV en 2007.

En %	2003	2004	2005	2006	2007
Prix hors tabac estimés pour l'année N (PLF N)	(1)	1,5	1,5	1,8	1,8
Prix hors tabac effectifs pour l'année N-1 (PLF N)	(2)	1,7	1,7	1,7	1,8
Prix hors tabac estimés pour l'année N-1 (PLF N-1)	(3)	1,5	1,5	1,5	1,8
Rattrapage : écart dans les prévisions dans les prix hors tabac entre les PLF N et N-1	(4) = (2) - (3)	0*	0,2	0,2	0,0
Revalorisation par application de la règle de rattrapage	(5) = (1) + (4)	1,5	1,7	2,0	1,8
Coup de pouce	(6)	0,0	0,0	0,0	0,0
Revalorisation au 1er Janvier N	(7) = (6) + (5)	1,5	1,7	2,0	1,8
Inflation mesurée par l'INSEE : prix hors tabac de l'année N-1 (publiée en janvier N)		1,7	1,9	1,7	1,7

* Exceptionnellement, la revalorisation au 1er janvier 2003 n'a pas tenu compte du rattrapage de 0,2 % au titre de 2002.

Source : direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A).

Lecture : En 2005, les pensions ont été réévaluées de 2% : 1,8% correspondant à l'estimation prévisionnelle de l'inflation pour 2005 et 0,2 point correspondant à l'écart entre la dernière estimation de l'inflation pour 2004 disponible à l'automne 2004 (1,7%) et la prévision qui avait été retenue à l'automne 2003 (1,5%). L'inflation mesurée par l'INSEE pour 2004 a finalement été de 1,7% en moyenne annuelle.

THEME 11
LES PRESTATIONS FAMILLE

CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET JURIDIQUE DES PRESTATIONS FAMILIALES

Le contexte démographique

Le dispositif des prestations familiales est fortement corrélé au nombre de naissances, à l'âge des enfants et à la taille des familles. Le nombre de naissances vivantes demeure relativement élevé en France depuis 2000, supérieur à 800 000 par an (données France entière). En revanche, la taille des familles ne cesse de se réduire en se concentrant autour des ménages avec deux enfants et l'âge moyen des mères à la naissance continue de s'élever (29,8 ans en 2006 contre 29,7 en 2005 et 28,3 en 1990 – données INSEE).

Le nombre de sorties des différentes prestations familiales découle chaque année du dynamisme des naissances sur le passé : dans le cas général, 20 ans plus tôt pour les allocations familiales, 21 ans pour le complément familial et 3 ans pour les aides destinées aux jeunes enfants.

Des entrées nombreuses dans le dispositif des prestations familiales

En 2006, 796 800 naissances ont été comptabilisées en France métropolitaine et 34 100 dans les départements d'outre-mer, soit un total de 830 900, en hausse de 2,9% en un an (+23 000 par rapport à 2005). Il s'agit du nombre le plus élevé de naissances enregistré depuis le début des années 1980.

L'hypothèse retenue pour 2007 repose sur une légère progression des naissances (+0,1%). Les sorties en 2006 des dispositifs d'aide à la petite enfance (APJE, APE, AFEAMA, AGED et PAJE) devraient être moins nombreuses que les entrées, puisque le nombre de naissances en 2003 était inférieur d'environ 30 000 à celui prévu en 2007. Cela se traduirait donc par une augmentation du nombre de bénéficiaires de prestations à destination de la petite enfance.

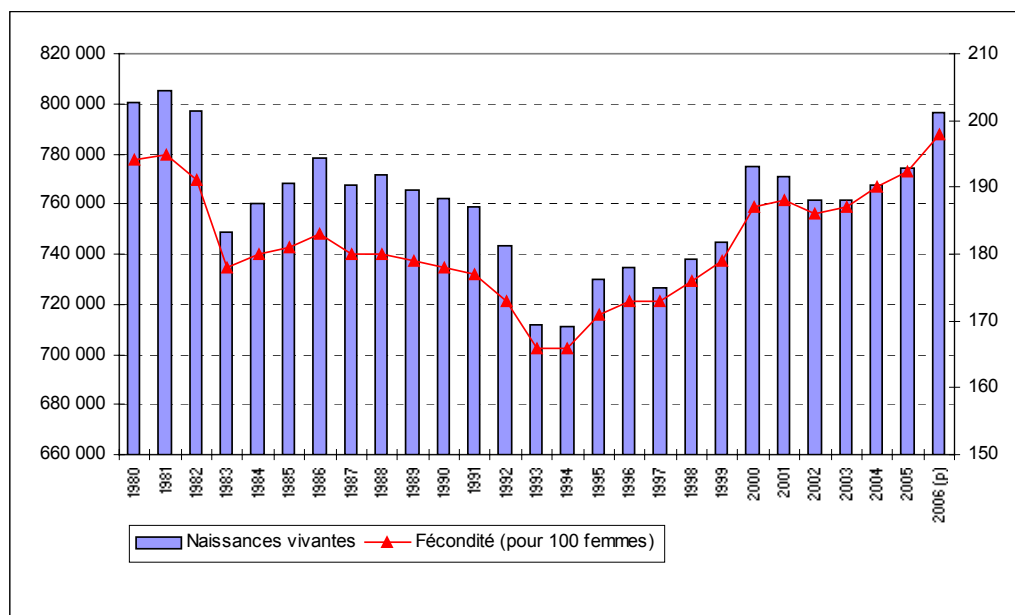
La génération 1987 qui atteint l'âge de 20 ans en 2007 étant moins nombreuse que celle qui naîtrait en 2007, le nombre de bénéficiaires des allocations familiales devrait également augmenter en 2007, même si ce lien n'est pas mécanique en raison des règles d'attribution des allocations familiales.

La taille des familles se réduit

Si le rythme soutenu des naissances contribue à l'accroissement de la population, le nombre de ménages croît encore plus vite (26,2 millions de ménages en 2004 contre 21,9 en 1990 – voir graphique 2, montrant la réduction régulière du nombre de familles bénéficiaires de prestations familiales à compter de 3 enfants et plus), reflétant une réduction de la taille des familles.

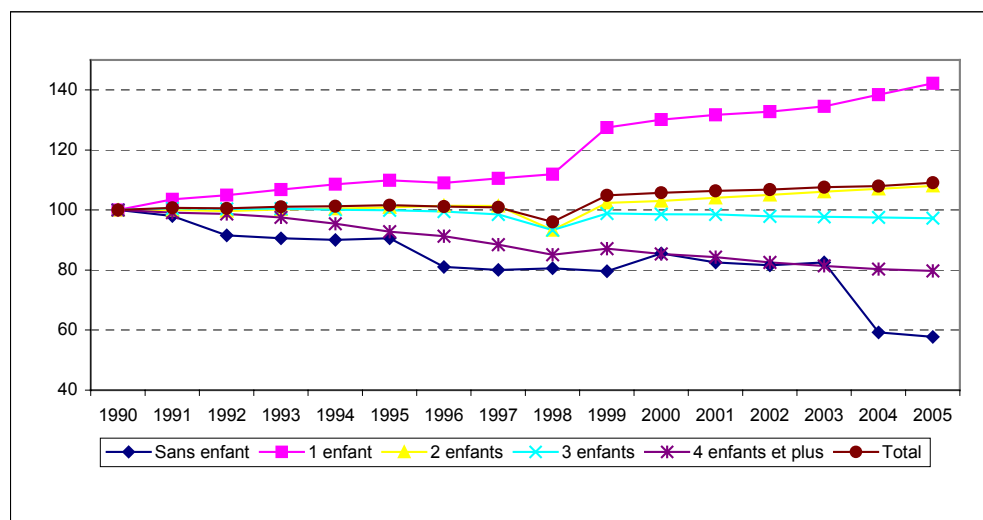
Le nombre de familles d'un ou deux enfants bénéficiant d'une prestation de la CNAF augmente depuis 1998, en lien avec le dynamisme de la natalité. A l'inverse, les familles de trois et surtout celles de quatre enfants et plus sont de moins en moins nombreuses parmi les allocataires de la branche.

Parmi les familles bénéficiaires de prestations familiales, la part des familles monoparentales avec enfants dans l'ensemble des familles ayant des enfants à charge (25% en 2005 contre 21% en 1995) a progressé de 4 points en dix ans.

Graphique 1 - Naissances vivantes et fécondité de 1980 à 2006 (France métropolitaine)

Source : INSEE

Lecture : le nombre (provisoire) des naissances en 2006 s'élève à 796 800 en France métropolitaine ; l'indicateur de fécondité est en hausse par rapport à 2005 (198,3 contre 192,1 enfants pour cent femmes).

Graphique 2 - Evolution du nombre de familles bénéficiaires de prestations familiales selon le nombre d'enfants (base 100 en 1990)

Source : CNAF

Notes : les ménages sans enfant percevant des prestations familiales sont principalement des femmes enceintes (API, prime de naissance versée au 7^e mois de grossesse) ainsi que des bénéficiaires d'allocations logement, sans enfant mais avec des personnes âgées à charge ; la forte augmentation du nombre de familles avec un enfant bénéficiaires de prestations familiales entre 1998 et 1999 est la conséquence d'une extension du champ de l'allocation de rentrée scolaire. La forte diminution du nombre de bénéficiaires sans enfant en 2004 est due au remplacement de l'APJE courte prénatale (versée chaque mois à partir du 5^e mois de grossesse) par la prime de naissance de la PAJE (versée en une fois au 8^e mois de grossesse).

Le contexte juridique

La plupart des prestations familiales sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier sur la base de la BMAF (voir tableau 1). Parallèlement de nombreuses mesures nouvelles affectent les dépenses de la CNAF.

Les années 2006 et 2007 marquées par la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (pour les enfants de moins de trois ans)

Ce nouveau dispositif étant ouvert aux naissances postérieures au 1^{er} janvier 2004, il remplace progressivement les allocations destinées à l'aide à la petite enfance et achèvera complètement sa montée en charge en deux temps : en 2007 pour les enfants de moins de 3 ans qui représentent la très grande majorité des bénéficiaires, puis en 2010 pour les enfants de 3 à 6 ans.

Il s'articule selon trois modules :

- une prime de naissance suivie d'une allocation forfaitaire venant remplacer l'APJE ;
- une aide à la garde se substituant à l'AFEAMA et à l'AGED ;
- un complément d'activité, se substituant progressivement à l'APE, destiné aux parents qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle à la naissance d'un enfant.

La LFSS 2007 prévoit le changement de date pour le bénéfice de l'allocation de base (jour naissance de l'enfant au lieu du mois de naissance auparavant).

D'autre part, pour les enfants nés à partir du 1^{er} juillet 2006, les familles de 3 enfants et plus peuvent opter pour un congé parental plus court mais mieux rémunéré. Au 31 décembre 2006, ce dispositif, appelé complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA) profite à 700 parents.

A compter du 1^{er} mai 2006, les familles peuvent bénéficier d'un assouplissement des conditions de recours à l'APP (qui devient l'allocation journalière de présence parentale), mais cette mesure ne semble pas avoir d'effet significatif pour le moment.

A compter du 1^{er} janvier 2007, l'allocation de soutien familial (ASF) est accordée prioritairement à l'allocation de parent isolé (API) ce qui entraîne un transfert de l'API (financée par l'Etat) vers l'ASF (financée par la branche famille) représentant un coût supplémentaire pour la branche famille de 146 M€.

La LFSS 2005 et celle de 2007 ont prévu respectivement la mise en œuvre d'un quatrième et d'un cinquième plan de financement de nouvelles places de crèches.

Sur le handicap, l'année 2006 a été marquée par la mise en place d'une majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en faveur des parents isolés, à la charge de la CNSA dont le coût s'élève à 16 M€ en 2006. Deux nouveaux compléments d'AAH (complément de ressources et majoration pour la vie autonome - voir encadré fiche 11-2) ont été mises en œuvre pour un coût d'environ 130 M€ à la charge de l'Etat en 2006.

D'autre part, la LFSS 2007 institue un congé de soutien familial non rémunéré mais ouvrant droit à l'AVPF, d'une durée de trois mois, renouvelable dans la limite d'un an sur l'ensemble de la carrière, en faveur des travailleurs devant cesser leur activité professionnelle pour s'occuper d'un proche souffrant d'un handicap ou d'une perte d'autonomie importante (décret n° 2007-573 du 18 avril 2007). Cette mesure chiffrée à 10,5 M€ est financée par la CNSA.

Concernant les prestations logement, la revalorisation 2006 est intervenue en janvier 2007, accompagnée de deux mesures : l'abaissement du seuil de non versement des allocations logement (15€ au lieu de 24€), dont l'effet est estimé à +28 M€ (dont +6 M€ pour l'allocation logement familial) et l'augmentation de la participation personnelle de 29 à 30 €, qui devrait rapporter 41 M€ en 2007 (dont 2 M€ au titre de l'ALF).

Par ailleurs, en 2005, le financement de l'APL, partagé entre l'Etat et la CNAF, a été modifié. La clé de répartition a été réestimée en 2006 et appliquée rétroactivement sur 2005 (voir fiche 11-2).

Tableau 1 - Décomposition de la revalorisation de la BMAF

	2004	2005	2006	2007
Evolution prévisionnelle des prix hors tabac	1,5%	1,8%	1,7%	1,2%
Rattrapage*	0,2%	0,4%	0,1%	0,5%
Revalorisation totale	1,7%	2,2%	1,8%	1,7%
Coût (en millions d'€)	410	550	470	460

* Ecart entre la prévision d'évolution des prix hors tabac et la réalisation

Source : DSS (SDEPF/6A)

Graphique 3 - Evolution indiciaire des prix et de la BMAF (base 100 en 1990)

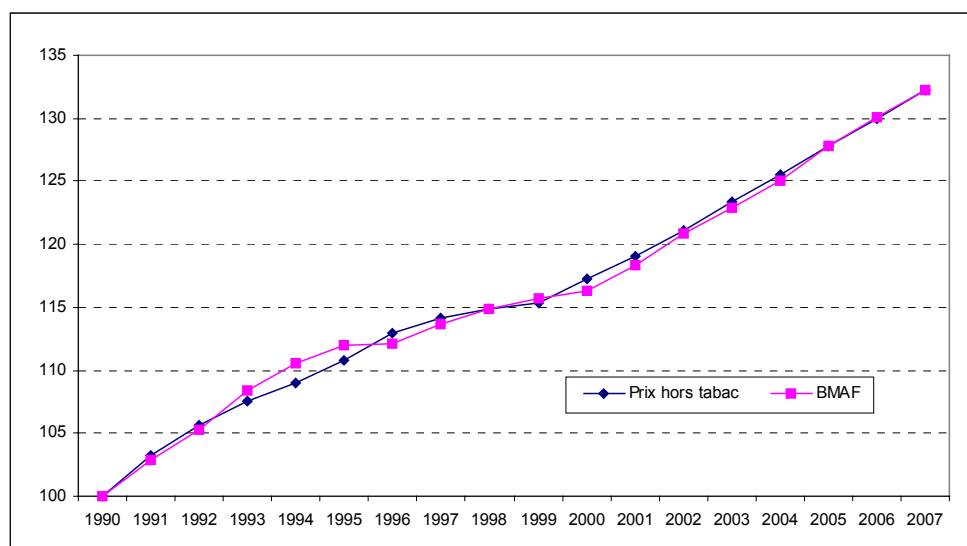


Tableau 2 - Coûts cumulés des mesures nouvelles

	2005	2006	2007
Subsidiarité de l'API par rapport à l'ASF			146
PAJE	889	1 624	1 975
ALF			4
augmentation de la participation personnelle de 29 à 30 euros			-2
abaissement du seuil de non versement des aides de 24 à 15 euros			6
AAH (1)	18	129	146
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (2)		16	16
Total des mesures sur prestations légales	907	1 769	2 287
Dotations FNAL	263	434	250
Congé de soutien familial (2)			11
Plans crèches	98	101	172

Source : DSS (SDEPF/6A)

(1) Prestations à la charge de l'Etat, mesure neutre pour le solde de la CNAF.

(2) Mesures financées par la CNSA, neutre pour le solde de la CNAF.

Lecture : ce tableau présente des écarts à un compte tendanciel sous-jacent à législation constante. La mise en œuvre de la PAJE a eu un coût estimé supplémentaire de 1624 M€ fin 2006 par rapport à un compte tendanciel sans réforme.

LES PRESTATIONS FAMILIALES

La croissance des prestations familiales reste forte en 2006 à 4,5% et ralentirait en 2007 (+2,8 %)

Cette progression est quasiment identique à celle enregistrée en 2005 (+4,4% - voir tableaux 2 et 3). Ce dynamisme repose principalement sur :

- une revalorisation de la BMAF de 1,8% au 1^{er} janvier 2006
- une augmentation de la natalité en 2006 (+23 000 naissances par rapport à 2005) ;
- la poursuite de la montée en charge de la PAJE, particulièrement sensible sur le complément de mode de garde.

En 2007, la croissance des dépenses ralentirait (+2,8%). Plusieurs effets se conjuguent :

- l'achèvement de la montée en charge de la PAJE pour les 0 à 3 ans en 2007 (voir tableau 4) ;
- une revalorisation de la BMAF plus faible (+1,7%) qu'en 2006 ;
- une hypothèse de stabilité de la natalité en 2007 (+0,1%).

Les aides à la petite enfance⁹⁸ représentent une charge de 10,4 Md€ en 2006 (dont 8,8 Md€ au titre de la PAJE), soit une croissance de 10,0% par rapport à 2005

Cette charge augmenterait de 4,9% en 2007 et atteindrait 10,9 Md€ (dont 10,5 Md€ au titre de la PAJE). En effet, les anciens dispositifs sont remplacés au fur et à mesure par la PAJE.

Les évolutions sont contrastées selon le type de prestations (voir tableau 4) :

- la mise en place de la PAJE a vu une modification des règles de cumul entre prestations : les bénéficiaires de l'APE ne peuvent prétendre à l'APJE longue ; en revanche, la PAJE permet de cumuler l'allocation de base (remplaçant l'APJE longue) et le complément d'activité (toutefois minoré du montant de l'allocation de base de sorte que le montant total d'aide accordé à la famille est inchangé, seule la répartition est modifiée) ; cette possibilité de cumul partiel conduit à majorer, toutes choses égales par ailleurs, les charges au titre de l'allocation de base relativement à l'APJE, et à minorer à due concurrence les charges au titre du complément d'activité relativement à l'APE ;

⁹⁸ Outre la PAJE (prestation d'accueil du jeune enfant), les aides à la petite enfance comprennent l'APJE (allocation pour jeune enfant, comptabilisée parmi les prestations d'entretien), l'APE (allocation parentale d'éducation), l'AFEAMA (aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée) et l'AGED (allocation de garde d'enfant à domicile).

Tableau 1 - Familles bénéficiaires de prestations familiales légales (champ CAF)

Effectifs au 31 décembre					
	2004	2005	%	2006	%
Prestations d'entretien					
Allocations familiales	4 319 977	4 599 404	6,5	4 619 216	0,4
Complément familial	827 143	847 687	2,5	830 302	-2,1
Allocation pour jeune enfant	658 428	310 146	-52,9	3	
Allocation d'adoption	632	35	-94,5	22	-37,1
Allocation de soutien familial	653 783	681 188	4,2	683 985	0,4
Allocation de parent isolé	195 441	204 873	4,8	216 278	5,6
Allocation de présence parentale	3 404	3 941	15,8	4 421	12,2
Prestations pour la garde des enfants					
Allocation parentale d'éducation	373 227	182 755	-51,0	316	-99,8
AFEAMA	547 157	378 807	-30,8	220 423	-41,8
AGED	45 645	34 745	-23,9	23 104	-33,5
Prestation d'accueil du jeune enfant	756 070	1 435 114		2 026 899	41,2
Prestations en faveur de l'éducation (ARS)	2 842 908	2 882 870	1,4	2 836 131	-1,6
Prestations en faveur du logement (ALF)	1 187 232	1 209 667	1,9	1 199 470	-0,8
Prestations en faveur des handicapés					
AAH	752 988	768 414	2,0	772 296	0,5
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	132 727	143 092	7,8	147 335	3,0

Source : CNAF

Note : ces effectifs concernent les bénéficiaires couverts par les CAF, ce qui n'est pas la totalité des bénéficiaires puisque certains régimes gèrent eux-mêmes les prestations familiales de leurs ressortissants (régimes agricoles, régimes spéciaux, etc...). Néanmoins, la part des prestations gérées par les CAF augmente régulièrement, notamment sous l'effet de transferts de gestion des prestations vers les CAF (cas de la Poste en 2004 et des fonctionnaires en 2005 – ce qui explique les hausses d'effectifs enregistrées pour les AF et le CF en 2004 et 2005). La PAJE est, à l'exception des régimes agricoles, entièrement gérée par les CAF. Les évolutions d'effectifs présentées dans ce tableau peuvent donc s'écarter des évolutions tous régimes, et ceci de façon différenciée selon les prestations.

Lecture : au 31 décembre 2006, les CAF ont versé des allocations familiales à 4 619 000 familles, soit une augmentation de 0,4% par rapport aux effectifs du 31 décembre 2005.

Tableau 2 - Décomposition de l'évolution des prestations familiales légales

En millions d'€					
	2003	2004	2005	2006	2007
Masse des prestations	32 910	34 307	35 834	37 463	38 499
Variation par rapport à N-1	2,1%	4,2%	4,4%	4,5%	2,8%
<i>dont mesures</i>	0,3%	1,1%	1,7%	1,8%	0,9%
<i>dont revalorisation</i>	1,6%	2,0%	2,1%	1,8%	1,7%
<i>dont volume</i>	0,3%	1,0%	0,7%	1,0%	0,2%
Poids dans le PIB	2,06%	2,07%	2,09%	2,09%	2,07%

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Notes :

- l'effet « mesures » désigne la part du coût des mesures nouvelles dans la croissance annuelle globale des prestations légales ;
- l'effet « revalorisation » est lié à l'évolution des barèmes : BMAF, effet de la hausse du SMIC, actualisation logement ; lorsqu'une modification des barèmes est partie intégrante d'une réforme, elle est rattachée à l'effet « mesures » ; ex : la revalorisation du complément d'aide à la garde en cas de recours aux services d'une assistante maternelle dont bénéficient les allocataires de la PAJE depuis le 1^{er} janvier 2004 est intégrée à l'effet « mesures » ;
- l'effet « volume » désigne principalement la variation de l'effectif moyen de bénéficiaires ; il intègre notamment l'érosion tendancielle de l'effectif des allocataires de prestations sous conditions de ressources dont les plafonds d'attribution croissent moins vite que le revenu moyen de la population ; en revanche, il n'intègre pas les variations d'effectifs liées aux mesures nouvelles (comme l'élargissement de l'assiette de bénéficiaires de l'allocation de base de la PAJE par rapport à l'APJE).

Lecture : En 2006, une masse de 37,4 Md€ de prestations familiales légales a été versée, en augmentation de 4,5% par rapport à 2005. 1,8 point de cette croissance est dû aux mesures nouvelles, 1,8 point aux revalorisations et 1,0 point aux variations d'effectifs.

- les aides forfaitaires de base (APJE + prime de naissance + allocation de base) croissent de 17,1% en 2006 sous l'effet, en plus de la modification des règles de cumul décrites ci-dessus, de la hausse du plafond de ressources de l'allocation de base de la PAJE par rapport à celui de l'APJE ;
- les aides à la garde (AFEAMA + AGED + complément d'aide à la garde) augmentent de 20,8% en 2006 : il semble que la meilleure solvabilisation garantie par la PAJE par rapport aux anciennes prestations ait modifié le comportement des ménages qui ont accru leur recours à un mode de garde payant ; par ailleurs l'exercice 2004 est marqué par une anomalie de comptabilisation augmentant artificiellement le taux de croissance de la charge du complément d'aide à la garde de la PAJE entre 2004 et 2005⁹⁹ ;

⁹⁹ La mise en œuvre du complément d'aide à la garde de la PAJE s'est traduite par un changement du rythme de versement des prises en charge de cotisations payées par les CAF aux Urssaf. Conformément aux principes des droits constatés, ces modifications des flux de

- les revenus de remplacement (APE + complément d'activité) diminuent de 11,7% en 2006 : cette baisse s'explique principalement par les nouvelles règles de cumul entre allocation de base et complément d'activité ; par ailleurs, de nombreux autres effets entrent en compte : à la baisse, le resserrement des conditions d'activité pour être éligible au complément d'activité de la PAJE par rapport à l'APE, et à la hausse, l'extension du complément d'activité au premier enfant, la majoration du complément accordé en cas de maintien d'une activité professionnelle à temps partiel et la mise en œuvre en 2006 du complément de libre choix d'activité optionnel.

Pour 2007, on observe une décélération des aides à destination de la petite enfance sur :

- les aides forfaitaires et les revenus de remplacement bénéficiant aux enfants de 0 à 3 ans dont la montée en charge s'achève en 2007 ;
- les aides à la garde : 89% des dépenses sont concentrées sur les enfants de 0 à 3 ans, pour lesquels la montée en charge de la PAJE est achevée.

Il est à noter que la prestation d'accueil du jeune enfant a un coût net (en tenant compte du remplacement progressif par la PAJE des anciennes prestations) estimé par la CNAF à 300 M€ en 2004, 890 M€ en 2005, 1 624 M€ en 2006 et 1 975 M€ en 2007.

Hors APJE, les prestations d'entretien enregistrent une croissance de 1,9% en 2006 (1,8% en 2007)

Les allocations familiales et le complément familial décroissent en volume, d'abord pour des raisons démographiques : malgré des naissances plus nombreuses depuis 2000 que lors de la décennie précédente, les effectifs de ménages bénéficiaires potentiels ont tendance à se stabiliser, voire à se réduire.

La réduction tendancielle de la taille des familles vient en outre réduire les montants moyens de prestations versées aux ménages (davantage de familles bénéficiaires de deux enfants, moins de familles de trois enfants et plus – voir fiche 11-1).

La forte croissance de l'ASF en 2007 (+9,5%) s'explique par le transfert des dépenses de l'API vers l'ASF (voir fiche 11-1).

trésorerie n'auraient pas dû avoir de conséquences sur les montants comptabilisés par les CAF. Toutefois, seule une minorité de CAF a procédé aux ajustements nécessaires à porter aux charges à payer à comptabiliser en fin d'exercice pour tenir compte de ces changements ce qui a eu pour effet de minorer les charges enregistrées en 2004 : cette erreur a été rectifiée au bilan de la CNAF et les charges à payer 2005 ont été calculées en cohérence avec les principes des droits constatés.

