

LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

**RÉSULTATS 2012
PRÉVISIONS 2013**

RAPPORT
juin 2013

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**

Anne-Sophie ANBAR	David HOYRUP
Sandra BERNARD	Roman KRAKUS
Nicolas BLANCHARD	Éric LEFEBVRE
Pierrick BONNIEU-MILOT	Pauline LE MEIL
Céline CAREL	Charlotte LESPAGNOL
Emmanuel CHION	Mehdi MAMACHE
Stéphanie CHORT	Katarina MILETIC-LACROIX
Marianne CORNU-PAUCHET	Ursule NGOUANA
Denis DARNAND	Cédric PARIS
Mathilde DELPY	Anne-Gisèle PRIVAT
Akram EL SAADANY	Bérénice RENARD
Sylvain GROGNET	Léa RIVOT
Leïla HACHEMI	Nicolas VANNI
Anne-Claire HOREL	

Pour l'ACOSS

Laure BERNÉ, Benjamin COLLIN, David JACQUIN, Christophe MORNET

Pour la DGFIP

Patrick AUGERAUD, Éric BLAYOT

Pour la MCP

Camille L'HERNAULT, Sophie MAISONNEUVE, Patrice LUCAS
et Andry RAKOTOARSON

Organisation : Francette BEAUNOIR et Françoise HALBUTIER.

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 des affaires sociales et de la santé, du ministère de l'économie et des finances ainsi qu'avec les services et les agents comptables des Caisses nationales de Sécurité sociale et du FSV.

Table de matières

1. Synthèse	7
1.1. Une réduction des déficits contrariée en 2013 par la dégradation de la conjoncture ..	8
2. Eclairages	19
2.1. L'environnement économique	20
2.2. Economies sur les dépenses de médicaments en ville : retour sur les mesures prises depuis 2005	24
2.3. Bilan des dispositifs médicaux en ville	28
2.4. Les médicaments de la « liste en sus »	32
2.5. Dynamique récente des dépenses d'invalidité	38
2.6. Les bénéficiaires du CLCA	42
2.7. Les aides à la personne ciblées sur les publics fragiles	46
2.8. Etat des lieux de la protection sociale complémentaire d'entreprise	50
3. Vue d'ensemble des recettes du régime général	55
3.1. Vue d'ensemble des recettes	56
3.2. Les prélèvements sur les revenus d'activité du secteur privé	60
3.3. Les autres prélèvements sur les revenus d'activité	66
3.4. Les dispositifs d'exonération en faveur de l'emploi	68
3.5. Les prélèvements sur les revenus du capital	72
4. Les cotisations, prélèvements sociaux, impôts et taxes	77
4.1. Les cotisations	78
4.2. La CSG	80
4.3. Les autres prélèvements sociaux	82
4.4. Les impôts et taxes	86
4.5. Les taxes sur le tabac et les boissons	90
4.6. La compensation des exonérations de cotisation	94
5. Les transferts	99
5.1. Vue d'ensemble sur les transferts	100
5.2. Les transferts reçus	102
5.3. Les transferts versés	104
6. Vue d'ensemble des dépenses du régime général	107
6.1. Vue d'ensemble des dépenses	108
6.2. La gestion administrative	112
6.3. L'action sociale	114
7. Les prestations maladie et AT	119
7.1. ONDAM 2012	120
7.2. ONDAM 2013	126
7.3. Le passage des dépenses du champ de l'ONDAM aux prestations maladie-maternité de la CNAM	130
7.4. La consommation de soins de ville du régime général	132
7.5. Les prestations maladie et AT-MP hors ONDAM du régime général	138
8. Les prestations vieillesse	145
8.1. Contexte démographique	146
8.2. L'évolution des prestations de retraite	150
9. Les prestations famille	155
9.1. Les prestations familiales	156
9.2. Les aides au logement	160
10. La trésorerie du régime général	163
10.1. Les relations de trésorerie Etat – Sécurité sociale	164

10.2.	Les créances sur les entreprises	168
10.3.	Les charges et produits financiers de l'ACOSS	170
10.4.	Du résultat comptable à la variation de trésorerie	176
11.	<i>Les organismes concourant au financement du régime général</i>	179
11.1.	Le FSV	180
11.2.	Le FRR	184
11.3.	La CNSA	186
11.4.	La CADES	190
12.	<i>Les comptes du Régime général</i>	195
12.1.	CNAM – maladie	196
12.2.	CNAM - AT-MP	200
12.3.	CNAV	204
12.4.	CNAF	208
12.5.	Méthodologie pour le passage du compte brut au compte net.....	212
12.6.	Du résultat comptable à la contribution du régime général au besoin de financement des ASSO	216
13.	<i>ANNEXES.....</i>	221

1. SYNTHÈSE

1.1. Une réduction des déficits contrariée en 2013 par la dégradation de la conjoncture

Une réduction du déficit en 2011 et 2012...

Le déficit de l'ensemble régime général – FSV s'est établi à -17,5 Md€ en 2012, soit une diminution de 3,3 Md€ par rapport au niveau de 2011. En deux ans, il a été réduit de 10,6 Md€ par rapport au niveau de 2010 qui a marqué un maximum historique. Cette amélioration porte uniquement sur le régime général, le déficit du FSV étant en 2012 au même niveau qu'en 2010. Pour l'ensemble régime général – FSV, le déficit de 2012 reste très élevé, près du double des niveaux de 2007-2008.

Les années 2011 et 2012 ont été marquées par des apports de recettes importants et une progression assez modérée des dépenses. Les recettes ont par ailleurs bénéficié en 2011 d'une bonne tenue de la masse salariale. Celle-ci s'est ensuite nettement ralentie en 2012, expliquant la moindre réduction du déficit (de 3,4 Md€ en 2012 après 7,2 Md€ en 2011).

Les produits du régime général ont augmenté de 4,4% en 2012. Cette progression nettement supérieure à celle de la masse salariale (2,2 %) traduit les apports de recettes découlant des textes financiers votés à la fin de 2011 et en 2012. Le supplément de recettes correspondant à ces mesures est estimé à 7 Md€ en 2012.

Les charges nettes du régime général se sont accrues de 2,9 %, un rythme voisin de celui des deux années précédentes.

Soldes par branche du régime général et du FSV

	En milliards d'euros					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)
Maladie	-4,4	-10,6	-11,6	-8,6	-5,9	-7,9
Accidents du travail	0,2	-0,7	-0,7	-0,2	-0,2	0,3
Retraite	-5,6	-7,2	-8,9	-6,0	-4,8	-3,5
Famille	-0,3	-1,8	-2,7	-2,6	-2,5	-3,2
Régime général	-10,2	-20,3	-23,9	-17,4	-13,3	-14,3
FSV	0,8	-3,2	-4,1	-3,4	-4,1	-3,0
Vieillesse y compris FSV	-4,8	-10,4	-13,0	-9,5	-8,9	-6,5
Régime général + FSV	-9,4	-23,5	-28,0	-20,9	-17,5	-17,3

Source : DSS/SD6/6A

La réduction du déficit du régime général en 2012 s'est partagée entre les branches maladie (pour 2,7 Md€) et retraite (pour 1,2 Md€) qui ont été les principales bénéficiaires des apports de recettes. Le déficit de la branche famille est resté pratiquement stable.

La meilleure conjoncture de 2011 avait permis la réduction du déficit du Fonds de solidarité vieillesse (de 700 M€). Mais il s'est nettement dégradé en 2012 pour revenir à son niveau de 2010, en raison notamment de la forte augmentation de ses prises en charge de cotisations au titre du chômage et d'une réduction de ses recettes de C3S.

...qui marquerait le pas en 2013

La réduction des déficits amorcée en 2011-2012 connaîtrait un coup d'arrêt en 2013. Les recettes sont affectées par le ralentissement très sensible de la masse salariale.

Sous les hypothèses du programme de stabilité, le déficit du régime général se dégraderait d'un milliard d'euros en 2013 par rapport à 2012, alors que celui du FSV s'améliorerait de

1,1 Md€. Le déficit d'ensemble serait pratiquement stable : -17,3 Md€ après -17,5 Md€ en 2012.

Malgré des apports de recettes encore très substantiels estimés à 5,1 Md€ pour le régime général et 1 Md€ pour le FSV (en additionnant les effets de la LFR d'août 2012, et des LFI et LFSS pour 2013), l'augmentation des produits du régime général serait nettement moindre en 2013 qu'en 2012 (3 % après 4,4 %) en raison du ralentissement de la masse salariale. Les charges augmenteraient de 3,2 %, un rythme légèrement supérieur à celui de 2012.

Les branches du régime général connaîtraient des évolutions contrastées en 2013, l'augmentation des déficits des branches maladie (de 2 Md€) et famille (de 0,7 Md€) étant en partie compensée par une amélioration du solde de la branche retraite (de 1,3 Md€).

Les hypothèses économiques pour 2013

Les hypothèses qui servent de base aux prévisions ici présentées pour 2013 sont celles qui ont été associées au programme de stabilité 2013-2017 transmis à la commission européenne fin avril.

La prévision de croissance du PIB pour 2013 a été ramenée à 0,1 % au lieu de 0,8 % dans les lois de finances et de financement pour 2013.

Les prévisions d'emploi et de masse salariale subissent cette révision de la croissance économique. La progression de la masse salariale privée est abaissée d'un point : l'hypothèse est désormais de 1,3 % en valeur (un recul de l'emploi de -0,6 % et une hausse du salaire moyen de 1,9 %) au lieu de 2,3 % dans la LFSS.

La hausse des prix (hors tabac) est revue en nette baisse : elle serait de 1,2 % en moyenne annuelle en 2013 (au lieu de 1 ¾ % dans la LFSS), après 1,9 % en 2012.

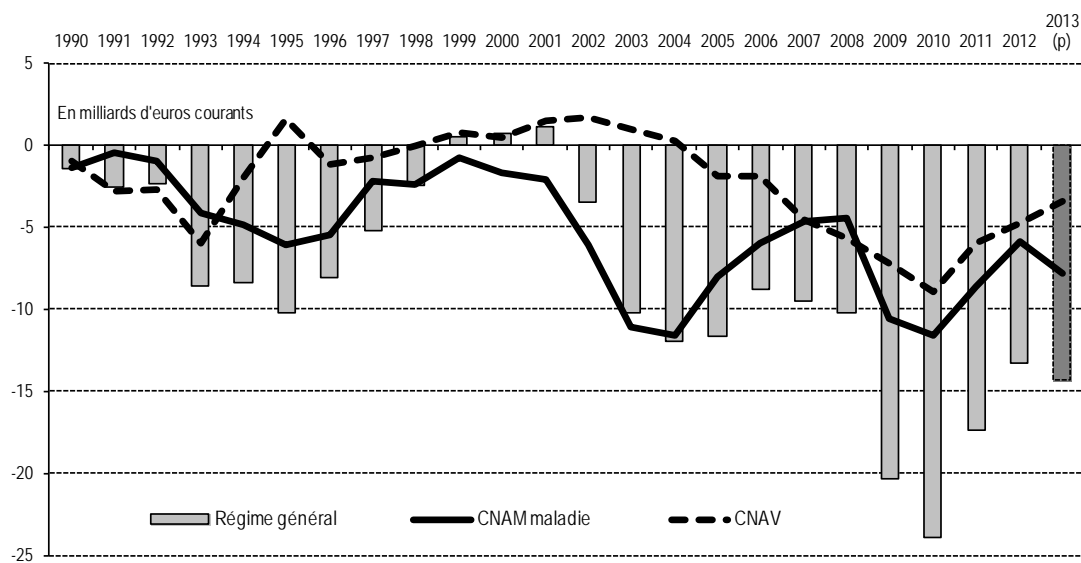
Une forte dégradation de la trésorerie du régime général en 2012

Le découvert de trésorerie de l'ACOSS s'est élevé à -16,6 Md€ au 31 décembre 2012, contre -4,7 Md€ un an plus tôt. La variation de trésorerie de -11,9 Md€ a été limitée par la reprise de dette de 6,65 Md€ effectuée par la CADES au printemps 2012 au titre des déficits de la branche vieillesse et du FSV (et d'une régularisation). Mais les déficits des autres branches, qui ne font pas l'objet de reprises, contribuent à dégrader la trésorerie du régime général. Hors reprise de dette, la variation de trésorerie relative aux opérations de l'année 2012 aurait été de -18,6 Md€. Elle est sensiblement plus élevée que le déficit comptable du régime général en raison notamment de l'incidence en trésorerie (estimée à -4,3 Md€) des retards de paiement du FSV à la CNAV.

Le coût moyen de financement de l'ACOSS a encore diminué en 2012 pour s'établir au niveau très bas de 0,187 % contre 1,014 % en 2011, ce qui a permis de limiter les charges financières nettes à 15 M€ contre 142 M€ en 2011.

A la fin du 1^{er} semestre 2013, la reprise des déficits 2012 de la branche vieillesse du régime général et du FSV donne lieu à de nouveaux versements de la CADES à l'ACOSS pour un montant de 7,7 Md€ (intégrant une régularisation négative au titre de 2011). Le solde de trésorerie de l'ACOSS serait voisin de -19 Md€ à la fin du 2^e trimestre.

Soldes du régime général, de la CNAM maladie et de la CNAV



soldes en encaissements-décaissements jusqu'en 1998, en droits constatés à partir de 1999 - prévisions pour 2011

Source : DSS/SD6/6A

Les écarts aux prévisions associées à la loi de financement pour 2013 pour le régime général

Le résultat 2012 du régime général (-13,3 Md€) est conforme à la prévision associée en décembre 2012 à la loi de financement pour 2013.

Pour 2013, le déficit prévu en LFSS était de -11,7 Md€¹. La nouvelle prévision (-14,3 Md€) accroît le déficit du régime général de 2,6 Md€. Les recettes sont globalement réduites de 3,4 Md€ avec une diminution de 4 Md€ des prélèvements sociaux et fiscaux (dont 2,9 Md€ sur revenus d'activité et 1,1 Md€ sur les recettes fiscales) en partie compensée par une augmentation des transferts du FSV de 0,6 Md€. Les prestations sont réduites de 0,8 Md€ du fait de revalorisations plus faibles que prévu et de la révision à la baisse des dépenses d'assurance maladie.

Par branche, la révision porte principalement sur la branche maladie dont le déficit est aggravé de 2,6 Md€ par rapport à la LFSS. Le déficit de la branche famille est accru de 600 M€ en raison d'une révision à la baisse des recettes sur revenus d'activité (-480 M€) et des recettes fiscales (-100 M€). Le solde de la CNAV est en revanche amélioré de 600 M€ qui correspondent pour l'essentiel à une augmentation des transferts du FSV au titre du chômage.

¹ En intégrant les conséquences financières des décisions du Conseil constitutionnel postérieures au vote de la LFSS.

En 2013 une progression ralentie des recettes et une légère accélération des dépenses du régime général

Sur les trois années 2011-2013, le régime général a bénéficié d'apports de recettes substantiels. Le ralentissement très marqué de la croissance des produits, en 2012 puis en 2013, reflète celui de la masse salariale.

Les dépenses augmentent assez régulièrement depuis 2010 à un rythme proche de 3 % par an, nettement inférieur à la tendance des années 2004-2008 (4,5 % en moyenne). Leur croissance serait un peu plus forte en 2013 et dépasserait celle des recettes.

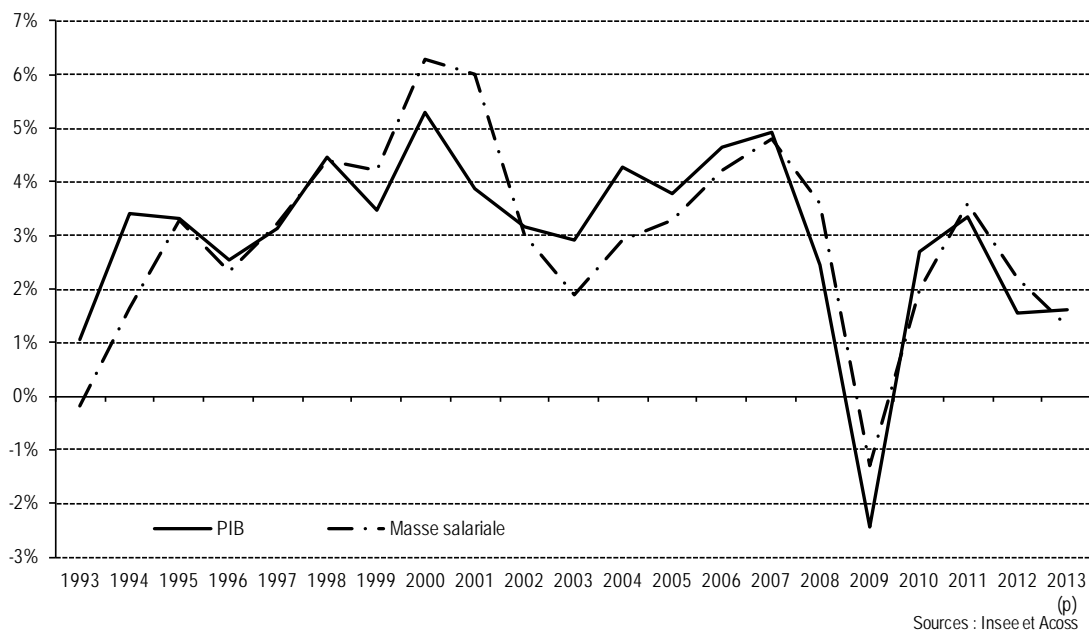
Taux de variation des produits et charges nets du régime général*

	En % par an				
	2009	2010	2011	2012	2013 (p)
Produits nets	-0,2%	2,0%	5,3%	4,4%	3,0%
Charges nettes	3,3%	3,0%	2,8%	2,9%	3,2%
Ecart	-3,5%	-1,1%	2,5%	1,5%	-0,2%

Source : DSS/SD6/6A

Les modalités de consolidation pour passer des charges et produits bruts aux charges et produits nets ont été revues en 2011, suite aux recommandations de la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des LFSS de septembre 2011. Ces opérations sont décrites dans la fiche 17-6 du présent rapport.

Taux de croissance annuel du PIB et de la masse salariale



Des apports de recettes encore importants en 2013, compensant en partie une tendance spontanée en net ralentissement

L'évolution des recettes du régime général repose très largement sur les revenus d'activité du secteur privé qui sont l'assiette de 80 % des cotisations et 62 % des produits de CSG. Elle subit donc fortement l'impact du ralentissement de la masse salariale privée, dont la progression serait limitée à 1,3 % en 2013 après 2,2 % en 2012 et 3,6 % en 2011.

Cependant, l'augmentation des produits du régime général sera de nouveau, en 2013, supérieure à celle de la masse salariale, comme il l'a été en 2011 et 2012, pour différentes raisons dont la principale est l'apport de recettes nouvelles.

Le supplément de recettes apporté au régime général a été estimé à environ 7 Md€ pour chacune des deux années 2011 et 2012.

En 2013, l'impact des mesures nouvelles en recettes serait d'environ 6 Md€ pour le régime général et le FSV. Il s'agit principalement des effets en année pleine des hausses de la cotisation retraite, du forfait social et des prélèvements sur les revenus du capital intervenues en 2012. Les droits de consommation sur les tabacs affectés au régime général augmenteraient fortement, principalement du fait de la hausse de la quote-part de la CNAM.