Tableau 3 – Masses financières des prestations et évolution (en M€)

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Total des prestations légales	34 307	35 834	4,4	37 463	4,5	38 499	2,8
Prestations d'entretien	17 022	16 615	-2,4	16 210	-2,4	16 211	0,0
allocations familiales	11 699	11 952	2,2	12 122	1,4	12 296	1,4
complément familial	1 575	1 595	1,3	1 597	0,1	1 593	-0,2
allocation pour jeune enfant	1 783	986	-	288	-	0	-
allocation d'adoption	3	1	-	0	-	0	-
allocation de soutien familial	1 028	1 071	4,2	1 099	2,7	1 204	9,5
allocation de parent isolé	900	972	8,0	1 064	9,5	1 077	1,2
allocation de présence parentale	35	39	12,5	40	0,7	41	4,8
Prestations pour la garde des enfants	5 052	3 278	-	1 335	-	460	-
allocation parentale d'éducation	2 712	1 569	-	442	-	1	-
AFEAMA	2 225	1 611	-	838	-	435	-
AGED	115	98	-	54	-	24	-
Prestations en faveur de l'éducation (ARS)	1 370	1 381	0,8	1 390	0,6	1 378	-0,8
Prestations en faveur du logement (ALF)	3 473	3 495	0,6	3 616	3,4	3 633	0,5
Prestations en faveur des handicapés	5 304	5 553	4,7	5 798	4,4	6 009	3,6
AAH	4 812	5 032	4,6	5 230	3,9	5 404	3,3
AEEH	492	521	5,8	568	9,1	605	6,5
PAJE	1 809	5 229	-	8 818	-	10 494	-
prime de naissance et allocation de base	1 340	2 730	-	4 066	-	4 642	-
complément d'aide à la garde	179	1 330	-	2 777	-	3 486	-
complément d'activité	290	1 170	-	1 975	-	2 366	-
Autres prestations	276	282	2,2	297	5,2	314	5,6
Prestations extralégales	2 879	3 324	15,4	3 337	0,4	3 632	8,8
Contribution de la CNAF au FNAL	3 271	3 491	6,7	3 825	9,6	3 634	-5,0

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Notes :

- la forte augmentation de l'ALF en 2004 est en partie liée à l'absence de revalorisation des aides au logement au 1^{er} juillet 2003 ; cette revalorisation est intervenue au cours du premier semestre 2004 et agit rétroactivement sur le second semestre 2003, faisant porter toute la charge de la dépense sur le seul exercice 2004 ; ce phénomène a également pour effet de réduire la croissance des dépenses entre 2004 et 2005 (l'exercice 2005 a en outre été marqué par la fin de la montée en charge des mesures d'économie mises en œuvre au second semestre 2004) ;
- la contribution de la CNAF au FNAL (qui n'est pas une prestation légale, bien que couvrant une dépense d'aide au logement) augmente fortement en 2005 et 2006 en raison d'une modification des clés de financement de l'APL, entraînant une charge supplémentaire de la branche famille évaluée à 260 M€ pour 2005 et de 133 M€ en 2006 au titre de l'exercice 2005.

Tableau 4 – Evolution des prestations à destination de la petite enfance (PAJE + anciens dispositifs)

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
PAJE et autres prestations petite enfance	8 648	9 494	9,8	10 441	10,0	10 954	4,9
prime de naissance + allocation de base							
+ APJE + adoption	3 126	3 716	18,9	4 354	17,1	4 642	6,6
complément d'aide à la garde							
+ AFEAMA + AGED	2 519	3 039	20,6	3 670	20,8	3 945	7,5
complément d'activité + APE	3 002	2 739	-8,8	2 417	-11,7	2 367	-2,1

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Les prestations liées au handicap amorcent une décélération : 4,4% en 2006 et 3,6% en 2007 contre 4,7% en 2005

La croissance particulièrement forte de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en 2006 (9,1%) s'explique par la mise en place de la majoration en faveur des parents isolés. En 2007, l'augmentation de l'AEEH retrouve son rythme tendanciel (6,5%).

S'agissant de l'AAH, on observe une décélération des dépenses en 2006 (+3,9% contre 4,6% en 2005) liée à une baisse de l'effet volume malgré la montée en charge des nouveaux compléments d'AAH. Cette baisse pourrait s'expliquer notamment par la conjoncture économique favorable¹⁰⁰. En 2007, la mise en place des nouveaux compléments étant achevée, les masses versées devraient à nouveau ralentir (+3,3%).

Encadré 1 – les nouveaux compléments d'AAH

La loi du 11 février 2005 a créé deux nouveaux compléments d'AAH, non cumulables :

La **majoration pour la vie autonome** (MVA), qui se substitue au complément d'AAH, s'adresse aux personnes qui ont un taux d'incapacité d'au moins 80%, qui bénéficient d'une AAH à taux plein ou en complément d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, qui disposent d'un logement indépendant et bénéficient d'une aide au logement. Son montant mensuel est de 100 € (au 01.01.2006).

Le **complément de ressources** s'ajoute à l'AAH pour constituer la garantie de ressources des personnes handicapées (GRPH). Ce complément est destiné aux personnes âgées de moins de 60 ans, qui ont un taux d'incapacité d'au moins 80%, qui bénéficient d'une AAH à taux plein ou en complément d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, dont la capacité de travail est inférieure à 5%, qui n'ont pas perçu de revenus professionnels depuis au moins un an et qui disposent d'un logement indépendant. Son montant mensuel, au 1^{er} janvier 2006, est de 166,51 €.

Ces compléments sont entrés en vigueur au 1^{er} juillet 2005.

Ils sont à l'origine d'une progression en valeur corrigée de l'effet prix de 18 M€ en 2005 et de 129 M€ en 2006. Le coût 2007 est estimé à 146 M€.

L'allocation logement à caractère familial a cru en 2006 : +3,4%

Les allocations logement sont sensibles à la conjoncture et particulièrement à la situation sur le marché du travail. Dans un contexte économique favorable à une décélération tendancielle des allocations logement depuis 2005, plusieurs éléments de nature réglementaire sont venus toutefois modifier cette tendance.

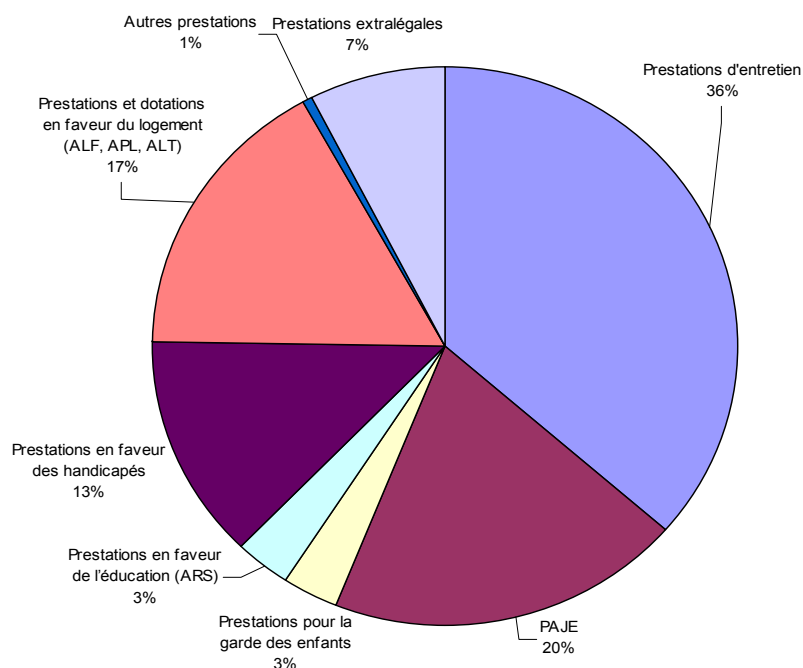
Ainsi, les charges d'ALF en 2005 avaient progressé très faiblement en raison de :

- la fin de la montée en charge d'un train de mesures d'économies mises en œuvre dans le courant de l'année 2004 ;
- des charges 2004 artificiellement majorées par une revalorisation des barèmes au 1^{er} juillet avec application rétroactive au 1^{er} juillet 2003 ;
- une revalorisation des barèmes plus tardive qu'à l'accoutumée (au 1^{er} octobre au lieu du 1^{er} juillet).

En raison de ces effets, l'année 2006 affiche une accélération des dépenses d'ALF (puisqu'elles sont comparées à des dépenses 2005 conjoncturellement faibles).

En 2007, la progression des charges d'ALF marquerait un nouveau ralentissement (+0,5%), bénéficiant de la baisse du chômage.

¹⁰⁰ Une étude de la DREES (Etudes & Résultats n°220, février 2003) a établi qu'il existe un lien significatif positif entre taux de chômage et nombre de bénéficiaires de l'AAH à taux d'incapacité modéré (inférieur à 80%).

Graphique 1 – Structures des prestations familiales en 2006

Le financement des aides au logement

Trois aides, accordées sous conditions de ressources, sont destinées à assurer une couverture partielle des frais de logement : l'aide personnalisée au logement (APL) pour les ménages, avec ou sans enfants, occupant un logement du parc conventionné, l'allocation de logement à caractère familial (ALF) pour les familles (en dehors du parc conventionné) ainsi que l'allocation de logement à caractère social (ALS) pour les ménages sans enfant ni personne à charge (en dehors du parc conventionné). Il est à noter que, depuis 1993, des aides sont accordées aux associations logeant à titre temporaire des personnes défavorisées (ALT).

Si ces trois aides ainsi que l'ALT sont versées par les CAF, elles sont financées de façon différente :

L'ALF est financée intégralement par la branche famille.

L'ALS est financée par le Fonds national de l'aide au logement (FNAL), lui-même financé principalement par le budget de l'État et par une cotisation des employeurs.

Jusqu'en 2005, le FNAL gère également les fonds de l'aide aux associations logeant de façon temporaire les personnes défavorisées (ALT). Cette gestion est assurée par l'État (DGAS) depuis le 1^{er} janvier 2006. La CNAF et le FFIPSA contribuent pour moitié au financement de l'ALT (respectivement 48 % et 2 %), l'autre moitié étant financée par l'État. Cette contribution est retracée dans les comptes de la CNAF sous la rubrique « Financement FNAL ».

L'APL est gérée financièrement, jusqu'en 2005 inclus, par le Fonds national de l'habitation (FNH). À compter de 2006, le FNH est absorbé dans le FNAL qui assure désormais le financement de l'ALS et de l'APL.

Le taux de contribution de la CNAF au FNAL a été modifié en 2005 et 2006, augmentant respectivement la part du FNPF de 50,28% à 54,5% puis 56,65%. Dans le même temps la part financée par le FFIPSA est passée de 1,37% en 2004 à 1,53% puis 0,36%. Cette modification a entraîné une régularisation de 133 M€ en 2006 au titre de l'exercice 2005 pour le FNPF.

THEME 12
ECLAIRAGES VIEILLESSE ET FAMILLE

LES PENSIONS DE REVERSION AU REGIME GENERAL

La loi de 2003 portant réforme des retraites a modifié les règles relatives aux pensions de réversion servies par le régime général, les régimes alignés et ceux des exploitants agricoles et des professions libérales. Les conditions relatives à la durée du mariage, au non remariage et les règles de cumul ont été supprimées ; les ressources prises en compte ont été modifiées ; enfin, le droit à la réversion est progressivement étendu aux conjoints survivants âgés de moins de 55 ans (cf. encadré).

La réforme a conduit à des attributions en forte hausse...

Le nombre de nouveaux bénéficiaires d'une pension de réversion au régime général a fortement augmenté depuis 2004. Stable autour de 145 000 jusqu'alors, il est passé à près de 180 000 en 2005 et 2006 (cf. tableau 1). Cette hausse peut être décomposée en deux parties :

- L'ouverture du droit à la réversion aux 52-54 ans a conduit à près de 25 000 entrées annuelles en 2005 et 2006. Parmi elles, environ 30 000 ont pris effet en 2005 et 15 000 en 2006. Ce dernier chiffre n'est pas définitif en raison des attributions de 2007 qui seront à date d'entrée en jouissance en 2006, estimées à quelques milliers¹⁰¹. Néanmoins, la tendance, telle qu'elle ressort des données disponibles, semble esquisser la fin de la montée en charge de la mesure (cf. graphique).
- 10 000 attributions supplémentaires à des personnes de plus de 55 ans ont été enregistrées en 2005 et 2006, par an. Elles pourraient être imputées aux autres mesures de la réforme (modification des ressources prises en compte, suppression des règles de cumul, modification des règles d'éligibilité).

Les effectifs de bénéficiaires d'une pension de réversion à fin 2006 s'élevaient, quant à eux, à près de 2,5 millions. Ils sont en constante augmentation depuis des années, laquelle s'accélère depuis 2004 sous l'effet des entrées plus dynamiques (cf. tableau 2).

... mais son effet sur la pension moyenne du flux reste indéterminé

Il est en revanche délicat d'évaluer l'impact de la réforme sur la pension moyenne du flux, qui se situe autour de 255 € par mois en 2005 et 2006. En effet, trois législations se sont succédées entre 2004 et 2006 : celle en vigueur avant la réforme, celle qui excluait de la base ressources les pensions de réversion servies par les régimes concernés par la réforme et celle qui, désormais, les inclut. Il apparaît dans ce contexte difficile de commenter l'évolution de la pension moyenne, qui agrège des pensions liquidées selon des règles différentes. De plus, une partie des pensions liquidées sous l'ancienne législation, avant réforme, ont été reliquidées selon les nouvelles règles, notamment à l'occasion de la liquidation d'un droit propre.

¹⁰¹ Une proportion non négligeable de pensions de réversion sont liquidées avec effet rétroactif, l'année d'entrée en jouissance pouvant dans ce cas précéder l'année d'attribution. Ainsi, parmi les 4 800 pensions de réversion attribuées au 1^{er} trimestre 2007 à des personnes de moins de 55 ans, 2 700 ont pris effet en 2006.

Tableau 1 – Flux de nouveaux bénéficiaires d'une pension de réversion

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Moins de 55 ans	-	-	-	-	23 300	23 900
55 ans et plus	144 600	143 200	142 300	146 100	156 300	154 500
Total	144 600	143 200	142 300	146 100	179 600	178 400
	-	-1,0%	-0,6%	+2,7%	+22,9%	-0,7%

Champ : Métropole

Source : CNAV, données en date d'attribution

Graphique – Part des attributions aux conjoints survivants de moins de 55 ans

Nota : près de la moitié des pensions de réversion attribuées en 2006 à des veufs et veuves âgés de moins de 55 ans concerne les seuls 52 ans. Ce phénomène s'explique par le fait que toutes les personnes ayant perdu leur conjoint à 52 ans ou moins ne peuvent bénéficier d'une pension de réversion qu'à partir de cet âge. Autrement dit, les entrées en jouissance à 52 ans regroupent les personnes devenues veuves à un âge inférieur. Le 2nd semestre 2005 est dans ce sens atypique du fait du phénomène de rattrapage de stock lié à l'abaissement de l'âge minimum.

Champ : Métropole + DOM

Source : CNAV, données en date d'attribution

Tableau 2 – Effectifs de bénéficiaires d'une pension de réversion

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Moins de 55 ans	-	-	-	-	16 900	25 500
55 ans et plus	2 225 700	2 261 200	2 292 400	2 339 800	2 383 100	2 433 400
Total	2 225 700	2 261 200	2 292 400	2 339 800	2 400 000	2 458 900
	-	+1,6%	+1,4%	+2,1%	+2,6%	+2,5%

Champ : Métropole

Source : CNAV, données au 31 décembre de l'année N

L'impact sur le compte demeure relativement limité

Les prestations de droits dérivés ont augmenté d'environ 400 M€ en 2006, qui peuvent être répartis en trois postes :

- Les dépenses au titre des moins de 55 ans se sont élevées à environ 25 M€ en 2005 et 100 M€ en 2006¹⁰². L'abaissement de l'âge minimum à 52 ans a donc contribué à hauteur de 75 M€ à la hausse des prestations sur l'exercice 2006. Pour leur part, les 10 000 attributions supplémentaires en 2005 et 2006 que l'on pourrait imputer aux autres mesures de la réforme ont contribué à hauteur de 30 à 35 M€. Au total, la réforme a eu un surcoût de près de 110 M€ en 2006 par rapport à 2005, elle explique environ un quart du différentiel de prestations entre les deux exercices.
- La revalorisation annuelle des pensions – 1,8% au 1^{er} janvier 2006 – a contribué à hauteur de 140 M€ environ.
- Enfin, les décès intervenus au cours de l'année ont été moins nombreux que les entrées. L'accroissement du nombre de bénéficiaires d'une pension de réversion a ainsi contribué pour environ 150 M€ à la hausse des prestations en 2006, hors effet réforme.

¹⁰² Le coût initial avait été évalué à environ 140 M€ en année pleine.

Encadré – Dispositif législatif

Avant la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, le conjoint survivant d'un assuré du régime général ou d'un régime aligné devait remplir quatre conditions à la date de la demande pour prétendre à une pension de réversion : ses ressources personnelles annuelles ne devaient pas dépasser 2 080 fois le SMIC horaire, il devait être âgé d'au moins 55 ans et avoir été marié au moins deux ans à l'assuré (sauf si un enfant était issu du mariage) sans s'être remarié. En outre, le cumul d'une pension de réversion avec des avantages personnels de vieillesse ou d'invalidité n'était possible que dans certaines limites.

La loi assouplit les conditions d'éligibilité à la réversion

La loi a modifié les règles relatives aux pensions de réversion servies par la CNAV, les régimes alignés et ceux des exploitants agricoles et professions libérales. À compter du 1^{er} juillet 2004, les conditions relatives à la durée du mariage, au non-remariage et les règles de cumul ont été supprimées.

La pension de réversion est devenue une allocation différentielle par rapport à un plafond de ressources, dont le montant annuel reste fixé à 2 080 fois le SMIC horaire pour une personne seule (3 328 fois le SMIC horaire pour un ménage). Les ressources prises en compte sont légèrement modifiées. Sont toujours exclus les revenus mobiliers et immobiliers issus du conjoint décédé ou de la communauté, ainsi que les avantages de réversion servis par les régimes complémentaires. En revanche, les pensions de réversion servies par les autres régimes que ceux concernés par la réforme sont désormais incluses dans la base ressources, de même que, à partir du 1^{er} juillet 2006, les pensions de réversion servies par les régimes concernés par la réforme. Enfin, les revenus d'activité du conjoint survivant âgé d'au moins 55 ans font dorénavant l'objet d'un abattement de 30% pour le calcul de la pension de réversion.

Le montant de la pension de réversion peut désormais varier selon l'évolution des revenus du conjoint survivant (ou de son ménage). Toutefois, la pension de réversion n'est plus révisable lorsqu'il a liquidé l'ensemble de ses pensions de retraite personnelles ou, à défaut de droit personnel, à compter de l'âge de 60 ans.

Le bénéfice des pensions de réversion est progressivement étendu aux conjoints survivants de moins de 55 ans

La condition d'âge minimum (55 ans) pour bénéficier d'une pension de réversion des régimes concernés par la réforme est progressivement supprimée. L'âge minimum est de 52 ans pour les pensions prenant effet à partir du 1^{er} juillet 2005, 51 ans à partir du 1^{er} juillet 2007, 50 ans à partir du 1^{er} juillet 2009. Pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2011, aucune condition d'âge ne sera exigée.

Le dispositif d'assurance veuvage disparaît progressivement. Le desserrement des conditions d'âge pour bénéficier d'une pension de réversion s'accompagne de la fermeture progressive de l'allocation veuvage aux âges auxquels il devient possible de bénéficier d'une pension de réversion. Le régime d'assurance veuvage sera par conséquent fermé au 1^{er} janvier 2011. Pour mémoire, la cotisation salariale d'assurance veuvage (0,1 point déplafonné) a été convertie en cotisation salariale déplafonnée d'assurance vieillesse au 1^{er} juillet 2004.

Le minimum de réversion est proratisé lorsque l'assuré décédé relevait de plusieurs régimes de sécurité sociale

La pension de réversion ne peut pas être inférieure à un montant minimum. Ce minimum est servi entier si l'assuré décédé justifie de 60 trimestres au régime général. Il est réduit proportionnellement si l'assuré décédé ne réunit pas cette durée d'assurance.

Cependant, depuis le 1^{er} juillet 2004, si l'assuré décédé totalise plus de 60 trimestres au régime général et à un ou plusieurs des régimes suivants :

- régimes des salariés et non salariés agricoles,
- régimes de non salariés, des artisans, commerçants et des professions libérales (à l'exception des avocats),

le minimum est réduit proportionnellement à la durée d'assurance au régime général par rapport au nombre total de trimestres dans ces régimes. S'il totalise moins de 60 trimestres à ces régimes, le minimum est calculé comme s'il avait été affilié seulement au régime général.

LES DEPENSES PUBLIQUES EN FAVEUR DE LA GARDE D'ENFANTS PAR DES TIERCES PERSONNES

Un financement public important des modes d'accueil des enfants de moins de trois ans

Une dépense globale de 7,7 Md€

Le coût global pour les finances publiques (Sécurité sociale, Etat, collectivités locales) des services d'accueil pour les enfants de moins de trois ans *stricto sensu* s'élève à 7,7 Md€ en 2005. Ce montant, limité à la dépense publique directement allouée au financement des modes d'accueil¹⁰³, correspond pour 2,7 Md€ aux dépenses liées à la garde individuelle, pour 3,6 Md€ à des dépenses de fonctionnement et d'investissement des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et pour 566 M€ à des dépenses fiscales. A la rentrée scolaire 2005-2006, 40 % des enfants de deux ans sont scolarisables, ce qui représente un coût pour les finances publiques de 790 M€.

Sortant du champ de cette étude, d'autres dépenses qui sont indirectement liées à la garde d'enfants bénéficient aux parents de jeunes enfants qui souhaitent réduire ou arrêter temporairement leur activité professionnelle. Le complément de libre choix d'activité (CLCA) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et l'allocation parentale d'éducation (APE) (ancien système progressivement remplacé par le CLCA) conduisent à une dépense de l'ordre de 2,7 Md€. Par ailleurs, ces prestations ouvrent droit, sous condition de ressources, au versement de cotisations pour l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

Un financement assuré à 60 % par la CNAF

Les dépenses relatives exclusivement à la garde d'enfants âgés de moins de trois ans (hors aides à l'arrêt temporaire de l'activité professionnelle) sont principalement supportées par la CNAF qui y contribue à hauteur de 60 % ; les collectivités locales prennent en charge un peu plus du quart des dépenses (27 %) et la part de l'Etat se situe à 13 %.

La participation de la CNAF correspond pour 58,7 % à des prestations liées au recours à une garde individuelle (essentiellement pour l'emploi d'un assistant maternel). Le reste de sa contribution finance des dépenses de fonctionnement (38,4 %) et d'investissement (2,9 %) des EAJE.

Les collectivités locales participent au financement des gardes collectives d'enfants à hauteur de 2 Md€ dont 83,2 % pour les établissements d'accueil et 16,8 % pour les écoles maternelles. Pour les établissements d'accueil, elles financent en majorité des dépenses de fonctionnement (83,6 %) puis d'investissement (16,4 %). Pour les écoles préélémentaires, 58 % des dépenses sont utilisées pour l'emploi de personnel (Agents Territoriaux Spécialisées des Ecoles Maternelles (ATSEM) et personnels d'entretien), 27 % en fonctionnement hors personnel et 15 % en investissement.

66 % des dépenses de l'Etat correspondent à la réduction d'impôt pour frais de garde et emplois familiaux (391M€), à l'exonération des assistants maternels agréés (140 M€) et au crédit d'impôt en faveur des entreprises. Le reste de ses dépenses (34 %) est alloué à l'école maternelle (dont 98 % au titre de la rémunération des enseignants).

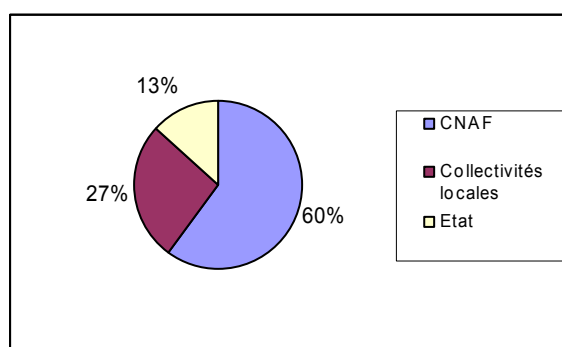
¹⁰³ Etablissements d'accueil du jeune enfant, assistants maternels agréés, garde à domicile, écoles préélémentaires pour les 2-3 ans.

Tableau 1 – Dépenses publiques en faveur de l'accueil ou de la garde des enfants âgés de moins de trois ans

Dépenses en 2005	Montant en M€
Prestations monétaires pour une garde individuelle	2 701
AFEAMA, Complément Mode de Garde (CMG) ass mat (PAJE)	2 548
AGED, Complément Mode de Garde (CMG) garde à domicile (PAJE)	153
Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE)	3 610
Dépenses de fonctionnement de la CNAF	1 752
Dépenses de fonctionnement de la MSA	14
Dépenses de fonctionnement des communes (2004)	1 432
FIPE : Fond d'investissement pt enfance	27
AEI: aide exceptionnelle à l'investissement	51
DAIPE: dispositif d'aide à l'investissement pt enfance	20
DIPE: dispositif d'investissement pt enfance	0
Dépenses d'investissement des communes (2004)	280
Investissement sur fonds propres pour les EAJE	34
Pré-scolarisation	791
<i>Etat</i>	446
<i>Collectivités territoriales</i>	345
Dépense fiscale	566
Réduction d'impôt pour frais de garde	240
Réduction d'impôt pour emplois familiaux	151*
Exonération des assistants maternels agréés	140
Crédit d'impôt entreprises	35
Total services d'accueil pour les moins de 3 ans	7 668

Source : Rapport du Centre d'Analyse Stratégique, CNAF

* Le montant de la réduction d'impôt pour emplois familiaux est estimé à partir d'une fourchette de 81-220 M€

Graphique 1 – Répartition des dépenses publiques en faveur de l'accueil ou de la garde des enfants âgés de moins de trois ans en 2005

Source : DSS/6C

Augmentation de l'offre de garde mais répartition inégale sur le territoire

L'essentiel des 7,7 Md€ est alloué à l'accueil hors du domicile des enfants âgés de moins de trois ans. En moyenne, ces modes de garde permettent d'offrir 44 places pour 100 enfants. Cette offre se répartit entre les places potentielles en accueil collectif, en crèches familiales et celles agréées potentiellement proposées par les assistants maternels employés directement par des particuliers.

En 2005, les assistants maternels assurent les deux tiers de l'offre de garde

Le potentiel d'accueil par les assistants maternels¹⁰⁴ a fortement augmenté de 1990 à 2005, passant de 6 à 30 places pour 100 enfants âgés de moins de trois ans. Cette progression s'explique par diverses réformes notamment la création de l'AFEAMA en 1991, de la PAJE en 2004 et du changement de statut de la profession en 1992 puis en 2005. Ces mesures ont entraîné une augmentation du nombre d'agrément ainsi que celui des déclarations de la part des particuliers employeurs (diminution du travail non déclaré). Néanmoins, des disparités importantes existent entre les départements : le nombre de places varie de 6 à 76 pour 100 enfants de moins de trois ans.

Les places en accueil collectif ont été multipliées par 1,5 depuis 1990

Les places offertes par les établissements d'accueil collectif¹⁰⁵ et par les crèches familiales¹⁰⁶ ont été multipliées par 1,5 depuis 1990 et elles atteignent, en 2005, 14 places pour 100 enfants âgés de moins de trois ans (dont 11 places en accueil collectif et 3 places en crèches familiales). Cette progression s'explique principalement par le développement des places en multi-accueil. Cependant, la répartition des places reste inégale sur le territoire : le potentiel d'accueil varie de 2 à 31 pour 100 jeunes enfants (et de 0 à 10 pour les crèches familiales).

Au total, le potentiel d'accueil à l'extérieur du domicile est de 44 places pour 100 enfants de moins de trois ans

Pour une moyenne de 44 places pour 100 enfants âgés de moins de trois, le potentiel total varie de 20 à 81 places pour 100 enfants de moins de trois ans selon les départements (cf. carte 1). Aucun département ne figure parmi les mieux dotés simultanément dans les trois domaines. En revanche, deux départements (Pas-de-Calais et Ardennes) connaissent une situation relativement défavorable pour chacun des trois modes de garde. En général, une complémentarité s'effectue entre le potentiel d'accueil collectif et en crèches familiales d'une part et celui auprès des assistants maternels d'autre part : c'est le cas notamment des régions Pays-de-Loire, Centre, Franche-Comté, Ile-de-France.

Une inégale répartition de la scolarisation des enfants de deux ans sur le territoire

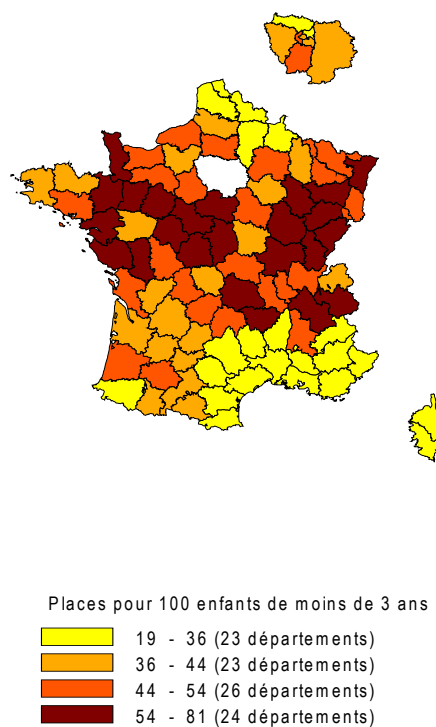
Traditionnellement fort dans l'Ouest, le Nord et le Massif central, l'accueil des enfants de deux ans reste faible en Ile-de-France, en Alsace et dans le Sud-Est. Sous l'effet de la reprise démographique, les évolutions sont contrastées avec la progression du taux de scolarisation des enfants de 2 ans dans les départements où le nombre de jeunes enfants diminue sensiblement (exemple dans le Nord), et à un recul dans ceux qui connaissent une évolution démographique moins défavorable (par exemple dans le Sud-Est, le Sud et l'Ouest), la priorité étant alors donnée à l'accueil des enfants de 3 à 5 ans (cf. carte 2).

Carte 1 – Répartition géographique du nombre total de places (accueil collectif, crèches familiales, assistants maternels) pour 100 enfants de moins de 3 ans au 31 décembre 2005

¹⁰⁴ Le nombre de places auprès des assistants maternels employés par des particuliers est estimé à partir du nombre de places moyen pour lesquels les assistants maternels sont agréés dans chaque département. Aucune donnée n'est actuellement disponible pour mesurer le taux d'occupation effectif chez les assistants maternels ou en EAJE.

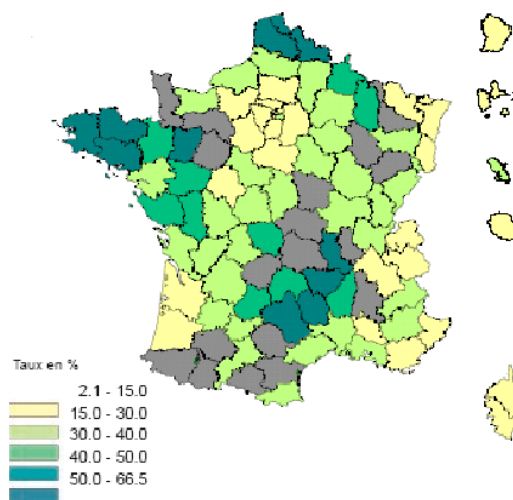
¹⁰⁵ L'accueil collectif recouvre les établissements d'accueil régulier d'enfants de moins de trois ans (les crèches collectives), les établissements d'accueil occasionnel (les haltes-garderies), les établissements multi-accueil (combinaison de crèche, jardin d'enfants, halte-garderie et/ou place d'accueil polyvalent). Sont exclus les jardins d'enfants qui n'accueillent que des enfants âgés de 3 à 6 ans.

¹⁰⁶ Les crèches familiales sont des assistants maternels supervisées et gérées comme les crèches collectives : ils sont rémunérés par la collectivité locale ou l'organisme privé qui les emploie.



Source : DREES

Carte 2 – Taux de scolarisation à deux ans en 2005-2006



Source : MEN

THEME 13
LES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DU
REGIME GENERAL

Le Fonds de solidarité vieillesse est un établissement public de l'Etat à caractère administratif¹⁰⁷ placé sous la tutelle du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du Budget ; il assure le financement d'avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale.

Du fait de la nature particulière de ses dépenses et de ses recettes (voir encadré 1), les comptes du FSV sont sujets à des fluctuations parfois importantes :

- une large part de ses produits et de ses charges est étroitement corrélée à la conjoncture économique: les recettes de CSG sont fortement liées à la progression de la masse salariale, les dépenses au titre du chômage dépendantes de la situation du marché de l'emploi ; les inflexions conjoncturelles pèsent donc à la fois sur les produits et les charges ;
- la part de CSSS affectée au FSV est très fluctuante d'une année sur l'autre car elle dépend non seulement du rendement global de cette contribution mais également de la part affectée aux autres attributaires (ORGANIC, CANCAVA, CANAM, voire BAPSA jusqu'en 2004) en fonction de leur situation financière respective et des règles d'affectation retenues ;
- de nombreuses mesures nouvelles ont eu, année après année, un impact significatif sur les comptes du fonds : accroissement de la part des majorations de pensions prises en charge par la CNAF, création de nouvelles recettes par la loi de réforme des retraites, modification des règles d'indemnisation du chômage dans le cadre des conventions Unedic...

Un déficit important en 2006 mais en nette régression

Le solde du fonds s'établit à – 1,3 Md€ en 2006 (contre – 2 Md€ en 2005) soit une baisse du déficit de près de 40 %. Cette forte réduction du déficit est liée à l'amélioration de la conjoncture économique à laquelle son résultat est très sensible.

Des charges en faible augmentation (+ 1 %) en raison de l'amélioration du marché de l'emploi

Plus de la moitié des dépenses du FSV correspondent à des prises en charge de cotisations retraite (validation de périodes de chômage). Cette catégorie qui n'avait cessé de progresser régulièrement au détriment des allocations du minimum vieillesse et des majorations de pensions jusqu'en 2005 (57,4 % des dépenses), marque une légère diminution en 2006 (56,1 % des dépenses), en lien avec le dynamisme des majorations pour enfants et avec la baisse du chômage.

Les transferts au titre du chômage, après une forte hausse en 2005 (+ 6,6 %), baissent de 1,3 % pour s'établir à plus de 8,2 Md€ en 2006. Ce montant recouvre deux opérations de nature différente.

Le FSV prend à sa charge les cotisations de retraite de base des assurés du régime général et du régime des salariés agricoles au titre de leurs périodes de chômage (voir encadré 2). En 2006, la prise en charge des validations de périodes de chômage dans les régimes de base s'est élevée à 7,8 Md€ (- 1,2 % par rapport à 2005). Deux phénomènes jouent en sens contraire : d'une part, la forte revalorisation de la cotisation de référence (+ 5,5 %), du fait de la dernière étape du retour du SMIC unifié en application de la loi "Fillon" au 1^{er} juillet 2005 et l'augmentation de 0,2 point du taux de la cotisation d'assurance vieillesse¹⁰⁸, et d'autre part, le nombre de personnes concernées par ce dispositif qui baisse de 7,6% (256 000) en 2006.

¹⁰⁷ Il a été créé par la loi n°93-936 du 22 juillet 1993

¹⁰⁸ En 2006, l'impact sur les remboursement au titre du chômage du dernier relèvement annuel supplémentaire prévue par la loi « Fillon » (et qui s'est ajouté à la revalorisation réglementaire du SMIC) a été de 1,85 %, et la modification du taux de la cotisation a majoré mécaniquement la cotisation de référence de 1,2 %.

Encadré 1 – Nature des produits et des charges du FSV

Les charges supportées par le fonds se répartissent en quatre catégories :

- le minimum vieillesse (AVTS, AVTNS, AMF, secours viager, majoration L.814-2, allocation spéciale du SASV, allocation vieillesse supplémentaire et allocation aux rapatriés...). A partir de 2007, ces différentes allocations seront remplacées progressivement par l'allocation de solidarité aux personnes âgées (voir encadré 5);
- les majorations de pension pour enfants et conjoint à charge qui sont des avantages non contributifs accordés dans le cadre de la politique familiale ;
- les cotisations prises en charge au titre de périodes validées gratuitement par les régimes de base d'assurance vieillesse (chômage, service national légal, CATS, AFF et AER, et anciens combattants d'Afrique du nord) (voir l'encadré ci-dessous);
- depuis 2001, les cotisations de retraite complémentaire (ARRCO et AGIRC) au titre des périodes de préretraite et de chômage indemnisées par l'Etat (loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002).

Les produits du fonds sont constitués :

- d'une fraction du produit de la CSG : 1,03 % depuis 2005 sur les seuls revenus d'activité et 1,05 % sur les autres assiettes;
- d'une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés, financement introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 ;
- de 20% du produit du prélèvement social de 2%, institué par l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;
- d'un transfert de la CNAF vers le FSV au titre des majorations de pensions pour enfants à charge (parents de trois enfants ou plus) institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 ; fixé initialement à 15% du montant de ces majorations, il a été porté à 30% en 2002 et à 60% à partir de 2003 ;
- de la contribution des employeurs sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité (art. L. 137-10 du CSS), et de la contribution sur les régimes de retraite à prestations définies (art. L. 137-11 du CSS).
- des produits provenant des opérations de placement que le FSV est habilité à pratiquer.

Encadré 2 - La prise en charge de cotisations retraite au titre des périodes de chômage

Le FSV compense le manque à gagner en cotisations de retraite pour le régime général et le régime des salariés agricoles au titre des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations chômage visées au code du travail (art. L.351-3, 2ème alinéa de l'art. L.322-4, art. L.351-9, art. L.351-10, art. L.322-3).

Les dépenses liées à la prise en charge de ces cotisations sont déterminées à partir des effectifs retenus et d'une cotisation annuelle forfaitaire de référence :

- La cotisation est déterminée à partir :

- d'une assiette annuelle forfaitaire correspondant à 2028 fois (durée annuelle équivalente à 12 fois 169 heures) la moyenne du montant du SMIC horaire sur l'année ; la part de l'assiette prise en considération pour le calcul de la cotisation de référence est fixée à 90% ;
- du taux cumulé de la cotisation patronale et salariale dans le régime général de la sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse (16,45 % en 2005 et 16,65 % en 2006) ;
- Les effectifs pris en charge par le FSV correspondent aux effectifs de bénéficiaires des allocations de l'UNEDIC (la totalité) et à une fraction des chômeurs non indemnisés (29% des effectifs).

En conséquence, le coût de cette prise en charge est très dépendant de la situation économique mais aussi de l'évolution du SMIC horaire.

Encadré 3 - La modification du versement de la C3S en 2004 et 2005

L'article 2 de la LFSS pour 1999 a fait du FSV l'attributaire unique du solde créditeur de C3S après répartition au profit de la CANAM, de l'ORGANIC et de la CANCAVA, et d'un versement au BAPSA jusqu'en 2004. A l'origine, ce solde était affecté et reversé au FSV l'année suivante. Cette disposition a été appliquée jusqu'en 2004, date à laquelle ce décalage a été supprimé. Ainsi, le solde de l'année 2003 et celui prévisionnel de l'année 2004 ont été reversés au FSV en 2004. Et, depuis 2005, le solde du produit de la C3S de l'année est affecté au FSV durant le même exercice.

Depuis 2005, le FFIPSA n'est plus attributaire de C3S.

Depuis 2001, le fonds prend à sa charge les cotisations de retraite complémentaire dues à l'AGIRC et à l'ARRCO pour des chômeurs relevant du régime de solidarité, c'est à dire indemnisés par l'Etat (pour la plupart des chômeurs en fin de droits bénéficiaires de l'allocation spécifique de solidarité)¹⁰⁹. Ces cotisations (0,4 Md€) diminuent de 4 % en 2006 (voir encadré 4).

¹⁰⁹ Les cotisations retraite complémentaire des chômeurs couverts par le régime d'assurance chômage (bénéficiant principalement de l'allocation de retour à l'emploi) sont payés à l'AGIRC et à l'ARRCO par l'UNEDIC.

Les prestations constitutives du minimum vieillesse ont représenté 2,7 Md€ (+ 2,9 %) en 2006 soit près de 19 % des charges. Ces dépenses traduisent comme les années précédentes, d'une part, la diminution du nombre de retraités bénéficiaires de l'allocation supplémentaire de l'allocation supplémentaire (art. L.815-2) et, d'autre part, la progression soutenue du nombre de bénéficiaires de la majoration de l'allocation spéciale (art. L.814-2).

Les majorations pour enfants élevés ou pour conjoint à charge ont représenté 3,7 Md€ en 2006 (+ 4,6 %) soit plus de 25 % des charges. Les transferts reçus de la CNAF à ce titre augmentent dans les mêmes proportions du fait de la stabilisation du taux de prise en charges à 60 % depuis 2003.

Après une baisse en 2005 (- 5,2 %), les produits repartent fortement à la hausse en 2006

Les produits du FSV ont progressé de 7 % en 2006 pour atteindre 13,6 Md€.

La CSG qui constitue la principale recette du FSV (plus de 78 % des produits) a augmenté de 6,6 %, soit une progression plus importante que celle constatée en 2005 (+ 3,8 %). Cette évolution favorable masque des résultats contrastés:

- la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement a enregistré une hausse de 4,7 % (contre 4 % en 2005). Le rythme de croissance élevé de la CSG reflète la croissance de la masse salariale du secteur privé (+ 4,3 % en 2006 contre + 3,5 % en 2005) et la dynamique des revenus de remplacement (+ 6,7 % du fait notamment de l'effet des retraites anticipées);

- la CSG sur les revenus du capital et sur les jeux a augmenté de 21,8 % (contre 1,8 % en 2005). Si les résultats sont exceptionnellement positifs pour la CSG sur les revenus de placement (+ 59,2 %) résultant pour une large part, des modifications législatives qui ont affecté les revenus du capital en 2006¹¹⁰, il n'en va pas de même pour la CSG sur les revenus du patrimoine¹¹¹ et celle sur les jeux en baisse respectivement de -2,4 % et de - 3,1 % par rapport à 2005.

La forte évolution (+ 22,9 %) du prélèvement social à 2 % sur les revenus de capitaux s'explique par les mêmes effets que ceux précités pour la CSG sur les revenus du capital.

La contribution de la CNAF pour les majorations pour enfants a progressé de 4,7 % pour atteindre 2,2 Md€ (y compris les majorations pour enfants des IEG).

¹¹⁰ Mise en place, à compter du 1^{er} janvier 2006, de la taxation des plans d'épargne logement (PEL) ouvert depuis plus de 10 ans (LFSS 2006) qui augmente les prélèvements assis sur les revenus de placement en 2006. Pour le FSV, l'impact a été de 230 M€ (voir fiche 6-6).

¹¹¹ Cette évolution s'explique d'une part, par des assiettes patrimoine dynamiques et, d'autre part, par la suppression de l'avoir fiscal dans l'assiette de taxation des contributions sociales sur les revenus du patrimoine (Impact négatif sur la CSG d'environ 60 M€ pour le FSV – voir fiche 6-6).

Les transferts de solidarité du FSV à la CNAV ont représenté environ un sixième du financement des prestations vieillesse du régime général en 2006

En 2006, les prises en charge par le FSV se sont élevées à 12,6 Md€ et ont représenté 16,5 % des prestations vieillesse payées par le régime général (76,1 Md€ - voir Fiche 14-2). Ce montant se décompose de la manière suivante :

- 7,7 Md€ au titre des validations de périodes de chômage, de service national et des anciens combattants d'Afrique du nord (ce chiffre est de 8,2 Md€ pour l'ensemble des régimes);
- 3 Md€ au titre des majorations de pensions (3,7 Md€ tous régimes) ;
- 1,9 Md€ au titre du minimum vieillesse (2,7 Md€ tous régimes).

Encadré 4 - Les versements à l'ARRCO et à l'AGIRC

L'article 49 de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale prévoit que le FSV finance, depuis 2001, dans les conditions prévues par la convention du 23 mars 2000 entre l'Etat, d'une part, l'AGIRC et l'ARRCO, d'autre part :

- les cotisations de retraite dues par l'Etat à compter du 1er janvier 1999 au titre des périodes de perception de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), des allocations spéciales du Fonds National de l'Emploi (ASFNE) et des allocations de préretraite progressive (PRP) ;
- le remboursement des sommes dues par l'Etat antérieurement au 1er janvier 1999, pour la validation des périodes de perception de ces allocations (soit une dette de 1,3 Md€).

Jusqu'à l'extinction de la dette prévue en 2005 pour l'AGIRC et en 2009 pour l'ARRCO, les deux organismes reçoivent chaque année respectivement les sommes de 99 M€ et 335,4 M€, revalorisées par les prix à la consommation hors tabac permettant ainsi de couvrir les cotisations n-2 et, pour le solde, d'amortir la dette résiduelle de 1,3 Md€.

La part de la dette résiduelle s'est éteinte en 2005 pour l'AGIRC, ce qui entraîne une baisse des dépenses du FSV de plus de 10 % sur ce poste.

Les versements globaux à l'ARRCO et à l'AGIRC ont ainsi diminué en 2006 (-4 %) pour s'établir à 400 M€ . En 2007, ces dépenses retrouveraient un rythme de croissance tendanciel (+ 4,7 %).

Encadré 5 – La réforme du minimum vieillesse

Dans le cadre de l'ordonnance n°2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dont l'entrée en vigueur est intervenue effectivement le 13 janvier 2007, une nouvelle prestation – l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, art. L.815-1 du CSS) – a été instituée. Elle se substitue progressivement aux prestations actuelles prises en charge par le FSV (AVTS, AVTNS, secours viager, allocation aux mères de famille, majoration L.814-2, allocation supplémentaire L.815-2, AVRA). Elle est soumise à des conditions régulières de résidence sur le territoire national.

Cette nouvelle prestation ne s'applique qu'aux nouveaux bénéficiaires, les titulaires des prestations actuelles continuant à percevoir ces prestations selon les règles applicables avant l'entrée en vigueur de l'ordonnance.

Pendant la période transitoire qui s'est déroulée du 1er janvier 2006 au 13 janvier 2007, toutes les anciennes prestations ont continué à être attribuées suivant les règles en vigueur, avec un traitement particulier pour la majoration L. 814-2, qui n'a été servie qu'aux seuls résidents en Métropole et dans les DOM.

Une réduction du déficit qui s'accélérerait en 2007

En 2007, le solde du FSV diminuerait des deux tiers pour s'établir à un peu plus de 300 M€.

Les produits du fonds augmenteraient de + 3,7 % par rapport à 2006 (+ 500 M€) principalement sous l'impulsion de la CSG affectée au fonds. Cette croissance est moins dynamique que celle constatée en 2006 en raison de la disparition de la recette liée à la taxation du stock de PEL¹¹² de plus de 10 ans, laquelle a porté uniquement en 2006. Ce ralentissement serait toutefois atténué par l'évolution dynamique de la masse salariale du secteur privé (+ 4,8 %) et par l'élargissement de l'assiette de la CSG patrimoine lié à la réforme de l'impôt sur le revenu (soit un gain estimé pour le FSV de 53 M€ au titre de la CSG et 24 M€ au titre de la contribution sociale à 2 % - voir fiche 6-6).

Les dépenses diminueraient de - 2,9 % principalement sous l'effet de la baisse des prises en charge de cotisations au titre des validations des périodes de chômage (- 7,4 %, y compris le transfert vers les organismes de retraite complémentaire). Celle-ci résulterait, à la fois, d'une diminution d'environ 265 000 chômeurs et d'une évolution du coût moyen d'un chômeur¹¹³ pour le FSV moins dynamique (+ 2,5 % contre + 5,5 % en 2006).

Compte tenu de la revalorisation des pensions intervenue à compter du 1er janvier 2007 (+ 1,8 %) et des évolutions des effectifs, les dépenses liées aux prestations (y compris les majorations pour enfant des IEG) sont évaluées à 6,5 Md€ (+ 2,2 %), dont :

- 2,7 Md€ pour le minimum vieillesse (- 1,1 %) : l'ASPA se substitue progressivement aux anciennes prestations (majoration L.814-2 et allocation supplémentaire L.815-2 - voir encadré 5). Par ailleurs, cette mesure se traduit par une économie annuelle de 50 M€ par rapport à 2006 du fait des conditions de résidence qu'elle a instaurées.
- 3,9 Md€ pour les majorations de pensions (+ 4,5 %).

Le déficit cumulé du FSV atteindrait -5,3 Md€ à la fin de 2007

Jusqu'en 2001, le FSV avait toujours eu un solde cumulé positif. A partir de 2001, le fonds a vu son champ d'intervention et ses recettes modifiés par le législateur à plusieurs reprises. Son résultat annuel est déficitaire depuis 2001.

En 2001, le solde cumulé s'élevait à + 1,2 Md€. Il est devenu négatif en 2002 et s'est creusé chaque année par la suite. Son déficit s'est aggravé tendanciellement entre 2003 et 2005 avec la forte croissance des dépenses qui a résulté de la montée du chômage et des revalorisations du SMIC. De plus, le résultat du fonds a fluctué en fonction du montant de CSSS qui lui était attribué. Le déficit cumulé du FSV a atteint -5 Md€ fin 2006.

Fin 2007, le solde cumulé atteindrait -5,3 Md€ soit l'équivalent de 40 % de ses produits annuels mais sa dégradation ralentirait fortement.

Le FSV n'est donc pas en mesure de financer les dépenses mises à sa charge et, puisqu'il n'a pas l'autorisation d'emprunter, son déficit pèse sur la trésorerie de la CNAV qui est le principal régime financé par ce fonds (ce phénomène est neutre en comptabilité pour le régime général¹¹⁴).

¹¹² Article 10 de la LFSS pour 2006 relatif à la modification des conditions de prélèvement de la CSG et des autres prélèvements sociaux sur les intérêts perçus sur les plans d'épargne-logement.

¹¹³ En 2006, le coût moyen d'un chômeur conjugait deux effets : une revalorisation du SMIC horaire plus élevé d'un point par rapport à 2007 (3 % en 2006 et 2 % en 2007) mais qui ne joue qu'en demi année et une augmentation du taux de la cotisation vieillesse plafonnée de 0,2 point.

¹¹⁴ Il conduit toutefois à majorer les frais financiers de la CNAV.

FSV

En millions d'euros

FSV - Vieillesse	2004	2005	%	2006	%	2007	%
CHARGES	14 001,9	14 668,2	4,8	14 810,6	1,0	14 386,7	-2,9
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	13 954,0	14 666,8	5,1	14 808,7	1,0	14 384,1	-2,9
II - CHARGES TECHNIQUES	13 809,0	14 511,9	5,1	14 639,0	0,9	14 212,0	-2,9
Transferts entre organismes	13 809,0	14 511,9	5,1	14 639,0	0,9	14 212,0	-2,9
Prises en charge de cotisations	7 920,3	8 355,2	5,5	8 243,4	-1,3	7 678,3	-6,9
Prises en charge de cotisations par le FSV	7 920,3	8 355,2	5,5	8 243,4	-1,3	7 678,3	-6,9
Au titre du service national	7,3	2,9	-60,2	3,5	21,5	3,6	2,7
Au titre du chômage	7 908,3	8 349,5	5,6	8 238,5	-1,3	7 674,7	-6,8
régime de base	7 443,9	7 933,7	6,6	7 839,4	-1,2	7 256,7	-7,4
régime complémentaire	464,3	415,8	-10,5	399,1	-4,0	418,0	4,7
Au titre des anciens combattants	4,8	2,8	-40,4	1,3	-52,9	0,0	--
Prises en charge de prestations	5 888,7	6 156,7	4,6	6 395,6	3,9	6 533,8	2,2
Prises en charge de prestations par le FSV	5 888,7	6 156,7	4,6	6 395,6	3,9	6 533,8	2,2
Au titre du minimum vieillesse	2 539,6	2 604,8	2,6	2 680,4	2,9	2 650,8	-1,1
AVTS / AVTNS (y compris mères de famille)	51,4	44,2	-14,0	40,9	-7,6	40,4	-1,3
Majoration art. L. 814-2	722,4	766,3	6,1	831,3	8,5	757,8	-8,8
Allocation spéciale SASV	193,3	198,7	2,8	203,1	2,2	196,2	-3,4
Allocation vieillesse supplémentaire L. 815-2 ancien	1 572,2	1 595,4	1,5	1 605,2	0,6	1 512,9	-5,8
AVRA	0,3	0,1	-48,1	0,1	-24,0	0,8	++
AC \ AFN	0,0	0,0	-100,0	0,0	-	0,0	-
Allocation de solidarité aux personnes âgées	0,0	0,0	-100,0	-0,3	0,0	142,7	--
Au titre des majorations de pensions	3 349,1	3 551,9	6,1	3 715,2	4,6	3 882,9	4,5
Majoration pour enfants	3 274,7	3 478,4	6,2	3 641,6	4,7	3 806,0	4,5
Majoration pour conjoint à charge	74,3	73,5	-1,1	73,6	0,1	76,9	4,5
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	145,0	154,9	6,8	169,7	9,6	172,1	1,4
Autres charges techniques	90,5	95,5	5,5	100,5	5,3	102,1	1,6
Pertes sur créances irrécouvrables	54,5	59,4	8,9	69,2	16,5	70,0	1,1
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	1,9	1,4	-27,4	1,8	32,6	1,8	0,0
Charges de personnel	0,9	0,7	-20,8	0,8	7,1	0,8	0,0
Autres charges de gestion courante	1,0	0,7	-33,2	1,1	59,5	1,1	0,0
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	46,0	0,1	-99,9	0,1	25,4	0,8	++
PRODUITS	13 362,9	12 663,5	-5,2	13 551,2	7,0	14 055,6	3,7
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	13 243,4	12 656,5	-4,4	13 549,4	7,1	14 054,0	3,7
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	11 250,9	10 554,5	-6,2	11 343,9	7,5	11 747,0	3,6
CSG, impôts et taxes affectés	11 250,9	10 554,5	-6,2	11 341,4	7,5	11 744,5	3,6
CSG	9 561,6	9 921,9	3,8	10 572,4	6,6	10 970,5	3,8
Impôts et taxes affectés (ITAF)	1 307,0	244,6	-81,3	292,1	19,4	292,0	0,0
ITAF acquittés par les personnes morales	1 300,0	200,0	-84,6	240,0	20,0	240,0	0,0
C.S.S.S.	1 300,0	200,0	-84,6	240,0	20,0	240,0	0,0
Contribution des articles L. 137-10 et L. 137-11 du CSS	7,0	44,6	537,5	52,1	16,8	52,0	-0,3
Autres ITAF (dont 2% capital)	382,3	388,0	1,5	476,9	22,9	482,0	1,1
Prélèvement social de 2%	382,3	388,0	1,5	476,9	22,9	482,0	1,1
II - PRODUITS TECHNIQUES	1 964,8	2 087,1	6,2	2 185,0	4,7	2 283,6	4,5
Prestations prises en charge par la CNAF	1 964,8	2 087,1	6,2	2 185,0	4,7	2 283,6	4,5
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	21,6	10,3	-52,5	12,8	25,0	15,4	19,9
V - PRODUITS FINANCIERS	6,0	4,7	-22,5	7,7	64,6	8,0	4,3
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,8	0,0	-94,9	0,2	++	0,0	--
C- PRODUITS EXCEPTIONNELS	118,7	7,0	-94,1	1,6	-76,7	1,6	-1,5
Solde	-639,0	-2 004,7	213,7	-1 259,4	-37,18	-331,1	-73,7

Source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

Solde cumulé du FSV de 2004 à 2007

En millions d'euros

	2004	2005	2006	2007
Solde du FSV	-639,0	-2 004,7	-1 259,4	-331,1
Solde cumulé du FSV (avant versement au FRR)	-1 695,8	-3 700,5	-4 959,9	-5 291,0
Versement au FRR	0,0	0,0	0,0	0,0
Solde cumulé du FSV (après versement au FRR)	-1 695,8	-3 700,5	-4 959,9	-5 291,0

Source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

Le contexte juridique et institutionnel

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. L'article 6 de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 l'a rendu autonome à compter du 1^{er} janvier 2002.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a confié au FRR une nouvelle mission. Celui-ci gèrera pour le compte de la CNAV jusqu'en 2020, 40% de la soulte que doit verser la caisse nationale des industries électriques et gazières au régime général en contrepartie de son adossement.