Au total, les cotisations augmenteraient de 3,2 % en 2013, sensiblement plus vite que la masse salariale du secteur privé en raison des hausses de cotisations et de la forte réduction des exonérations de cotisations sur heures supplémentaires. Les recettes de CSG ne progresseraient que de 0,8 % (après 3,9 % en 2012) en raison de l'atonie des revenus d'activité, d'une répartition de la CSG maladie défavorable à la CNAM et d'une baisse des revenus du capital. Les « autres prélèvements sociaux » assis sur des revenus connaîtraient encore une forte augmentation (+32 %) avec la hausse du forfait social et du prélèvement sur revenus du capital. Enfin, les impôts et taxes affectés au régime général (incluant les recettes de l'ancien « panier allégements généraux »), dont le montant a atteint 31,8 Md€ en 2012, progresseraient de 3,1 % en 2013.

Les dépenses : une croissance un peu plus forte des prestations en 2013

Les prestations du régime général, qui sont la principale composante de ses dépenses, connaîtraient une croissance un peu plus forte en 2013

Evolution des prestations du régime général

	En % par an			
	2010	2011	2012	2013 (p)
Maladie	2,9%	2,8%	2,7%	3,1%
Retraite	4,3%	4,6%	3,9%	4,2%
Famille	2,5%	1,5%	3,0%	2,0%
Régime général	3,3%	3,3%	3,1%	3,4%

Source : DSS/SD6/6A

Prestations de retraite : un rebond temporaire des départs en 2013

Les prestations de retraite du régime général ont augmenté de 3,9 % en 2012, un taux de progression encore soutenu mais moins élevé qu'en 2010 et 2011, et nettement inférieur à la tendance moyenne des années 2005-2008 (environ 6 % par an). Ce ralentissement traduit l'effet de la réforme des retraites de 2010 : le relèvement de l'âge légal à 60 ans et 9 mois pour la génération 1952 (accéléré par la LFSS pour 2012) a réduit de 188 000 le nombre des départs. L'effectif de retraités (hors retraites anticipées), qui est un déterminant essentiel des dépenses de prestations, a vu sa progression sensiblement ralentie (1,6 % contre 3 % en 2011 et 3,3 % par an en moyenne sur la période 2008-2011). Malgré l'augmentation des départs anticipés, le nombre total de départs en retraite (578 000) a diminué de 5 % par rapport à 2011 (609 000). En sens inverse, la revalorisation des pensions au 1^{er} avril a été un peu plus élevée en 2012 qu'en 2011 (2,1 % contre 1,8 % en 2011).

En 2013, l'augmentation des prestations de retraite serait plus forte qu'en 2012 (4,2 %) malgré une moindre revalorisation des pensions (1,3 % au 1^{er} avril et 1,5 % en moyenne annuelle). Cette accélération serait due à un fort rebond des départs en retraite (715 000 au total soit 24 % de plus qu'en 2012) induit par les effets irréguliers, d'une année à l'autre, de la montée en charge de la réforme de 2010, et une forte augmentation des départs anticipés. Le recul de l'âge légal de la retraite de 9 mois pour la génération 1952 puis de 5 mois par génération pour les suivantes se traduit par un profil annuel des départs très heurté. Ainsi l'atteinte de l'âge légal s'est trouvée décalée en 2013 pour tous les assurés nés entre mars et décembre 1952, entraînant un report massif de départs de 2012 à 2013. Le nombre des départs anticipés serait également en forte augmentation (138 000 contre 84 000 en 2012) à la suite de l'assouplissement des conditions d'accès du dispositif depuis le 1^{er} novembre 2012.

Au total, la conjugaison en 2013 d'un pic de départs dans la montée en charge de la réforme de 2010 et de la reprise des retraites anticipées se traduirait par un effet volume important. L'augmentation du nombre total de retraités contribuerait pour 2,3 points à celle des dépenses (contre 1,3 point en 2012), les autres facteurs d'évolution étant la revalorisation des pensions (1,5 point) et la progression de la pension moyenne (0,3 point).

Prestations familiales : ralentissement en 2013 après la forte augmentation de 2012

Les prestations familiales ont connu une nette accélération en 2012 (+2,8 % après 1,6 % en 2011) en raison notamment de la majoration de 25 % du montant de l'allocation de rentrée scolaire qui a représenté un surcroît de dépenses de 360 M€ et contribué pour 1,1 point à la croissance des prestations. L'unification des majorations pour âge des allocations familiales (surcoût estimé à 110 M€) y a quant à elle contribué pour 0,4 point. Ces mesures ont accru une dépense par ailleurs modérée par une faible revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (1 % au 1^{er} avril).

En 2013, la progression des prestations légales nettes s'infléchirait à 2 %, la revalorisation de la BMAF au 1^{er} avril (1,2 %) ayant été alignée sur une prévision d'inflation en net ralentissement. Les deux grandes composantes des prestations familiales (prestations d'entretien et prestations d'accueil du jeune enfant) évolueraient sensiblement au même rythme en 2013. La croissance des prestations de la PAJE, qui avait été forte jusqu'en 2011, est à présent plus modérée.

Dépenses d'assurance maladie : des réalisations inférieures aux objectifs

En 2012, les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM ont été inférieures à l'objectif pour la troisième année consécutive. Selon le constat issu des comptes des régimes, elles se sont élevées à 170,3 Md€, soit 870 M€ de moins que l'objectif fixé par la loi de financement pour 2012 et 520 M€ de moins que l'estimation des dépenses de 2012 retenue à la dernière rentrée pour la construction de l'ONDAM 2013. La croissance des dépenses a été de 2,4 % en 2012 à périmètre constant, en ralentissement par rapport aux années précédentes (2,6 % en 2010 et 2,7 % en 2011).

L'écart à l'objectif d'ensemble est presque intégralement imputable aux soins de ville (-830 M€ par rapport à l'objectif initial, -480 M€ par rapport à l'estimation de l'automne 2012) ; il est de -50 M€ pour les établissements de santé alors qu'un dépassement de 20 M€ a été enregistré pour les « autres prises en charge » au titre des dépenses de soins à l'étranger.

Les dépenses de soins de ville du régime général ont nettement ralenti en 2012 avec une augmentation de 1,9 % contre 2,4 % en 2011. Pour ce qui est des versements de l'assurance maladie aux établissements de santé, la croissance plus forte que prévu des dépenses hospitalières tarifées à l'activité a été compensée par l'annulation des crédits mis en réserve en début d'année.

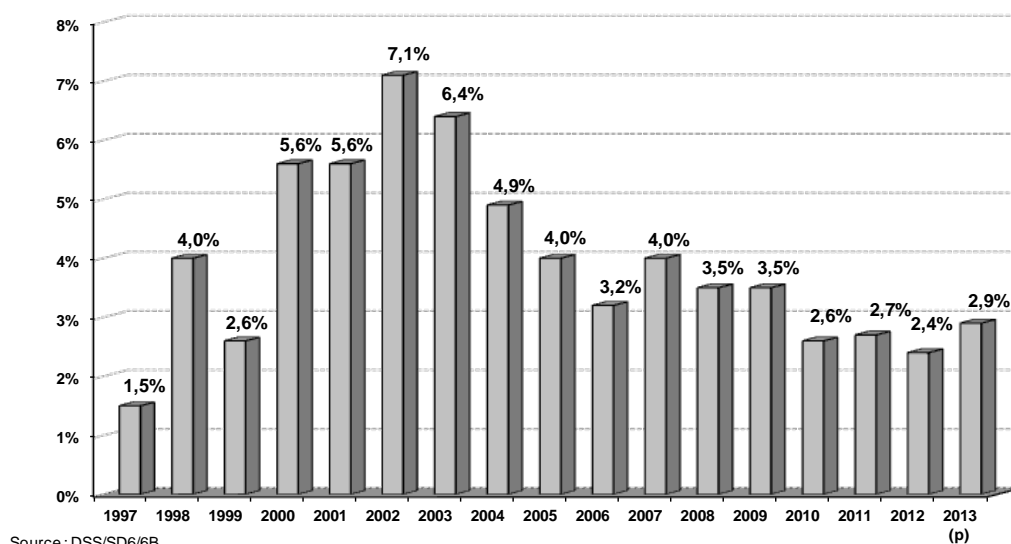
Pour 2013, la loi de financement de la sécurité sociale a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 175,4 Md€. Ce montant représente une augmentation de 2,7 % par rapport aux dépenses de l'année 2012 telles qu'elles étaient estimées à la rentrée 2012.

Le fait que les dépenses de soins de ville aient été inférieures de 480 M€ à cette estimation retenue pour la construction de l'ONDAM 2013 crée un effet de base favorable de même montant pour 2013. Celui-ci serait partiellement compensé par le coût de la grippe saisonnière de début d'année, le rendement un peu moins élevé que prévu de certaines économies, le risque d'un nouveau dépassement sur les dépenses de soins à l'étranger. Mais en sens inverse, la tendance des soins de ville, hors mesures, pourrait se révéler plus modérée que prévu.

Aucun effet de base n'est retenu sur les établissements de santé. Les crédits mis en réserve en début d'année, pour un montant de 415 M€, sécurisent la prévision d'un respect de l'objectif sur le champ hospitalier.

Dans son avis publié le 31 mai, le comité d'alerte estime « qu'une grande partie de l'effet de base hérité de 2012 peut être conservé et qu'une prévision prudente prenant en compte tous les aléas négatifs conduit pour 2013 à un montant de dépenses inférieur de 200 M€ à l'objectif ». Cette prévision, correspondant à un montant de dépenses de 175,2 Md€ dans le champ de l'ONDAM, est retenue dans le présent rapport.

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM



Les résultats des branches du régime général et du FSV

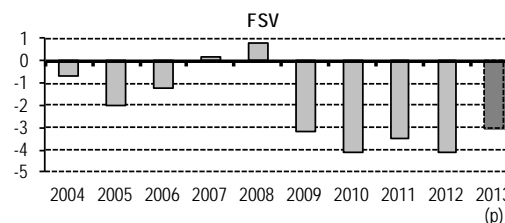
Les évolutions des soldes sont contrastées en 2012-2013 : dégradation pour la branche maladie, dont le déficit avait été nettement réduit en 2011 et 2012, et pour la famille, après trois années de stabilité ; mais poursuite de la diminution du déficit de la branche retraite.

Après avoir été réduit de moitié en deux ans (de -11,6 Md€ en 2010 à -5,9 Md€ en 2012), le déficit de la **CNAM** se creuserait de 2 Md€ en 2013. Les prestations versées par la CNAM augmentent un peu plus vite que les dépenses de l'ONDAM en 2012 (+2,8 %) et en 2013 (+2,9 %) en raison de régularisations, du traitement comptable du FIR (fonds d'intervention régional) et de la croissance des prestations d'invalidité. Les produits de la branche ont augmenté de 4,6 % en 2012 grâce à l'apport de recettes nouvelles (part du forfait social et des prélèvements sur revenus du capital, recettes fiscales diverses), mais leur progression serait fortement ralentie en 2013 (1,5 %) en raison d'un freinage très marqué de la CSG (+0,4 % après 4 % en 2012), ainsi que des impôts et taxes affectés.

Le déficit de la **CNAF**, après une stabilisation en 2011 et 2012 autour de 2,5 Md€, s'accroîtrait de 700 M€ en 2013. Les charges nettes ralentiraient (+2,7 % après 3,2 % en

Le déficit de la **CNAV** a été ramené de -8,9 Md€ en 2010 à -4,8 Md€ en 2012, et sa réduction se poursuivrait en 2013 (à -3,5 Md€). La progression soutenue de ses charges, en accélération (4,1 % en 2013 après 3,5 % en 2012) serait couverte par une augmentation encore plus forte des produits (+5,5 %) à laquelle contribueraient principalement la hausse du taux de cotisation de 0,2 point intervenue au 1^{er} novembre 2012, l'augmentation des prélèvements sociaux affectés à la branche retraite (forfait social et prélèvements sur les revenus du capital) et celle des cotisations prises en charge par le FSV au titre du chômage.

Evolution des soldes des branches (en milliards d'euros)



Principales hypothèses macroéconomiques

	2010	2011	2012	2013 (p)
Produit intérieur brut (PIB)				
PIB en volume	1,6%	2,0%	0,0%	0,1%
PIB en valeur	2,7%	3,1%	1,5%	1,6%
Masse salariale				
Secteur privé champ URSSAF	2,0%	3,6%	2,2%	1,3%
dont Emploi	-0,2%	1,0%	0,0%	-0,6%
dont Salaire moyen	2,2%	2,6%	2,2%	1,9%
dont masse salariale plafonnée	1,3%	3,3%	2,6%	1,2%
Plafond de la sécurité sociale				
Montant annuel en euros	34 620	35 352	36 372	37 032
Variation en %	0,9%	2,1%	2,9%	1,8%
Hausse des prix et taux de revalorisation				
Prix hors tabac	1,5%	2,1%	1,9%	1,2%
Revalorisation de la BMAF au 1er avril	0,0%	1,5%	1,0%	1,2%
Effet en moyenne annuelle	0,0%	1,5%	0,7%	1,2%
Revalorisation des pensions au 1er avril	0,9%	2,1%	2,1%	1,3%
Effet en moyenne annuelle	0,9%	1,8%	2,1%	1,5%

Source : INSEE / ACOSS / DSS

Sensibilité des résultats du régime général aux variations de ses principaux déterminants (masse salariale privée, dépenses d'assurance maladie, inflation)

En millions d'euros

	CNAM maladie	CNAM AT-MP	CNAF	CNAV	Régime général
Masse salariale du secteur privé : impact d'une hausse de 1 % du taux de croissance	910	100	300	680	1 990
Dépenses maladie : impact d'une hausse de 1 % dans le champ de l'ONDAM	1 340	40			1 380
Inflation : impact d'une hausse de 1 % de la revalorisation des prestations retraite et famille			270	910	1 180

Source : DSS/SD6/6A

Soldes, charges nettes et produits nets du régime général, 2010-2013

En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013 (p)
Maladie				
Recettes	141 834 2,2%	148 044 4,4%	154 908 4,6%	157 763 1,8%
Dépenses	153 438 2,7%	156 641 2,1%	160 760 2,6%	165 615 3,0%
Solde	-11 604	-8 597	-5 852	-7 852
AT/MP				
Recettes	10 511 0,9%	11 339 7,9%	11 524 1,6%	11 817 2,5%
Dépenses	11 237 1,0%	11 560 2,9%	11 698 1,2%	11 558 -1,2%
Solde	-726	-221	-174	259
Vieillesse				
Recettes	93 412 2,1%	100 457 7,5%	105 422 4,9%	111 263 5,5%
Dépenses	102 344 3,7%	106 474 4,0%	110 209 3,5%	114 733 4,1%
Solde	-8 932	-6 017	-4 787	-3 470
Famille				
Recettes	50 197 1,3%	52 249 4,1%	54 067 3,5%	54 890 1,5%
Dépenses	52 884 2,9%	54 839 3,7%	56 570 3,2%	58 105 2,7%
Solde	-2 687	-2 591	-2 503	-3 215

Régime général				
Recettes	287 547 2,0%	302 825 5,3%	316 117 4,4%	325 660 3,0%
Dépenses	311 497 3,0%	320 251 2,8%	329 433 2,9%	339 938 3,2%
Solde	-23 950	-17 426	-13 316	-14 278

FSV				
Recettes	9 776 -2,1%	14 047 43,7%	14 713 4,7%	16 557 12,5%
Dépenses	13 846 5,3%	17 496 26,4%	18 851 7,7%	19 582 3,9%
Solde	-4 070	-3 450	-4 138	-3 025

Source : DSS/SD6/6A

Les modalités de consolidation pour passer des charges et produits bruts aux charges et produits nets ont été revues en 2011, suite aux recommandations de la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des LFSS de septembre 2011. Ces opérations sont décrites dans la fiche 16-6 du présent rapport.

2. ECLAIRAGES

2.1. L'environnement économique

Une deuxième année de récession dans la zone euro

La zone euro connaît depuis la fin de 2011 une phase prolongée de conjoncture très dégradée liée au désendettement des agents privés, aux politiques de redressement des finances publiques et à des conditions de financement difficiles dans plusieurs pays. Le PIB moyen de la zone a diminué en 2012 et se réduira à nouveau en 2013. Plusieurs pays (Italie, Espagne, Pays-Bas) auront subi une forte récession sur ces deux années alors que la croissance aura été faible ou nulle dans les autres.

La Commission européenne prévoit une stabilisation de l'activité au 1^{er} semestre 2013 et une reprise très lente à partir du second semestre, qui reposerait principalement sur les échanges extérieurs, la demande intérieure demeurant atone.

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

	2010	2011	2012	2013 (p)
France	1,6 %	1,7 %	0,0 %	-0,1 %
Allemagne	3,6 %	3,0 %	0,7 %	0,4 %
Italie	1,8 %	0,4 %	-2,4 %	-1,3 %
Zone euro	1,8 %	1,4 %	-0,6 %	-0,4 %
Royaume-Uni	2,1 %	1,0 %	0,3 %	0,6 %
Etats-Unis	3,0 %	1,8 %	2,2 %	1,9 %

Source : CEE, mai 2013

La France est également en récession depuis l'automne 2012

Après être resté pratiquement stable pendant un an, le PIB en volume a diminué de -0,2 % deux trimestres de suite à la fin de 2012 et au début de 2013. Sur les quatre derniers trimestres connus, la baisse est de -0,5 %. « L'acquis de croissance » pour 2013 est de -0,3 % au 1^{er} trimestre.

Le recul du PIB sur les six derniers mois est dû à l'investissement et aux exportations alors que la consommation des ménages est proche de la stabilité.

Variation trimestrielle du PIB en volume

2012				2013	Glissement 4 derniers trimestres
1 ^{er} trim	2 ^{ème} trim	3 ^{ème} trim	4 ^{ème} trim	1 ^{er} trim	
0,0 %	-0,2 %	0,1 %	-0,2 %	-0,2 %	-0,5 %

Source : INSEE, comptes nationaux trimestriels

Selon les enquêtes de conjoncture réalisées en mai 2013, le climat des affaires reste très morose. Il s'améliore légèrement dans l'industrie mais se dégrade dans le bâtiment et le commerce de gros. Les perspectives générales, qui reflètent l'opinion moyenne des chefs d'entreprise sur l'activité d'ensemble, sont très basses.

La masse salariale et les prix

Ralentissement continu de la masse salariale

La progression de la masse salariale du secteur privé s'est fortement ralentie depuis deux ans avec la dégradation de la conjoncture et de la situation de l'emploi. Après 3,6 % en 2011, elle a été de 2,2 % en 2012 et l'hypothèse retenue pour 2013 est de 1,3 % ce qui constitue le taux le plus bas depuis vingt ans à l'exclusion de 2009 (-1,3 %).

L'hypothèse de masse salariale pour 2013, qui avait été fixée à 2,3 % dans la LFSS, a été révisée à la baisse d'un point pour prendre en compte la diminution de l'emploi retracée par les statistiques trimestrielles. Ainsi, les effectifs salariés des secteurs marchands non agricoles ont diminué de 20 300 au 1^{er} trimestre 2013 et de 133 800 sur un an (soit -0,8 %).