Après une période transitoire de mise en place de l'établissement public, le FRR est entré depuis 2004 en phase active de placement de ses fonds. Au 1^{er} juin 2007, le Fonds a activé 32 milliards d'euros dans les mandats de gestion (soit 95% de la totalité de ses réserves), dont 21Md€ en actions, 11Md€ en obligations et 0,3Md€ d'actifs de diversification.

Par ailleurs, le FRR s'est vu confier la gestion de 40% de la soulte IEG. Son montant s'élève à 3,06 milliards d'euros. La soulte est gérée comme l'ensemble des actifs du Fonds mais elle est identifiée dans les comptes du FRR afin de la reverser dans son intégralité (augmentée de son rendement de placement) à la CNAV à compter de 2020.

Un abondement total de 3,1 milliards d'euros sur les années 2006 et 2007

Après 1,54 milliard d'euros en 2006, les abondements du FRR devraient s'élever, à législation constante, à 1,6 milliard d'euros en 2007. L'abondement du FRR en 2006 provient pour pratiquement son intégralité de la part du prélèvement social de 2% sur les revenus du capital. La CNAV n'ayant pas enregistré d'excédent en 2005, aucun versement n'a été effectué à ce titre.

Les produits financiers pour 2006 s'élèvent à 3,05 milliards d'euros. Ils proviennent, d'une part, de l'activation des mandats de gestion qui ont rapporté 2,93 milliards d'euros de plus-values réalisées et, d'autre part, de la rémunération de trois comptes à terme ouverts à la Caisse des Dépôts et Consignations (126 millions d'euros).

Ces flux, enregistrés dans le compte de résultat, ne concernent que les plus-values réalisées, qui correspondent à des cessions de titres dont le prix de vente est supérieur au prix d'achat. Les plus-values latentes, qui correspondent à des titres détenus par les mandataires et qui ont des valeurs actuelles supérieures au prix d'achat, sont enregistrées au bilan, mais pas à ce stade dans le compte de résultat. Elles s'élevaient au 31 décembre 2006 à 2,6 milliards d'euros.

En 2007 comme en 2006, la quasi totalité de l'abondement proviendrait de la part du prélèvement social de 2%.

Les produits financiers pourraient atteindre 1,7 milliard d'euros en 2007 sur la base d'hypothèses prudentes d'évolution des marchés boursiers.

A législation constante, les réserves du fonds devraient atteindre 28,1 milliards d'euros fin 2007 hors soulte IEG et plus-values latentes

Les réserves constituées au 1^{er} janvier 2007 s'élèvent à 24,9 milliards d'euros hors soulte IEG et plus-values latentes. Elles devraient atteindre un montant cumulé de près de 28,1 milliards d'euros fin 2007 suivant les mêmes concepts. En prenant en compte les plus-values latentes et la soulte IEG, les réserves du FRR devraient s'élever à 34,3 milliards d'euros fin 2007.

Tableau 1 – Comptes du FRR

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été créée par la loi du 30 juin 2004, avec pour mission de rassembler en un lieu unique des moyens mobilisables au niveau national pour prendre en charge la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins des personnes âgées et des personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini les missions définitives de la caisse qui assure notamment depuis le 1er janvier 2006, la répartition équitable sur le territoire national du montant des dépenses des établissements et services médico-sociaux - accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées - financés par l'assurance maladie.

Les produits et charges de la CNSA ont doublé entre 2004 et 2005 (de 1,1 Md€ à 2,4 Md€) du fait de la montée en charge de la caisse et d'un rendement de la CSG et de la CSA en année pleine contre un rendement en demi-année en 2004. Ces financements, comptabilisés en charges techniques (voir tableau 2), sont décrits plus précisément dans le tableau 3. Si, durant ces deux années, la CNSA a contribué principalement à la consolidation du financement de l'APA, et partiellement au financement des établissements et services médico-sociaux, l'année 2006 marque une nouvelle étape puisqu'elle est la première année de plein fonctionnement de la caisse.

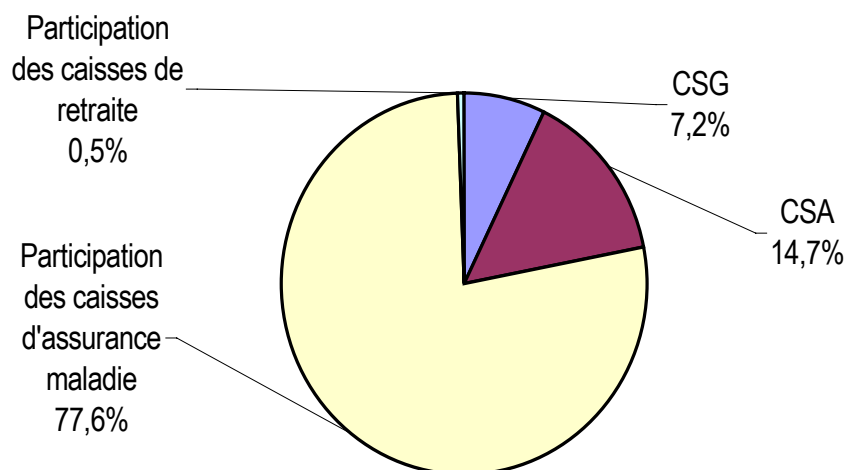
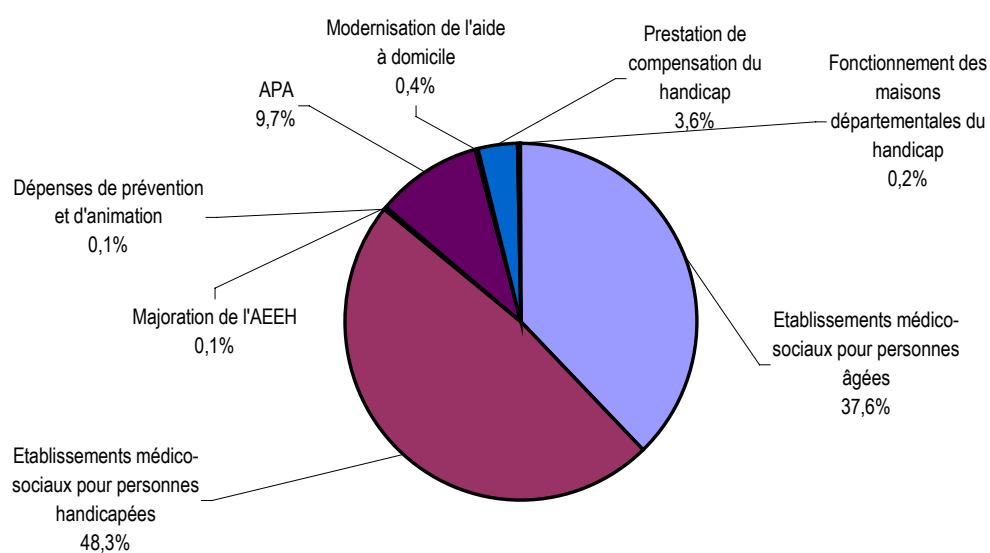
L'année 2006 est marquée par l'intégration de l'ONDAM médico-social dans les produits et les charges de la CNSA, et la création de l'objectif de dépenses délégué à la CNSA

La structure des produits et charges de la CNSA est largement reconfigurée en 2006 du fait de l'intégration de l'ONDAM médico-social¹¹⁵ dans le champ de gestion de la caisse (voir tableaux 2 et 3 et graphiques 1 et 2). Les produits et charges de la CNSA ont ainsi atteint plus de 14 Md€ en 2006, ces montants recouvrant des transferts très importants avec l'assurance maladie :

- 11 Md€ sont reçus des régimes d'assurance maladie, correspondant à l'ONDAM médico-social. Ce montant est comptabilisé dans les comptes de la CNSA au titre des produits de gestion technique (14,2 Md€ en comptant les produits de la CSA (2,1 Md€), de la CSG (1 Md€) et les concours des caisses de retraite (64 M€)).
- 11,4 Md€ ont été versés aux régimes d'assurance maladie au titre des charges de prestations relatives aux établissements et services médico-sociaux, dont 11Md€ financés par l'ONDAM médico-social (4,4 Md€ au titre des personnes âgées et 6,6Md€ au titre des personnes handicapées) et 454 M€ financés par l'apport de la CNSA (dont 320 M€ pour les personnes âgées et 134 M€ pour les personnes handicapées).
- Ces montants de prestations sont inférieurs à ceux budgétés dans le cadre de l'Objectif global de dépenses (OGD)¹¹⁶ (11,8 Md€), qui affiche donc une sous-consommation de 385 M€ tous régimes. Comme avant 2006 pour l'ONDAM médico-social, cette sous-consommation s'explique par la montée en charge progressive du financement des mesures nouvelles budgétées qui se traduit par des effets reports sur l'exercice suivant.

¹¹⁵ A l'exception de quelques structures relatives notamment à l'addictologie qui n'entrent pas dans le champ de la CNSA.

¹¹⁶ En 2006 est mis en place un objectif global de dépenses (OGD) délégué à la CNSA et financé par le montant d'ONDAM transféré par l'assurance maladie et par l'apport propre de la CNSA (voir encadré).

Graphique n°1 : Répartition des produits de la CNSA en 2007**Graphique n°2 : Répartition des charges de la CNSA en 2007**

La loi du 11 février 2005 en faveur des personnes handicapées a attribué à la CNSA d'autres compétences nouvelles à partir de 2006, dont les principales dispositions sont :

- la création de la prestation de compensation du handicap (PCH), dont le financement par la CNSA sous forme de concours s'élève en 2006 à 523 M€,
- l'entrée en fonctionnement des maisons départementales du handicap (que la CNSA finance également par concours à hauteur de 20 M€ en 2006) ;
- la création d'une majoration de l'allocation d'éducation spéciale (AES, nouvellement allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour les familles monoparentales (dont la CNSA prend en charge 16 M€ en 2006).

L'ensemble de ces charges nouvelles est financé par les nouvelles contributions (CSA et CSG).

En 2006, la CNSA a également financé grâce aux excédents 2005 des plans d'aide à la modernisation des établissements : 350 M€ destinés aux établissements pour personnes âgées et 150 M€ pour les établissements pour personnes handicapées. Ces dépenses ont été enregistrées en charges exceptionnelles et n'apparaissent plus dans les charges techniques.

A l'inverse, l'année 2006 est marquée par le non-renouvellement des concours au budget de l'Etat pour le financement de certaines prestations qui s'étaient élevés à 509 M€ en 2005.

Au total, la CNSA est excédentaire en 2006 à hauteur de 129 M€, s'ajoutant aux réserves accumulées au 31 décembre 2005 (531 M€). Le résultat cumulé de la caisse s'établit ainsi à 660 M€ fin 2006.

Ce dernier élément est à nuancer : le solde 2006 n'est en grande partie excédentaire que du fait de la sous-consommation de l'OGD à hauteur de 385 M€ inscrit en section 1 (Financements des établissements ou services sociaux et médico-sociaux). Ces réserves sont destinées à financer ce poste pour les années à venir où l'évolution des dépenses correspondantes risque d'être fortement dynamique. Le conseil d'administration de la CNSA a d'ailleurs validé le report de l'excédent de cette section d'une année sur l'autre, confirmant la prudence nécessaire pour aborder cette question.

Cette moindre charge se retrouve dans un certain nombre de dépenses de la CNSA du fait d'une montée en charge plus lente que prévue dont l'explication tient à des facteurs souvent techniques. Ces éléments amènent à considérer la situation actuelle de la caisse avec une grande précaution.

En 2007, le solde comptable de la CNSA sera également très tributaire du rythme de montée en charge des mesures médico-sociales nouvelles

La prévision du solde 2007 de la CNSA est très délicate, compte tenu des écarts à l'objectif traditionnellement constatés sur les établissements et services médico-sociaux, résultant du calendrier de réalisation effective des mesures nouvelles. Il est à ce stade fait l'hypothèse forte qu'il n'y aura pas de constat comptable d'une sous-consommation de l'objectif global de dépenses médico-sociales.

Sous cette hypothèse, les charges devraient augmenter en 2007 de 8,9% (+1,2 Md€). L'OGD connaîtrait une progression de 8,8% (+1 Md€). L'apport propre de la CNSA au titre de ces dépenses serait de 1,1 Md€, se déclinant en un transfert 894M€ pour les dépenses relatifs aux personnes âgées et de 236 M€ pour celles concernant les personnes handicapées.

Outre ces dépenses, la CNSA prendrait à sa charge des actions en faveur des personnes âgées et handicapées à hauteur de 230 M€ (147 M€ pour les personnes âgées et 83 M€ pour les personnes handicapées, la part de ces dépenses concernant les plans d'aides à la modernisation des établissements (185M€) étant inscrits comme en 2006 en charges exceptionnelles).

Les concours au département (rassemblant la participation de la CNSA à l'APA, à la PCH et aux maisons départementales des personnes handicapées) devraient, eux, augmenter de 3,2%.

Les produits connaîtraient un rythme de croissance plus lent (+6%). La participation des caisses d'assurance maladie progresserait de 6,7% (à hauteur de la progression de l'ONDAM médico-social). Les recettes propres de la CNSA (CSA et CSG) augmenteraient de 4,1% (+3,2% pour la CSG et +4,5% pour la CSA).

Au total, sous l'hypothèse forte d'absence de déport des dépenses budgétées sur l'exercice ultérieur (reflétant ainsi le budget rectifié de la caisse présenté à son conseil d'administration début avril 2007), la CNSA serait donc déficitaire à hauteur de 251M€, son solde cumulé restant positif (+390 M€).

Les écarts de prévision à la LFSS 2007

Le résultat 2006 s'est amélioré d'environ 424 M€ par rapport à la prévision établie en septembre 2006. Celle-ci correspondait à un déficit sur l'exercice de 294 M€ contre un excédent constaté de 129 M€.

Cet écart s'explique essentiellement par un écart en charges qui correspond à la sous-consommation déjà évoquée de l'OGD pour cet exercice d'environ 385M€ et par un supplément constaté de produits (+30 M€).

La nouvelle prévision pour 2007 est dégradée de 205 M€ par rapport à celle présentée dans le cadre du vote de la LFSS pour 2007. L'évolution de l'ONDAM médico-social due aux transferts de fongibilité se compensant en charge et en produits, cet écart résulte d'une révision à la hausse des charges (+228 M€), les produits étant quasiment stables (+23 M€).

La hausse des charges résulterait principalement de l'inscription en section V (autres dépenses en faveur des personnes âgées) de 210 M€ de dépenses supplémentaires (dont 185 M€ concernent deux plans de modernisation des établissements) et de 16,5 M€ ajoutés dans le budget rectificatif de 2007 pour « la promotion des actions innovantes et le renforcement de la professionnalisation des métiers de service ».

Remarques sur le compte de la CNSA présenté dans la CCSS :

La présentation du compte de la CNSA suit la même logique comptable que celle retenue pour les comptes des autres organismes suivis par la CCSS : dans le compte de résultat d'un exercice donné, sont retracés uniquement les dépenses et les produits de cet exercice (les excédents éventuels d'un exercice étant inscrits au bilan de l'année). Les budgets de la CNSA pour 2006 et 2007 obéissent à une logique différente, puisqu'une partie des excédents des exercices antérieurs y est comptabilisée en produits.

Par ailleurs, la loi du 11 février 2005 (article 60) a prévu de retracer les ressources et les charges de la CNSA en six sections distinctes. Dans un souci de cohérence avec la présentation des comptes des autres organismes, ces sections ne sont pas distinguées ici (tableau 2). Le tableau 3 détaillant les charges techniques permet néanmoins une lecture de l'évolution des charges relatives aux principales sections de la caisse.

Tableau n°1 : Descriptif des recettes propres de la CNSA

Dénomination	Assiette	Champ	Taux en 2004	Taux en 2005	Taux en 2006	Recouvrement
CSG sur les revenus d'activité (art. L 136-1 à L136-5 CSS)	97% du revenu brut	Employeurs publics et privés Revenu salarial et non salarial	0,1 point			Compétence URSSAF
CSG sur les revenus de remplacement	Personnes imposables à l'IR uniquement. * 97% de l'allocation chômage, * 100% des IJ et des pensions brutes de retraite et préretraite		0,1 point sur les ménages imposables à l'IR uniquement			
CSG placement (art. L 136-7 CSS / art. 1600-0 C CGI)			0,1 point			Compétence DGI/DGCP
CSG patrimoine (art. L 136-6 CSS / art. 1600-0 C CGI)			0,1 point			Compétence DGCP
CSG jeux (art. L 136-7-1 CSS)			0,1 point			
Nouvelle contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)	100% du revenu brut	Employeurs publics et privés Revenu d'activité professionnelle (hors ETI)	0,3% à compter du 01,07,04	0,30%	0,30%	Compétence URSSAF
Prélèvement additionnel au 2% capital patrimoine	Assiette de la CSG patrimoine placement - voir glossaire		0,15%	0,30%	0,30%	Compétence DGI/DGCP
Prélèvement additionnel au 2% capital placement			0,3% à compter du 01,07,04	0,30%	0,30%	

**Financement des établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées
et pour les personnes handicapées**

Le financement des prestations des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses. Cet objectif est fixé chaque année par arrêté ministériel, et correspond à la somme de deux éléments :

1° une contribution de l'assurance maladie qui figure au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté en loi de financement de la sécurité sociale dont le montant est également fixé par l'arrêté précité ;

2° la part des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées.

Sur la base de cet objectif est fixé le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journées et tarifs. Ce montant est réparti en dotations régionales et départementales limitatives par la CNSA.

Tableau 2 – Compte de la CNSA 2004-2007

En millions d'euros

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
CHARGES	1083,8	2 438,0	++	14 036,7	++	15 350,9	9,4
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	1074,3	2 428,0	++	13 527,4	++	15 151,8	12,0
I - PRESTATIONS SOCIALES	0	0,0		0,2		0,0	--
II - CHARGES TECHNIQUES	1070,1	2 403,1	++	13 418,8	-	15 070,9	12,3
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	0,2	2,2	++	6,0	++	35,1	++
IV - DOTATIONS AUX PROVISIONS	4	22,4	++	102,4	++	45,8	-55,3
V- CHARGES FINANCIERES	0	0,3		0,0	++	0,0	0,0
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	0	10,0		9,7	-3,2	14,1	45,8
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	9,5	0,0	-100,0	499,6	-3,2	185,0	-63,0
PRODUITS	1486,9	2 965,6	99,4	14 165,3	++	15 099,9	6,6
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	1476,5	2 953,4	100,0	14 163,9	++	15 099,9	6,6
Contribution des régimes maladie à la CNSA	s.o.	s.o.	s.o.	10 976,0	++	11 791,0	7,4
CSG	522,7	939,7	79,8	1 021,3	8,7	1 054,5	3,2
Contribution solidarité autonomie 0,3% (CSA)	910,8	1 948,7	114,0	2 084,9	7,0	2 177,8	4,5
Participations des régimes de retraite		62,2		63,4	1,8	64,5	1,7
Reprises sur provisions				5,9	++	0,0	-100,0
Produits financiers		2,8		11,7	++	12,1	3,3
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	0	4,5	++	0,0	++	0,0	0,0
C. PRODUITS EXCEPTIONNELS	10,4	7,7	-25,7	1,4	-99,4	0,0	-98,0
Résultat net (1)	403,1	527,6		128,6	-81,5	-251,0	--
source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)							
Résultat cumulé (2)	4,3	531,9	++	660,5	24,2	409,5	-40,3

(1) Le résultat de l'exercice 2004 ne concerne que la période 01,07,2004 - 31,12,2004. Le solde présenté ne tient pas compte de 398,8 M€ de charges exceptionnelles, dont 392,5 M€ liées aux transferts des droits et obligations du FFAPA au moment de sa liquidation.

(2) Le résultat cumulé 2004 prend en compte les charges exceptionnelles évoquées au (1).

Tableau 3 –Evolution détaillée des charges de gestion technique 2004-2007

En millions d'euros

	2004 année partielle	2005	2006	2007
TOTAL CHARGES TECHNIQUES	1 074,3	2 428,0	13 527,4	15 151,8
Transferts entre organismes	1 070,1	2 403,1	13 419,1	15 070,9
Concours versé aux régimes d'assurance maladie	145,3	524,1	11 430,4	12 921,0
Financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées (3)	144,9	374,1	4 692,1	5 689,0
- mesures financées par l'apport CNSA	144,9		323,1	894,0
- autres				
- ONDAM budgété	-		4 369,0	4 795,0
Financement des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées	-	150,0	6 738,4	7 232,0
- mesures financées par l'apport CNSA	-		112,7	236,0
- autres			18,6	-
- ONDAM budgété	-		6 607,0	6 996,0
Groupe d'entraide mutuelle				20,0
Financement des dépenses de prévention et d'autonomie	0,4	2,8	-	25,0
Concours versé à la CNAF au titre de la majoration parents isolés de l'AES	-	-	16,3	15,0
Concours versé à la CNAF au titre du Congé de soutien familial				10,5
Concours aux départements	924,4	1 367,0	1 972,3	2 034,8
Allocation personnalisée d'autonomie	894,9	1 343,4	1 411,6	1 451,3
Modernisation de l'aide à domicile	29,5	23,6	17,4	20,0
Prestation de compensation du handicap	-		523,3	533,5
Fonctionnement des maisons départementales du handicap	-		20,0	30,0
Divers fonds de concours au budget de l'État	-	509,2	-	
Autres actions en faveur des personnes âgées			-	17,6
Autres actions en faveur des personnes handicapées			-	26,9
AUTRES CHARGES TECHNIQUES	4,2	24,9	108,3	80,9

³ Les charges relevant des unités de soins de longue durée ne figurent pas dans la présentation du compte.

source: SD1/SD6/CNSA

THEME 14
LES COMPTES DU REGIME GENERAL

LA CERTIFICATION DES COMPTES

Le processus

La certification des comptes des organismes de sécurité sociale vise à améliorer la lisibilité, la transparence et la sincérité des comptes.

Fondée par les dispositions du paragraphe VIII 3° de l'article L.O.111-3 du code de la sécurité sociale qui demande production du rapport de certification de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité du recouvrement du régime général, sa première année d'application a été l'exercice 2006.

Concernant les autres régimes, elle est fondée sur l'article L.114-8 du code de la sécurité sociale, et réalisée par des commissaires aux comptes au plus tard sur les comptes de l'exercice 2008.

Des travaux en amont ont été nécessaires pour cadrer juridiquement ce processus, nouveau et d'importance.

L'article L.114-6 du code de la sécurité sociale pose en effet les expressions de "comptes annuels", de "comptes combinés" et de "validation des comptes". Le décret n°2005-1771 du 30 décembre 2005 et l'arrêté du 30 décembre 2005 pris en application de ce décret définissent ces notions et donnent une trame au processus dit de validation des comptes.

La validation est un moyen pour l'agent comptable national des entités à réseau d'exercer un contrôle normé sur la situation comptable des caisses locales et ce afin de produire des comptes combinés fiables et opposables au certificateur sans que celui ci soit obligé de recourir à des diligences systématiques en caisses locales. Un référentiel commun à l'ensemble des caisses à réseau a été créé et validé par le Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (HCIOSS) lors de sa séance plénière en date du 27 avril 2006. Ce référentiel permet à l'agent comptable national de s'assurer que les comptes locaux sont réguliers et sincères et fait l'objet d'un arrêté interministériel qui acte ses principes.

Les règles applicables à la combinaison des comptes des organismes de sécurité sociale ont fait l'objet d'un arrêté interministériel daté du 27 novembre 2006. Cet arrêté et son annexe s'inscrivent dans les dispositions législatives et réglementaires relatives à la certification des comptes. La notion de comptes combinés annuels a été introduite dans le droit positif de la sécurité sociale par l'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale (issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005). Il s'agit d'encadrer de manière appropriée l'élaboration des comptes combinés par les organismes nationaux de sécurité sociale disposant sous une forme ou sous une autre d'un réseau d'organismes de base dotés de la personnalité juridique.

Les comptes combinés annuels des organismes de sécurité sociale sont constitués par le compte de résultat, le bilan et l'annexe qui forment un tout indissociable.

Par ailleurs, dès l'exercice 2005, la préparation du passage à la certification a permis d'examiner des dossiers complexes et de définir les écritures comptables adéquates pour la meilleure traçabilité en comptabilité de ces opérations.

La certification des comptes 2006

La Cour des comptes a rendu publiques ses positions sur les comptes et les constatations et raisonnements qui les sous-tendent le 19 juin 2007. Elle a pris position sur 9 comptes : les cinq comptes combinés des branches maladie, maladies professionnelles et accidents du travail, retraite et famille et ceux de l'activité de recouvrement et les comptes des quatre caisses nationales concernées (CNAM, CNAV, CNAF, ACOSS).

La Cour a certifié avec des réserves simples les comptes de l'ACOSS. Elle a certifié avec des réserves significatives les comptes combinés des branches maladie, maladies professionnelles et accidents du travail, retraite et ceux de l'activité de recouvrement ainsi que les comptes de la CNAM et de la CNAV. En revanche elle s'estime dans l'impossibilité d'exprimer une opinion sur les comptes combinés de la branche famille et ceux de la CNAF en raison d'un trop grand nombre de limitations.

Les suites à donner

Un décret reste à produire (pris en application de l'article L. 114-8 CSS) concernant la certification des autres régimes. Il est prévu sur le second semestre 2007 et doit détailler les modalités d'application de la certification des autres régimes ainsi que des contrôles sur des entités qui produisent des éléments de comptes pour intégration à une branche et à un régime. Par ailleurs, une norme d'exercice professionnel est en cours de rédaction par la Compagnie nationale des commissaires aux comptes (CNCC) pour expliquer à ceux-ci les diligences qu'ils devront mener lors de leurs contrôles dans ce milieu très spécifique qu'est la sécurité sociale.

Concernant la certification des comptes du régime général, un suivi est prévu par la Cour, en association avec la DSS et les caisses concernées, pour examiner les points ayant donné lieu à mention dans son rapport, réfléchir à des solutions les concernant et permettre ainsi la préparation des comptes 2007. Par ailleurs, la certification étant une mission qui s'exerce de manière continue dans un cadre pluriannuel, un nouveau cycle de travail va commencer dès l'été 2007.

Le déficit de la CNAM a été réduit de 2,1 Md€ en 2006 (à -5,9 Md€)

Après une forte dégradation du déficit de la CNAM entre 2001 et 2003 (-2,1 Md€ en 2001, -6,1 Md€ en 2002, -11,1 Md€ en 2003), puis encore une légère augmentation en 2004 (-11,6 Md€), les années 2005 et 2006 ont été marquées par une amélioration de son solde (baisse du déficit de 3,6 Md€ en 2005 (-8,0 Md€) et de 2,1 Md€ en 2006 (-5,9 Md€)).

Les charges et les produits de la CNAM sont fortement majorés en 2006 par la prise en compte des nouveaux flux financiers entre la CNSA et les régimes maladie

Les charges et les produits de la CNAM en 2006 sont majorés de 9,4 Md€ par rapport à 2005 au titre de la prise en compte des nouveaux transferts financiers entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les régimes d'assurance maladie. La comptabilisation de ces transferts n'a cependant pas d'impact sur le solde en 2006 (voir encadré 1 ci-dessous).

Encadré 1 – L'impact sur le compte 2006 de la CNAM des transferts financiers entre la CNSA et les régimes d'assurance maladie

Les produits et charges globaux de la CNSA ont atteint plus de 14 Md€ en 2006 (contre environ 2,5 Md€ de charges et 3 Md€ de produits en 2005) du fait de l'intégration de l'ONDAM médico-social¹¹⁷ dans le champ de gestion de la caisse (voir fiche 13-3) :

- La CNSA a ainsi bénéficié de 11 Md€ de produits provenant des régimes d'assurance maladie en 2006 (montant de l'ONDAM médico-social tous régimes). En 2005, les régimes maladie ne contribuaient pas au financement de la caisse.
- La CNSA a reversé à l'ensemble des régimes maladie 11,4 Md€ en 2006, correspondant aux charges de prestations relatives aux établissements et services médico-sociaux financées par l'ONDAM médico-social tous régimes (11 Md€) et par l'apport financier propre de la CNSA (0,4 Md€). En 2005, la CNSA n'avait financé les régimes maladie qu'à hauteur de son apport propre (0,5 Md€).