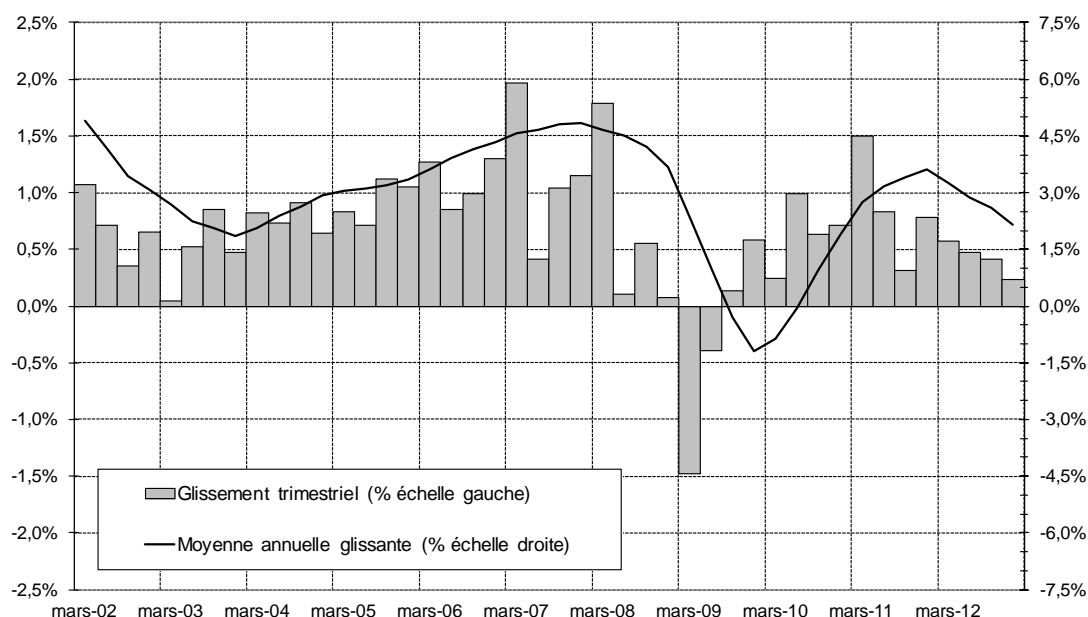
L'hypothèse de 1,3 % recouvre une baisse de l'emploi salarié de -0,6 % et une augmentation du salaire moyen de 1,9 %.

Un net ralentissement de la hausse des prix depuis la mi-2012

Le glissement annuel des prix, qui avait atteint 2,5 % à la fin de 2011, a reflué par la suite, surtout à partir de la rentrée 2012. Il s'est infléchi jusqu'à 0,7 % en avril 2013. La baisse des produits pétroliers (-3,8 % en un an en avril) contribue à ce ralentissement mais n'en explique qu'une partie. L'inflation « sous-jacente » (hors tarifs publics et produits à prix volatils), calculée sur un an, est estimée à 0,4 % en avril contre 1,5 % au début de 2012.

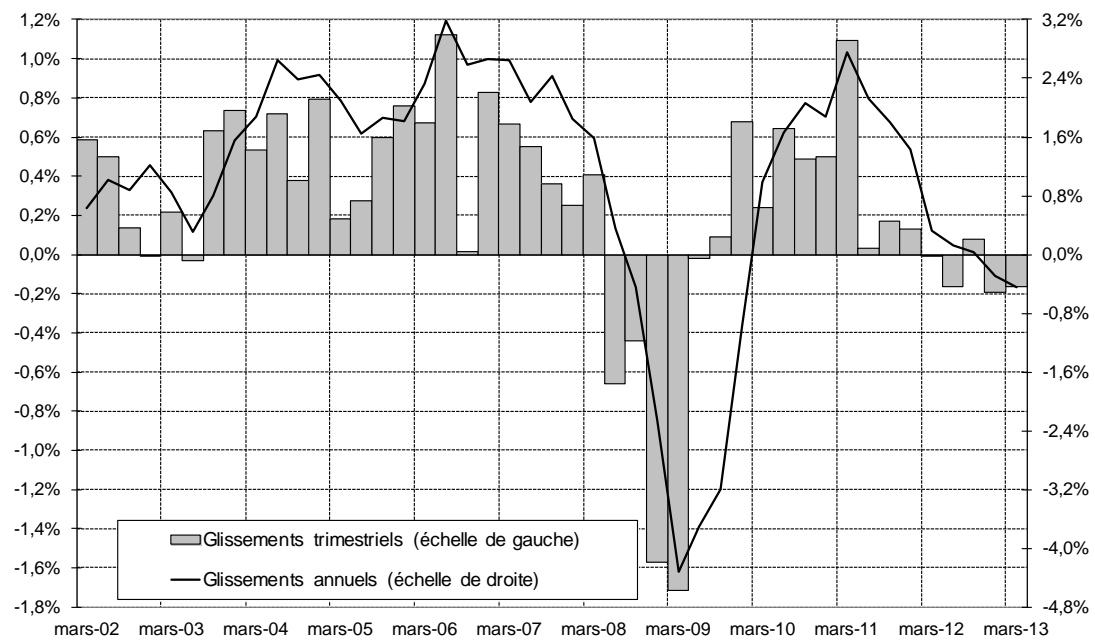
La hausse des prix en moyenne annuelle serait de 1,2 % en 2013, après 1,9 % en 2012.

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



Source : ACOSS

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



Source : INSEE, comptes nationaux trimestriels

2.2. Economies sur les dépenses de médicaments en ville : retour sur les mesures prises depuis 2005

Depuis 2004, un volet pluriannuel de mesures portant sur le médicament, visant à modérer la dépense du secteur, a été engagé. Celles-ci se sont appuyées à la fois sur des baisses de prix des médicaments sous brevet et sur le répertoire des génériques. Des baisses de taux des prises en charge ont également été réalisées. En parallèle, l'assurance maladie a mis en œuvre des actions de maîtrise médicalisée qui visent à inciter les médecins à des prescriptions plus efficaces et portant sur un nombre croissant de classes thérapeutiques. L'enjeu est important car en 2012 les dépenses de médicaments tous régimes en soins de ville se sont élevées à 22,5 Md€, soit près de 29 % des soins de ville et plus de 13 % de la dépense globale. Sur ce poste, l'économie totale pour l'assurance maladie des mesures 2012 est estimée à 1,25 Md€ sur les soins de ville.

En moyenne, les économies totales sur le poste des médicaments délivrés en ville se sont élevées à 1 Md€ par an depuis 2005

Sur la période 2005-2007, le « plan médicament » de 2004 a permis une économie de 3,1 Md€ (cf. graphique 1). Un effort de même ampleur a été réalisé entre 2008 et 2011. Au total, sur le champ des soins de ville (cf. encadré 1), ce sont 8,5 Md€ que l'assurance maladie a économisés entre 2005 et 2012.

Les économies proviennent principalement de mesures sur les prix...

Entre 2005 et 2012, les économies au titre des baisses de prix et des actions menées sur le répertoire des génériques (telles que des mesures de mise sous tarif forfaitaire de responsabilité¹ notamment) négociées par le comité économique des produits de santé (CEPS) ont permis d'engendrer plus de 4,9 Md€ d'économies, dont 925 M€ en 2012.

... mais de plus en plus de la modération des volumes via la maîtrise médicalisée

Alors qu'en 2005, la maîtrise médicalisée ne représentait que 21 % des économies sur le poste médicaments, l'effort s'est largement équilibré depuis. En 2011, 34 % des économies ont porté sur les volumes (cf. graphique 2). L'amplification du rôle de la maîtrise médicalisée est plus notable à compter de 2009, année où son rendement a dépassé 300 M€ (311 M€ en 2009, 345 M€ en 2010 et 333 M€ en 2011 sur les médicaments, soit un tiers des économies sur la période).

Les autres mesures ont surtout porté sur des modifications de la prise en charge

Plusieurs mesures ont réduit le taux de prise en charge des médicaments. En 2010, le taux de remboursement des médicaments à service médical rendu « faible » a été réduit de 35 % à 15%. En 2011, le taux de prise en charge des médicaments à SMR modéré a été réduit de 35 % à 30 %. L'année 2006 a été marquée par une importante vague de déremboursements de médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant, suivie de celui des veinotoniques en 2008. En 2011, la haute autorité de santé (HAS) a confirmé le service médical rendu insuffisant de certaines spécialités encore remboursées, conduisant à leur radiation de la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie entre la fin d'année 2011 et le début de l'année 2012.

Au total, 645 M€ de moindre dépense sont attribuables à la modification de la prise en charge depuis 2005 (déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant et baisses de taux de remboursement). L'adaptation des conditionnements et les diverses mesures affectant la distribution ont permis réciproquement des économies de l'ordre de 110 M€ et 125 M€ depuis 2005.

¹ La mise en place du TFR consiste à aligner le tarif de remboursement des principes sur le prix des génériques.

Encadré 1 – Champ des mesures d'économies présentées : ONDAM - soins de ville

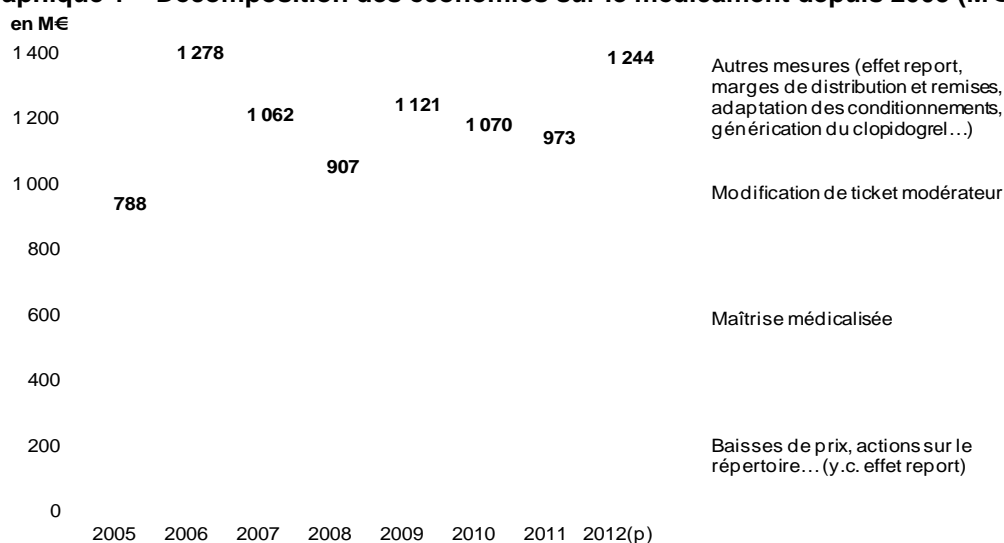
Les mesures d'économies considérées ici sont celles portant sur le champ des soins de ville.

Elles tiennent compte uniquement des mesures actées dans la loi de financement de la sécurité sociale, c'est-à-dire hors économies liées aux tombées de brevet des médicaments et de leur générique (à l'exception de l'année 2010 où la générique du clopidogrel (Plavix®) fut inscrite comme mesure nouvelle dans la construction de l'ONDAM pour 200 M€).

L'instauration de la franchise de 50 centimes par boîtes en 2008, dont le rendement oscille depuis autour de 750 M€ sur le médicament, est aussi exclue du champ de la présente fiche.

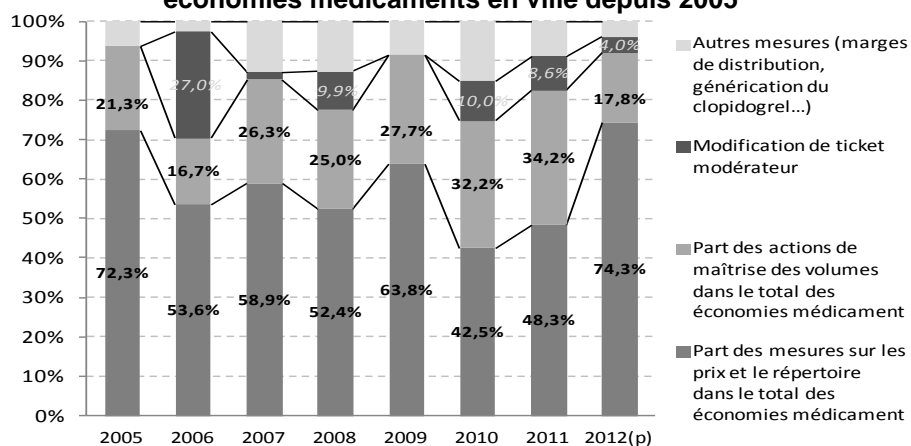
Enfin, la généralisation du tiers payant contre génériques (TPCG) n'est pas incluse dans la construction de l'ONDAM 2012, car la signature de la convention n'est intervenue qu'en cours d'année 2012.

Graphique 1 – Décomposition des économies sur le médicament depuis 2005 (M€)



Sources : CEPS, CNAM, DSS.

Graphique 2 – Part des mesures affectant les prix et les volumes* dans le total des économies médicaments en ville depuis 2005



Sources : CEPS, CNAM, DSS.

* On entend ici par « mesures sur les volumes » les actions de maîtrise médicalisée menées sur les prescripteurs.

Les mesures portant sur le ticket modérateur en 2007 ont représenté 1,9 % des économies.

Le niveau d'économies atteint en 2012 est le plus important depuis 2006 sur le poste « médicaments »

Hormis en 2006, les économies sur le poste médicaments n'avaient jamais dépassé 1,2 Md€ hors mise en place des franchises en 2008. Pour 2012, à ce stade, les économies totales estimées *ex post* s'élèveraient à 1 244 M€ (contre 1 294 M€ inscrits en construction de l'ONDAM, cf. tableau 1), hors tiers payant contre génériques.

En 2012, les baisses de prix et les mesures prises par le CEPS sur le répertoire ont permis une économie de 924 M€, soit 75 % des économies totales sur le poste

Les baisses de prix de médicaments sous brevet ont permis une économie de 600 M€. Outre les économies liées à la baisse de prix des princeps suite à l'arrivée de génériques (baisse passée de 15 % à 20 % au 1^{er} janvier 2012), cette catégorie compte aussi des baisses ciblées sur certaines classes thérapeutiques (Sartans et érythropoïétine notamment).

Par ailleurs, les diverses mesures sur le répertoire générique ont permis une économie estimée à 324 M€. Elles ont notamment consisté en l'accroissement de la décote de 55% à 60 % sur le prix initial du princeps pour la détermination du prix des génériques et des mesures de mise sous TFR. Des économies au titre de la mesure sur les gros dosages dans certaines classes (inhibiteurs de la pompe à protons, statines) et sur le clopidogrel (Plavix® et ses génériques) sont aussi comptabilisées ici.

La maîtrise médicalisée des volumes représente plus de 220 M€ en 2012, mais est inférieure à l'objectif pour la première fois depuis 3 ans sur les médicaments

La CNAM estime à 221 M€ les économies réalisées en 2012 sur les classes thérapeutiques ciblées par la maîtrise médicalisée (cf. tableau 2), soit 87 % des objectifs. Ce montant est moins élevé que les trois années précédentes (entre 300 et 350 M€ depuis 2009).

En 2012, les faits marquants sont les économies engendrées sur les volumes d'antiagrégants plaquettaires (type Plavix®), qui s'élèvent à 62 M€ contre 35 M€ prévus. Les objectifs ont quasiment été atteints pour les statines, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), les médicaments de l'hypertension artérielle (IEC-Sartans) et les antidépresseurs. En revanche, le ralentissement des prescriptions d'antibiotiques n'a pas été suffisamment important pour atteindre l'objectif (24 M€ d'économies contre 38 M€ prévus). Enfin, sur les anti-TNFα (traitements contre la polyarthrite rhumatoïde notamment) et les prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (AMM), aucune économie n'a été enregistrée.

Près de 100 M€ d'économies ont découlé de la modification de la prise en charge de certains médicaments ainsi qu'à la réforme du calcul de la marge des grossistes-répartiteurs

Le déremboursement de certaines spécialités à service médical rendu insuffisant induit une économie estimée à 50 M€ (contre 60 M€ envisagés initialement en raison d'un décalage de date d'entrée en vigueur).

La baisse du taux de remboursement des médicaments à service médical rendu « modéré » (vignette bleue), intervenue en mai 2011, a eu un impact estimé à une trentaine de millions d'euros en 2012.

Enfin, l'économie induite par la réforme du mode de calcul de la marge des grossistes-répartiteurs reste estimée à ce stade à 20 M€. Pour mémoire, cette réforme consiste en une linéarisation de la marge des grossistes (avec un taux unique de 6,68 % du prix fabricant hors taxes, contre trois tranches dégressives précédemment), couplée à un plancher de rémunération de 30 centimes par boîte et plafonnée à 30 €.

Par ailleurs, la généralisation du tiers payant contre génériques suite à la Convention pharmaceutique signée en avril 2012, et non incluse dans la construction de l'ONDAM 2012, a induit des gains nets modestes en 2012 sur le champ conventionnel (*i.e.* répertoire exploité à fin juin 2011) du fait de sa montée en charge ; la majorité des gains prévisibles porteront en 2013.

Tableau 1 – Bilan des économies prévues en construction de l'ONDAM et réalisées sur le médicament en ville en 2012 (M€)

		Prévu en LFSS (M€)	Réalisé (M€)
Mesures médicament ONDAM "soins de ville"	Effet report 35 à 30%	30	29
	Baisses de prix	595	600
	Mesures sur le répertoire	335	324
	Déremboursements SMRI	60	50
	Marge des grossistes-répartiteurs	20	20
	Maîtrise médicalisée	254(*)	221
TOTAL ONDAM médicament		1 294	1 244

Sources : CEPS, CNAM, DSS sur données GERS ville à fin décembre 2012.

(*) La construction initiale prévoyait conventionnellement 290 M€ de maîtrise médicalisée sur le médicament, montant ramené en cours d'année à 254 M€. L'objectif de maîtrise médicalisée global est resté inchangé à 550 M€, impliquant un effort supplémentaire sur les autres postes (indemnités journalières notamment). Globalement, la maîtrise médicalisée a permis une économie de 592 M€ en 2012, supérieure à l'objectif.

Tableau 2 – Objectifs et économies réalisées sur les médicaments grâce à la maîtrise médicalisée en 2012 (M€)

	Prévu (M€)	Réalisé (M€)	Taux d'atteinte
Antiagrégants plaquettaires	35	62	177%
Statines	41	38	93%
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	20	18	90%
Antidépresseurs	28	25	89%
Anti-hypertenseurs (IEC-Sartans)	50	43	86%
Erythropoïétine (EPO)	12	8	67%
Antibiotiques	38	24	63%
Anxiolytiques et hypnotiques	7	3	43%
Anti-TNFα (anti-rhumatismaux)	13	0	0%
Autres prescriptions (notamment hors AMM)	10	0	0%
Total médicaments	254	221	87%

Source : CNAM.

2.3. Bilan des dispositifs médicaux en ville

Les dispositifs médicaux représentent les appareils ou équipements nécessaires à la prise en charge de certaines pathologies ne pouvant être soignées par des produits pharmacologiques. La liste des produits et prestations remboursables (LPP) regroupe ces produits de santé très hétérogènes, ainsi que le remboursement des logiciels ou prestations d'entretien nécessaires à leur fonctionnement. A des fins de classification, la LPP est découpée en quatre titres. Le titre I concerne la prise en charge à domicile (pansements, lits médicaux, appareils pour assistance respiratoire, mais aussi lecteurs de glycémie pour les diabétiques). Le titre II regroupe les orthèses et prothèses externes et l'optique. Le troisième titre est dédié aux dispositifs médicaux implantables (stents coronariens et prothèses notamment) ; ces dispositifs sont uniquement financés en sus des tarifs des groupes homogènes de séjour à l'hôpital et ne font pas partie du champ des soins de ville. Enfin, le titre IV retrace l'achat et la réparation des fauteuils roulants ; il peut être conventionnellement regroupé avec le premier titre afin d'approcher la dépense globale consacrée à la prise en charge à domicile.

La présente fiche aborde les dispositifs médicaux en ville – titres I, II et IV – qui ont représenté en 2012 5,25 Md€ de dépense. Les remboursements au titre de la LPP ont ainsi progressé de 5,1 % en 2012, faisant de ce poste un des plus dynamiques des soins de ville.