Au niveau des comptes de la CNAM, ces transferts ont pour conséquence une forte augmentation des charges et des produits en 2006 pour sa branche maladie.

En 2005, la CNAM avait enregistré uniquement :

* en charges :

- les prestations qu'elle versait aux établissements médico-sociaux relevant de l'ONDAM médico-social (pour la part régime général).

* en produits (dans le poste « remboursement des dépenses médico-sociales par la CNSA ») :

- l'apport propre de la CNSA pour la part régime général pour son risque maladie (0,5 Md€) servant à financer une partie des prestations relevant de l'ONDAM.

En 2006, la CNAM comptabilise :

* en charges :

- comme en 2005, les prestations qu'elle verse aux établissements médico-sociaux au titre du risque maladie du régime général.
- **une nouvelle charge « versement ONDAM médico-social à la CNSA », dont le montant s'établit à 9,4 Md€ (soit la part de la CNAM dans les 11 Md€ d'ONDAM médico-social tous régimes).**

¹¹⁷ A l'exception de quelques structures relatives notamment à l'addictologie qui n'entrent pas dans le champ de la CNSA.

* en produits (dans le poste « remboursement des dépenses médico-sociales par la CNSA ») :

- un financement de la CNSA représentant le montant exact des prestations versées par la CNAM aux établissements et services médico-sociaux.

Au total, en 2006, charges de prestations et produits en provenance de la CNSA se sont compensés intégralement. Seule pèse en charges de la CNAM la part de l'ONDAM qui constitue la contribution du régime général au financement de la CNSA. Cette contribution est, comme auparavant, financée par les produits propres de la CNAM.

Dans toute la suite, les analyses seront faites indépendamment de cet « effet CNSA ».

Une croissance des prestations en 2006 légèrement supérieure à celle de 2005

Les prestations (y.c. les dotations aux provisions nettes des reprises sur provisions et hors CNSA) accélèrent légèrement en 2006 après deux années de ralentissement (+3,8% en 2006 contre +3,3% en 2005 mais +5,2% en 2004 et +6,6% en 2003).

- Sur l'ensemble des régimes, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont augmenté de 3,1% selon des données quasi-définitives, contre 4,0% en 2005. Ce ralentissement concerne tant les soins de ville (+2,4% contre 3,1% en 2005) que les dépenses relatives aux établissements de santé (+3,1% contre +4,4% en 2005). Néanmoins, le ralentissement des dépenses de soins de ville ainsi que du poste « établissements de santé privés » demeure insuffisant pour respecter l'ONDAM et le dépassement atteint globalement 1,2 Md€ pour 141,8 Md€ de dépenses.
- Les charges des prestations invalidité ont, quant à elles, connu une croissance en net ralentissement (+4,8%) par rapport à 2005 (+7,7%), pour des raisons démographiques. En effet la dernière génération creuse, celle de 1945, a dépassé les 60 ans en 2005 et ne relève plus du dispositif invalidité de la branche maladie (cf. fiches 8-4). Les générations suivantes, celles du *baby boom*, sont de taille comparable entre elles, il y a donc un équilibre entre les entrées et les sorties de la tranche d'âge avec la plus forte prévalence d'invalidité (les 50-60 ans).

Les autres postes de charges (hors prestations, provisions pour prestations et hors CNSA), qui représentent environ 10% de l'ensemble des charges de la branche, enregistrent une augmentation de 2%. Trois postes expliquent l'essentiel de cette augmentation :

- Les charges de compensations ont augmenté de 280M€ (+9,4%). Cette hausse porte principalement sur les compensations intégrales. Deux raisons l'expliquent : l'intégration financière à compter de 2006 de la branche maladie de l'ENIM à la CNAM qui amène la deuxième à prendre en charge le déficit de la première (160 M€) et la hausse de 100 M€ des compensations intégrales pour le régime des salariés agricoles;
- Dans le cadre de la certification des comptes du régime général par la Cour des comptes, la CNAM a procédé à des écritures de régularisation en charges pour un montant de 590 M€ (237 M€ au titre des dépassements de dépenses pour les ALD 31-32, 92 M€ au titre des soins urgents et 348 M€ en provisions pour les prestations des français à l'étranger). La Cour ayant dans ce même cadre également préconisé, une inscription de 327 M€ de produits supplémentaires au titre des créances pour les étrangers soignés en France, l'impact total sur le solde de ces recommandations est de 253 M€.

Des recettes dynamiques en 2006, portées par une accélération de la masse salariale

La croissance globale des produits nets (hors variation des transferts CNSA notamment) a été de 5,8% en 2006.

Cette progression est d'abord le fait de la croissance des cotisations et des compensations d'exonérations (les exonérations générales étant compensées à l'euro l'euro via des dotations budgétaires ou l'affectation de recettes fiscales) ; cet agrégat croît de 5,2% en 2006 contre 3,5% en 2005. Les produits de la CSG progressent plus fortement encore (+7,2%).

L'écart d'évolution entre cotisations et CSG s'explique pour l'essentiel par la forte croissance de la part de CSG assise sur les revenus du capital du fait de la mesure de taxation anticipée des PEL ouverts depuis plus de 10 ans (dont le rendement pour la CNAM est évalué à 1,3 Md€ en 2006).

Le déficit de la CNAM augmenterait de nouveau en 2007 après deux années de baisse

Le déficit s'établirait à -6,4 Md€ en 2007, soit 0,5 Md€ de plus qu'en 2006.

Cette augmentation résulterait principalement :

- d'une accélération de la progression des prestations sociales (y.c. dotations aux provisions nettes des reprises sur provisions) en 2007 (+4,4% après +3,7% en 2006 et +4,1% en 2005).
- d'un ralentissement de la dynamique de la recette de CSG (+4,2%, contre +7,2% en 2006) en grande partie dû au fait que des éléments ponctuels avaient favorisé le solde 2006. Ainsi le rendement exceptionnel de la CSG en 2006 dû à la taxation anticipée des PEL (voir fiche 6-7) ne se répète pas. De même la remise conventionnelle des laboratoires pharmaceutiques diminue (-170 M€ par rapport à 2006) du fait de la comptabilisation en 2006 de la recette de deux exercices (remises conventionnelles au titre de 2005 et 2006 pour un total de 509 M€ pour le régime général) contre un seul en 2007 (pour une recette de 319 M€ du régime général dynamisée par la reprise des dépenses en médicaments).
- d'un lien des produits au dynamisme de la masse salariale plus distendu qu'auparavant : la fin de la compensation à l'euro l'euro des exonérations générales et l'insuffisance du panier de recettes fiscales (cf. Fiche 6-4) pèsent sur l'évolution globale des produits en 2007.

Les écarts à la LFSS 2007

Le résultat 2006 s'est amélioré d'environ 100 M€ par rapport à la prévision établie pour la LFSS 2007. Tant les charges (+1 Md€) que les produits (+1,1 Md€) ont été revus à la hausse, les écritures de régularisation inscrites dans le cadre de la certification par la Cour des comptes expliquant à elles seules 585 M€ de charges supplémentaires et 327 M€ de produits en plus.

Les principaux écarts de charges proviennent des dépenses de prestations maladie-maternité (y compris dotations et reprises sur provisions) supérieures d'environ 370 M€ à la prévision. Cette révision se décline en une sous-consommation de 360 M€ pour le régime général des dépenses médico-sociales dans le périmètre CNSA hors ONDAM et un dépassement de 730 M€ des dépenses dans le cadre de l'ONDAM global.

Sur les postes de charges autres que les prestations sociales, les dotations aux provisions pour dépréciation des actifs circulants et pour opérations techniques ont été réévaluées de 600 M€ du fait principalement des écritures imposées par la Cour des comptes (cf. supra).

S'agissant des produits, la CSG a eu un rendement plus élevé que prévu (+ 200 M€). Il en a été de même pour les cotisations (+255 M€). Ces deux éléments s'expliquent par la croissance de l'assiette salariale du secteur public. L'ensemble des compensations d'exonération a également été fortement revu à la hausse pour un produit supplémentaire de 350 M€. Sur les autres postes, la taxe tabac a été supérieure à la prévision (+90 M€, pour des raisons comptables liées au calcul des produits à recevoir, voir fiche 6-5) de même que les « divers produits techniques » (+100 M€) et les « reprises sur provisions pour créances et pour autres charges techniques » (+100 M€). En revanche, les versements de la CNSA ont enregistré une baisse de 300 M€ du fait de la sous-consommation de l'OGD (cf. fiche 13-3). A cela s'ajoutent les produits supplémentaires (327M€) enregistrés dans le cadre déjà évoqué de la certification des comptes par la Cour des comptes.

La nouvelle prévision pour 2007 est plus dégradée d'environ 2,5 Md€ que celle de la LFSS pour 2007. Cet écart résulte d'une révision à la hausse des charges et à la baisse des produits.

S'agissant des charges, les principaux écarts concerneraient les prestations légales maladie-maternité (+ 2,4 Md€ par rapport à la LFSS, compte tenu essentiellement d'un effet base 2006 et d'un dépassement prévisionnel de l'ONDAM 2007 tous régimes sur les soins de ville - cf. fiche 8-2).

Concernant les produits, la baisse résulte principalement de pertes en recettes fiscales (-600 M€). Elles traduisent la révision à zéro des excédents fiscaux, en encaissements décaissements, du panier de recettes fiscales par rapport aux allègements généraux, qui figuraient dans les prévisions pour 2006 et 2007 et que la LFSS 2007 avait affectés à la CNAM (cf. fiche 6-4). A ce premier effet s'ajoute un moindre rendement des recours contre tiers (-100 M€). Ces révisions à la baisse sont en partie atténuées par un relèvement des prévisions relatives aux prélèvements sur les industries du médicament (+240 M€) et à la CSG, qui enregistre un relèvement de 320 M€ dû en partie à l'effet base en 2006.

CNAM maladie : Charges

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
CHARGES	131 618,2	135 715,2	3,1	152 640,3	12,5	159 560,0	4,5
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	126 417,1	130 412,9	3,2	147 342,8	13,0	154 135,4	4,6
I - PRESTATIONS SOCIALES	114 011,7	116 284,4	2,0	122 130,4	5,0	127 609,2	4,5
Prestations légales	113 014,4	115 258,6	2,0	121 047,8	5,0	126 488,3	4,5
Prestations légales « maladie-maternité »	109 074,9	111 025,1	1,8	116 619,6	5,0	121 872,9	4,5
Prestations légales « invalidité »	3 781,0	4 072,0	7,7	4 268,7	4,8	4 454,0	4,3
Prestations légales « décès »	158,4	161,6	2,0	159,6	-1,3	161,5	1,2
Prestations extralégales	497,3	455,8	-8,3	426,5	-6,4	432,5	1,4
Autres prestations	500,1	569,9	14,0	656,0	15,1	688,3	4,9
Actions de prévention	248,4	303,0	22,0	343,2	13,2	372,3	8,5
Prestations : conventions internationales	245,4	266,9	8,8	312,9	17,2	316,0	1,0
Autres prestations	6,3	0,0	-99,3	0,0	-97,7	0,0	0,0
II - CHARGES TECHNIQUES	6 439,4	6 027,8	-6,4	15 564,0	++	15 964,0	2,6
Transferts entre organismes	5 524,2	5 377,9	-2,6	14 967,8	++	15 294,9	2,2
Compensations	3 264,4	3 022,1	-7,4	3 305,4	9,4	2 923,5	-11,6
Compensations généralisées	521,3	284,2	-45,5	230,3	-19,0	62,0	-73,1
Compensations bilatérales	1 876,2	1 866,0	-0,5	1 942,7	4,1	1 779,3	-8,4
Compensations intégrales	866,9	871,9	0,6	1 132,4	29,9	1 082,2	-4,4
Prises en charge de cotisations	1 675,9	1 746,8	4,2	1 694,3	-3,0	1 739,1	2,6
Transferts divers	87,1	105,2	20,8	9 478,4	++	10 108,3	6,6
Versement ONDAM médico-social à la CNSA	0,0	0,0	-	9 425,1		10 050,0	6,6
Autres transferts	496,9	503,8	1,4	489,7	-2,8	524,0	7,0
Autres charges techniques	915,2	649,9	-29,0	596,2	-8,3	669,0	12,2
Subventions	117,4	162,9	38,8	174,1	6,9	193,4	11,1
Contributions Financement de fonds nationaux	797,8	487,0	-39,0	422,1	-13,3	475,7	12,7
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	777,4	893,3	14,9	965,8	8,1	1 027,3	6,4
Autres charges techniques	81,3	189,0	132,4	163,0	-13,7	322,0	97,5
Pertes sur créances irrécouvrables	696,1	704,4	1,2	802,8	14,0	705,3	-12,1
- sur cotisations, impôts et produits affectés	659,6	674,4	2,2	763,4	13,2	670,0	-12,2
- sur prestations	36,5	30,0	-17,8	39,4	31,4	35,3	-10,4
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	4 712,8	7 143,6	51,6	8 552,6	19,7	9 249,9	8,2
- pour prestations sociales	4 622,9	6 991,5	51,2	7 915,6	13,2	8 811,0	11,3
- pour dépréciation des actifs circulants	31,4	76,6	143,9	143,5	87,4	87,0	-39,4
- pour autres charges techniques	58,4	75,5	29,2	493,5	++	351,9	-28,7
V - CHARGES FINANCIÈRES	475,7	63,8	-86,6	130,1	++	285,0	++
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	5 101,8	5 259,5	3,1	5 119,4	-2,7	5 293,4	3,4
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	99,3	42,8	-56,9	178,1	++	131,1	-26,4

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

CNAM maladie : Produits

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
PRODUITS	119 975,8	127 706,6	6,4	146 704,3	14,9	153 160,7	4,4
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	119 789,7	127 513,2	6,4	146 478,4	14,9	152 894,9	4,4
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTES	111 925,8	119 931,5	7,2	126 731,4	5,7	130 644,8	3,1
Cotisations sociales	59 279,8	61 009,4	2,9	63 116,6	3,5	65 193,6	3,3
Cotisations sociales des actifs	58 445,3	60 164,4	2,9	62 261,2	3,5	64 264,0	3,2
cotisations des inactifs	461,2	456,0	-1,1	502,5	10,2	512,9	2,1
Autres cotisations sociales	197,0	215,0	9,1	160,8	-25,2	222,1	38,1
Majorations et pénalités	176,3	174,0	-1,3	192,1	10,4	194,6	1,3
Cotisations prises en charge par l'État	7 900,3	7 288,3	-7,7	1 365,0	-81,3	1 625,4	19,1
Cotisations prises en charge par la Sécu.	1 286,9	1 384,6	7,6	1 335,7	-3,5	1 402,5	5,0
Produits entité publique autre que l'Etat	494,0	570,8	15,5	866,3	51,8	499,3	-42,4
CSG, impôts et taxes affectés	42 964,9	49 678,4	15,6	60 047,8	20,9	61 924,1	3,1
CSG	40 108,0	43 968,5	9,6	47 138,8	7,2	49 101,3	4,2
Impôts et taxes affectées (ITAF)	2 856,9	4 934,9	72,7	12 907,1	++	12 820,9	-0,7
ITAF liés à la consommation	2 256,6	3 378,7	49,7	6 083,8	80,1	5 864,2	-3,6
Cotisations sur les boissons alcooliques	345,0	3,2	-99,1	1 096,9	++	1 015,6	-7,4
Taxes tabacs	1 911,4	3 375,5	76,6	4 347,1	28,8	4 197,6	-3,4
ITAF acquittés par les personnes morales	0,0	794,3	-	4 676,1	++	4 901,0	4,8
ITAF liés à des activités éco. Ou profession.	600,2	761,8	26,9	2 147,3	++	1 967,6	-8,4
Taxes médicaments	600,2	761,8	26,9	2 147,3	++	1 967,6	-8,4
Autres ITAF (dont 2% capital)	0,0	775,1	-	1,9	-99,8	1,9	0,0
II - PRODUITS TECHNIQUES	1 269,0	1 651,5	30,1	11 101,7	++	12 534,1	12,9
Transferts entre organismes	730,2	1 229,5	68,4	10 676,7	++	12 105,2	13,4
Compensations	135,9	173,6	27,7	243,0	40,0	398,9	64,2
Prise en charge de prestations	-31,4	187,3	-696,6	197,0	5,2	208,4	5,8
Prestations prises en charge par la CNAF	178,6	187,3	4,9	197,0	5,2	208,4	5,8
Transferts divers entre organismes	442,0	868,6	96,5	10 236,7	++	11 497,8	12,3
Autres transferts	5,2	0,0	-100,0	0,0	-	0,0	-
Remboursement des dépenses médico-sociales par la CNSA	0,0	108,0	-	9 785,1	-	10 965,3	12,1
Contributions publiques	417,9	411,4	-1,6	412,8	0,4	416,7	0,9
Remboursement de prestations	243,1	246,3	1,3	248,4	0,8	252,8	1,8
Autres contributions publiques	174,8	165,0	-5,6	164,4	-0,3	163,8	-0,4
Autres contributions	120,8	10,6	-91,2	12,2	15,8	12,2	0,0
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	981,6	1 138,6	16,0	1 427,5	25,4	1 241,4	-13,0
Recours contre tiers	727,0	715,6	-1,6	773,9	8,1	769,1	-0,6
Remise conventionnelle	146,3	308,8	111,1	506,8	64,1	319,2	-37,0
Pénalités (entreprises de médicaments)	0,0	0,0	-	6,2	-	6,2	0,0
Autres produits techniques	108,3	114,1	5,4	140,7	23,2	146,9	4,4
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	5 609,0	4 783,8	-14,7	7 207,9	50,7	8 474,6	17,6
- pour prestations sociales	4 692,8	4 623,1	-1,5	6 991,8	51,2	7 915,6	13,2
- pour dépréciation des actifs circulants	580,9	144,9	-75,1	121,6	-16,1	113,1	-7,0
- pour autres charges techniques	335,3	15,8	-95,3	94,6	++	445,9	++
V - PRODUITS FINANCIERS	4,4	7,9	78,5	9,9	25,9	0,0	--
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	136,8	127,4	-6,9	163,7	28,5	163,7	0,0
C- PRODUITS EXCEPTIONNELS	49,3	66,0	33,8	62,1	-5,8	102,1	64,4
Résultat net	-11 642,4	-8 008,6		-5 936,1		-6 399,2	

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Charges nettes	126 234,4	130 341,1	3,3	135 316,6	3,8	140 837,3	4,1
Produits nets	114 592,0	122 332,5	6,8	129 380,5	5,8	134 438,1	3,9
Résultats nets	-11 642,4	-8 008,6		-5 936,1		-6 399,2	

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

Les charges nettes sont diminuées des reprises de provisions sur prestations, et n'intègrent pas les dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants. Les charges nettes sont également réduites à compter de 2006 du montant de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA.

Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations, et sont diminués des dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants. Les produits nets sont également réduits à compter de 2006 du montant de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA.

LE PASSAGE DES DEPENSES DU CHAMP DE L'ONDAM AUX PRESTATIONS MALADIE-MATERNITE DE LA CNAM

Les prestations et l'ONDAM sont deux visions distinctes des dépenses d'assurance maladie. Dans le premier cas l'approche est comptable. Les prestations de l'année N sont figées une fois pour toutes au mois de mars de l'année N+1 lors de la clôture des comptes des régimes. L'ONDAM correspond quant à lui à une approche économique des dépenses. L'analyse porte sur les remboursements afférents aux soins de l'année N. Cette approche oblige à corriger les réalisations jusqu'en mars de l'année N+2. Par ailleurs les champs couverts par ces deux notions sont très différents.

Le raisonnement ci-dessous consiste à partir de l'évolution entre 2005 et 2006 des réalisations de l'ONDAM, à champ constant, pour aboutir à l'évolution des charges comptables de prestations maladie enregistrées dans les comptes clos 2005 et 2006 de la CNAM.

1/ Selon les dernières données disponibles, le taux d'évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM en 2006 est de 3,1%. Ce taux est calculé à champ constant, à savoir sur le périmètre de l'ONDAM 2006.

2/ **Retour aux périmètres ONDAM propres à chaque exercice.** Une première étape pour passer de l'ONDAM aux prestations comptables consiste à revenir aux réalisations sur les périmètres respectifs de l'ONDAM afférents à chaque année, à champ non constant donc. Pour cela il faut ignorer en 2005 certaines dépenses qui n'étaient pas encore dans le champ de l'ONDAM, telles que les aides à la télétransmission, les dotations au FMESPP (Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés) et au FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville), les remboursements de ticket modérateur au titre des ALD 31 et 32 (affections de longue durée) et les dépenses de prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé. En 2005, il convient de prendre en compte la remise conventionnelle de l'industrie pharmaceutique qui venait encore en atténuation des dépenses de soins de ville (elle est traitée depuis 2006 comme une recette et exclue de l'ONDAM). En 2005 toujours, le champ ONDAM des dépenses médico-sociales était plus vaste qu'en 2006, puisqu'il incluait l'ensemble des dépenses financées par la CNSA et par l'assurance maladie ; à partir de 2006, la partie financée par l'apport de la CNSA n'est plus dans le champ de l'ONDAM. Une fois opérés ces retraitements, on obtient les dépenses 2005 dans le champ de l'ONDAM 2005.

3/ **Passage de la vision économique à la vision comptable.** Afin de revenir aux chiffres du compte clos 2005, il est nécessaire de rétablir les montants de provisions de clôture en ignorant les corrections ultérieures de ces provisions qui ont permis d'affiner le constat économique des dépenses au titre de l'année. Il convient donc de retirer des réalisations 2005 les dépenses comptabilisées en 2006 au titre de 2005 et d'y réintégrer les provisions qui étaient enregistrées en mars 2006 et qui avaient été reprises depuis. Ces modifications ne concernent pas l'année 2006 puisque les provisions pour 2006 ne seront revues qu'en mars 2008 (clôture des comptes 2007).

4/ **Passage des dépenses tous régimes aux dépenses du régime général.** Pour cela, seules les dépenses concernées des comptes de la CNAM sont conservées. On peut remarquer que les dépenses du régime général évoluent sensiblement plus vite que celles regroupant tous les régimes (d'environ 0,3 point), ce qui s'explique par les dynamiques démographiques respectives des différents régimes.

5 et 6/ **Passage du champ ONDAM au champ des seules prestations.** Le champ de l'ONDAM est plus large que celui des prestations puisqu'il inclut des dépenses d'une autre nature. Ainsi, en 2005 il faut exclure les dépenses liées au financement du compte épargne temps hospitalier (cette dépense disparaît en 2006), les soins des français à l'étranger, ainsi que les dépenses relatives à Saint Pierre & Miquelon et Mayotte qui ne sont pas intégrées aux prestations du régime général. Par ailleurs, il convient de rajouter le montant la remise conventionnelle de l'industrie pharmaceutique qui venait dans l'ONDAM en atténuation des dépenses. Pour 2006 il est nécessaire d'éliminer là encore les dépenses afférentes aux soins des français à l'étranger et à Saint Pierre & Miquelon et Mayotte, ainsi que les dépenses de prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, les aides à la télétransmission, les remboursements des tickets modérateurs pour les ALD 31 et 32 et les dotations aux fonds comme le FAQSV et le FMESPP. A contrario, il faut ajouter l'apport de la CNSA pour aboutir au montant total de prestations médico-sociales versées par l'assurance maladie.

7/ **Passage des prestations tous risques aux seules prestations maladie-maternité.** Enfin, l'ONDAM couvrant plusieurs risques, il convient donc de retirer le risque accidents du travail pour aboutir aux seules prestations maladie-maternité.

Tableau de passage ONDAM-prestations pour 2005 et 2006

Périmètre	2005	2006	taux d'évolution
1/ ONDAM (périmètre constant de 2006)	137,6	141,8	3,1%
2/ ONDAM (périmètre non constant)	135,1	141,8	5,0%
3/ Dépenses hors corrections de provisions	135,0	141,8	5,1%
4/ Dépenses du régime général	114,0	120,2	5,4%
5/ Passage au champ des prestations (hors part CNSA)	113,9	117,5	3,1%
6/ Prise en compte des dépenses CNSA	113,9	117,8	3,4%
7/ Prestations RG, risques maladie-maternité	110,9	114,8	3,5%

Le résultat de la CNAM AT-MP reste négatif en 2006 mais s'est amélioré de 380 M€ en 2006 pour atteindre - 59 M€

En 2006, les charges ont eu une croissance soutenue (+4,9%, soit +475 M€) mais moins rapide que celle des produits (+9,1%, soit +854 M€).

L'exercice 2006 est marqué par des écritures comptables nouvelles venant majorer les charges et les produits de 140 M€ mais neutres sur le solde

A compter de 2006, le nouveau schéma comptable s'appliquant aux relations entre la CNSA et les caisses de sécurité sociale concerne également la branche AT-MP (voir encadré 1, fiche 14-1). Un montant de 52 M€, correspondant à la part de l'ONDAM médico-social supporté par la CNAM AT-MP, est porté en charges et en produits.

Par ailleurs, conformément à une recommandation de la Cour des comptes dans le cadre de la certification des comptes, le déficit du FCAATA en 2005 apparaît dans les charges de la branche AT-MP pour un montant de 89 M€. Un produit à recevoir du même montant a été enregistré et neutralise cette écriture¹¹⁸.

Dans toute la suite, pour une meilleure compréhension, les analyses neutralisent ces nouvelles opérations comptables.

Portée par la hausse de 0,1 point du taux de cotisation et par l'accélération de la masse salariale, les produits croissent de +7,6% en 2006

Corrigé des effets dus à la CNSA et au déficit du FCAATA, la croissance des produits a atteint +7,6% en 2006. Cette croissance est portée par le dynamisme des produits sur revenus d'activité (cotisations et exonérations compensées intégralement par des dotations de l'Etat ou par l'affectation de recettes fiscales) dont le taux de croissance s'établit à +8,1% en 2006 contre +3,6% en 2005. Ce dynamisme s'explique par :

- la hausse de 0,1 point du taux de cotisation au 1^{er} janvier 2006 ;
- la croissance soutenue de la masse salariale du secteur privé qui a atteint +4,3% en 2006

Une augmentation des dotations aux fonds amiante

La croissance des charges en 2006 résulte principalement de l'augmentation des dotations. Les dotations de la branche AT-MP au FIVA et au FCAATA ont progressé de 215 M€ (dont 100 M€ pour le FCAATA et 115 M€ pour le FIVA) pour atteindre 1,015 Md€. Les dotations représentent désormais 10% des charges de la branche, soit 2 points de plus qu'en 2005, et leur augmentation explique plus de la moitié de la croissance des charges de la CNAM AT-MP en 2006 (2,2 points sur 3,4 points).

Les prestations légales (prestations pour incapacité temporaire et pour incapacité permanente y compris les dotations aux provisions), qui représentent environ deux tiers de l'ensemble des charges, ont progressé modérément en 2006 (+2,0%, soit +136 M€), la faible dynamique des versements d'indemnités journalières (+1,1%) compensant la légère accélération des rentes pour incapacité permanente (+ 2,7 % contre + 2,2% en 2005).

¹¹⁸ Le déficit du FCAATA pèse sur le solde de trésorerie de la branche AT-MP qui effectue les avances de paiement pour le fonds.

Le solde de la branche se dégraderait de près de 200 M€ en 2007

Le déficit du régime s'établirait à -257 M€ en 2007, soit une dégradation de 200 M€ par rapport au solde 2006. Ce résultat repose sur la prévision d'un maintien de la croissance des charges à rythme proche de celui de 2006 associé à un ralentissement des produits.

Concernant les charges (+ 4,3%), la croissance résulterait principalement :

- d'une forte progression des prestations légales (y compris dotations aux provisions) s'établissant à + 3,9%. Cette forte croissance n'est pas homogène : alors que les prestations d'incapacité permanente conserveraient une croissance proche de celle de 2006 (+3,0% contre 2,7% en 2006), les prestations d'incapacité temporaire accéléreraient (+4,9% en 2007 contre +1,2% en 2006) tirées par la dynamique des IJ AT-MP qui contribue notablement à la ré-accelération globale des dépenses d'indemnités journalières sur le champ de l'ONDAM en 2006 ;
- d'une nouvelle progression de 100 M€ de la dotation au FCAATA (800 M€ en 2007) ;
- d'une hausse de 80 M€ du transfert à la CNAM au titre de la sous-déclaration des AT.

Concernant les produits, leur faible croissance (+2,3%) dans un contexte de progression soutenue de la masse salariale serait essentiellement le fait d'un fort dynamisme des exonérations générales :

- d'une part, cette dynamique pèse sur la croissance des produits de cotisations (voir 6-1) ;
- d'autre part, l'arrêt à compter de 2007 du mécanisme d'équilibrage à « l'euro l'euro » des exonérations générales fait peser sur les produits l'insuffisance du rendement du panier de recettes fiscales pour assurer la compensation des allègements généraux (voir 6-4).

L'autre déterminant de la moindre croissance des produits est le rendement fortement à la baisse des recours contre tiers. La baisse pourrait être de l'ordre de 101 M€ (-20%) en 2007, suite à la modification du mécanisme de récupération des créances auprès des assureurs.

Les écarts à la LFSS 2007

Le résultat 2006 (-59 M€) est très proche de la prévision établie pour la LFSS 2007 (-39 M€). Le moindre dynamisme des recettes de cotisation (cotisations sociales des actifs à +6,5% au lieu des + 7,6% prévu) et un rendement de 25 M€ moindre des recours contre tiers sont en grande partie compensés par de moindres dépenses. La croissance de l'ensemble des charges est en effet plus faible que prévue (- 82 M€) :

- les prestations légales pour incapacité temporaire (y.c. les dotations aux provisions nettes des reprises sur provisions) sont inférieures de 67 M€ aux montants prévus (+0,7% contre +2,9% en prévision) ;
- les dépenses du FNPAT sont revues à la baisse de 21 M€ ;
- la compensation AT des mines inférieure de 20 M€ aux prévisions.

Pour 2007, la nouvelle prévision dégrade le solde de 347 M€ avec un déficit prévu à -257 M€ quand la prévision LFSS 2007 donnait un solde excédentaire de 84 M€. Cette dégradation s'explique pour l'essentiel par :

- une révision à la baisse de 234 M€ du produit des cotisations et des recettes fiscales (insuffisance de rendement du panier fiscal affecté à la compensation des exonérations générales) ;
- une baisse de l'ordre de 101 M€ du rendement des recours contre tiers ;
- et une anticipation d'un très fort dynamisme pour les prestations pour incapacité temporaire.

CNAM AT-MP : Charges

En millions d'euros

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
CHARGES	9 368,1	9 787,7	4,5	10 262,5	4,9	10 734,0	4,6
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	8 675,2	9 039,3	4,2	9 503,5	5,1	9 965,9	4,9
I - PRESTATIONS SOCIALES	6 719,6	6 826,1	1,6	6 938,5	1,6	7 194,4	3,7
Prestations légales	6 520,0	6 613,1	1,4	6 744,0	2,0	6 997,1	3,8
Prestations légales « AT-MP »	6 520,0	6 613,1	1,4	6 744,0	2,0	6 997,1	3,8
Prestations d'incapacité temporaire	2 922,4	2 936,3	0,5	2 969,7	1,1	3 108,8	4,7
Prestations d'incapacité permanente	3 597,6	3 676,8	2,2	3 774,3	2,7	3 888,3	3,0
Prestations extralégales	6,4	6,4	-0,4	4,8	-24,8	4,8	0,0
Autres prestations	193,2	206,7	7,0	189,7	-8,2	192,5	1,5
II - CHARGES TECHNIQUES	1 596,1	1 820,3	14,0	2 051,3	12,7	2 223,8	8,4
Transferts entre organismes	930,5	962,3	3,4	988,0	2,7	1 065,0	7,8
Compensations	559,9	593,6	6,0	567,0	-4,5	557,8	-1,6
Compensation AT des Mines	448,6	483,5	7,8	460,3	-4,8	451,1	-2,0
Compensation AT des Salariés agricoles	111,3	110,2	-1,0	106,6	-3,2	106,6	0,0
Transferts divers	332,5	328,7	-1,1	382,0	16,2	465,5	21,8
versement ONDAM médico-social à la CNSA (1)	0,0	0,0	-	52,0		55,5	6,6
Transfert CNAM-AT vers CNAMTS (2)	330,0	330,0	0,0	330,0	0,0	410,0	24,2
Autres transferts	38,1	40,0	4,8	39,0	-2,4	41,7	7,0
Autres charges techniques	665,6	858,0	28,9	1 063,4	23,9	1 158,8	9,0
Contributions Financement de fonds nationaux	665,3	857,4	28,9	1 062,7	23,9	1 158,1	9,0
FMES (ex-FASMO)	3,7	2,9	-21,9	2,4	-16,4	2,4	0,0
FCAATA	500,0	600,0	20,0	700,0	16,7	800,0	14,3
FCAT	58,2	54,5	-6,3	45,2	-17,0	40,7	-10,0
FIVA	100,0	200,0	++	315,0	57,5	315,0	0,0
Autres fonds	3,4	0,0	--	0,0	-	0,0	-
Participations	0,3	0,5	83,8	0,7	47,7	0,7	0,0
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	91,0	99,5	9,4	201,6	++	217,6	7,9
Autres charges techniques (3)	1,8	5,7	++	95,6	++	125,4	31,2
Pertes sur créances irrécouvrables	89,1	93,8	5,3	106,0	13,0	92,2	-13,0
- sur cotisations, impôts et produits affectés	78,0	84,1	7,8	94,1	11,9	80,0	-15,0
- sur prestations	11,2	9,8	-12,7	11,9	22,2	12,2	2,5
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	268,5	293,3	9,2	305,1	4,0	313,3	2,7
- pour prestations sociales	262,8	281,5	7,1	286,2	1,7	308,2	7,7
- pour dépréciation des actifs circulants	5,2	11,1	++	18,8	69,2	5,1	-73,1
- pour autres charges techniques	0,5	0,7	33,1	0,0	--	0,0	-
V - CHARGES FINANCIÈRES	0,0	0,1	++	7,0	++	16,9	++
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	691,2	746,9	8,1	756,7	1,3	765,8	1,2
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	1,8	1,5	-17,3	2,4	60,3	2,4	0,0

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

(1) A partir de 2006, contient la part de l'ONDAM médico-social supporté par la CNAM AT-MP

(2) Le transfert CNAM-AT vers CNAMTS est fixé à 410 M€ par la LFSS 2007

(3) A partir de 2006, le déficit du FCAATA de l'année N-1 apparaît dans les charges de la branche AT-MP. Cette écriture est neutralisée par un produit à recevoir d'un même montant.

CNAM AT-MP : Produits

En millions d'euros							
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
PRODUITS	9 184,3	9 349,6	1,8	10 203,8	9,1	10 476,5	2,7
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	9 173,1	9 336,6	1,8	10 181,3	9,0	10 454,0	2,7
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTES	8 395,2	8 698,3	3,6	9 401,5	8,1	9 708,4	3,3
Cotisations sociales	6 895,3	7 059,5	2,4	7 518,6	6,5	7 682,0	2,2
Cotisations sociales des actifs	6 867,0	7 031,7	2,4	7 489,7	6,5	7 652,5	2,2
Cotisations sociales salariés	6 867,0	7 031,7	2,4	7 489,7	6,5	7 652,5	2,2
Autres cotisations sociales	2,9	3,1	5,8	3,3	5,9	3,4	5,0
Cotisations prises en charge par l'État (1)	1 495,7	1 477,5	-1,2	258,7	-82,5	316,2	22,2
Produits entité publique autre que l'Etat	4,2	3,5	-15,5	4,2	20,1	4,2	0,0
CSG, impôts et taxes affectés (1)	0,0	157,8	-	1 620,0	++	1 705,9	5,3
Impôts et taxes affectées (ITAF)	0,0	0,0	-	1 619,7	-	1 705,6	5,3
ITAF liés à la consommation	0,0	0,0	-	600,4	-	625,6	4,2
ITAF acquittés par les personnes morales	0,0	0,0	-	777,1	-	823,0	5,9
ITAF liés à des activités éco. ou profession.	0,0	0,0	-	242,2	-	257,0	6,1
Autres ITAF (dont 2% capital)	0,0	157,8	-	0,3	-99,8	0,3	0,0
II - PRODUITS TECHNIQUES	14,6	0,9	-93,9	54,9	++	61,3	11,5
Transferts entre organismes	14,6	0,9	-93,9	54,9	++	61,3	11,5
Compensations	0,1	0,1	-12,6	0,1	2,4	0,1	0,0
Compensations intégrales (Intégration financière au RG)	0,1	0,1	-12,6	0,1	2,4	0,1	0,0
Prises en charge de cotisations	13,1	0,0	--	0,0	-	0,0	-
Transferts divers entre organismes (2)	0,6	0,8	20,1	54,8	++	61,1	11,5
remboursement des dépenses médico-sociales par la CNSA	0,0	0,0	-	54,0	-	60,3	11,7
Autres transferts	0,7	0,0	--	0,0	-	0,0	-
Contributions publiques	0,0	0,0	-	0,0	-	0,0	0,0
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	348,4	358,2	2,8	433,8	21,1	398,0	-8,3
Recours contre tiers	336,7	345,0	2,5	330,6	-4,2	264,5	-20,0
Autres produits techniques (3)	11,7	13,2	12,8	103,2	++	133,5	29,4
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	388,7	267,7	-31,1	288,7	7,8	286,3	-0,8
- pour prestations sociales	289,7	262,8	-9,3	281,5	7,1	286,3	1,7
- pour dépréciation des actifs circulants	95,8	4,8	-95,0	6,3	31,4	0,0	--
- pour autres charges techniques	3,2	0,1	-97,7	0,8	++	0,0	--
V - PRODUITS FINANCIERS	26,2	11,4	-56,4	2,3	-79,8	0,0	-99,2
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	7,4	9,3	24,9	13,6	46,4	13,6	0,4
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	3,8	3,7	-1,8	9,0	++	9,0	0,0
Résultat net	-183,8	-438,2	++	-58,7	-86,6	-257,5	++

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

(1) à compter de 2006, changement du mode de financement des allègements généraux de cotisations

(2) A partir de 2006, contient la part de l'ONDAM médico-social supporté par la CNAM AT-MP

(3) à partir de 2006, contient un produit à recevoir qui neutralise le déficit du FCAATA de l'année N-1 porté dans les charges de la branche AT-MP

Les charges et produits nets sont diminués des reprises de provisions sur prestations, des dotations aux provisions et ANV

En millions d'euros							
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Charges nettes	8 995,3	9 429,7	4,8	9 816,1	4,1	10 307,2	5,0
Produits nets	8 811,5	8 991,5	2,0	9 757,3	8,5	10 049,8	3,0
Résultat	-183,8	-438,2		-58,7		-257,5	

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

sur actifs circulants, et n'intègrent pas les transferts avec la CNSA.

En 2006, le déficit de la CNAV s'est maintenu à hauteur de 1,9 Md€

Globalement, **les charges** ont progressé de 5,2% par rapport à l'exercice 2005 (contre 5,7% en 2005, hors effet exceptionnel de l'adossement des IEG). En neutralisant l'impact de la régularisation AVPF¹¹⁹ en 2005, l'augmentation est de 5,5% en 2006.

Les charges de prestations légales ont augmenté de 6%, sous l'effet notamment de la poursuite de la montée en charge de la mesure de retraite anticipée (dont le coût atteint 1,8 milliard d'euros en 2006) et de l'arrivée à 60 ans de la première génération du baby boom. Le nombre de départs à la retraite a augmenté de plus de 70 000 par rapport à 2005 excédant les 710 000 (cf. fiches 10-1 et 10-2).

Les pensions de réversion ont augmenté de 5,9%, contre 4,9% en 2005, compte tenu notamment du niveau élevé du nombre d'attributions (cf. fiche 12-1). Les pensions ont été réévaluées de 1,8% au 1^{er} janvier 2006 après une revalorisation de 2% en 2005.

Les transferts de compensation ont diminué de 1% en 2006 principalement du fait de la baisse de la compensation généralisée. En effet, l'année 2006 est marquée par une convergence des ratios démographiques des régimes conduisant à une baisse des charges de compensation. Il est à noter que l'intégration de la CAVIMAC au régime général en 2006 accroît mécaniquement la ligne « compensations intégrales » et diminue la ligne « compensation généralisée » (cf. fiche 5-3).

Les charges financières ont augmenté de 170 M€ s'établissant à près de 260 M€ : l'absence de réserve de trésorerie de la CNAV dont les excédents des exercices passés ont été intégralement reversés au FRR, les insuffisances de trésorerie du FSV qui ne peut rembourser la totalité des sommes dues à la CNAV, les retards de paiement de l'Etat au titre des exonérations à compenser ainsi que le déficit propre de la CNAV expliquent la forte augmentation de ces charges.

Les produits ont progressé de 5,3% (5,7% en neutralisant l'impact de la régularisation AVPF en 2005).

L'agrégat constitué des cotisations sociales des actifs, des prises en charge de cotisations par l'Etat et des recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations générales a augmenté de 6,9%. Cette amélioration repose notamment sur la hausse de 0,2 point au 1^{er} janvier 2006 des taux de cotisations retraite et sur le dynamisme de la croissance de la masse salariale (+4,3%).

Après des années de forte croissance, le transfert du FSV au titre du chômage a diminué de 1,5%. Cette diminution tient essentiellement à la baisse du nombre de chômeurs. Elle s'explique également par une moindre augmentation au 1^{er} juillet 2006 du SMIC horaire après trois ans de fortes hausses dues au processus d'alignement des salaires minimaux.

En revanche, les transferts à la charge du FSV au titre du minimum vieillesse et des majorations de pensions ont progressé de 4,9% en 2006.

Le compte 2006 enregistre un produit exceptionnel, pour 70 M€, relatif à une régularisation comptable avec les régimes agricoles.

¹¹⁹ Une écriture exceptionnelle de régularisation du transfert d'AVPF au titre des exercices 1996 à 2001 au profit de la CNAF a augmenté les charges 2005 de 265 M€. Cette charge est entièrement compensée par la comptabilisation dans les produits AVPF d'une régularisation de 306M€ au titre de la période 2002-2004.

Le déficit devrait fortement se creuser en 2007 pour atteindre 4,7 Md€

Les charges augmenteraient de 5,7% en 2007. Les prestations légales croîtraient de 5,9% portées par le maintien du rythme élevé des départs à la retraite. Les transferts de compensation à la charge de la CNAV demeureraient stables en 2007. Les charges financières augmenteraient de près de 230 M€.

Les produits augmenteraient de 2,5% en 2007. L'agrégat « cotisations » évoqué précédemment croîtrait de 4,1%. Le transfert du FSV au titre du chômage continuerait de diminuer et enregistrerait un recul de 7,2%. Les prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse et des majorations de pensions augmenteraient moins rapidement qu'en 2006 (2,8% contre 4,9%), conséquence notamment de la réforme du minimum vieillesse (cf. fiche 13-1) .

Les écarts à la prévision de la LFSS 2007

Le solde de l'exercice 2006, qui s'élève à -1,9 Md€, est moins dégradé de 0,5 Md€ que la prévision de la LFSS 2007 qui tablait sur un déficit de 2,4 Md€. Cet écart s'explique par un niveau de recettes très supérieur à celui qui était prévu alors même que les charges ont augmenté plus vite qu'anticipé.

Côté produits, l'agrégat constitué des cotisations sociales, des prises en charge de cotisations par l'Etat et des recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations générales est supérieur de 230 M€ à la prévision.

S'agissant des charges, l'agrégat « prestations »¹²⁰ est supérieur de 200 M€ à la prévision. Cet écart porte notamment sur les pensions de droits directs, les charges liées à la retraite anticipée étant supérieures de 100 M€ à celles de la prévision de la LFSS.

De plus, la CNAV a bénéficié d'une évolution plus favorable que prévu sur de nombreux postes de charges et de produits pour un impact total de 410 M€. Il s'agit notamment d'opérations sur créances (+ 70 M€) et de transferts entre organismes : reprise des déficits des régimes intégrés au régime général (salariés agricoles, cultes, chemins de fer secondaires) moins élevée que prévu pour 60 M€, versements de cotisations par les régimes spéciaux (+ 100 M€) et transferts du FSV au titre des cotisations retraite des chômeurs (+ 60 M€) un peu plus forts. Enfin, la CNAV a inscrit un produit exceptionnel, non anticipé, de 70 M€ en 2006 au titre de régularisations comptables avec les régimes agricoles.

La nouvelle prévision pour l'exercice 2007 est beaucoup plus dégradée que la prévision de la LFSS 2007. Cet écart est le résultat d'une révision à la hausse des charges et à la baisse des produits.

En charges, l'agrégat « prestations » précité est fortement revu à la hausse. Cette révision, évaluée à près de 950 M€ est notamment due à des modifications d'hypothèses relatives au comportement de départ des assurés. A ceci s'ajoute une révision à la baisse de divers comptes de charges (cotisations reversées aux régimes spéciaux, compensation...) totalisant près de 150 M€.

L'actualisation des produits porte essentiellement sur les transferts du FSV au titre des cotisations retraite des chômeurs revus à la baisse de 150 M€. Cette révision découle de niveaux du SMIC et du nombre de chômeurs plus faible qu'anticipé. L'agrégat « cotisations » est révisé à la baisse d'environ 100 M€. Au total, le solde de l'exercice 2007 est révisé d'environ 1,2 Md€.

¹²⁰ Il s'agit de l'agrégat comptable constitué des prestations légales + dotations aux provisions – reprises pour prestations – prises en charge de prestations par le FSV.

provisions – reprises pour prestations – prises

CNAV - Charges

En millions d'euros

CNAVTS - Vieillesse	2004	2005	%	2006	%	2007	%
CHARGES	75 730,3	81 419,8	7,5	85 616,1	5,2	90 504,8	5,7
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	74 729,9	80 173,3	7,3	84 616,1	5,5	89 447,9	5,7
I - PRESTATIONS SOCIALES	68 100,8	73 453,9	7,9	77 824,0	5,9	82 428,2	5,9
Prestations légales	67 780,6	73 166,5	7,9	77 543,0	6,0	82 119,1	5,9
Prestations légales « vieillesse »	67 702,6	73 101,6	8,0	77 494,6	6,0	82 073,8	5,9
Prestations de base	67 702,6	71 724,9	5,9	76 090,9	6,1	80 627,7	6,0
Droits propres	60 364,5	64 042,9	6,1	67 911,8	6,0	72 090,0	6,2
Pension normale	45 703,2	48 952,3	7,1	52 299,8	6,8	55 887,0	6,9
Pension inaptitude	6 176,5	6 254,6	1,3	6 329,2	1,2	6 496,0	2,6
Pension invalidité	4 388,4	4 544,6	3,6	4 743,1	4,4	5 043,0	6,3
Majorations	4 085,1	4 281,3	4,8	4 530,7	5,8	4 572,1	0,9
Droits dérivés	7 326,8	7 670,7	4,7	8 081,7	5,4	8 435,0	4,4
Pensions de réversion (hors majorations)	6 630,5	6 954,2	4,9	7 362,8	5,9	7 701,5	4,6
Majorations	573,7	595,7	3,8	603,5	1,3	601,8	-0,3
Prestations au titre d'un adossement	0,0	1 376,7	-	1 403,7	2,0	1 446,1	3,0
Divers	11,3	11,4	0,7	97,4	++	102,7	5,5
Prestations légales « veuvage »	78,0	64,9	-16,8	48,4	-25,4	45,4	-6,3
Prestations extralégales	320,2	287,4	-10,2	281,0	-2,2	309,1	10,0
II - CHARGES TECHNIQUES	5 788,4	5 867,7	1,4	5 799,6	-1,2	5 833,5	0,6
Transferts entre organismes	5 788,4	5 867,7	1,4	5 799,6	-1,2	5 833,5	0,6
Compensations	5 141,4	5 236,9	1,9	5 186,1	-1,0	5 185,4	0,0
Compensation généralisée	2 866,0	5 100,0	77,9	4 833,6	-5,2	4 816,4	-0,4
Compensations intégrales (Intégration financière au RG)	2 218,0	92,1	-95,8	329,4	++	335,0	1,7
Compensations partielles	57,3	44,9	-21,7	23,1	-48,6	34,0	47,2
Transferts divers	401,3	369,0	-8,0	360,0	-2,5	376,8	4,7
Autres transferts	245,7	261,7	6,5	253,6	-3,1	271,3	7,0
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	455,0	477,0	4,8	521,5	9,3	474,8	-9,0
Autres charges techniques	39,0	39,7	1,8	41,1	3,5	41,1	0,0
Pertes sur créances irrécouvrables	416,0	437,2	5,1	480,4	9,9	433,6	-9,7
- sur cotisations, impôts et produits affectés	411,5	434,3	5,5	476,9	9,8	430,0	-9,8
- sur prestations	4,5	2,9	-34,3	3,4	16,1	3,6	5,9
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	367,9	283,1	-23,1	214,4	-24,3	227,0	5,9
- pour prestations sociales	212,8	278,7	31,0	208,4	-25,2	221,0	6,0
- pour dépréciation des actifs circulants	155,1	4,3	-97,2	6,0	39,1	6,0	0,0
V - CHARGES FINANCIÈRES	17,8	91,7	++	256,6	++	484,4	88,8
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	971,3	979,8	0,9	997,7	1,8	1 054,6	5,7
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	29,1	266,6	++	2,3	-99,1	2,3	0,0

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

Note : A compter de 2006, les paiements hors électroniques, qui s'élèvent à 85 M€, ne sont plus comptabilisés en dotations aux provisions mais au niveau de la ligne « divers ».

CNAV - Produits

En millions d'euros							
CNAVTS - Vieillesse	2004	2005	%	2006	%	2007	%
PRODUITS	75 985,0	79 543,4	4,7	83 761,3	5,3	85 846,0	2,5
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	75 865,5	79 455,2	4,7	83 571,5	5,2	85 722,7	2,6
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTES	59 406,2	61 910,0	4,2	65 644,3	6,0	68 363,3	4,1
Cotisations sociales	53 287,5	55 647,7	4,4	58 390,6	4,9	60 601,7	3,8
Cotisations sociales des actifs	52 694,2	54 986,1	4,3	57 677,3	4,9	59 840,4	3,8
Cotisations sociales salariés	52 659,5	54 133,5	2,8	56 795,2	4,9	58 942,1	3,8
Cotisations sociales non-salariés	34,7	36,0	3,6	36,8	2,1	38,6	5,1
Cotisations au titre d'un adossement financier	0,0	816,7	-	845,3	3,5	859,7	1,7
Autres cotisations sociales	427,2	493,4	15,5	523,3	6,1	567,9	8,5
Majorations et pénalités	166,0	168,1	1,3	190,0	13,0	193,4	1,8
Cotisations prises en charge par l'État	5 842,0	5 399,5	-7,6	1 109,8	-79,4	1 291,8	16,4
CSG, impôts et taxes affectés	276,8	862,8	++	6 143,9	++	6 469,8	5,3
Impôts et taxes affectées (ITAF)	0,0	0,0	-	5 785,4	-	6 108,3	5,6
II - PRODUITS TECHNIQUES	15 727,9	17 240,0	9,6	17 518,4	1,6	17 041,1	-2,7
Transferts entre organismes	15 657,2	17 129,8	9,4	17 387,6	1,5	16 909,8	-2,7
Compensations	15,7	62,5	++	129,7	++	0,0	--
Prises en charge de cotisations	11 160,8	12 028,3	7,8	11 899,1	-1,1	11 474,6	-3,6
- non assises sur un revenu spécifique	3 885,2	4 224,7	8,7	4 212,6	-0,3	4 344,4	3,1
- par le FSV	7 328,4	7 803,6	6,5	7 686,6	-1,5	7 130,2	-7,2
Prise en charge de prestations	4 387,4	4 644,2	5,9	4 871,6	4,9	5 007,5	2,8
Prestations prises en charge par le FSV	4 387,4	4 644,2	5,9	4 871,6	4,9	5 007,5	2,8
Transferts divers entre organismes	93,2	107,8	15,7	195,1	80,9	132,0	-32,3
Transferts spécifiques à certains régimes	0,0	287,0	-	292,2	1,8	295,7	1,2
Contributions publiques	70,8	110,2	55,7	130,7	18,7	131,3	0,5
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	110,6	87,4	-20,9	106,5	21,8	95,6	-10,3
Autres produits techniques	49,5	28,9	-41,6	32,4	12,2	30,9	-4,5
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	608,1	217,3	-64,3	298,5	37,4	222,7	-25,4
- pour prestations sociales	184,5	185,3	0,4	186,0	0,4	196,7	5,7
- pour dépréciation des actifs circulants	423,6	32,0	-92,5	112,4	++	26,0	-76,9
V - PRODUITS FINANCIERS	12,7	0,5	-95,9	3,8	++	0,0	--
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	78,1	79,9	2,3	97,2	21,6	98,4	1,2
C- PRODUITS EXCEPTIONNELS	41,3	8,3	-79,9	92,6	++	24,9	-73,1
Résultat net	254,6	-1 876,3	--	-1 854,8	-1,1	-4 658,8	++

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

En millions d'euros							
CNAVTS - Vieillesse	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Charges nettes	74 979	80 796	7,8	84 947	5,1%	89 872	5,8%
Produits nets	75 234	78 920	4,9	83 092	5,3%	85 213	2,6%
Résultat	254,6	-1 876,3	--	-1 854,8	--	-4 658,8	--

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

Les charges nettes sont diminuées des reprises de provisions sur prestations, et n'intègrent pas les dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants.

Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations, et sont diminués des dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants.

Le déficit de la branche famille s'est réduit en 2006 à 891 millions d'euros

Ce résultat représente une amélioration de 0,4 Md€ par rapport à 2005.

Les prestations légales ont conservé en 2006 le dynamisme constaté en 2005 alors que les prestations extralégales ont observé un fort ralentissement

Les prestations légales ont connu une croissance de 4,5% en 2006 (contre 4,4% en 2005) principalement sous l'effet de la poursuite de la montée en charge de la PAJE : le bloc des aides destinées à la petite enfance (PAJE + APJE + AFEAMA + APE + AGED) a crû de 10% entre 2005 et 2006. Les prestations liées au handicap (allocation adultes handicapés et allocation d'éducation de l'enfant handicapé) sont demeurées relativement dynamiques en 2006 (+4,4%).

A l'inverse, les dépenses d'action sociale (hors plans crèches), sont quasiment stables en 2006 (+0,4%) après avoir enregistré une forte croissance en 2005 (+15,4%). Ce ralentissement s'explique pour une large part par des régularisations comptables : les charges à payer inscrites dans les comptes de la CNAF au titre de ces dépenses étaient surestimées en 2005¹²¹. Cette surestimation est venue majorer les charges 2005 et minorer en conséquence les charges 2006 (le compte 2006 portant la régularisation de la surestimation 2005).

Les charges de la branche famille au titre de sa participation au financement du FNAL (pour le financement de l'APL, l'ALS et l'ALT) ont augmenté de 7,3% en 2006 en raison d'une modification de la clé de financement de ces allocations (voir encadré fiche 11-2).