La dépense consacrée aux dispositifs médicaux en ville est particulièrement dynamique, et concentrée

Globalement, la dépense au titre de la liste des produits et prestations augmente plus vite que les soins de ville

Hormis en 2009 – année de l'intégration des dispositifs médicaux dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes¹ –, le poste de la LPP a connu une croissance plus soutenue que l'évolution globale des soins de ville depuis 2006 (cf. graphique 1). En 2012, les remboursements consacrés aux dispositifs médicaux ont ainsi crû plus de deux fois plus rapidement que l'ensemble des soins de ville.

En conséquence, sur le seul champ du régime général, la LPP contribue pour près de 24 % à la croissance des soins de ville (cf. fiche 7-4) ; c'est le second plus gros contributeur à la croissance du sous-objectif.

La part de la dépense au titre des dispositifs médicaux dans les dépenses totales en ville est ainsi passée de 5,6 % à 6,7 % entre 2006 et 2012.

Tous les types de dispositifs médicaux ont vu leur dépense augmenter en 2012

D'après la classification établie par la CNAM, permettant de regrouper les produits de la LPP en catégories homogènes (soit en fonction de l'anatomie, soit en fonction de la thérapie ou du besoin), tous les types de dispositifs ont connu une croissance de la dépense² en 2012 (cf. graphique 2).

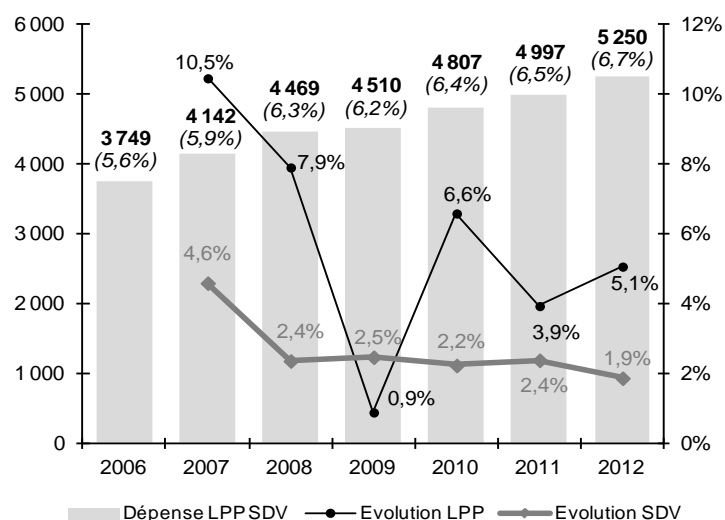
Trois classes concentrent la moitié de la dépense.

Les dispositifs de l'appareil respiratoire (incluant les dispositifs de pression positive continue – PPC – et l'oxygénothérapie), représentent 19,2 % de la dépense remboursée en 2012. Ceux consacrés au métabolisme (autocontrôle et auto-traitement du diabète) ainsi que les appareillages orthopédiques externes comptent pour respectivement 14,7 % et 14,3 % des remboursements. Sur une croissance de la LPP en ville de 5,1 %, ces trois catégories ont contribué pour 5 points à la hausse de la dépense.

¹ Dans un souci de gestion du matériel, une liste a été établie en 2009 afin d'intégrer dans le forfait journalier finançant ces établissements la prise en charge de certains dispositifs médicaux. L'ensemble des crédits auparavant consacrés à ces dispositifs dans l'enveloppe des soins de ville a alors été transféré dans l'enveloppe médico-sociale.

² Les données fournies par la CNAM sont présentées en date de remboursement.

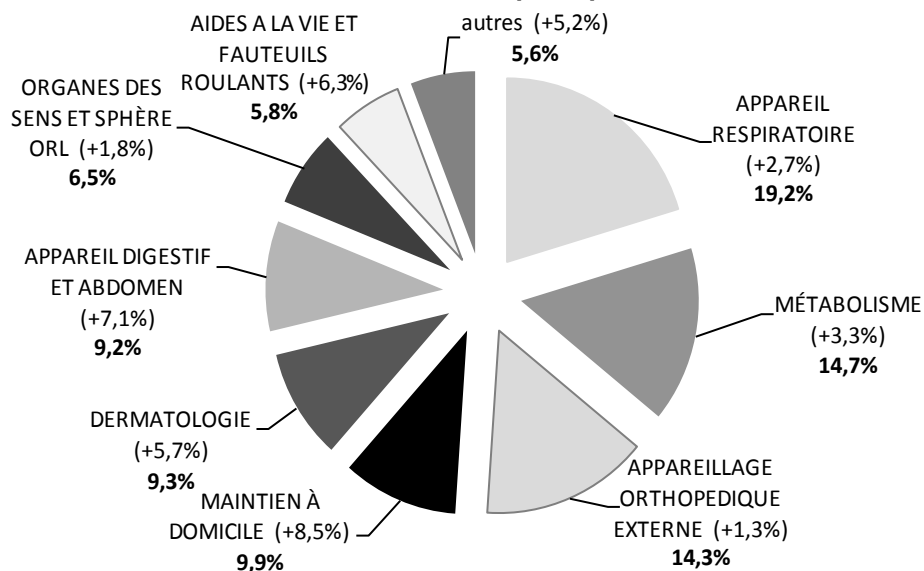
Graphique 1 – Evolution comparée de la dépense de la liste des produits et prestations en ville et des soins de ville depuis 2006 (M€)



Source : DSS/6B sur données CNAM extrapolées tous régimes.

Note de lecture : en 2012, la dépense consacrée à la LPP en ville a crû de 5,1 %, alors que les remboursements totaux de soins de ville n'ont augmenté que de 1,9 %. En 2011, la LPP représentait 6,7 % de la dépense en ville pour 5,25 Md€.

Graphique 2 – Structure et évolution de la dépense en ville par grande classe technico-thérapeutique



Source : données CNAM extrapolées.

Note de lecture : La dépense consacrée aux dispositifs médicaux de l'appareil respiratoire (pression positive continue, oxygénothérapie,...) a crû de 2,7 % entre 2011 et 2012. En 2012, cette classe thérapeutique représente 19,2 % de la dépense de dispositifs médicaux en ville.

Les dispositifs consacrés au maintien à domicile ont vu leur part dans la dépense de la liste des produits et prestations augmenter continuellement

Notamment du fait du vieillissement de la population, les besoins de prise en charge spécifiques au domicile des patients augmentent constamment. Les dispositifs relevant de la prise en charge à domicile regroupent les titres I et IV de la LPP.

Ces dispositifs représentent près de 80 % de la dépense en 2012 et contribuent à hauteur de 4,3 points à la croissance entre 2011 et 2012

A l'exception de l'année 2009, les titres I et IV ont toujours représenté le poste le plus dynamique et le plus important contributeur à la croissance de la dépense de dispositifs médicaux en ville (*cf.* graphique 3).

Au sein du premier titre, trois classes représentent 61% de la dépense...

Les dispositifs consacrés à l'assistance respiratoire sont le premier poste de dépense du titre I, soit 27 % de la dépense en 2012 (*cf.* graphique 4). Au sein de ce poste, le matériel concernant l'apnée du sommeil (pression positive continue, PPC) concentre plus du tiers de la dépense (37 %).

Les produits traitant du métabolisme sont quasi-exclusivement consacrés au diabète. Ainsi, les dispositifs d'autocontrôle du diabète (bandelettes notamment, *cf. infra*) représentent près de 60 % de la dépense d'appareils consacrés au métabolisme, ceux d'auto-traitement environ 40 %.

Enfin, les dispositifs de maintien à domicile composent 14 % de la dépense du premier titre, notamment les lits médicaux et les perfusions (42 % chacun).

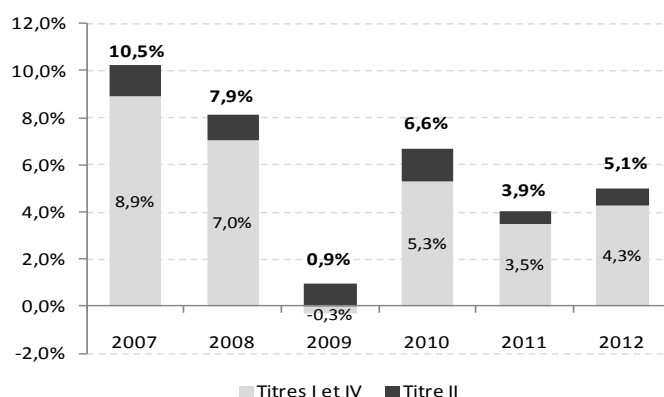
... et concentrent les mesures de régulation de la dépense de la LPP

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011 a institué la mesure dite « forfait bandelettes ». Le remboursement de ces dispositifs d'autocontrôle de la glycémie n'était auparavant pas limité en nombre. Or, pour les patients diabétiques de type 2 non insulino-dépendants, l'usage systématique de bandelettes n'est pas recommandé, comme l'ont souligné les recommandations de la Haute autorité de santé relatives à la prise en charge du diabète de type II. Aussi, a été instauré un forfait limitant la prise en charge à deux cents bandelettes par an pour les patients diabétiques de type II non insulino-dépendants. Compte tenu du taux de croissance annuel constaté sur la période 2006-2010, la mise en place de cette mesure aurait permis une économie¹ de 75 M€ depuis 2011 (*cf.* graphique 5).

En outre, afin de favoriser l'utilisation à bon escient des dispositifs dédiés à l'appareil respiratoire, plusieurs mesures ont été mises en place ces dernières années. Ainsi, la mise sous entente préalable du forfait « ventilation oxygénothérapie » a été instituée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Par ailleurs, le meilleur suivi des patients utilisant des dispositifs de pression positive continue – en cas d'apnée du sommeil – ont été mis en œuvre début 2013, une baisse de tarif ayant également été inscrite dans l'ONDAM 2013.

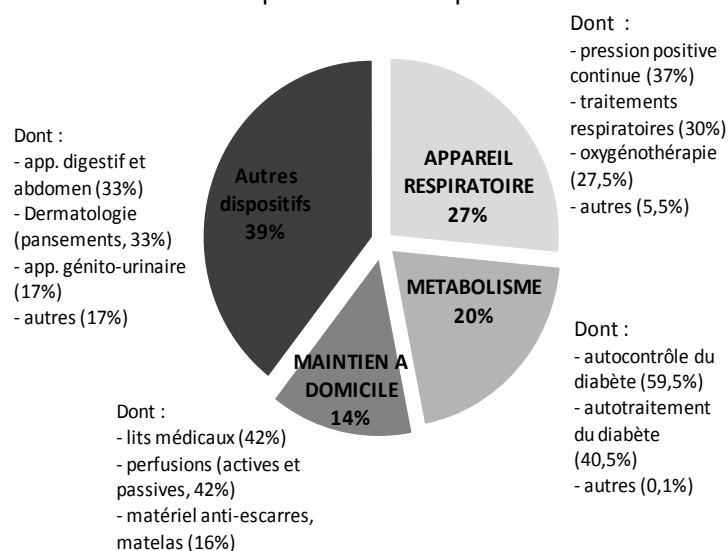
¹ L'économie estimée ici représente la différence entre la tendance projetée de hausse de la dépense de bandelettes entre 2010 et 2012 (à un rythme similaire aux tendances passées) et la dépense effectivement remboursée en 2011 et 2012.

Graphique 3 – Contribution à la croissance de la dépense de dispositifs médicaux depuis 2007, par titre de la LPP



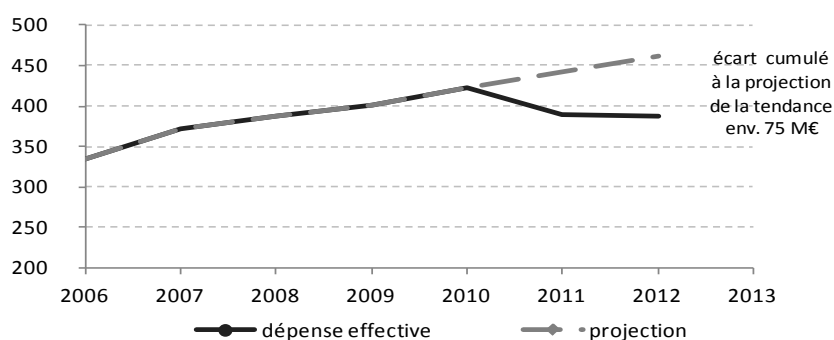
Source : DSS/6B sur données CNAM extrapolées tous régimes.

Graphique 4 – Structure de la dépense du Titre I par classe technico-thérapeutique



Source : DSS/6B sur données CNAM extrapolées tous régimes France entière.

Graphique 5 – Economies liées à la mesure « forfait bandelettes »



Source : DSS/6B sur données CNAM extrapolées tous régimes, France entière.

2.4. Les médicaments de la « liste en sus »

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le financement des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est assuré selon plusieurs modalités. Dans le cas général, le financement est assuré par les tarifs des prestations d'hospitalisation (GHS – groupes homogènes de séjours), destinés à couvrir de façon forfaitaire les frais occasionnés par la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient. Toutefois, un dispositif dérogatoire, décrit à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (cf. encadré 1), est prévu afin de garantir le financement des produits innovants et particulièrement onéreux, ce qui permet à la fois d'assurer la diffusion du progrès technique et de prendre en compte des profils de pathologie atypiques au regard de la classification en groupes homogènes de malade (GHM). Ces spécialités sont inscrites sur la liste dite « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation » ou « liste en sus »¹.

Toute inscription sur (ou radiation de) la liste en sus d'une spécialité pharmaceutique donne lieu à la publication au *Journal Officiel* d'un arrêté pris après recommandation du conseil de l'hospitalisation, après consultation des fédérations représentatives des établissements de santé publics et privés. Les tarifs de responsabilité de ces spécialités pharmaceutiques sont fixés par le comité économique des produits de santé (CEPS) et publiés au *Journal Officiel* sous la forme d'avis de prix.

Une stabilisation des dépenses sur la période récente...

En 2012, tous secteurs confondus, la dépense liée aux médicaments de la liste en sus s'est élevée à un peu plus de 2,6 Md€, soit près de 5 % de la dépense du deuxième sous-objectif de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui regroupe les versements aux établissements tarifés à l'activité, publics comme privés. Le rythme de croissance de cette dépense a été marqué par trois phases successives bien distinctes (cf. graphique 1) :

- une première période de forte croissance de 2005 à 2008, marquée par un taux de croissance annuel moyen de +14,9 %, liée à la montée en charge du dispositif et à l'élargissement des indications thérapeutiques à des populations plus larges ;
- un net ralentissement de la croissance en 2009 et 2010 (+4,3 %) lié à un plan d'action visant à réguler la dépense (actions sur le périmètre, sur les tarifs de responsabilité et mise à disposition des agences régionales de santé de leviers pour réguler la dépense) ;
- une très légère décroissance en 2011 et 2012 (-0,4 %) liée à l'absence de nouveaux produits coûteux, à l'impact de la régulation du périmètre suite à la recommandation méthodologique du conseil de l'hospitalisation et enfin au maintien d'un rythme de baisse des tarifs de responsabilité.

Une analyse plus fine de l'évolution de cette dépense montre de notables différences entre secteurs d'hospitalisation. Ainsi, après une forte croissance des deux secteurs jusqu'en 2008, la croissance des dépenses du secteur ex-DG (établissements publics et privés à but non lucratif) a connu un ralentissement progressif entre 2009 et 2012 alors que les dépenses du secteur ex-OQN (établissements privés à but lucratif) ont diminué dès 2009 pour connaître deux baisses significatives en 2011 et en 2012 (cf. tableau 1). L'évolution de la dépense globale est à mettre en parallèle avec le nombre de spécialités et de présentations (codes UCD) inscrites sur la liste (cf. graphique 2). En effet la première importante vague de radiations n'est intervenue que courant 2010 (182 radiations). Les radiations ont ensuite pris le pas sur les inscriptions en 2011 (104 contre 74) et en 2012 (45 contre 22).

¹ Un second dispositif dérogatoire a également été mis en place. Celui-ci concerne les médicaments qui n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) mais qui peuvent être prescrits dans le cadre des autorisations temporaires d'utilisation (ATU). Ces médicaments sont financés au travers des MIGAC.

Encadré 1

Article L.162-22-7 du Code de la Sécurité Sociale

L'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées.

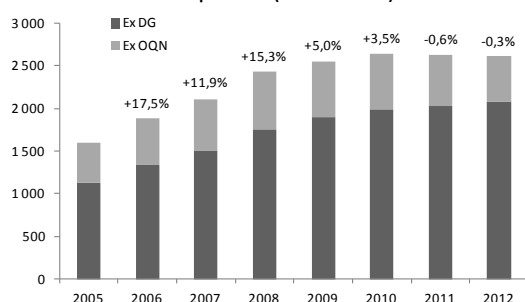
Bénéficiaire d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi conjointement par le Directeur Général de l'agence régionale de santé et l'assurance maladie dans des conditions définies par décret.

Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.

Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

Graphique 1
Evolution des dépenses des médicaments de la liste en sus depuis 2005 (en Millions d'€)



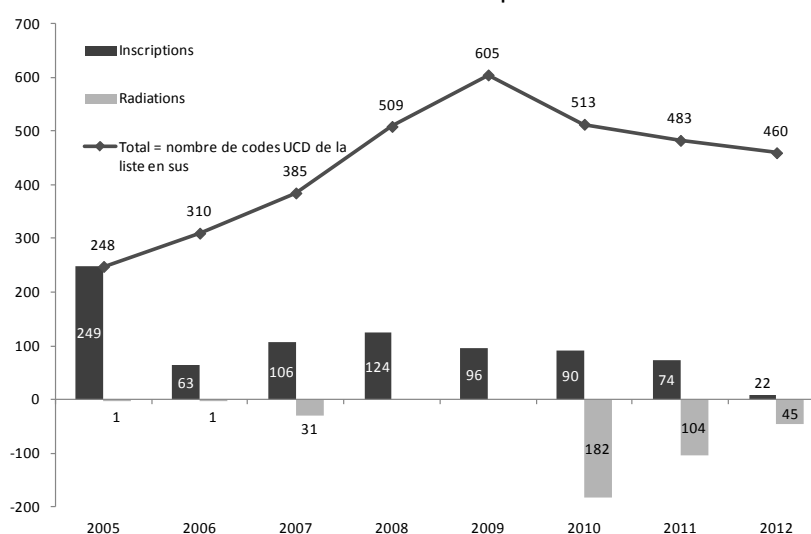
Source : ATIH

Tableau 1
Evolution des dépenses des médicaments de la liste en sus depuis 2005 (en Millions d'€)

	Secteur ex-DG		Secteur ex-OQN		Total	
	Dépense	Evolution annuelle	Dépense	Evolution annuelle	Dépense	Evolution annuelle
2005	1125,9		477,4		1603,3	
2006	1342,1	+19,2%	541,5	+13,4%	1883,7	+17,5%
2007	1503,3	+12,0%	604,2	+11,6%	2107,5	+11,9%
2008	1757,3	+16,9%	673,1	+11,4%	2430,3	+15,3%
2009	1893,9	+7,8%	659,0	-2,1%	2552,9	+5,0%
2010	1990,6	+5,1%	652,4	-1,0%	2643,0	+3,5%
2011	2032,8	+2,1%	594,3	-8,9%	2627,1	-0,6%
2012	2081,8	+2,4%	538,0	-9,5%	2619,8	-0,3%

Source : ATIH

Graphique 2
Evolution de la liste en sus depuis 2005



Source : ATIH, traitement DSS

... en lien avec une gestion active de la liste en sus

Dans sa recommandation n°2010-25 du 18 novembre 2010, le conseil de l'hospitalisation a précisé la méthodologie visant à l'inscription ou la radiation des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation. Celles-ci se fondent essentiellement sur cinq éléments :

- ✓ L'usage attendu du médicament ;
- ✓ Le niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR) apprécié par l'avis de la commission de transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- ✓ L'estimation de la fréquence de la prescription au sein des groupes homogènes de malades (GHM), et la fixation d'un seuil de 80 %¹ ;
- ✓ L'estimation du coût moyen de traitement par séjour de la spécialité concernée rapporté aux tarifs des principaux GHS concernés² ;
- ✓ L'application du principe d'égalité de traitement des produits comparables.