Par ailleurs, le transfert vers la CNAV au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) est quasiment stable en 2006 (-0,3%) : l'exercice 2005 avait en effet été marqué par une écriture de régularisation au titre des exercices 2002 à 2004 venant majorer artificiellement les charges 2005 de 265 M€.

Les produits de la CNAF ont progressé de 5,0% en 2006

Les recettes de la branche sont composées pour près de 86% de cotisations sociales et de CSG. A ce titre les produits de la branche dépendent beaucoup du rythme de croissance de la masse salariale du secteur privé qui a atteint 4,3% en 2006 (sur le champ de recouvrement des Urssaf). La CNAF a aussi bénéficié de la dynamique des recettes de cotisations et de CSG sur le secteur public en 2006.

En outre les produits 2006 ont été majorés exceptionnellement :

- par le surplus de recettes lié à la mesure PEL (+240 M€ sur la CSG capital) ;
- par une augmentation des frais de gestion payés par l'Etat à la branche famille au titre de l'APL, majoration appliquée rétroactivement à l'exercice 2005 ; cette modification a conduit au quasi-doublement des comptes de divers produits techniques entre 2005 et 2006 (+144 M€) ;
- par l'inscription de produits exceptionnels (pour environ 200 M€) au titre de l'annulation d'une dette envers les régimes agricoles indûment comptabilisée par la CNAF lors d'exercices passés.

Le déficit de la CNAF devrait encore se réduire en 2007 et atteindre 655 millions d'euros

Un ralentissement des dépenses de prestations légales en 2007 : +2,8%

La fin de la montée en charge de la PAJE contribue pour une large part à ce ralentissement : ainsi, les charges de prestations à destination de la petite enfance verraient leur rythme de croissance réduit de moitié en 2007 (+4,9%) par rapport à 2006 (+10%).

¹²¹ Les charges réelles de la branche famille sont déterminées avec retard, une fois connus les comptes définitifs des collectivités locales (plusieurs mois après la clôture des comptes du régime général) : ainsi l'écart entre l'estimation (charges à payer) et la réalisation au titre d'un exercice donne lieu à régularisation au cours de l'exercice suivant.

Les prestations liées au handicap ralentiraient également (+3,6% en 2007 contre 4,4% en 2006) en raison notamment de la fin montée en charge des nouveaux compléments de l'AAH et de la conjoncture économique de plus en plus favorable (l'AAH étant délivrée sous conditions de ressources).

Les prestations extralégales retrouveraient un rythme de croissance plus élevé en 2007 (+8,8%), contrecoup des importantes régularisations de charges enregistrées en 2006.

Les produits croîtraient de 3,1% en 2007

Ce taux est sensiblement inférieur à l'hypothèse de croissance de la masse salariale du secteur privé pour 2007 (+4,8%). Cet écart s'explique pour partie par le dynamisme des exonérations générales qui ne sont plus couvertes en totalité par le panier de recettes fiscales affectées, et pour partie par le moindre rythme de progression des produits non assis sur les salaires du privé :

- les produits sur revenu d'activité hors secteur salarié privé progresseraient de 2,6% en 2007 (dont 1,9% sur le secteur public) ;
- les remboursements de l'AAH et de l'API par l'Etat progresseraient de 3,0% en 2007, en raison du ralentissement de ces prestations ;
- le taux de croissance des produits en 2007 enregistre le contrecoup des écritures exceptionnelles de 2006 (frais de gestion APL et annulation de dettes).

La prévision de solde 2007 s'améliore de 0,1 Md€ par rapport au solde prévu dans la LFSS 2007

La prévision portant sur les prestations financées par la branche famille (y compris les dépenses d'action sociale - dont les plans crèches - et les dotations au FNAL au titre du financement des allocations logement, mais hors API et AAH compensées par l'Etat) est en ligne avec la prévision pour la LFSS. La révision à la hausse de la prévision portant sur les prestations légales pour la petite enfance (+270 M€) étant compensée par des révisions à la baisse des autres prestations, principalement sur le poste logement (-105 M€), sur les prestations extralégales (-90 M€) et l'allocation de soutien familiale (-50 M€).

Les produits de cotisations, CSG et impôts et taxes affectés seraient 115 M€ plus élevés en 2007 que dans la prévision de la LFSS. Il s'agit principalement d'un effet base : la réalisation 2006 a été supérieure sur ces postes de plus de 200 M€ à la prévision lors de la dernière LFSS (notamment en raison du dynamisme des prélèvements sur le secteur public). En outre, l'hypothèse de croissance de la masse salariale du secteur privé pour 2007 est de 4,8% (contre 4,6% pour la LFSS). Ces effets positifs sont toutefois partiellement neutralisés par l'insuffisance du rendement du panier de recettes fiscales affectés à la compensation des allègements généraux (ces derniers ayant été revus sensiblement à la hausse depuis la LFSS pour 2007).

CNAF : Charges

	En millions d'euros						
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
CHARGES	49 204,1	52 059,6	5,8	54 172,5	4,1	55 606,5	2,6
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	47 295,2	50 068,7	5,9	52 133,6	4,1	53 481,4	2,6
I - PRESTATIONS SOCIALES	37 186,4	39 157,5	5,3	40 800,6	4,2	42 160,5	3,3
Prestations légales	34 307,1	35 833,8	4,4	37 463,4	4,5	38 498,9	2,8
Prestations légales « famille »	34 307,1	35 833,8	4,4	37 463,4	4,5	38 498,9	2,8
Allocations en faveur de la famille	17 021,7	16 615,4	-2,4	16 210,0	-2,4	16 211,3	0,0
allocation familiales	11 698,6	11 951,6	2,2	12 121,8	1,4	12 295,9	1,4
complément familial	1 574,6	1 594,9	1,3	1 596,9	0,1	1 593,2	-0,2
allocation pour jeune enfant	1 782,9	986,0	-44,7	287,9	-70,8	0,0	—
allocation d'adoption	3,1	0,9	-71,6	0,1	-89,3	0,0	—
allocation de soutien familial	1 027,8	1 070,9	4,2	1 099,4	2,7	1 204,2	9,5
allocation de parent isolé	899,7	971,7	8,0	1 064,2	9,5	1 076,5	1,2
allocation de présence parentale	34,9	39,3	12,5	39,6	0,7	41,5	4,8
Allocations pour la garde des enfants	6 861,7	8 507,2	24,0	10 152,6	19,3	10 954,0	7,9
allocation parentale d'éducation	2 712,1	1 569,1	-42,1	442,1	-71,8	1,0	-99,8
AFEAMA	2 224,9	1 611,4	-27,6	838,3	-48,0	435,0	-48,1
AGED	115,4	97,9	-15,1	54,4	-44,5	23,8	-56,3
Prestation d'accueil du jeune enfant	1 809,3	5 228,9	++	8 817,7	68,6	10 494,3	19,0
Primes	585,7	590,9	0,9	619,8	4,9	630,8	1,8
Allocations	754,4	2 138,7	++	3 445,7	61,1	4 011,6	16,4
Complément de libre choix d'activité	290,3	1 169,6	++	1 975,1	68,9	2 365,7	19,8
Complément de libre choix du mode de garde	178,8	1 329,6	++	2 777,1	++	3 486,2	25,5
Allocations en faveur de l'éducation (ARS)	1 370,3	1 381,1	0,8	1 389,8	0,6	1 378,1	-0,8
Allocations en faveur du logement	3 473,2	3 495,2	0,6	3 615,7	3,4	3 632,6	0,5
Allocations en faveur des handicapés	5 304,0	5 552,6	4,7	5 798,3	4,4	6 009,4	3,6
AAH	4 811,7	5 031,9	4,6	5 230,4	3,9	5 404,4	3,3
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AES)	492,4	520,7	5,8	567,9	9,1	605,0	6,5
Frais de tutelle	194,5	201,2	3,4	215,8	7,3	231,6	7,3
Autres allocations et prestations	81,7	81,1	-0,8	81,2	0,1	82,0	1,0
Prestations extralégales	2 879,0	3 323,5	15,4	3 337,1	0,4	3 631,5	8,8
Autres prestations	0,3	0,2	-29,2	0,1	-60,3	30,1	++
II - CHARGES TECHNIQUES	9 586,7	10 286,2	7,3	10 643,6	3,5	10 706,3	0,6
Transferts entre organismes	6 239,2	6 718,8	7,7	6 818,6	1,5	7 071,8	3,7
Prises en charge de cotisations	3 885,0	4 224,4	8,7	4 212,3	-0,3	4 344,1	3,1
- non assises sur un revenu spécifique	3 885,0	4 224,4	8,7	4 212,3	-0,3	4 344,1	3,1
Prises en charge de prestations	2 187,4	2 316,6	5,9	2 433,4	5,0	2 542,8	4,5
Majoration pour enfants	1 964,8	2 087,1	6,2	2 185,0	4,7	2 283,3	4,5
Congé paternité	222,5	229,5	3,2	248,5	8,2	259,5	4,4
Autres transferts	166,8	177,8	6,6	172,8	-2,8	184,9	7,0
Autres charges techniques	3 347,5	3 567,3	6,6	3 825,0	7,2	3 634,5	-5,0
Financement FNAL	3 270,9	3 490,6	6,7	3 745,7	7,3	3 554,0	-5,1
Autres	76,6	76,7	0,2	79,3	3,4	80,4	1,4
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	478,4	485,4	1,5	464,0	-4,4	436,0	-6,0
Autres charges techniques	80,6	78,3	-2,9	31,4	-59,9	31,8	1,4
Pertes sur créances irrécouvrables	397,8	407,1	2,4	432,6	6,3	404,2	-6,6
- sur cotisations, impôts et produits affectés	292,0	300,1	2,8	331,1	10,3	300,0	-9,4
- sur prestations	105,8	107,0	1,2	101,6	-5,1	104,2	2,6
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	43,5	139,4	++	223,6	60,4	176,8	-20,9
- pour prestations sociales	33,0	70,1	++	142,2	++	110,0	-22,7
- pour dépréciation des actifs circulants	10,5	69,4	++	81,3	17,3	66,8	-17,9
- pour autres charges techniques	0,0	0,0	-	0,1	-	0,1	0,0
V - CHARGES FINANCIÈRES	0,2	0,1	-40,0	1,8	++	1,8	0,0
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	1 793,8	1 814,4	1,1	1 886,2	4,0	1 931,5	2,4
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	115,1	176,5	53,4	152,6	-13,5	193,7	26,9

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

CNAF : Produits

En millions d'euros

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
PRODUITS	48 847,1	50 745,1	3,9	53 281,4	5,0	54 951,5	3,1
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	48 465,9	49 987,1	3,1	52 704,1	5,4	54 573,8	3,5
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTES	42 094,6	43 602,3	3,6	45 871,0	5,2	47 612,8	3,8
Cotisations sociales	28 301,3	29 321,3	3,6	30 449,7	3,8	31 420,7	3,2
Cotisations sociales des actifs	28 198,2	29 220,4	3,6	30 340,4	3,8	31 309,2	3,2
Cotisations sociales salariés	25 117,2	25 950,9	3,3	26 910,7	3,7	27 739,8	3,1
Cotisations sociales non-salariés	3 081,1	3 269,5	6,1	3 429,7	4,9	3 569,3	4,1
Majorations et pénalités	103,0	100,9	-2,1	109,4	8,4	111,6	2,0
Cotisations prises en charge par l'État	3 527,9	3 255,2	-7,7	580,9	-82,2	665,0	14,5
Cotisations prises en charge par la Sécu.	271,7	266,3	-2,0	262,1	-1,6	275,2	5,0
Produits entité publique autre que l'Etat	0,4	0,0	--	0,0	-	0,0	-
CSG, impôts et taxes affectés	9 993,3	10 759,5	7,7	14 578,3	35,5	15 251,8	4,6
CSG	9 993,3	10 431,9	4,4	11 083,8	6,2	11 497,2	3,7
Impôts et taxes affectées (ITAF)	0,0	0,0	-	3 493,5	-	3 753,6	7,4
Autres ITAF (dont 2% capital)	0,0	327,6	-	1,0	-99,7	1,0	0,0
II - PRODUITS TECHNIQUES	5 812,3	6 063,9	4,3	6 312,5	4,1	6 509,3	3,1
Transferts entre organismes	40,2	57,5	43,0	16,4	-71,5	26,9	64,0
Prises en charge de cotisations	-14,8	0,0	--	0,0	-	0,0	-
Prise en charge de prestations	0,0	0,0	-	16,3	-	26,8	64,3
Transferts divers entre organismes	55,1	57,5	4,4	0,1	--	0,1	0,0
Contributions publiques	5 772,0	6 006,4	4,1	6 296,1	4,8	6 482,4	3,0
Remboursement de prestations	5 711,7	6 004,3	5,1	6 296,1	4,9	6 482,4	3,0
Autres contributions publiques	60,3	2,0	-96,6	0,0	--	0,0	-
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	155,0	147,0	-5,2	291,8	98,6	227,2	-22,1
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	295,5	80,5	-72,8	158,6	97,1	194,8	22,8
- pour prestations sociales	31,3	44,1	41,0	67,6	53,3	127,6	88,8
- pour dépréciation des actifs circulants	263,8	36,4	-86,2	90,8	++	66,9	-26,3
- pour autres charges techniques	0,4	0,0	-99,9	0,3	++	0,3	0,0
V - PRODUITS FINANCIERS	108,5	93,5	-13,8	70,1	-25,0	29,8	-57,5
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	297,2	292,7	-1,5	301,4	3,0	304,4	1,0
C- PRODUITS EXCEPTIONNELS	84,0	465,3	++	276,0	-40,7	73,3	-73,4
Résultat net	-357,0	-1 314,5	++	-891,0	-32,2	-655,0	-26,5

En millions d'euros

CNAF - Famille	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Charges nettes	48 870,4	51 646,1	5,7	53 692,5	4,0	55 112,2	2,6
Produits net	48 513,4	50 331,6	3,7	52 801,4	4,9	54 457,2	3,1
Résultat	-357,0	-1 314,5		-891,0		-655,0	

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

Les charges nettes sont diminuées des reprises sur provisions sur prestations et n'intègrent pas les dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants.

Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations et sont diminués des dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants.

DU RESULTAT COMPTABLE A LA VARIATION DE TRESORERIE

La trésorerie des organismes du régime général fait l'objet d'une centralisation sur un compte géré par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ouvert auprès de la caisse des dépôts et consignations (CDC). Les données de trésorerie fournissent une vision de la situation du régime général complémentaire de celle apportée par les données comptables puisque l'essentiel des opérations des organismes trouve une traduction immédiate sur le compte de l'ACOSS. Ainsi, une fois exclues les opérations de reprises de dettes (1994, 1996, 1998 puis 2004, 2005 et 2006) et les transferts des excédents de la CNAV au FRR entre 1999 et 2005, la variation annuelle de trésorerie¹²² reflète largement le résultat du régime général (voir graphique page suivante).

En 2006, avec un résultat comptable ramené à -8,7 Md€, la variation de trésorerie hors reprise de dette sur le compte Acoss a été de -11,4 Md€, soit une différence de 2,7 Md€. En 2005, le résultat en droits constatés du régime général (-11,6 Md€) différait de 5,3 Md€ de la variation de trésorerie de l'ACOSS (-16,9 Md€, hors reprise de dette). Ces écarts s'expliquent par différents éléments (voir tableau page suivante) :

- le décalage entre le fait générateur et les remboursements de l'Etat vis-à-vis du régime général, au titre des compensations des exonérations de cotisations, a été défavorable de 0,7 Md€ en 2006 ; il l'était de 2,1 Md€ en 2005 ce qui s'expliquait notamment par la régularisation en 2005 du trop-perçu de 2004 au titre des seuls allègements généraux (1,3 Md€) ;
- les insuffisances de remboursement du FSV ont contribué à dégrader la trésorerie du régime général de -1,3 Md€ en 2006 après avoir pesé pour -1,9 Md€ en 2005 ;
- de même, les insuffisances de l'Etat au titre de sa prise en charge des prestations d'AAH et d'API ont représenté 0,1 Md€ en 2006 (après 0,2 Md€ en 2005) ;
- l'enregistrement comptable de certaines dotations du régime général à des fonds a lieu l'année de la parution du texte qui en fixe le montant, alors que les versements interviennent au rythme de leurs besoins ; si les versements effectués, au profit du FIVA et du FEH notamment, avaient été de 0,8 Md€ supérieurs aux montants comptabilisés en 2004, ceux opérés en 2005 et 2006 ont été en adéquation avec les dotations ;
- les décalages temporels entre les comptes en droits constatés (les opérations sont comptabilisées à la naissance du droit) et les données de trésorerie (les opérations sont enregistrées lors du paiement) ont contribué pour -1,1 Md€ à l'écart en 2005, et pour -0,7 Md€ en 2006 ; sont inclus ici les décalages sur les cotisations dans les Urssaf¹²³, ceux liés aux prestations familiales, aux pensions de retraite (généralement versées le mois suivant le mois de comptabilisation) et à certaines opérations au siège de l'ACOSS¹²⁴ ;
- les "autres éléments" regroupent des corrections plus difficilement estimables, notamment des effets d'opérations de clôture des comptes (produits à recevoir, charges à payer, provisions) qui contribuent au résultat du régime général sans contrepartie en trésorerie et des effets de décalages de remboursement des prestations maladie ;
- la gestion par l'ACOSS du recouvrement de recettes et celle des dépenses au titre des tiers avaient contribué à la trésorerie pour +0,1 Md€ en 2005 et pour -0,1 Md€ en 2006 ; d'une part les Urssaf sont chargées du recouvrement de recettes pour des tiers (FSV, Cades, CNSA...) avec des rétrocessions ajustées en fonction des informations mensuelles issues de la comptabilité des Urssaf ; d'autre part les organismes prestataires assurent la gestion de dépenses qui sont en partie ou en totalité prises en charge par l'Etat, les départements ou certains fonds (RMI, allocations logement, AME...), avec des délais de remboursement qui sont parfois importants ;
- le régime général a versé 0,3 Md€ au FRR en 2005 au titre de l'excédent comptable 2004 de la CNAV ; ce versement a été comptabilisé comme une affectation de résultat passé et n'apparaît donc pas comme une charge pour le régime

¹²² La variation de trésorerie de l'année N est la différence de la situation de trésorerie de l'ACOSS entre le 31/12 de l'année N et le 31/12 de l'année N-1.

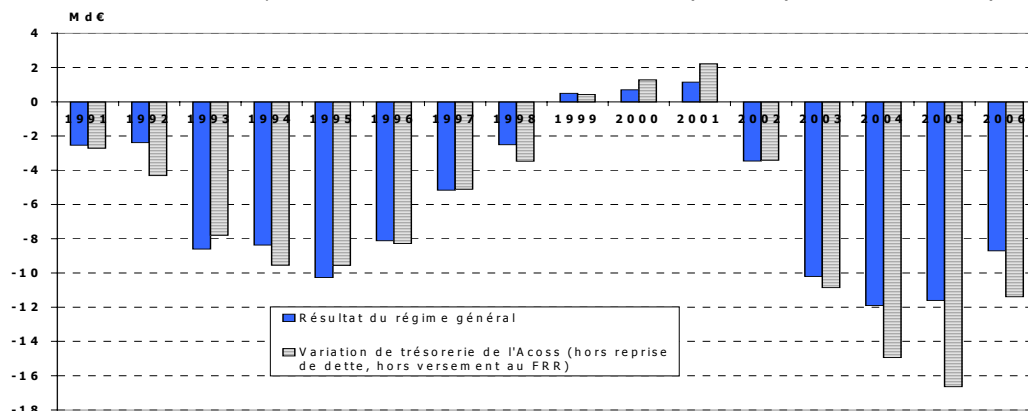
¹²³ Par rapport à la période d'emploi, les cotisations sur salaires sont le plus souvent encaissées le mois suivant pour les cotisants « mensuels » et le 1^{er} mois du trimestre suivant pour les cotisants « trimestriels »

¹²⁴ En revanche sont exclus dans cette analyse les effets de remboursement des prestations maladie (soins de ville ou hôpitaux), la variabilité des délais rendant difficile l'estimation de ces décalages.

général ; il a conduit à une dégradation de la trésorerie par rapport au résultat comptable. Aucune opération similaire n'a été réalisée en 2006, la branche retraite étant devenue déficitaire en 2005 ;

- de même la reprise de la dette de la CNAM par la CADES, prévue dans la loi d'août 2004 relative à l'assurance maladie, s'est traduite par des versements qui ne sont pas comptabilisés dans son résultat comptable (5,7 Md€ en 2006 après 6,6 Md€ en 2005 et 35,0 Md€ en 2004).

Solde du régime général et variation de trésorerie
(hors versement des excédents comptables passés et hors reprise de dette)



Note : le résultat du régime général est en droits constatés depuis 1999, en encaissements/décaissements avant (les chiffres établis par cette méthode sont par nature plus proches de la trésorerie que les droits constatés)

Le passage entre résultat en droits constatés et variation de trésorerie de 2004 à 2006
(en Md€)

		2004	2005	2006
Résultat en droits constatés	(1)	-11,9	-11,6	-8,7
Corrections	(2)	-2,6	-5,1	-2,6
Remboursement exonérations (Etat, Forec)		0,0	-2,1	-0,7
Insuffisance FSV		-0,9	-1,9	-1,3
Insuffisance AAH API (Etat)		-0,3	-0,2	-0,1
Décalage sur les participations à certains fonds		-0,8	0,0	0,0
Décalages temporels "droits constatés - trésorerie"		-0,6	-1,1	-0,7
Autres éléments		0,0	0,1	0,1
Variation de trésorerie du régime général (hors versements des excédents passés)	(3)=(1)+(2)	-14,5	-16,7	-11,3
Variation de trésorerie pour des tiers	(4)	-0,5	0,1	-0,1
Variation de trésorerie de l'Acos (hors reprises de dette et hors versements au FRR)	(5)=(3)+(4)	-14,9	-16,6	-11,4
Versement des excédents passés de la CNAVTS	(6)	-2,6	-0,3	0,0
Variation de trésorerie de l'Acos (hors reprise de dette)	(7)=(5)+(6)	-17,5	-16,9	-11,4
Reprise de dette de la Cades	(8)	35,0	6,6	5,7
Variation de trésorerie de l'Acos	(9)=(8)+(7)	17,5	-10,3	-5,7

LES CHARGES ET PRODUITS FINANCIERS DE L'ACOSS

L'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) est chargée de la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime général (article L 225-1 du code de la sécurité sociale). Toutefois, afin de garantir les conditions d'une gestion transparente des différentes branches du régime général, l'ACOSS assure aussi l'individualisation de la trésorerie de chaque branche.

Ces dispositions conduisent donc à faire supporter par chaque branche les charges financières ou à lui affecter les produits financiers correspondant à son propre besoin ou capacité de financement.

Une forte augmentation des charges financière du régime général

En 2006, la variation annuelle de trésorerie a été de -5,7 milliards d'euros et le solde moyen s'est établi à -8,8 milliards d'euros avec un point bas se situant le 28 septembre à -17 milliards d'euros (avant le versement de la CADES) et un point haut de 0,8 milliard le 7 février. Le solde au 31 décembre 2006 était de -12,5 milliards d'euros. En conséquence, l'ACOSS a dû recourir à l'emprunt 360 jours en 2006. Les charges financières du régime général se sont ainsi élevées à 285 millions d'euros.

En 2005, les charges financières étaient de 46 millions d'euros uniquement et compte tenu d'un montant de produits financiers de 38 millions d'euros, le résultat financier s'établissait à -7 millions d'euros. La trésorerie de l'ACOSS a en effet bénéficié en 2005 à la fois de versements importants de la CADES fin 2004 (35 milliards d'euros) et en octobre 2005 (6,6 milliards d'euros) et des taux d'intérêt faibles (évolution du taux annuel moyen de l'EONIA de 80 points de base entre 2005 et 2006).

L'essentiel des charges financières supportées par le régime général correspond aux intérêts sur les emprunts contractés auprès de son partenaire financier, la Caisse des Dépôts et Consignations. Dans le cadre de la convention conclue entre l'ACOSS et la CDC pour la période 2006/2009, le taux d'intérêt, calculé à partir de l'EONIA, varie selon l'instrument financier choisi et le volume des emprunts (Cf. Encadré 1).

Une petite partie des charges financières supportées par le régime général correspond aux intérêts versés dans le cadre d'émission de billets de trésorerie. La première émission de ce type a été effectuée à la toute fin du mois de décembre 2006, suite à l'autorisation donnée par l'article 38 de la LFSS 2007 à l'ACOSS d'émettre ce type de créances négociables,.

Le compte ACOSS n'a été positif que 5 jours, en début d'année, pour des montants inférieurs à 1 milliard d'euros. Au total, pour l'année 2006, compte tenu de produits financiers d'un montant de 14 millions d'euros, le résultat financier net de la trésorerie du régime général s'est donc élevé à -271 millions d'euros.

Les charges et produits financiers des branches du régime général

La partie la plus importante des charges financières de 2006 est imputable à la branche vieillesse (257 millions d'euros). En effet, cette branche supporte les frais liés aux déficits cumulés du Fonds de solidarité vieillesse dans la mesure où ce fonds n'a pas l'autorisation d'emprunt et retarde ces versements en fonction des ressources dont il dispose.

Le montant des frais financiers à la charge de la branche maladie est de 127 millions d'euros malgré le versement de la CADES en octobre à hauteur de 5,7 milliards d'euros au titre de la reprise de déficit de cette branche.

Encadré 1 - Conditions de financement des besoins de trésorerie par la CDC

Les rapports entre l'ACOSS et la CDC, le partenaire financier traditionnel du régime général, qui étaient réglés par la convention d'octobre 2001 sont régis, à compter du 1er octobre 2006, par la nouvelle convention signée le 21 septembre 2006.

Cette nouvelle convention est composée de deux parties : l'une relative aux comptes et à la tenue de ceux-ci, l'autre relative aux avances de trésorerie et aux placements.

Concernant la tenue de compte, depuis 2001, la CDC facture à l'ACOSS le coût lié à la tenue de compte. Cette facturation est reprise dans la nouvelle convention et doit s'élever à 3,7 M€ par an. La convention prévoit la possibilité d'une réduction de coût en cas d'économie réalisée par l'ACOSS ou par le réseau de la CDC.

Concernant les types d'avances, dans l'ancienne convention de 2001, quatre types d'avances permettaient le financement de l'ACOSS : les avances prédéterminées sur 1 à 6 mois, les avances prédéterminées sur 4 jours à 1 mois, les avances à 24 heures et les avances le jour même.

La nouvelle convention prévoit, d'une part, de reconduire les types d'avances consenties auparavant par la CDC et, d'autre part, d'introduire de nouveaux types de placements (billets de trésorerie, avances prédéterminées sur 7 à 13 jours).

De plus, l'ACOSS n'est plus limitée dans la part des avances consenties par la CDC sous forme d'avances prédéterminées (limitation en 2005 à 8 Md€) qui présentent l'avantage d'être moins coûteuses que les avances à 24 heures.

En outre, les prévisions de l'ACOSS sont désormais transmises le 20 du mois pour le mois suivant contre le 1er du mois pour le mois suivant dans l'ancienne convention.

Enfin, les maturités de placements et d'avances ne sont plus limitées au 31 décembre, mais peuvent déborder jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

Concernant les rémunérations d'excédents, les modalités de rémunération prévues dans la nouvelle convention sont identiques à celles de 2001.