Les radiations qui sont intervenues au cours de ces trois dernières années ont été essentiellement motivées par des baisses de prix importantes consécutives à la « génération » de certains anticancéreux. Ces radiations, dont les plus notables ont concerné des médicaments tels que TAXOL®, ELOXATINE® radiés en 2010, GEMZAR® et CAMPTO® radiés en 2011 et enfin TAXOTERE®, radié en 2012, ont eu des conséquences importantes sur la dépense totale de la liste en sus (cf. tableau 2), en raison de l'importance des volumes consommés.

Ainsi, en 2011, plus de 80 M€ (estimés au travers des montants 2010) ont été transférés de la liste en sus vers la « part tarif », et le phénomène a été encore plus marqué en 2012 avec un basculement de plus de 120 M€ (estimés au travers des montants 2011). Au total, entre 2010 et 2012, ce sont plus de 260 M€ qui ont été transférés³. Le poids relatif des montants transférés par secteur d'hospitalisation explique en grande partie les écarts du rythme de progression de la dépense de la liste en sus pour chaque secteur.

Un poids très important des anticancéreux dans les dépenses de la liste en sus

Les dépenses de la liste en sus sont dominées par les médicaments anticancéreux, aux premiers rangs desquels figurent AVASTIN®, MABTHERA®, HERCEPTIN® et ALIMTA® et ce quel que soit le secteur d'hospitalisation considéré (cf. graphiques 3 et 3bis). Au second rang figurent les traitements des maladies inflammatoires ou auto-immunes (REMICADE®, TYSABRI®) suivis par les immunoglobulines (TEGELINE®, ENDOBULINE®).

L'analyse des séjours associés à la prescription des dix premiers médicaments de la liste en sus du secteur ex-DG confirme ce constat puisque la part du montant destinée aux GHS de chimiothérapie⁴ dépasse les 90 % pour huit d'entre eux, voire les 95 % pour cinq d'entre eux (cf. tableau 3).

A elles seules, ces trois classes de médicaments représentaient en 2011 plus de 80 % de la dépense de la liste en sus des établissements ex-DG et plus de 85 % de la dépense de la liste en sus des établissements du secteur privé ex-OQN (cf. graphique 4 et 4bis), les anticancéreux représentant à eux seuls 77 % de la dépense totale au sein de ce secteur.

¹ Si pour un GHM donné, le pourcentage de séjours susceptibles de comporter la prescription du médicament en question dépasse 80%, le médicament peut alors être financé par les tarifs du GHS correspondant, sous réserve si besoin d'une réévaluation du tarif.

² Ainsi, un coût moyen de traitement par séjour supérieur à 30 % du tarif dans l'un des GHS concernés constitue un élément en faveur de l'inscription sur la liste en sus dans ce GHS.

³ Les transferts annuels vers la part tarif sont vraisemblablement moindres car ces estimations ne prennent pas en compte l'effet des baisses de prix.

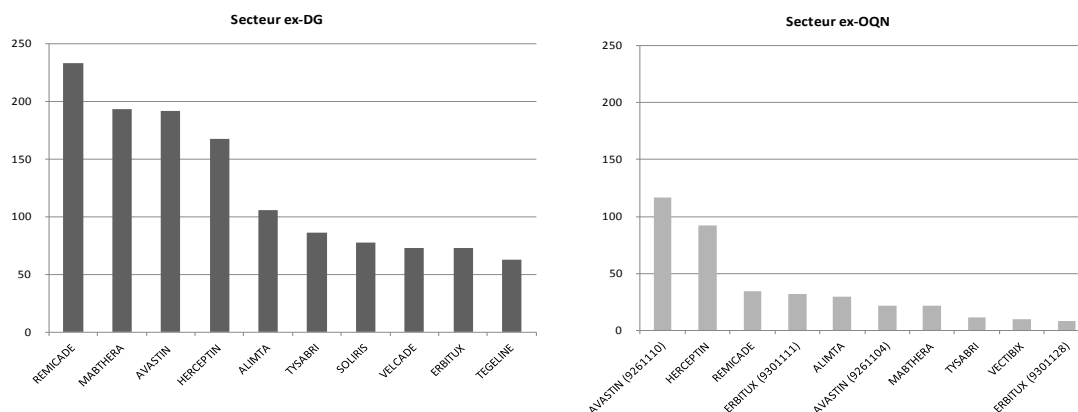
⁴ Essentiellement au nombre de trois (sans prise en compte des niveaux de sévérité) : chimiothérapie pour tumeur, en séances (28Z07Z), chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances (28Z17Z) et chimiothérapie pour autre tumeur, très courte durée (17M06T).

Tableau 2
Principales radiations depuis 2010 et montants associés, par secteur (en M€)

Année de radiation	Médicament	Classe thérapeutique	Montant associé N-1 (secteur ex-DG)	Montant associé N-1 (secteur ex-OQN)	Montant total
2010	ELOXATINE	Antinéoplasiques	29,4		29,4
	PACLITAXEL	Antinéoplasiques	14,0		14,0
	EPIRUCIBINE	Antinéoplasiques	7,4		7,4
	TAXOL	Antinéoplasiques	3,9		3,9
	NAVELBINE	Antinéoplasiques	3,5		3,5
Total 2010			62,6		62,6
2011	IRINOTECAN	Antinéoplasiques	19,0	10,0	29,0
	CAMPTO	Antinéoplasiques	6,6	14,1	20,8
	GEMZAR	Antinéoplasiques	7,0	10,2	17,3
	GEMCITABINE	Antinéoplasiques	7,2	5,3	12,5
	THYMOGLOBULINE	Immunosuppresseurs	2,9	0,0	2,9
Total 2011			43,1	40,4	83,5
2012	TAXOTERE	Antinéoplasiques	48,0	26,6	74,6
	DOCETAXEL	Antinéoplasiques	10,3	9,7	20,0
	ALFALASTIN	Antihémorragiques	13,2	2,0	15,2
	FASTURTEC	Autres médicaments	4,5	0,3	4,9
	JAVLOR	Antinéoplasiques	1,7	0,9	2,7
Total 2012			79,6	40,5	120,1

Source : ATIH, traitement DSS (données non disponibles en 2010 pour le secteur ex-OQN)

Graphiques 3 et 3bis : les dix principaux médicaments de la liste en sus en 2012, par secteur (en M€)



Source : ATIH, traitement DSS

Tableau 3
Les dix principaux médicaments de la liste en sus en 2012, tous secteurs

	Médicament	Classe thérapeutique	Code UCD	Prix HT	Montant	Part du montant destinée à la chimiothérapie
1	AVASTIN	Antinéoplasiques	9261110	1 088,8 €	308 683 985 €	99,9%
			9261104	295,9 €	35 910 130 €	
2	REMICADE	Immunosuppresseur	9213737	482,7 €	266 938 340 €	93,5%
3	HERCEPTIN	Antinéoplasiques	9220097	596,5 €	258 902 802 €	100,0%
4	MABTHERA	Antinéoplasiques	9197719	1 318,4 €	214 802 412 €	91,3%
5	ALIMTA	Antinéoplasiques	9261771	1 140,0 €	134 867 239 €	95,8%
6	ERBITUX	Antinéoplasiques	9301111	945,0 €	104 642 455 €	98,0%
			9301128	189,0 €	17 024 075 €	
7	TYSABRI	Immunosuppresseurs	9293340	1 800,0 €	97 056 921 €	95,9%
8	VELCADE	Antinéoplasiques	9260010	1 098,8 €	80 882 992 €	93,6%
9	SOLIRIS	Immunosuppresseurs	9299207	4 450,0 €	77 268 899 €	79,5%
10	TEGELINE	Immunoglobulines	9182830	417,0 €	66 173 720 €	60,6%
Total					1 663 153 971 €	
Dépense totale 2012					2 619 819 935 €	

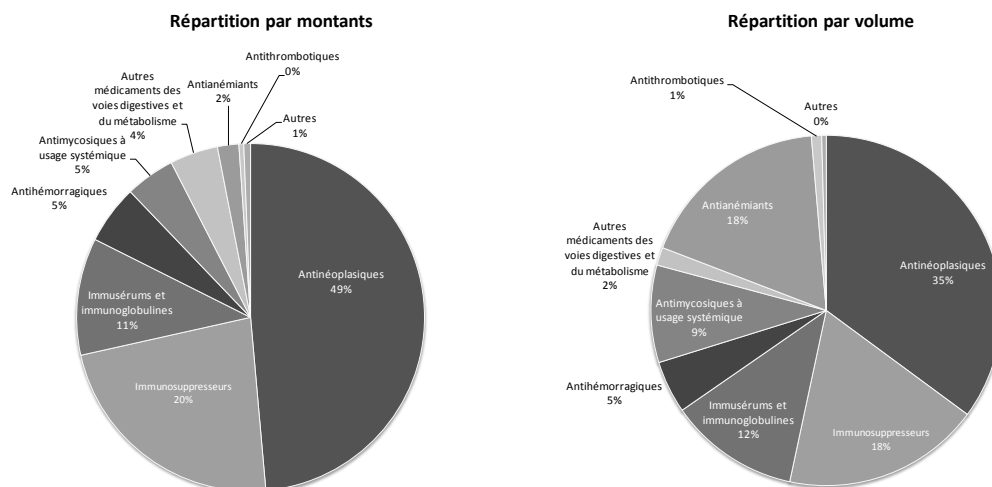
Source : ATIH, traitement DSS

L'analyse de la répartition de la liste en sus en fonction des volumes permet de nuancer quelque peu la prépondérance des anticancéreux. A titre d'exemple, la classe des antinéoplasiques qui à elle seule représente un peu moins de la moitié de la dépense de la liste en sus du secteur ex-DG ne représente que 35 % des volumes consommés alors qu'à l'inverse les antianémiant (2 % de la dépense de ce secteur) couvrent 18 % des volumes consommés. Le constat est d'ailleurs encore plus marqué au sein du secteur ex-OQN puisque les antinéoplasiques et les antianémiant, qui représentent pourtant la même part des volumes consommés (45 %), représentent dans un cas 77 % de la dépense et seulement 8 % dans l'autre.

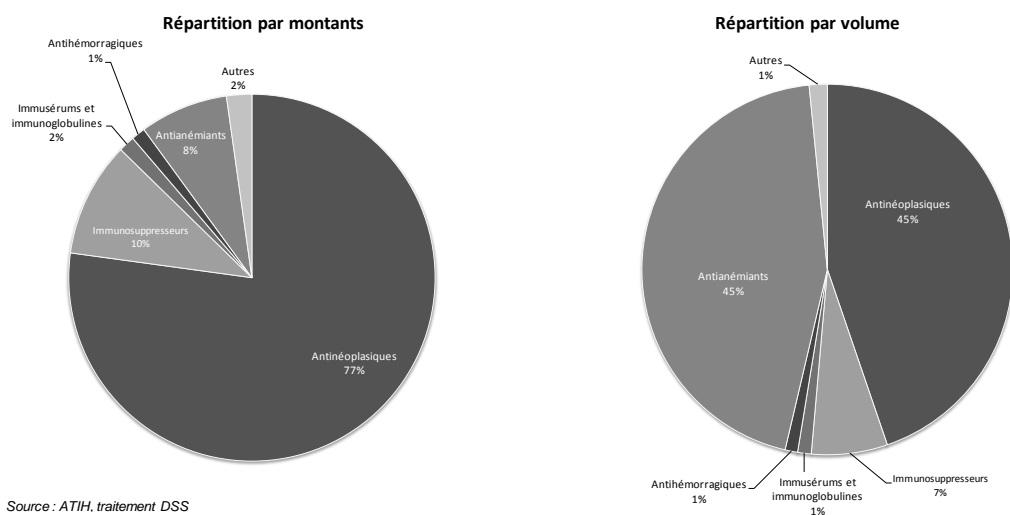
L'étude des prix des présentations figurant sur la liste en sus affiche une grande diversité. Le prix moyen d'une présentation qui est de 579,4 €, masque un spectre assez vaste qui oscille entre 3 € et 15 807,5 €. On constate néanmoins que la moitié des références ont un prix supérieur à 208,5 € et que la classe de prix [200€ - 500€] rassemble à elle seule plus du quart des présentations (cf. graphique 5). Au sein même des classes de médicaments, les variations peuvent être très importantes, comme au sein de la classe des immunosuppresseurs ou de celle des antithrombotiques. Comme constaté plus haut, les antianémiant, dont le poids en volume est très supérieur à leur poids dans la dépense, sont caractérisés par des prix unitaires relativement modérés au regard des autres classes de médicaments, la moyenne des 135 présentations de cette classe étant de 118,85 €. Une rapide comparaison avec le prix des médicaments distribués en ville permet de mieux apprécier le caractère coûteux des médicaments de la liste en sus. En effet, dans ce cadre, le prix moyen d'une référence en officine est de 7,4 € sachant que près de 90 % des références ont un prix moyen inférieur à 23 €.

Graphiques 4 et 4bis : Composition de la liste en sus par classe de médicaments en 2012

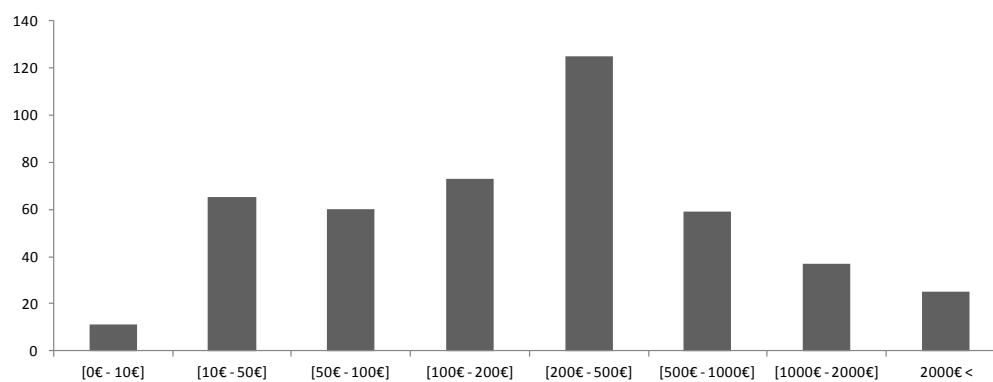
Secteur ex-DG



Secteur ex-OQN



Source : ATIH, traitement DSS

Graphique 5
Nombre de présentations (codes UCD) facturables en sus par classe de prix en 2012

Source : ATIH, traitement DSS

2.5. Dynamique récente des dépenses d'invalidité

Les dépenses d'invalidité tous régimes s'élèvent à environ 5,9 Md€ en 2012, en croissance de 58% par rapport à leur niveau de 2000. En valeur corrigée des revalorisations légales du montant des pensions, ces dépenses ont augmenté de 29% sur la période 2000-2012, soit une hausse de 2% en moyenne annuelle. Cette dynamique s'explique en partie par l'augmentation du nombre des pensionnés, en lien notamment avec le recul de l'âge de départ à la retraite qui se traduit par un allongement de la durée en invalidité (cf. fiche 7.2).

Le régime général représente 82% de l'ensemble de ces dépenses en 2012 (cf. graphique n°1), en évolution de +67% par rapport à 2000 (+36% nette des revalorisations).

Par définition, l'état d'invalidité se caractérise par *une incapacité permanente réduisant d'au moins 2/3 la capacité de travail ou de gain de l'assuré*. Cette incapacité s'apprécie en fonction de l'âge, de l'état général, de la capacité de travail restante, des facultés physiques et mentales du requérant, ainsi que de son aptitude et de ses capacités professionnelles.

- A ces critères médicaux s'ajoutent deux conditions : une condition d'âge (avoir un âge inférieur à l'âge légal de départ à la retraite) et une condition d'ouverture de droits. Pour bénéficier d'une pension d'invalidité, l'assuré social doit en effet avoir été immatriculé depuis au moins 12 mois à la date de l'arrêt de travail suivi d'invalidité, ou à la date de la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme. Il doit également, au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme :
- avoir travaillé au moins 800 heures (dont 200 heures au cours des 3 premiers mois) ;
- ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire (dont 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 premiers mois).

Une allocation supplémentaire contribue à compléter les pensions lorsque les ressources des bénéficiaires n'excèdent pas un certain plafond annuel. Son montant, dégressif en fonction des ressources du ménage, est au maximum de 401,35 € par mois pour une personne.

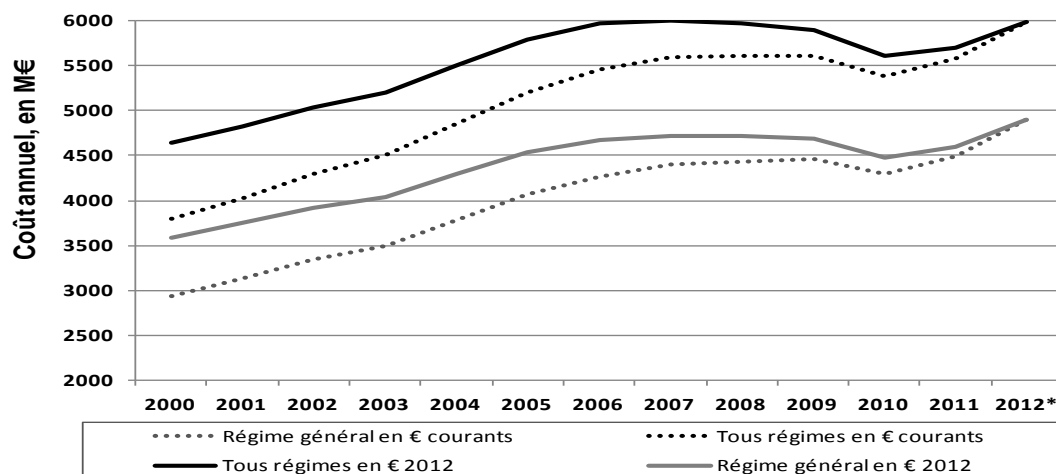
Une évolution contrastée dans le temps en raison d'effets démographiques et réglementaires ou comptables

Sur la période 2000-2011, l'évolution des dépenses d'invalidité peut s'analyser sur cinq périodes :

- une phase de croissance des dépenses, entre 2000 et 2003, à un rythme de 4% par an (hors revalorisations) ;
- à partir de 2003, et jusqu'en 2006, une accélération des dépenses liée à la hausse des effectifs des pensionnés induite essentiellement par le vieillissement des premières classes nombreuses du *baby boom*. En effet, 2003 marque l'arrivée progressive des premières générations nées après 1945 dans la tranche d'âge 55-59 ans, tranche d'âge pour laquelle on observe plus de 45% des versements des pensions d'invalidité du fait d'une plus forte prévalence de l'invalidité à partir de cet âge¹ (cf. *infra*).

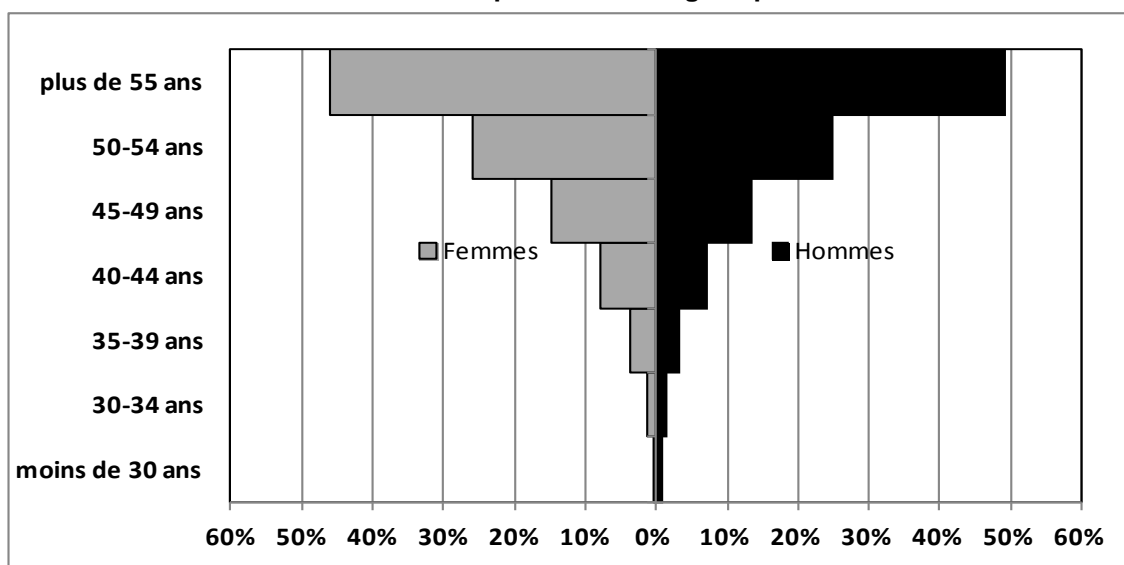
¹ L'âge moyen des bénéficiaires des pensions d'invalidité se situe autour de 49 ans en 2011. Plus de 94% des versements des pensions d'invalidité concernent les personnes de plus de 40 ans et 48% des bénéficiaires de plus de 55 ans (cf. graphique 2). Ainsi, les taux de prévalence de l'invalidité augmentent fortement avec l'âge pour atteindre 9,8 % pour les plus de 55 ans. Le poids croissant des populations de plus de 55 ans est donc un facteur d'explication de la croissance des dépenses d'invalidité. La proportion des 50-59 ans est passée de 11% à 13% entre 2000 et 2011, et celle des 60-69 ans de 9,2% à 10,4% (cf. tableau n°1).

Graphique n°1 : Evolution des dépenses d'invalidité de 2000 à 2011



Source : DSS, 6A

Graphique n°2 : Répartition en pourcentage des flux de versements de pensions d'invalidité en 2011 par tranche d'âge et par sexe



Source : CNAMTS, Extraction SNIIR-AM, 2011

Tableau n°1 : Distribution de la population de 2000 à 2011 par tranche d'âge

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (p)
0-19 ans	25,8%	25,7%	25,5%	25,4%	25,4%	25,3%	25,1%	25,0%	24,9%	24,8%	24,8%	24,7%
20-29 ans	13,4%	13,2%	13,1%	12,9%	12,6%	12,5%	12,6%	12,6%	12,5%	12,5%	12,5%	12,3%
30-39 ans	14,7%	14,6%	14,5%	14,5%	14,4%	14,2%	13,9%	13,6%	13,4%	13,2%	13,1%	12,9%
40-49 ans	14,3%	14,2%	14,2%	14,1%	14,1%	14,1%	14,1%	14,1%	14,1%	14,0%	13,9%	13,9%
50-59 ans	11,3%	11,8%	12,3%	12,6%	12,9%	13,2%	13,5%	13,4%	13,3%	13,2%	13,2%	13,1%
60-69 ans	9,2%	9,0%	8,8%	8,7%	8,6%	8,6%	8,6%	8,9%	9,3%	9,7%	10,0%	10,4%
plus de 70 ans	11,2%	11,4%	11,6%	11,8%	11,9%	12,1%	12,2%	12,3%	12,4%	12,5%	12,6%	12,6%

Source : INSEE

- de 2007 et 2009, les dépenses sont restées stationnaires, les effets liés à la démographique ne jouant plus (tous les invalides âgés de 55 à 59 ans appartenant à des cohortes de taille similaire) ;
- une légère baisse de la dépense est observée en 2010, qui s'explique par une modification comptable dans le traitement de l'allocation spéciale d'invalidité désormais exclue du champ des prestations d'invalidité (l'ASI est mise en compte de tiers) ;
- enfin, on observe depuis 2011 une nouvelle augmentation des dépenses liée principalement au recul de l'âge légal de départ en retraite résultant de la loi de 2010¹ qui conduit à prolonger le maintien en invalidité des pensionnés. En effet, des invalides âgés de 61 ans sont désormais recensés, ce qui n'était pas le cas jusqu'alors.

Hors revalorisation légales, la hausse des dépenses d'invalidité s'explique pour moitié par l'augmentation des effectifs de pensionnés

Au régime général, le nombre de pensionnés d'invalidité est passé de 458 000 à 677 000 entre 2000 et 2011, soit une augmentation de 48 % sur la période. La croissance des effectifs est donc à l'origine de près de la moitié de la dépense observée, hors revalorisations légales et évolution des montants moyens d'indemnisation. Une partie de cette hausse s'explique, comme on l'a vu précédemment, par l'arrivée des premières générations de *baby-boomers* aux âges où la prévalence de l'invalidité est élevée. Par ailleurs, on ne peut exclure, à âge donné, une augmentation de la prévalence de l'invalidité, qui n'est pas prise en compte ici.

Le renchérissement des montants moyens versés explique plus de 12 points de l'évolution de la dépense

La déformation de la structure de la population des pensionnés, au profit de cas plus graves (catégories 2) expliquerait 2% de la croissance des dépenses d'invalidité

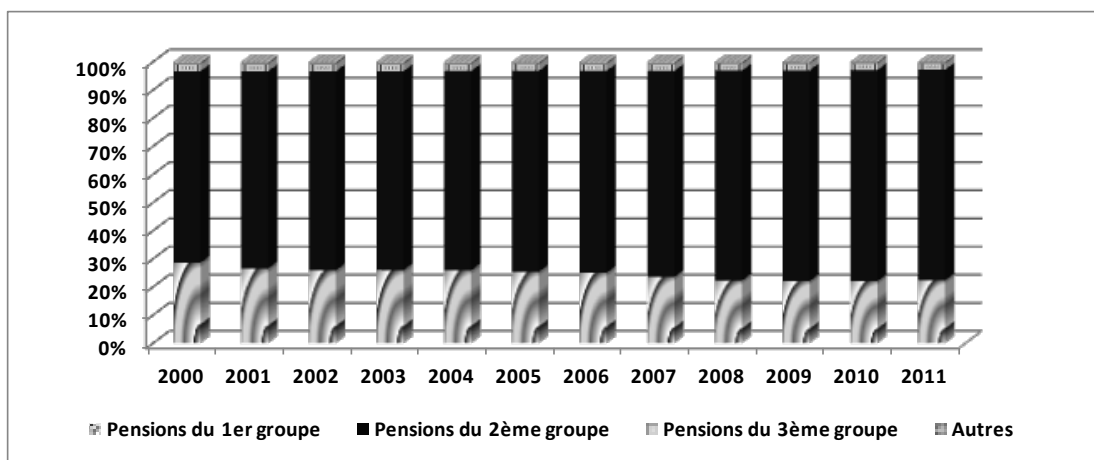
La part croissante des pensionnés de catégorie 2 explique également l'accroissement des dépenses : la proportion des pensionnés de catégorie 2 a progressé de 7 points sur la période 2000-2011 (passant de 68% à 75%), alors que la proportion des invalides de 1^{ère} catégorie a diminué de 29% à 22% et que celle des pensionnés de catégorie 3 est restée stable autour de 3% (cf. graphique n°3). En effet, le montant unitaire des pensions est plus élevé en catégorie 2 qu'en catégorie 1. A effectifs et à coûts moyens constants, la déformation de la part relative de chaque catégorie a conduit à une progression de 2 % des dépenses en 2011 par rapport à 2000.

Enfin, la progression des salaires des bénéficiaires a également eu un impact à la hausse sur des dépenses d'invalidité d'environ 10%

Le niveau des pensions attribuées dépend du salaire annuel moyen, soit le salaire moyen des dix années précédant l'invalidité (cf. encadré). De ce fait, la progression des salaires explique une partie de l'augmentation des dépenses des pensions d'invalidité. Le montant moyen des pensions du régime général a ainsi augmenté de 9% entre 2000 et 2011, soit environ 1% en moyenne annuelle. Pour rappel, selon les données de l'INSEE, le salaire moyen par tête a augmenté de 31 % entre 2000 et 2010.

¹ La loi portant réforme des retraites de 2010 a prévu une augmentation de l'âge légal de départ à la retraite qui devrait atteindre 62 ans pour les assurés nés en 1956.

Graphique n°3 : Répartition et évolution des effectifs de pensionnés d'invalidité selon la catégorie de pension



Source : CNAMTS, 2011

Barème applicable aux pensions d'invalidité du régime général

La pension d'invalidité est calculée sur la base du salaire annuel moyen, déterminé à partir des salaires des 10 meilleures années d'activité, et en fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle a été classé l'assuré.

CATEGORIE	DEFINITION	Montant de la pension	Minimum au 01.01.2013	Maximum
- 1 ^{ère} catégorie	invalides capables d'exercer une activité professionnelle	30% du salaire annuel moyen de base	279,98 €/mois	925.80, €/mois
- 2 ^{ème} catégorie	invalides incapables d'exercer une activité professionnelle	50% du salaire annuel moyen de base	279,98 €/mois	1 543 €/mois
- 3 ^{ème} catégorie	invalides incapables d'exercer une activité professionnelle et dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie	50% du salaire annuel moyen de base + Majoration pour tierce personne	279,98 €/mois + 1 096,49 €/mois	1543 €/mois

L'allocation supplémentaire du Fonds spécial d'invalidité (FSI) peut être versée en complément d'une pension d'invalidité ou d'une pension de veuve ou de veuf invalide, si les ressources de l'assuré (y compris l'allocation supplémentaire) sont inférieures à un plafond annuel fixé (au 1er janvier 2013) à :

- 8 373,81 euros pour une personne seule ;
- 14 667,32 euros pour un ménage.

Le montant maximum de l'allocation supplémentaire du FSI est de 401,356 €/mois pour une personne seule.

2.6. Les bénéficiaires du CLCA

Le complément de libre choix d'activité (CLCA) permet aux parents de réduire ou de cesser totalement leur activité professionnelle pour s'occuper de leur enfant de moins de 3 ans. Ce complément peut être versé pendant 6 mois au titre du premier enfant et jusqu'aux 3 ans des enfants suivants. Le complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA) est une option alternative au CLCA ouverte aux parents d'au moins 3 enfants en cas de cessation totale de leur activité. Son montant est supérieur à celui du CLCA mais limité à une durée d'un an.

Il peut s'agir pour les familles concernées d'une solution de garde alternative ou complémentaire (dans le cas d'une simple réduction d'activité) à la garde formelle par un assistant maternel, un salarié à domicile ou au recours à un établissement d'accueil de jeunes enfants (ÉAJE).

En 2012, le CLCA bénéficie à près de 530 000 parents pour un coût total tous régimes de 2,1 Md€ (cf. graphiques 1 et 2). Parallèlement, le nombre de bénéficiaires du COLCA demeure très faible (2 400 en 2012) comme cela est constaté depuis sa création en 2006.

Qui sont les bénéficiaires du CLCA ?

La grande majorité des parents bénéficiaires du CLCA en 2012 sont des femmes (96%).

45% de celles-ci ont sollicité un CLCA à taux réduit correspondant à une activité à temps partiel : pour un tiers, il s'agit d'une activité de 50 % à 80 % d'un temps plein, et pour 10 %, d'une activité inférieure à 50 %.

Une durée effective souvent inférieure à la durée maximale permise

L'échantillon national des allocataires des CAF (ÉNA)¹ permet de mieux connaître les caractéristiques des familles bénéficiaires de la prestation. À partir de l'échantillon des bénéficiaires sortants au cours de l'année 2010², des informations sur les configurations familiales, les ressources et les durées effectives de perception du CLCA sont mobilisables.

La très grande majorité de ces CLCA est sollicitée au titre d'un premier, second ou troisième enfant (92 %). Pour le premier enfant, la durée maximale est de 6 mois. La durée effectivement prise est de 5 mois en moyenne, toutefois seuls 56 % des parents utilisent la totalité de leurs droits.

Pour les enfants de rangs suivants, la durée maximale théorique s'étend jusqu'aux 3 ans de l'enfant, et n'est pas cumulable avec le congé maternité. La durée effectivement prise est de 22 mois en moyenne. Une des motivations principales d'interruption du CLCA semble être la scolarisation de l'enfant (on observe une légère surreprésentation des sorties du CLCA en août : 11% contre 8% en moyenne annuelle). Un tiers des parents concernés vont toutefois au-delà de 30 mois de service du CLCA.

De plus, parmi l'échantillon des sortants de 2010, près de 13 % bénéficiaient déjà d'un CLCA en 2006, enchaînant ainsi au moins deux CLCA. Les bénéficiaires d'un CLCA à taux plein, qui ont donc interrompu leur activité, sont même 15 % à enchaîner les CLCA³.

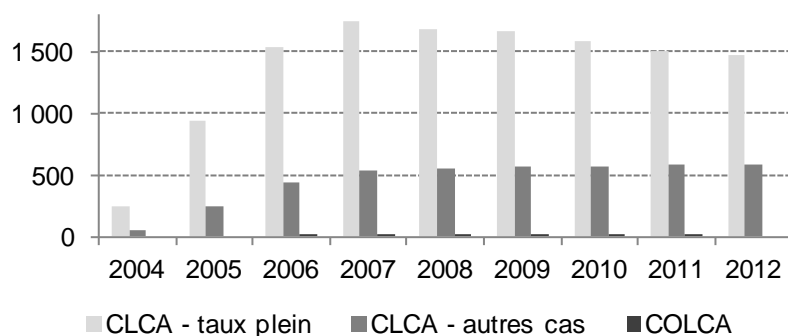
Un mode de garde complémentaire aux autres dispositifs existants

Près de 60 % des familles qui bénéficient d'un CLCA à taux réduit ont également recours au complément de libre choix du mode de garde (CMG) qui leur permet de prendre en charge une partie des frais de garde individuelle de l'enfant sur la plage d'activité du parent.

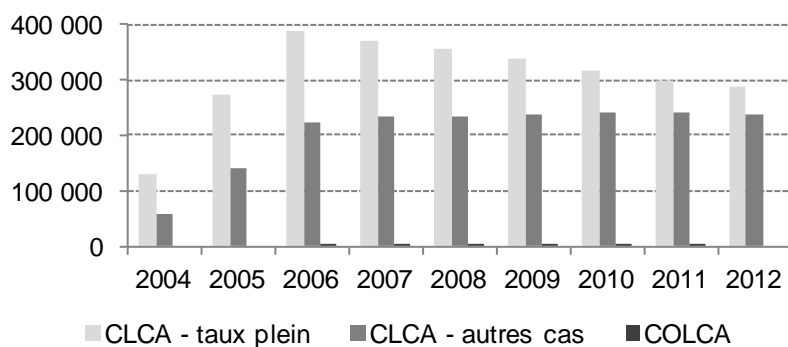
¹ L'échantillon national des allocataires des CAF (ÉNA) est un échantillon de ménages au 1/26^e, élaboré par la direction des statistiques, des études et de la recherche de la CNAF, regroupant des informations sur les ressources, les prestations perçues et les caractéristiques sociodémographiques des allocataires. L'année 2010 est la dernière année disponible.

² L'échantillon des sortants 2010 regroupe près de 14 300 ménages présents dans l'ÉNA et ayant perçu du CLCA au moins un mois dans l'année.

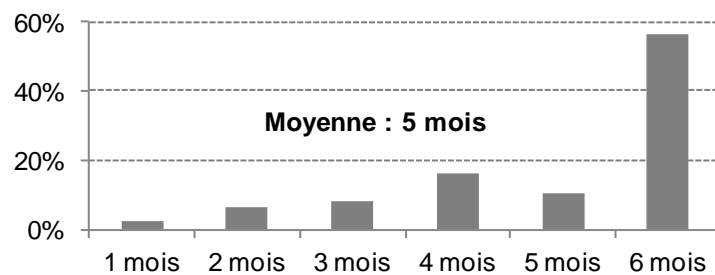
³ Les périodes de perception du CLCA entrant dans les conditions d'activité antérieure, certains parents peuvent interrompre leur activité sur des périodes très longues.

Graphique 1. Dépenses de CLCA/COLCA (en M€)

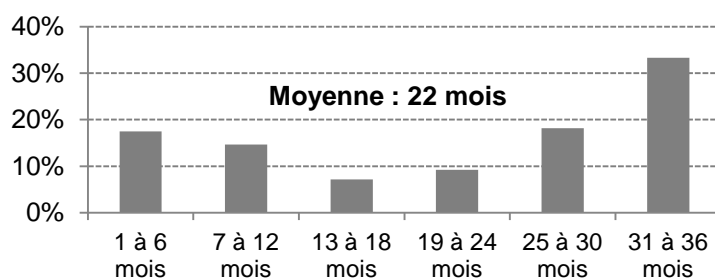
Source : CNAF – CCSS juin 2013.

Graphique 2. Nombre de bénéficiaires du CLCA/COLCA

Source : CNAF.

Graphique 3. Durée de CLCA pour le 1^{er} enfant (sortants 2010)

Source : ENA 2010, CNAF.

Graphique 4. Durée de CLCA pour les enfants suivants (sortants 2010)

Source : ENA 2010, CNAF.

Une population en diminution et davantage de recours au CLCA à taux réduit

Les dépenses au titre du CLCA, nettes des revalorisations légales, sont en perte de vitesse sur les dernières années : elles se sont réduites en moyenne chaque année de 0,7 % entre 2007 et 2012 (cf. graphique1).

Plusieurs éléments expliquent ce repli. Tout d'abord, la population des bénéficiaires du CLCA diminue avec le temps, alors même que la population d'enfants de moins de 3 ans est restée globalement stable sur la période. Depuis 2007, le nombre de familles bénéficiant du complément a baissé progressivement (-2,5 % en moyenne sur la période 2007-2012, cf. graphique 2). En 2012, ce sont ainsi près de 76 000 familles de moins qui perçoivent un CLCA par rapport à 2007. Cette diminution peut s'interpréter comme une conséquence de la montée en puissance de l'offre de garde formelle¹ sur la période (le nombre de place a augmenté d'environ 100 000 entre 2007 et 2010², essentiellement en établissement collectif et auprès d'assistants maternels).

Par ailleurs, si les durées moyennes de CLCA se révèlent relativement stables, la part des familles optant pour un CLCA à taux réduit, qui n'interrompent donc pas totalement leur activité, est en croissance. Les parents en activité supérieure à un mi-temps représentaient ainsi 34 % des bénéficiaires à fin 2006, ils étaient 45 % parmi à fin 2011. Le montant du CLCA à taux réduit étant plus faible que celui du CLCA à taux plein, ce changement tend ainsi à réduire dépenses au titre du CLCA. Toutefois, les familles bénéficiant d'un CLCA à taux réduit sont de plus en plus nombreuses à recourir à un mode de garde individuel en complément (60 % en 2010 contre 55 % en 2008) et à bénéficier à ce titre du complément de libre choix du mode de garde (CMG).

Un recours très féminin

Le recours au CLCA est essentiellement féminin (96%). Les pères ne sont par ailleurs que 3 % à y recourir seul au sein du couple. Si cette situation peut s'expliquer par la représentation sociale du rôle de la mère dans l'éducation des enfants, elle s'explique également par la répartition des revenus au sein du couple, généralement plus favorable au père (cf. encadré).

De nombreuses études mettent en évidence les conséquences professionnelles négatives de l'interruption d'activité à la suite d'une naissance, tant à court terme (sur l'employabilité à l'issue de la période d'interruption) qu'à plus long terme (sur la carrière professionnelle notamment). Une étude de la CNAF³ permet d'observer que l'interruption d'activité des mères après la naissance de leurs enfants s'accompagne d'effets négatifs sur leur trajectoire professionnelle bien après le retour à l'activité, et ce d'autant plus que la durée d'interruption est longue (au moins 3 ans). Par ailleurs, une étude de la DREES⁴ montre que si la majorité des sortants du CLCA retrouve un emploi au bout de quelques mois, cela vaut surtout pour ceux qui bénéficient d'un congé parental d'éducation⁵. A défaut, seuls 42% des sortants du CLCA retrouvent assez rapidement un emploi.

¹ Garde formelle : on considère ici la garde par un assistant maternel, la garde à domicile, l'accueil collectif en établissement (ÉAJE) et la préscolarisation.

² Il s'agit ici d'un nombre de places supplémentaires observé entre 2007 et 2010 tous modes de garde formels confondus (source : PQE 2010 et 2012). Ce nombre n'est pas comparable avec les 80 000 places créées dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens entre 2009 et 2012 (cf. fiche sur l'action sociale) qui ne porte que sur la garde par les assistants maternels et en établissement collectif.

³ Pauline Domingo, Céline Marc, « Trajectoires professionnelles des mères, Quels effets des arrêts et réductions d'activité ? », *Politiques sociales et familiales*, n° 108 - juin 2012.

⁴ Legendre E., Vanovermeir S., « Situations professionnelles à l'entrée et à la sortie du complément de libre choix d'activité (CLCA) », *Études et résultats* n° 750, Drees, février 2011.

⁵ Le congé parental d'éducation ouvert aux salariés sous certaines conditions (notamment d'ancienneté). Il permet au parent de réintégrer son entreprise à l'issue de la période d'interruption d'activité (au maximum jusqu'aux 3 ans de l'enfant). 75% des bénéficiaires du CLCA bénéficient de ce dispositif.

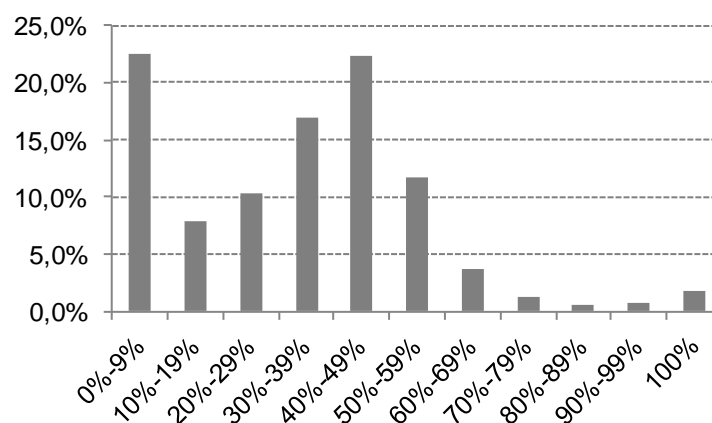
Apport financier du CLCA dans le revenu du couple

Un des éléments qui président au choix du parent qui réduit ou interrompt son activité est l'enjeu financier. Or les revenus ne sont pas également répartis entre les parents : parmi les couples sortants de 2010, près de 80 % des mères percevaient ainsi moins de la moitié des revenus du ménage deux ans auparavant (cf. graphique 6). Elles étaient même 23 % à disposer d'un revenu inférieur à 10 % des ressources du ménage. En moyenne, les revenus de la mère représentent seulement un tiers des revenus N-2 du foyer. Toutefois, il demeure que dans près de 20 % des cas le père percevait un revenu inférieur à celui de la mère.

Au niveau du ménage, le montant de CLCA perçu mensuellement représente en moyenne de 16% des revenus N-2. Il ne dépasse pas 20 % des ressources N-2 pour près de 78 % des familles.

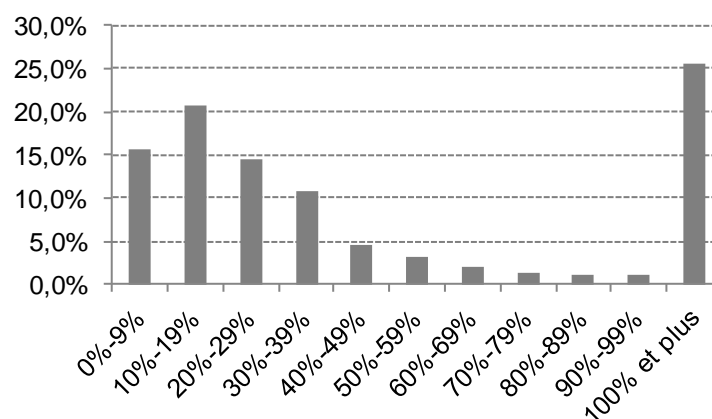
En revanche, en considérant le seul parent bénéficiaire du CLCA, le « taux de remplacement »¹ du complément est égal ou supérieur à 100 % des revenus N-2 du parent dans près de 25 % des cas. Ce taux est en moyenne de 45 %.

Graphique 5. Part des revenus du ménage perçus par la mère en N-2 (sortants 2010)



Source : ENA 2010, CNAF.

Graphique 6. « Taux de remplacement » du CLCA pour le parent bénéficiaire (sortants 2010)



Source : ENA 2010, CNAF.

¹ Le taux de remplacement calculé ici est dans le rapport du montant mensuel de CLCA en 2010 sur le revenu mensuel moyen 2008 du parent bénéficiaire (revenus imposables communiqués à la CAF).

2.7. Les aides à la personne ciblées sur les publics fragiles

Près de 30 % des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile sont aidées régulièrement en raison d'un problème de santé ou d'un handicap pour effectuer les tâches de la vie quotidienne (aide financière ou soutien). La moitié d'entre elles reçoivent au moins l'aide d'un professionnel²². Le recours à une aide extérieure, et notamment à celle d'un professionnel, est croissant en fonction de l'âge et du niveau de dépendance. Une large part des aides publiques relatives aux services à la personne contribue à favoriser le maintien à domicile des personnes fragiles en réduisant leur reste à charge. Sont considérées comme « publics fragiles », au sens des aides sociales, les personnes âgées de 70 ans et plus (dépendantes ou non) ainsi que les bénéficiaires d'un dispositif spécifique lié à la perte d'autonomie ou à un handicap (allocation personnalisée d'autonomie, allocation d'éducation d'enfant handicapé, prestation de compensation du handicap).

Les exonérations de cotisations relatives aux aides à domicile des publics fragiles représentent près de 95 % des aides sociales publiques au secteur

En progression depuis 2003, les aides sociales aux publics fragiles atteignent 1,6 Md€ en 2012

Depuis 1948, les publics fragiles bénéficient d'une exonération de cotisations sociales patronales. Aujourd'hui, trois dispositifs d'aide sociale se distinguent : l'exonération de cotisations pour l'emploi d'une aide à domicile, l'exonération de cotisations pour les structures employant des aides à domicile intervenant chez les particuliers fragiles, l'exonération relative aux accueillants familiaux (cf. encadré 1). Ces mesures ciblées sur les publics fragiles ne sont pas uniquement destinées aux personnes dépendantes mais également accordées au seul titre de l'âge. Elles ne sont pas assorties de conditions de ressources.

Ces dispositifs n'ont pas connu de profondes modifications sur la période récente, à la différence des dispositifs non ciblés qui ont été resserrés. Ils connaissent de surcroît un certain dynamisme dans le sillage du vieillissement de la population. Ainsi, depuis 2003, ils ont progressé de 5,6 % en moyenne annuelle (cf. tableau 1).

Selon le rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales (IGF, juin 2011), l'exonération sociale « publics fragiles » au seul titre de l'âge n'est pas justifiée, l'âge ne constituant pas un critère de fragilité en soi. Cette exonération devrait ainsi être réservée aux seules personnes dépendantes. Par ailleurs, dans le cas des personnes dépendantes, ces exonérations viennent contrebalancer pour partie la dégressivité de l'APA en fonction du revenu²³, car elles ne sont pas soumises à des conditions de ressources.

Les publics fragiles bénéficient d'autres dispositifs non ciblés

Outre ces aides sociales, les publics fragiles bénéficient d'aides fiscales (cf. encadré 2) : crédit ou réduction d'impôt sur le revenu de 50 % des dépenses de services à la personne, taux réduit ou exonération de TVA sur les services d'aide à la personne fournis par une structure agréée, réduction d'impôt pour frais de dépendance ou d'hébergement.

²² « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *Etudes et Résultats* n°771, DREES, août 2011.

²³ Cf. fiche 6.1 du rapport de la CCSS de septembre 2011 « Les aides sociales en faveur des services à la personne » et rapport de la mission d'évaluation approfondie des dépenses fiscales et des niches sociales en faveur des services à la personne (IGF, juin 2011).

Tableau 1 : Coût des mesures d'aides sociales dans le secteur des services à la personne et part des publics fragiles dans le total (millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)
Aide à domicile employée par ...											
une personne fragile	625	693	799	889	956	845	867	856	848	857	861
un organisme auprès d'une personne fragile	378	420	438	513	616	638	658	662	692	774	824
un organisme auprès d'une personne non fragile *				37	169	194	235	267	6	-	-
Réduction forfaitaire de cotisations (75 c. par heure travaillée)											193
Employeurs (abattement de 15 pts) *				149	225	261	288	335	-	-	-
Aide financière (CESU préfinancé)				19	40	66	91	95	111	118	124
Ensemble des aides sociales	1 003	1 113	1 237	1 607	2 006	2 004	2 139	2 215	1 657	1 749	2 002
<i>taux de croissance</i>		11%	11%	30%	25%	0%	7%	4%	-25%	6%	14%
Aides sociales ciblées sur les publics fragiles	1 003	1 113	1 237	1 402	1 572	1 483	1 525	1 518	1 540	1 631	1 685
<i>part dans l'ensemble des aides sociales</i>	100%	100%	100%	87%	78%	74%	71%	69%	93%	93%	84%
<i>taux de croissance</i>		11%	11%	13%	12%	-6%	3%	0%	1%	6%	3%

Source : rapports de la CCSS de 2004 à 2013.

* La loi de finances pour 2011 supprime ces deux dispositifs. Note : hors coût du dispositif de cotisation au forfait et de l'exonération accueillants familiaux. Les coûts sont en encaissement-décaissement, soit les coûts associés aux cotisations liquidées dans l'année. C'est pourquoi des montants subsistent pour 2011 sur la franchise de cotisation accordée aux organismes intervenant auprès de personnes non fragiles, dispositif supprimé en 2011.

Encadré 1 : Les dispositifs d'aide sociale destinés aux publics fragiles

Sont considérés comme publics fragiles (article L. 241-10 du code de la sécurité sociale) les personnes âgées de 70 ans ou plus (dépendantes ou non), les personnes dépendantes (bénéficiaires de l'APA, titulaires de la PCH ou de la majoration pour tierce personne, parents d'enfants handicapés ouvrant droit au complément de l'AEEH), les personnes de plus de 60 ans et dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Les dispositifs d'exonérations de cotisations destinés aux publics fragiles comprennent :

- l'exonération totale de cotisations patronales de sécurité sociale (hors ATMP) sur les rémunérations versées aux aides à domicile employées par les particuliers employeurs « fragiles »,
- l'exonération totale de cotisations patronales de sécurité sociale (hors ATMP) sur les rémunérations des aides à domicile employées par les organismes prestataires auprès d'une personne fragile. Le montant de l'avantage est le même que dans le cas de l'emploi de gré à gré par le particulier fragile. Les organismes éligibles sont les structures agréées (associations, entreprises, CCAS,...) assurant une activité de service à la personne ;
- l'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale et des cotisations salariales et patronales d'assurance chômage pour les rémunérations versées aux accueillants familiaux des personnes fragiles.

Lorsque la personne est fragile sur le seul critère de l'âge, l'assiette d'exonération est plafonnée à 65 fois le SMIC horaire par mois.

Par ailleurs, la possibilité pour les particuliers employeurs de cotiser sur une assiette forfaitaire (dispositif non ciblé sur les publics fragiles mais cumulable avec les exonérations destinées aux publics fragiles) a été supprimée au 1^{er} janvier 2013. Jusque là, d'un commun accord entre l'employeur et le salarié, l'assiette de cotisations pouvait être ramenée à une assiette forfaitaire égale au SMIC par heure rémunérée sur laquelle étaient dues les cotisations de sécurité sociale, la CSG, la CRDS, la CSA, la contribution FNAL, les cotisations de retraite complémentaire et celles d'assurance chômage. Le cumul d'une exonération public fragile et de la cotisation au forfait se traduisaient donc par une exonération totale de cotisations patronales de sécurité sociale (hors ATMP) et par une exonération au-delà de 1 SMIC des cotisations salariales de sécurité sociale, de la cotisation ATMP, de la CSG et la CRDS, de la CSA, des cotisations de retraite complémentaire, des cotisations d'assurance chômage et de la cotisation FNAL. A compter du 1^{er} janvier 2013, le dispositif de cotisation au forfait a été remplacé par une réduction forfaitaire de 75 centimes par heure travaillée. Ce dispositif n'est pas cumulable avec une exonération « publics fragiles ».

Enfin, tout comme les autres publics, les publics fragiles peuvent bénéficier de l'exclusion de l'assiette des cotisations et contributions sociales de l'aide versée par leur employeur sous forme de chèque emploi service universel préfinancé destiné à financer des activités de service. Toutefois, cette aide sociale ne devrait concerner qu'une minorité de publics fragiles, la plupart d'entre eux étant inactifs.

Jusqu'en 2012, les publics fragiles pouvaient en outre bénéficier de la possibilité de cotiser au forfait. Cette aide sociale non ciblée était, en effet, cumulable avec les dispositifs ciblés sur les publics fragiles. Environ 28 % des particuliers employeurs fragiles cumulaient ces deux dispositifs, bénéficiant ainsi d'une exonération supplémentaire de cotisations sociales lorsque le salarié était rémunéré au-delà de 1 SMIC²⁴. Au 1^{er} janvier 2013, le dispositif de cotisation au forfait a été remplacé par une réduction forfaitaire de cotisations de 75 centimes par heure travaillée, non cumulable avec les exonérations ciblées sur les publics fragiles.

Des dispositifs qui, en réduisant le reste à charge, favorisent le recours aux services à la personne et le développement du secteur

S'agissant des particuliers employeurs, l'activité se concentre sur les publics fragiles

Fin 2011, les personnes âgées de 70 ans ou plus représentent 42 % des 2 millions de particuliers employeurs hors garde d'enfants. En outre, les plus de 70 ans déclarent plus d'heures que les autres particuliers employeurs avec un volume trimestriel moyen de 73 heures contre 64 heures pour l'ensemble des particuliers employeurs²⁵. S'agissant des exonérations, 80 % des 70 ans ou plus bénéficient de l'exonération publics fragiles sur le seul critère de l'âge tandis que 16 % en bénéficient en raison de leur dépendance (bénéficiaires de l'APA)²⁶. On peut penser que certains bénéficiaires de l'APA ont accès à l'exonération publics fragiles sur le critère de l'âge. En effet, l'exonération publics fragiles est non quérable dès lors que la personne est âgée de 70 ans ou plus.

Le recours aux services à la personne est très différent selon le critère d'exonération (cf. tableau 2). Les bénéficiaires de l'exonération sur le critère de l'âge, dont l'âge moyen est de 81 ans, déclarent moins d'heures que les bénéficiaires sur le critère de leur dépendance qui sont en moyenne âgés de 83 ans (55 vs 142 heures trimestrielles). Ils versent un salaire moyen trimestriel plus faible (532 € vs 1184 €) et bénéficient d'un taux d'exonération moyen plus faible (23,7 %²⁷ vs 28,1 %²⁸). Au final, l'exonération sur critère de l'âge représente 47 % des montants exonérés contre 32 % pour l'exonération sur critère de dépendance.

Depuis 2010, le nombre de particuliers employeurs fragiles recule (-2,7 % entre fin 2009 et fin 2012), ainsi que le volume horaire qui leur est associé. Ce recul est particulièrement marqué pour les bénéficiaires de l'exonération sur critère de dépendance (-13 %). Il semble s'expliquer par un recours accru des personnes fragiles aux services de prestataires, au détriment de l'emploi direct. En effet, selon la DREES, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a progressé de 3,3 % entre 2009 et 2011.

L'assistance aux personnes âgées : une activité essentielle des structures prestataires

De fait, en 2011, l'assistance aux personnes âgées représente plus de la moitié des heures rémunérées des organismes de services à la personne²⁹ : 61 % des heures rémunérées des associations prestataires et 30% des heures rémunérées des entreprises privées prestataires contre 25 % en 2009³⁰ (cf. graphique 1). En 2008, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient déjà 70 % des particuliers ayant recours à un organisme prestataire³¹.

²⁴ Exonération supplémentaire concernant les cotisations assurance chômage, retraite complémentaire, FNAL, AGFF, la CSA, la participation à la formation, la prévoyance.

²⁵ « Les particuliers employeurs en 2011 : le recul de l'emploi à domicile hors garde d'enfant se confirme », *Accoss Stat* n°167, février 2013.

²⁶ Le reliquat regroupe des bénéficiaires de l'AEEH, de l'allocation compensatrice pour tierce personne ou d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité.

²⁷ Le taux d'exonération apparent est plus faible pour les bénéficiaires sur le critère de l'âge en raison du plafond égal à 65 fois la valeur horaire du SMIC.

²⁸ 28,2% depuis le 1^{er} novembre 2012.

²⁹ « Les services à la personne en 2011 : une baisse globale de l'activité et de l'emploi », *Dares Analyses* n°025, avril 2013.

³⁰ « Les services à la personne en 2010 : stabilité de l'activité globale, après le ralentissement de 2008-2009 », *Dares Analyses* n°060, septembre 2012.

³¹ « Les services à la personne : modalités de recours et profils des usagers en 2008 », *Dares Analyses* n°089, décembre 2010.

Encadré 2 : Les aides fiscales en faveur des services à la personne auxquels peuvent prétendre les publics fragiles

Ces aides fiscales comprennent : un crédit d'impôt sur le revenu au titre de l'emploi d'un salarié à domicile pour les personnes en emploi ou demandeurs d'emploi depuis au moins trois mois, une réduction d'impôt pour ceux n'exerçant pas d'activité ou non demandeurs d'emploi depuis moins de trois mois, une exonération de TVA des services rendus par les associations agréées, le bénéfice du taux de TVA réduit à 5,5 % pour les services fournis par les entreprises agréées (5 % à partir du 1^{er} janvier 2014), l'exonération d'impôt sur le revenu de l'aide financière versée par l'employeur ou par le comité d'entreprise en faveur des salariés afin de financer des services à la personne.

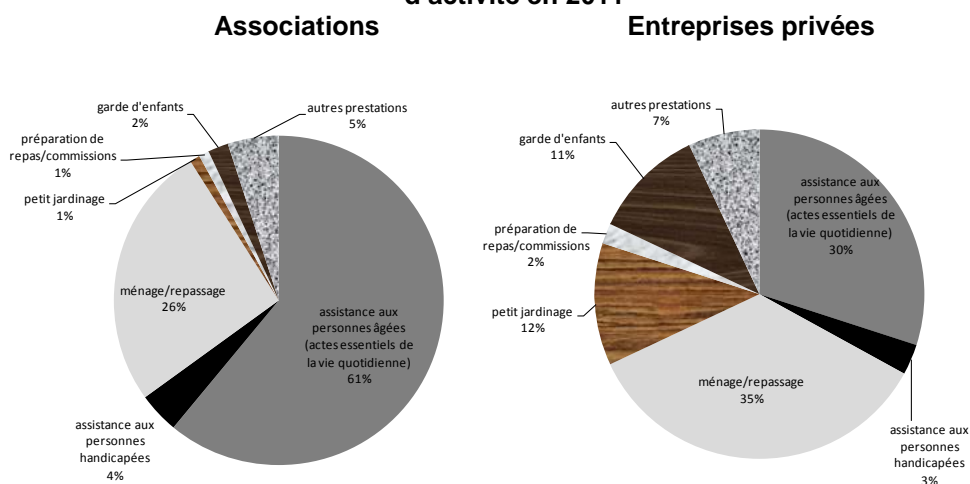
Enfin, il existe une réduction d'impôt de 25 % au titre des dépenses liées à la dépendance et des frais d'hébergement si la personne est accueillie dans un établissement ou dans un service assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Sans condition d'âge et dans la limite de 10 000 €, la réduction d'impôt s'applique aux frais d'hébergement et aux frais liés à la dépendance effectivement supportés, c'est-à-dire après déduction du montant des allocations ou des aides versées au titre des dépenses de dépendance ou d'hébergement (APA, aide sociale du département ou de l'aide au logement).

Tableau 2 : Caractéristiques par type d'exonération
Champ : particuliers employeurs hors garde d'enfants – 4^{ème} trimestre 2011

	répartition des employeurs	âge moyen	volume horaire trimestriel moyen	répartition du volume horaire	taux d'exonération*	exonération trimestrielle moyenne	répartition des exonérations	salaire trimestriel moyen
sans exonération publics fragiles	52,5%	50,2	50,8	41,7%	0,0%	0 €	0,0%	497 €
plus de 70 ans	34,4%	81,1	55	29,7%	23,7%	150 €	47,3%	532 €
APA	8,4%	83	142,2	18,7%	28,1%	415 €	31,8%	1 184 €
AEEH	2,4%	60,9	134,3	5,0%	28,1%	564 €	12,1%	1 142 €
PCH	0,0%	47	276,7	0,1%	28,1%	789 €	0,1%	2 295 €
autres	2,3%	63,4	135,7	5,0%	28,1%	408 €	8,7%	1 215 €
Total	100,0%	63,7	63,9	100,0%	15,2%	110 €	100,0%	599 €

Source : ACOSS

* Le taux d'exonération est défini comme le rapport entre le montant d'exonération et l'assiette des cotisations.

Graphique 1 : Répartition des heures des structures prestataires selon le type d'activité en 2011


Source : DARES à partir des données ANSP, Nova, tableaux statistiques annuels (TSA)

2.8. Etat des lieux de la protection sociale complémentaire d'entreprise

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise prévue par l'accord national interprofessionnel (ANI) à compter du 1^{er} janvier 2016 et mise en place dans le cadre de la loi sur la sécurisation de l'emploi adoptée le 14 mai 2013, va modifier le paysage de la couverture complémentaire d'entreprise. Cette fiche dresse un état des lieux statistique du marché de la complémentaire d'entreprise afin de mieux cerner les évolutions à venir.

Une répartition inégale de la couverture santé complémentaire collective

La part des établissements proposant une complémentaire santé collective à leurs salariés est passée de 40% en 2003 à 44% en 2009³². La complémentaire santé collective est inégalement répartie, selon la taille de l'entreprise, le secteur d'activité et la catégorie socio-professionnelle des salariés. Elle concerne surtout les établissements de grande taille (93% des établissements de 250 salariés et plus, contre 33% des établissements de moins de 10 salariés), où la proportion de cadres est élevée, et qui relèvent majoritairement du secteur de l'industrie (53% des établissements de l'industrie en proposent). Plus la proportion de cadres est élevée, plus le niveau de garanties des contrats proposés augmente : les établissements appartenant à des entreprises avec 19% et plus de cadres sont 33% à proposer des contrats de garantie élevée (contre 17% dans les entreprises sans cadre). Cependant, les données récentes sur les accords de branche (conclus jusqu'à fin 2011) examinés par la COMAREP (cf. encadré 1) montrent que la couverture santé de branche permet d'offrir une couverture aux salariés des branches composées de petites entreprises (47% des salariés couverts sont dans des entreprises de moins de 50 salariés) et d'améliorer la couverture santé des ouvriers (35% de la population couverte). Selon l'IRDES, la part des établissements qui offrent un contrat de prévoyance (risque décès, invalidité ou veuvage) à leurs salariés en 2009 s'élève à 65%. Parmi eux, plus de la moitié (55%) proposent également une complémentaire santé. Comme pour la complémentaire santé, la part des établissements qui proposent un contrat de prévoyance croît avec la taille de l'entreprise, dépend du statut « cadre-non cadre » et du secteur d'activité. La prévoyance apparaît toutefois plus répandue dans les établissements et répartie de manière plus homogène. Selon l'IRDES, cette situation s'explique par la présence plus ancienne de cette dernière sur le marché de la protection sociale complémentaire d'entreprise.

Des contrats qui offrent en moyenne des niveaux de garantie plus élevés à des coûts plus faibles que les contrats individuels

Grâce à des niveaux de garantie négociés collectivement, les garanties des contrats collectifs sont plus élevées que celles des contrats individuels : 77% des personnes couvertes par un contrat collectif bénéficient d'un contrat aux garanties élevées à très élevées contre 14% des personnes couvertes par un contrat individuel en 2010³³ (contrats de classe A et B, cf. graphique 1). Entre 2006 et 2010, l'écart entre contrats individuels et collectifs a augmenté du fait de la montée en gamme des contrats collectifs.

La complémentaire santé collective a un tarif moins élevé, à garanties équivalentes, du fait d'économies d'échelle et du pouvoir de négociation des entreprises ou des branches³⁴. Les analyses de la DREES sur les contrats les plus souscrits montre que la cotisation mensuelle est moins élevée de 6€ en collectif qu'en individuel. Selon les dernières données disponibles, la cotisation moyenne est supérieure de 23% pour les contrats individuels (46,7 € en individuel et 36,1 € en collectif) en 2010³⁵.

³² IRDES (2012), « Panorama de la complémentaire santé collective en France en 2009 et opinion des salariés sur le dispositif ».

³³ DREES (2013), « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 ».

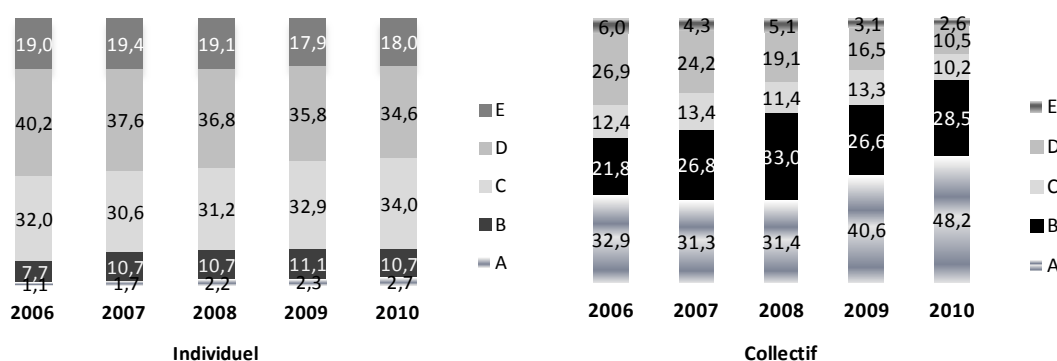
³⁴ DREES (2009), « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007 ».

³⁵ DREES (2013), *op. cit.*.

Sources statistiques sur la couverture complémentaire d'entreprise

- 1) **Enquête sur la santé et la protection sociale** (2010) de l'IRDES : cette enquête bisannuelle, appariée avec les données du SNIIRAM et du PMSI, est représentative du régime des salariés, de la MSA et du RSI, soit 85% des personnes couvertes par l'assurance maladie. Cette enquête fournit des éléments sur les contrats détenus et contient depuis 2010 un questionnaire spécifique sur les personnes sans complémentaire santé.
- 2) **Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise** (2009) de l'IRDES : cette deuxième édition de l'enquête est enrichie d'un questionnaire adressé aux salariés en sus de celui aux établissements. Les établissements sont représentatifs des établissements de France métropolitaine en activité sur l'année 2008, hors secteur agricole et administrations. L'échelon de l'établissement correspond à la plus petite unité de décision en matière de couverture complémentaire collective.
- 3) **Enquête auprès des organismes de couverture complémentaire de la DREES** dite « enquête sur les contrats modaux » : elle permet de suivre les garanties offertes par les contrats les plus souscrits, à savoir les trois contrats individuels et les deux contrats collectifs couvrant le plus de personnes au sein de chaque organisme. Ces contrats représentent 60% des personnes couvertes par un contrat individuel et 22% de celles couvertes par un contrat collectif.
- 4) **Données sur les accords de branche du rapport d'activité de la Commission des accords de retraite et de prévoyance (COMAREP)**³⁶. La COMAREP est consultée pour tout accord de branche portant sur des garanties de protection sociale complémentaire.

Graphique 1 - Évolution de la répartition des niveaux de garanties 2006-2010

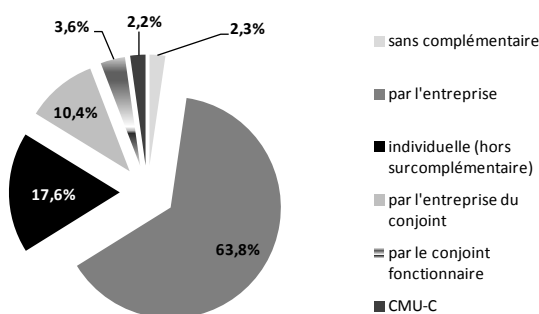


Champ : Bénéficiaires d'un contrat modal

Note : Les contrats de classe A offrent les meilleures garanties (remboursement quasi-intégral des biens de référence) et les contrats de classe E sont des contrats « d'entrée de gamme » qui ne remboursent pas pour la plupart au-delà du ticket modérateur.

Sources : DREES-Enquêtes statistiques auprès des organismes complémentaires santé – années 2006 à 2010.

Graphique 2 - Répartition des contrats complémentaires des salariés du secteur privé



Champ : entreprises du secteur privé, hors secteur agricole.

Source : Calculs DSS/6C à partir de l'enquête PSCE (2009) de l'IRDES.

³⁶ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_activite_comarep_2011.pdf

Pour les salariés et leurs ayants droit, la mutualisation des risques (les salariés sont assurés quel que soit leur état de santé) et la participation financière des employeurs qui s'élève en moyenne à 56%, permettent également de réduire le coût de la complémentaire santé. Pour les entreprises, surtout les grandes, la complémentaire représente un élément important de la politique salariale. Les exonérations fiscales et sociales dont elles bénéficient lorsque le régime est à caractère obligatoire en réduisent le coût.

Une extension de la couverture complémentaire collective à la suite de l'accord sur la généralisation de la protection sociale complémentaire d'entreprise

L'instauration de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise assortie d'un niveau de garantie et d'une part de financement par l'employeur minimaux doit permettre à un plus grand nombre de salariés de bénéficier d'une couverture santé de qualité à un moindre coût.

La mise en place d'une couverture collective obligatoire santé pour l'ensemble des salariés, avec un niveau minimal de garantie, interviendra au plus tard au 1^{er} janvier 2016. L'extension de la portabilité des garanties santé et prévoyance interviendra au 1^{er} juin 2014 pour la couverture santé et au 1^{er} juin 2015 pour la prévoyance (cf. encadré sur les principaux points de l'accord).

Le niveau de prise en charge minimal que devront respecter les contrats sera défini par décret. L'ANI du 11 janvier 2013 définit un panier de soins qui prend en charge les tickets modérateurs avec : 100% de la base de remboursement des consultations, actes techniques et pharmacie en ville et à l'hôpital, le forfait journalier hospitalier, 125% de la base de remboursement des prothèses dentaires et un forfait optique de 100 € par an.

Actuellement, si l'on s'intéresse à la population couverte, on estime que 64% des personnes relevant du champ des entreprises privées bénéficient d'un contrat par le biais de leur entreprise (cf. graphique 2). Il est acquis que les 400 000 salariés (2,3% du total) qui aujourd'hui n'ont pas de complémentaire santé, y auront accès demain. Les salariés avec une complémentaire individuelle privée (18%) devraient s'y ajouter, soit au total près de 3,2 millions de personnes supplémentaires. Un autre champ d'extension possible concerne les bénéficiaires de complémentaire santé par le biais du conjoint (14%), soit 2,5 millions de personnes, qui permettrait au total d'atteindre un champ de 6,1 millions de salariés supplémentaires couverts.

Des dispositifs sociaux et fiscaux incitant au développement de la complémentaire santé d'entreprise

Des dispositifs dont le coût actuel pour la Sécurité sociale est estimé à 1 Md€ dans le champ santé

Plusieurs dispositifs, antérieurs à l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 et à la loi relative à la sécurisation de l'emploi³⁷, sont destinés à inciter à la mise en place d'une couverture collective et obligatoire des salariés en matière de protection sociale complémentaire. Ces dispositifs ne s'appliquent qu'aux contrats santé solidaires et « responsables » (cf. encadré).

Les contributions des employeurs à la protection sociale complémentaire sont, dans le cadre des contrats collectifs obligatoires, exclues de l'assiette des cotisations sociales propre à chaque assuré sous certaines limites³⁸. La CSG et la CRDS restent dues sur les contributions

³⁷ Loi dont l'entrée en vigueur est subordonnée à la décision du Conseil constitutionnel et à sa publication au journal officiel.

³⁸ Ces contributions sont exclues de l'assiette des cotisations pour une fraction n'excédant pas un montant égal à 6 % du plafond de la sécurité sociale et 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale. Le total ainsi obtenu ne peut excéder 12 % de plafond de la sécurité sociale. L'exclusion d'assiette concerne à la fois les

Principales lois sur la complémentaire santé d'entreprise

- **loi de 1985** : mise en place d'exonérations de charges sociales et fiscales afin d'inciter les entreprises à proposer des contrats de complémentaires santé
- **loi Evin de 1989** : maintien des droits à la complémentaire santé à la sortie de l'emploi
- **2002** : incitations fiscales à ne pas appliquer de questionnaire santé (notion de contrat « solidaire ») lors de l'adhésion à une complémentaire afin de limiter la sélection des risques individuels.
- **loi Fillon du 21 août 2003** : conditionnement des exonérations aux contrats collectifs et **obligatoires**, afin de favoriser le développement et la mutualisation de la complémentaire santé à tous les salariés. La part des contrats obligatoires est passée de 50% des établissements en 2003 à 78% en 2009. Les **contrats responsables**, créés par la loi sur l'assurance maladie de 2004, et entrés en vigueur au 1^{er} janvier 2006 ouvrent droit à des exonérations sociales et fiscales pour les complémentaires santé comme pour les entreprises ayant souscrits des contrats collectifs sous condition du respect d'un certain nombre d'interdictions et d'obligations de prise en charge.

Principaux points de l'accord sur la généralisation de la protection sociale complémentaire

Les **branches professionnelles** doivent ouvrir des négociations avant le 1^{er} juin 2013 pour mettre en place une couverture collective de branche avant le 1^{er} juillet. Les entreprises non couvertes par un accord au 1^{er} juillet 2014 auront à leur tour l'obligation d'ouvrir des négociations. Dans le cas où les négociations de branche ou d'entreprise n'auraient pas abouti, l'employeur devra faire bénéficier unilatéralement ses salariés d'une couverture minimale santé au 1^{er} janvier 2016.

Le texte de loi, comme l'avait prévu l'ANI, fixe le **contenu de la couverture minimale « santé »** avec une prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier et des frais en sus des tarifs de responsabilité pour certains dispositifs médicaux (optique, dentaire). Le niveau de prise en charge sera défini par décret. Pour les couvertures complémentaires existantes, chacune des garanties ainsi que le financement employeur (au minimum 50% du coût) devront être au moins aussi favorable que la couverture minimale.

Les **contrats devront respecter les critères exigés des « contrats solidaires et responsables »**.

La **portabilité des droits est élargie et mutualisée** : elle concerne l'ensemble des salariés garantis collectivement contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail et d'invalidité ; elle est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail, dans les mêmes conditions que prévu par l'ANI de 2008 mais pour une durée pouvant atteindre 12 mois (contre 9 mois précédemment). La portabilité devient par ailleurs gratuite pour le salarié, dans la mesure où elle est désormais entièrement mutualisée au sein de l'entreprise.

patronales ainsi que le forfait social au taux dérogatoire de 8 %³⁹. Le coût de ces dispositifs pour la Sécurité sociale, net des gains de CSG-CRDS et forfait social, est estimé à 1130 M€ dans le champ santé en 2012⁴⁰ contre 1050 M€ en 2008. Les contributions des employeurs relatives aux contrats non collectifs et/ou facultatifs sont quant à elles soumises au taux de cotisation de droit commun.

S'agissant des dispositifs fiscaux, les participations salariales et patronales sont toutes deux déductibles du revenu imposable du salarié dans le cadre de certaines limites annuelles⁴¹. Les participations de l'employeur sont considérées comme une charge pour l'entreprise et, à ce titre, sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur les sociétés. La généralisation de la protection sociale complémentaire d'entreprise consécutive à l'ANI se traduira, à droit constant, par une extension du champ des exonérations dans la mesure où les contrats facultatifs actuellement soumis au taux de droit commun seront désormais obligatoires et entreront, à ce titre, dans le champ des exonérations.

Selon l'enquête PSCE de l'IRDES, en 2009, parmi les salariés bénéficiant d'une complémentaire santé collective, 80 % déclarent qu'elle était obligatoire au moment de l'adhésion, 18 % qu'elle était facultative. Parmi les établissements offrant une complémentaire santé d'entreprise à tout ou partie de leurs salariés, 78 % offraient uniquement des contrats à caractère obligatoire, 16 % ne proposaient que des contrats facultatifs, 6 % un mixte des deux. Toutefois, depuis 2009, le bénéfice des exonérations est conditionné au caractère obligatoire des contrats. En conséquence, la part des contrats facultatifs a très probablement reculé depuis cette date.

³⁹ Le forfait social ne s'applique pas aux entreprises de moins de 10 salariés.

⁴⁰ Source : annexe 5 au PLFSS pour 2013, septembre 2012. Les participations employeurs à la complémentaire santé d'entreprise représentent la moitié de l'ensemble des participations relatives à la prévoyance complémentaire (santé, décès, incapacité et invalidité).

⁴¹ Déductibilité fiscale dans la limite de 7 % du plafond annuel de la sécurité sociale et de 3 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total ne puisse excéder 3 % de 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

3. VUE D'ENSEMBLE DES RECETTES DU REGIME GENERAL

3.1. Vue d'ensemble des recettes

Les ressources du régime général se décomposent en cinq grandes catégories de recettes : les cotisations, la CSG et diverses contributions sociales, les prises en charge de cotisations par l'État, les recettes fiscales, et les transferts (prises en charge de cotisations et de prestations par des organismes tiers).

Les cotisations sociales nettes affectées au régime général se sont élevées à 184,3 Md€ en 2012

Ce montant est en augmentation de 3% par rapport à 2011, soit un rythme supérieur à celui de la masse salariale du secteur privé (2,2%). Cet écart est imputable à la baisse des exonérations de cotisations sociales, essentiellement liée à la modification, à compter du 1^{er} septembre 2012, du dispositif de réduction des cotisations appliqué aux heures supplémentaires. La forte progression des cotisations des travailleurs indépendants, résultant principalement de régularisations comptables, a également contribué à soutenir la croissance