Bilan financier 2006 du régime général (en milliers d'euros)

Charges financières	
Intérêts débiteurs sur avances pré-déterminées CDC	236 921
Intérêts débiteurs sur avances au jour le jour CDC	46 069
Intérêts débiteurs sur avances exceptionnelles de trésorerie	0
Pénalités sur avances	51
Intérêts débiteurs sur avances auprès de spécialistes en valeur du trésor	0
Intérêts débiteurs sur billets de trésorerie	2 031
Intérêts débiteurs sur tunnels de prévisions	209
Total des charges financières (a)	285 281
Produits financiers	
Intérêts créditeurs sur compte CDC	14 124
Intérêts sur valeurs mobilières de placements	
Total des produits financiers (b)	14 124
Résultat financier net (c) = (b)-(a)	-271 157
Résultat financier net par branche	
Assurance maladie	-126 606
Accidents du travail	-5 939
Allocations familiales	56 763
Assurance vieillesse	-256 553
Total des produits et charges financières des branches (d)	-332 335
Contribution au FNGA (c)-(d)	61 178

L'articulation entre les frais financiers (produits ou charges) et le fonds national de gestion administrative (FNGA)

Pour plusieurs raisons dont principalement l'incidence du recouvrement pour compte de tiers et la disparité entre les taux débiteurs et créditeurs, la somme des charges financières et des produits des branches calculés de la façon prévue par les textes ne correspond pas à la somme des charges et produits financiers du régime général.

En conséquence, si le montant net des intérêts imputés par la CDC sur le compte de l'ACOSS est supérieur à la somme des montants nets des intérêts imputés par l'ACOSS aux branches, la différence s'ajoute aux recettes du fonds national de gestion administrative (FNGA) et vient donc réduire la contribution des branches au financement de ce fonds. En cas contraire, la différence est ajoutée aux dépenses du fonds et vient augmenter la contribution des branches au fonds.

DU RESULTAT COMPTABLE DU REGIME GENERAL A LA CAPACITE/BESOIN DE FINANCEMENT DES ASSO

Périmètre des ASSO en comptabilité nationale

En comptabilité nationale, les Administrations de sécurité sociale (ASSO) constituent le sous-secteur des administrations publiques qui comprend les régimes d'assurance sociale obligatoires et les organismes dépendant de ces régimes (ODASS, principalement les hôpitaux).

- a) **Les régimes d'assurance sociale** couvrent des risques et besoins sociaux dont la liste est publiée dans le Système européen des comptes nationaux et régionaux (SEC95, § 4.84) et qui ouvrent droit à des prestations sociales. Ils regroupent les organismes à comptabilité complète qui ont pour activité le versement de prestations sociales, dont les ressources principales sont des cotisations sociales obligatoires, et dont les administrations publiques fixent ou approuvent le taux. Ainsi figurent dans ce sous-secteur les caisses de Sécurité sociale qui relèvent du Code de la Sécurité sociale, mais aussi les régimes complémentaires de retraite à statut conventionnel ainsi que l'UNEDIC (organisme paritaire privé de gestion de l'assurance chômage)

En revanche, le sous-secteur des ASSO exclut les régimes privés d'assurance sociale, les régimes directs d'employeurs ainsi que l'assistance sociale qui se distingue de l'assurance sociale, par le fait que le versement de prestations ne suppose pas le versement préalable de cotisations sociales.

Les régimes d'assurance sociale des administrations de sécurité sociale comprennent :

- Le régime général de la Sécurité sociale ;
- Les fonds spéciaux, qui versent des prestations sociales et sont financés par des quotes-parts de cotisations provenant des caisses de Sécurité sociale ou qui répartissent les recettes affectées entre les différentes caisses (FOREC, FIVA) ;
- Les autres régimes de base des salariés (régimes spéciaux d'entreprises et d'établissements publics, salariés agricoles, etc...) ;
- Les régimes des non salariés (dont la mutualité sociale agricole – régime des exploitants agricoles) ;
- Le régime d'indemnisation du chômage ;
- Les régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés (ARRCO, AGIRC...).

- b) **Les organismes dépendant des assurances sociales (ODASS)** – qui dépendent des administrations de Sécurité sociale – comprennent :

- Les hôpitaux de l'Assistance publique ainsi que les hôpitaux privés financés par la dotation globale hospitalière (attribuée par les caisses de Sécurité sociale) ;
- Les œuvres sociales intégrées aux organismes de Sécurité sociale.

Eléments de passage entre la comptabilité des organismes et la comptabilité nationale

Les écarts conceptuels entre le résultat comptable et la capacité de financement

De façon générale, on pourrait dire en référence à la comptabilité d'entreprise que *la capacité de financement* calculée par les comptes nationaux est proche de *la capacité d'autofinancement* diminuée du solde des opérations en capital¹²⁵ (investissement brut, subventions d'investissement et dotations en capital). Pour passer du résultat comptable à la capacité de financement au sens de la comptabilité nationale, certains retraitements sont donc nécessaires. Il convient notamment de :

Exclure les dotations nettes des reprises sur provisions (hors celles inscrites au titre des prestations versées)

En règle générale, les provisions ne sont pas reprises en comptabilité nationale. Toutefois dans le cas du versement des prestations, leur prise en compte (dotations aux provisions et reprises sur provisions pour prestations) permet de rapprocher le moment d'enregistrement de la date de soin. Ces provisions sont, à ce titre, enregistrées en prestation. Les autres dotations aux provisions (et reprises sur provisions) ne sont pas comptabilisées dans les opérations de comptabilité nationale.

Exclure les dotations aux amortissements et prendre en compte le solde des opérations sur investissements corporels et incorporels en valeur brute ainsi que des dotations en capital (corrections au titre des opérations en capital).

La formation brute de capital fixe (investissement au sens de la comptabilité nationale) est évaluée, en comptabilité nationale, comme le solde des acquisitions nettes des cessions d'immobilisations physiques, en valeur brute. La FBCF est enregistrée dans sa totalité, au moment où la dépense (ou la recette en cas de cession) d'investissement est effectuée.

De manière symétrique, la comptabilité nationale retrace dans la capacité de financement des ASSO les subventions d'investissement pour la totalité de leur montant, au moment où elles sont versées, alors que dans les comptes des organismes de sécurité sociale, seule joue dans le résultat comptable la quote-part des subventions virée au compte de résultat.

Les dotations en capital et les prélèvements sur réserve à des établissements faisant partie des administrations publiques sont retracés en comptabilité nationale dans la capacité/besoin de financement. C'est le cas par exemple du versement de l'excédent de la CNAV au Fonds de réserve des retraites (FRR) qui n'est pas classé en ASSO en comptabilité nationale mais en organisme divers d'administration centrale (ODAC).

Ne pas reprendre les plus - ou moins - values sur cessions d'immobilisations financières, ni les gains ou pertes de change.

Dans le cas des régimes complémentaires de vieillesse des salariés comme l'AGIRC ou l'ARRCO, mais aussi de certains régimes de non salariés, ces montants, comptabilisés dans le résultat financier, peuvent influencer considérablement sur le niveau du résultat comptable alors qu'ils sont neutres sur la capacité de financement des organismes.

Les corrections de synthèse

A ces corrections conceptuelles viennent s'ajouter des corrections de « synthèse » susceptibles de modifier le solde de certains organismes de sécurité sociale. La comptabilité nationale fonctionne en effet selon le principe de la « partie quadruple » : toute opération du compte non financier est réfléchie au compte financier comme en comptabilité classique, et toute opération concernant une unité institutionnelle trouve aussi sa contrepartie exacte dans les comptes d'une autre unité. Par conséquent, tout versement d'une unité économique à une autre unité économique doit être enregistré dans le compte de chacune pour le même montant et au même moment. Cette contrainte de cohérence conduit à hiérarchiser les informations mobilisées auprès des divers organismes au cas où ces informations ne seraient pas homogènes.

¹²⁵ Cette égalité est vraie parce que les organismes de sécurité sociale ne versent pas de dividendes. En toute rigueur, il faudrait tenir compte des dividendes versés dans le passage de la notion de *capacité d'autofinancement* de la comptabilité générale à celle de *capacité de financement* de la comptabilité nationale, cette dernière comprenant les dividendes versés.

Des règles de priorité pour enregistrer les transferts entre unités du secteur des Administrations publiques

Actuellement, au sein des ASSO, les flux croisés annuels entre organismes de sécurité sociale ne sont pas toujours équilibrés. Par ailleurs, les ASSO reçoivent des transferts d'autres administrations, notamment de l'État. Ces transferts doivent nécessairement être réconciliés au sein du secteur des Administrations publiques. Cela nécessite, lorsqu'il n'existe pas clairement de notions de droits constatés, d'établir une hiérarchie entre sous-secteurs. Ces corrections qui n'ont pas d'impact sur la capacité de financement des administrations publiques prises dans leur ensemble peuvent modifier le passage du résultat comptable à la capacité de financement pour un organisme donné.

D'autres corrections ponctuelles peuvent être apportées aux comptes

Les comptes nationaux sont contraints de respecter le principe d'enregistrement des seuls flux de l'année civile. Ce principe peut, en comptabilité privée être exceptionnellement contourné et il arrive que les comptes d'un organisme soient établis sur une période supérieure à l'année. En comptabilité nationale, ne pas corriger ces comptes conduirait à une incohérence avec les comptes des unités contreparties (eux-mêmes établis pour une année civile). Par ailleurs, cela conduirait aussi à une perte de sens de l'indicateur de Maastricht « déficit/PIB », le dénominateur étant évalué pour l'année civile. Ce type de correction a été notamment effectué dans le passé à l'occasion du premier exercice du FOREC.

L'adossment du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG)

Le régime de retraite des IEG a été rattaché aux régimes de droit commun (régime général et régimes complémentaires) en 2005. Pour assurer la neutralité de l'adossment à la caisse nationale d'assurance vieillesse, il a été convenu que les IEG versent une somme forfaitaire libératoire (soulte) à la CNAV. Une partie de la soulte (3,060 Md€) a été versée en 2005 au fonds de réserve de retraite (FRR). Le montant restant (4,589 Md€) donnera lieu à des annuités indexées sur les prix, versées à la CNAV, soit 27 annuités de 287 M€ (en euro 2005). Les comptes de la CNAV ne retracent chaque année que le montant d'une annuité. En revanche, conformément aux règles européennes de comptabilité, c'est le montant total de la soulte qui est enregistré en 2005 en comptabilité nationale, soit 7,6 Md€.

Cette soulte est retracée dans les recettes de la CNAV en contrepartie de créances sur le FRR (3,1 Md€) et les IEG (4,6 Md€). Ces créances donnent lieu à des revenus financiers : d'une part les plus values et les produits financiers dégagés par le FRR sur ses placements relatifs à la partie de la soulte qu'il gère et d'autre part le paiement d'intérêts pour les IEG. Au terme du dispositif la somme des intérêts versés par les IEG sera égale à la différence entre les 20 annuités reçues par la CNAV et leur valeur actualisée (4,6 Md€) enregistrée en 2005, assurant ainsi – sur la durée du dispositif – la neutralité du traitement de comptabilité nationale en terme de capacité/besoin de financement de la CNAV.

Par ailleurs, les régimes de retraites complémentaires bénéficient d'une soulte (droit d'entrée) de 0,8 Md€, enregistrée en recette de ces organismes.

Tableau de passage du résultat comptable à la capacité de financement pour le régime général.

En milliards €

	2004	2005
Résultat des organismes du régime général	-11,9	-11,6
Dotations et reprises sur provision	-1,3	-0,3
Opérations en capital	-1,0	-0,3
<i>Dont versement de la CNAV au FRR</i>	<i>-0,9</i>	<i>-0,3</i>
Plus ou moins values (sur immobilisations financières)	-0,0	-0,0
Corrections de synthèse	-0,2	+0,3
Traitement de l'adossment du régime de retraite des IEG		+7,8

<i>Dont : Soutle IEG versée à la CNAV</i>		+7,6
<i>Produits financiers reçus du FRR</i>		0,3
<i>Annulation de l'annuité</i>		-0,3
<i>Intérêts reçus des IEG</i>		+0,2
Capacité (+) / besoin (-) de financement du régime général	-14,4	-4,2
Capacité (+) / besoin (-) de financement des autres régimes	-0,1	+2,9
<i>Dont adossement des IEG aux régimes complémentaires</i>		+0,8
Capacité (+) / besoin (-) de financement des ODASS	-0,1	-1,3
Capacité (+) / besoin (-) de financement des ASSO	-14,6	-2,6

LES REPRISES DE DETTE PAR LA CADES

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été créée par l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996.

La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie a prévu des reprises de dettes par la CADES échelonnées de 2004 à 2006 pour les déficits de l'assurance maladie.

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (article 20) limite dorénavant les possibilités de transfert de dette à la CADES en imposant que toute nouvelle opération de ce type soit accompagnée de l'affectation à cette caisse de recettes nouvelles permettant de ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale.

Au 31 décembre 2006, compte tenu des encaissements de CRDS à hauteur de 49,8 Md€ depuis sa création, la dette amortie s'élève à 32,1 Md€ et les intérêts représentent 17,8 Md€. Le montant de la dette restant à amortir atteint 75,6 milliards d'euros

Les dispositions relatives à la CADES inscrites dans la loi du 13 août 2004

La loi du 13 août 2004 (article 76) a prévu une double reprise de dettes : pour le déficit cumulé de l'assurance maladie au 31 décembre 2004 (exercices 1999 à 2004) dans la limite de 35 Md€ ; pour le financement des déficits prévisionnels des exercices 2005 et 2006 dans une limite de 15 Md€ pour l'ensemble de ces deux exercices.

Le financement de ce dispositif a reposé à la fois sur un allongement de la durée de vie de la CADES (même si celle-ci n'est plus déterminée explicitement, mais subordonnée à la fin de ses missions, la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a prévu qu'elle ne pourrait plus dorénavant être rallongée), et sur un élargissement de l'assiette de la CRDS sur les revenus salariaux (à l'instar de la CSG) à 97% du salaire (au lieu de 95% antérieurement). Le taux de la CRDS reste inchangé (0,5%).

Les reprises de dettes 2004, 2005 et 2006

La reprise de dette effectuée en 2004, correspondant au déficit prévisionnel cumulé de la CNAM à fin 2004, d'un montant total de 35Md€, a donné lieu à quatre versements de la CADES à l'ACOSS, échelonnés entre le 1^{er} septembre et 9 décembre 2004.

La reprise de dette effectuée en 2005 s'est élevée à 6,61Md€. Ce montant correspond, pour 8,3 Md€, à la reprise du déficit prévisionnel 2005 et pour - 1,69 Md€, à une régularisation de la reprise de dette opérée en 2004 (le déficit cumulé réellement constaté à fin 2004 s'étant élevé à 33,31Md€ au lieu des 35Md€ initialement prévus). Cette opération s'est traduite par un versement unique en date du 7 octobre 2005.

En 2006, la reprise de dette a porté sur 5,7Md€. Ce montant représente la reprise du déficit prévisionnel 2006 pour 6Md€ et, pour - 0,3Md€, la régularisation de la reprise de dette opérée en 2005 (le déficit réel de cet exercice s'étant élevé à 8 Md€ au lieu du montant de 8,3 Md€ initialement prévu). Il a fait l'objet d'un versement unique effectué le 6 octobre 2006.

Une dernière opération, en 2007, permettra de tenir compte du déficit réellement constaté en 2006. L'ACOSS devrait reverser 658M€ à ce titre à la CADES.

Les dettes reprises par la CADES en application de la loi du 3 août 2004 s'établiront alors à 47,25 Md€ sur un total de 107,62Md€ depuis la création de la caisse. Ces reprises ont fortement amélioré la trésorerie du régime général et permis de minorer substantiellement ses charges financières à hauteur de 156 M€ en 2004, de 825 M€ en 2005 et de 1 293 M€ en 2006.

Reprises de dettes par la CADES depuis l'origine

(en milliards d'euros)

Année de reprise de dette	1996	1998	2003	2004	2005	2006	2007	Tous exercices
Régime Général	20,89	13,26						34,15
Assurance-maladie				35,0	6,61	5,70	-0,06	47,25
Etat (1)	23,38							23,38
CANAM	0,46							0,46
Champ FOREC	-		1,283	1,097				2,38
TOTAL	44,73	13,26	1,283	36,097	6,61	5,70	-0,06	107,62

(1) Le montant indiqué représente le montant en capital augmenté des intérêts d'emprunts. En effet, la CADES a repris, en 1996, la dette de l'Etat au titre d'une dette sociale ancienne dont 16,8 Md€ en capital et 6,58 Md€ en intérêts.

Ressources de la CADES

Hormis le produit de la vente des biens immobiliers qui appartenaient aux caisses du régime général, l'essentiel des ressources de la CADES est constitué du produit de la CRDS. Cette contribution, d'un taux de 0,5%, est assise sur les revenus d'activité, de remplacement, de placement et du patrimoine ainsi que sur les jeux et les objets précieux.

En 2006, le rendement de la CRDS a été de 5,48 Md€, en progression de 5,8%, et le produit attendu en 2007 est estimé à 5,61 Md€, soit un accroissement de 2,4% par rapport à 2006.

L'évolution du rendement de la CRDS est globalement liée à la croissance économique. Ce rendement a été accru en 2006 par la mesure sur les plans d'épargne logement (article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 –voir fiche 6.6). Cette recette exceptionnelle explique la forte augmentation de la CRDS en 2006 et, par contrecoup, sa progression très modérée en 2007.

Le financement des reprises de dette par la CADES

Pour faire face à ses engagements, la CADES est habilitée à contracter des emprunts, selon une stratégie élaborée par son Conseil d'administration et dont les principes fondamentaux sont :

- La minimisation du coût des financements, avec un recours prioritaire aux financements de marché ;
- La crédibilité de la signature (emprunts obligataires de référence liquides en euros) ;
- L'utilisation d'une grande palette d'instruments financiers (émissions obligataires indexées sur l'inflation, programme de titres à moyen terme, papiers commerciaux, crédits syndiqués....)
- Une diversification géographique des sources de financement (émissions obligataires en dollars américains, australiens, canadiens...)
- Un élargissement de la base d'investisseurs (émissions à moyen long terme structurées, titres distribués aux investisseurs japonais....)

Les reprises de dettes prévues par la loi du 13 août 2004 ont conduit la CADES à mettre en œuvre des programmes d'émissions importants, à hauteur de 41 Md€ en 2004, de 35,3 Md€ en 2005 et de 20 Md€ en 2006. Concentrées sur le second semestre en 2004 et majoritairement effectuées sur le 1er semestre en 2005, les émissions de la CADES liées à la reprise de dette en 2004 ont bénéficié d'excellentes conditions financières liées au niveau très bas de la courbe des taux et à l'intérêt soutenu des investisseurs français et internationaux.

Depuis, la CADES a continué ses programmes d'émission sur l'ensemble des marchés internationaux, refinançant dans de bonnes conditions les transferts de dette successifs réalisés en 2005 (6,61Md€) et 2006 (5,7 Md€), et transformant sa dette à court terme, en dette à moyen et long terme. Compte tenu de ces versements et des échéances de dettes (environ 6,4Md€), un programme de 9Md€ devrait être réalisé en 2007.

La CADES, l'une des plus grandes agences européennes, bénéficie de conditions de financement aussi favorables que celles de la Banque Européenne d'Investissement et de la KFW allemande (Kasse für Wiederaufbau), notées, comme elle, triple A par les principales agences de notation internationales.

ANNEXES

ANNEXE 1
DISPOSITIONS LEGISLATIVES RELATIVES
A LA COMMISSION DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE

Article L. 114-1 du code de la Sécurité sociale

Article L. 114-1

Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale (Art.15)

Loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille (Art.34)

Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (Art.3)

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (Art. 40)

La Commission des comptes de la sécurité sociale analyse les comptes des régimes de sécurité sociale.

Elle prend, en outre, connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi, ainsi que d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par le régime général de la sécurité sociale avec l'Etat et tous autres institutions et organismes. Elle inclut, chaque année, dans un de ses rapports, un bilan de l'application des dispositions de l'article L. 131-7.

La commission, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, du Conseil économique et social, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales, des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, des organismes mutualistes, des professions et établissements de santé, ainsi que des personnalités qualifiées.

Elle est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le premier président de la cour des comptes pour une durée de trois ans, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale sont communiqués au Parlement.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les périodes au cours desquelles se tiendront les deux réunions annuelles obligatoires de la commission.

ANNEXE 2
DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES RELATIVES A LA
COMMISSION DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE

Articles D. 114-1 à D. 114-4 du code de la Sécurité sociale

Article D. 114-1

La commission des comptes de la sécurité sociale, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend, en outre :

1° Quatre membres de l'Assemblée nationale et quatre membres du Sénat désigné respectivement par le président de l'Assemblée nationale et par le président du Sénat ;

2° Un membre du Conseil économique et social désigné par le président du Conseil économique et social ;

3° Un magistrat de la Cour des comptes désigné par le premier président de la Cour des comptes ;

4° Douze représentants des organisations professionnelles syndicales et sociales désignés à raison de :

a) Cinq par les organisations syndicales les plus représentatives des salariés ;

b) Trois par le conseil national du patronat français ;

c) Un par la confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

d) Un par la fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;

e) Un par l'assemblée permanente des chambres de métiers ;

f) Un par l'union nationale des associations familiales.

5° a) Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

b) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

c) Le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4 ;

d) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

e) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales ;

f) Le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ;

g) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;

h) Le président du conseil d'administration de la Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce ;

i) Le président du conseil d'administration de la Caisse de compensation de l'assurance vieillesse artisanale ;

j) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

k) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;

l) La commission comprend en outre un représentant des régimes autres que ceux énumérés ci-dessus, désigné après entente entre les présidents des caisses et institutions intéressés ou, à défaut, par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

m) Le président du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse ;

n) Le président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires ;

o) Le président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraites des cadres ;

p) Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

6° Le président du Centre national des professions de santé ainsi que cinq représentants des organisations professionnelles de médecins et trois représentants des établissements de soins désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

7° Sept personnalités qualifiées désignées pour leur compétence particulière par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D. 114-2

Un secrétaire général permanent, nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale, assure l'organisation des travaux ainsi que l'établissement du rapport prévu à l'article D. 114-3.

Article D. 114-3

La commission se réunit au moins deux fois par an, à l'initiative de son président .

La commission est réunie une première fois entre le 15 avril et le 15 juin et traite des comptes du régime général de sécurité sociale.

La seconde réunion se déroule entre le 15 septembre et le 15 octobre. Les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale y sont présentés à la commission et analysés par elle.

Elle reçoit communication des comptes des régimes de sécurité sociale établis pour l'année antérieure et des comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année suivante par les directions compétentes des ministères concernés, qui assistent aux séances de la commission .

La commission prend en outre connaissance des comptes définitifs et prévisionnels, établis dans les mêmes conditions, des régimes complémentaires de retraites rendus obligatoires par la loi.

Le secrétaire général permanent établit un rapport qui est exposé à la commission et transmis au Gouvernement en vue de sa présentation au Parlement.

La commission peut créer, en son sein, des groupes de travail sur des thèmes déterminés.

Elle peut faire participer à ses travaux les experts de son choix et procéder à toute audition qu'elle jugera utile.

Article D.114-4

Il est alloué une indemnité forfaitaire mensuelle au secrétaire général permanent.

Le secrétaire général permanent peut faire appel à des rapporteurs extérieurs qui perçoivent pour leurs travaux des vacations dont le nombre est fixé par le secrétaire général permanent selon l'importance des travaux effectués.

Le taux unitaire des vacations est fixé à 1/1 000 du traitement brut annuel afférent à l'indice brut 494 soumis à retenue pour pension.

Ces vacations sont exclusives de toute autre rémunération pour travaux effectués pour le compte du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le montant de l'indemnité allouée au secrétaire général permanent et le nombre maximum annuel de vacations susceptibles d'être allouées à un même rapporteur extérieur, en application du présent article, sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de la fonction publique

ANNEXE 3
COMPOSITION DE LA COMMISSION DES COMPTES DE LA
SECURITE SOCIALE

PRÉSIDENTS

M. Xavier BERTRAND, Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité

M^{me} Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

M. Éric WOERTH, Ministre du Budget, des comptes publics et de la Fonction publique

M^{me} Valérie LÉTARD, Secrétaire d'État auprès de M. Xavier BERTRAND, chargée de la Solidarité

I - PARLEMENTAIRES

DÉPUTÉS

N. Député

N. Député

N. Député

N. Député

SÉNATEURS

M. Jean-Jacques JEGOU Sénateur du Val de Marne

M. Jean-Marc JUILHARD Sénateur du Puy de Dôme

M. Michel MERCIER Sénateur du Rhône

M. Alain VASSELLE Sénateur de l'Oise

II - CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

M. Jean-Michel LAXALT Membre du Conseil économique et social

III - COUR DES COMPTES

M. Laurent RABATE Conseiller maître à la Cour des comptes

IV - ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES, SYNDICALES ET SOCIALES

M. Jean-René BUISSON	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M ^{me} Véronique CAZALS	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M ^{me} Marie-Christine FAUCHOIS	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M. Jean-Bernard BAYARD	Président de la Commission sociale de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA)
M. Pierre MARTIN	Président de l'Union professionnelle artisanale (UPA)
M. Pierre-Yves CHANU	Confédération générale du travail (CGT)
M. François FONDARD	Union nationale des associations familiales (UNAF)
M. Jean-Marc BILQUEZ	Secrétaire confédéral de la Confédération générale du travail Force Ouvrière (FO) – secteur protection sociale
M ^{me} Danièle KARNIEWICZ	Secrétaire nationale du pôle protection sociale de la Confédération française de l'encadrement (CFE) et de la Confédération générale des cadres (CGC)
M ^{me} Isabelle SANCERNI	Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
M. Yves VEROLLET	Secrétaire confédéral de la Confédération française démocratique du travail, section Sécurité sociale – retraite – prévoyance (CFDT)
M. Jean-François VEYSSET	Vice-Président de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)

V - ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

M. Jean-Claude AUROUSSEAU	Président du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM)
M. Franck GAMBELLI	Président de la Commission des accidents du travail et maladies professionnelles à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
M. Georges BOUVEROT	Président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires (ARRCO)
M. Pierre BURBAN	Président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS)
M. Jean-Pierre DAVANT	Président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
M. Claude DOMEIZEL	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)
M. Gérard VERDUN	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)
M. Gérard PELHATE	Présidente du conseil d'administration des Caisses centrales de mutualité sociale agricole (CCMSA)
M ^{me} Danièle KARNIEWICZ	Présidente du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)
M. Jean-Louis BUHL	Président du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)
M. Jean-Louis DEROUSSEN	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)
M. Gérard QUEVILLON	Président du conseil du Régime social des indépendants (RSI)
M. Michel REGEREAU	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
M. Jean-Louis WALTER	Président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC)

Conseiller-maître à la Cour des comptes

ADMINISTRATIONS INVITÉES

M. David LITVAN	Sous-directeur à la Direction générale de la comptabilité publique – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M. Jean-Michel CHARPIN	Directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M ^{me} Annie PODEUR	Directrice des Hôpitaux – ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
M. Didier HOUSSIN	Directeur de la Direction générale de la santé – ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
M. Guy DE MONCHY	Chef de Mission de contrôle économique et financier – CNAV
M. Philippe JOSSE	Directeur du Budget – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M ^{me} Anne-Marie BROCAS	Directrice de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité – ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M ^{me} Sophie BOISSARD	Directrice générale du Centre d'analyse stratégique (CAS)
M. Jean-Philippe GAUDEMET	Chef de Mission Sécurité sociale et action sociale – Contrôle général économique et financier – Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi – ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M. Dominique LIBAULT	Directeur de la Sécurité sociale – ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité – ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M. Alain MOULINIER	Directeur général de la Forêt et des Affaires rurales – ministère de l'Agriculture et de la Pêche
M. Noël RENAUDIN	Président du Comité économique des produits de santé – ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
M. Xavier MUSCA	Directeur général du Trésor et de la Politique économique – ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi
M. Jean-Christophe MARTIN	Directeur du Commerce, de l'Artisanat, des Services et des Professions libérales – ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi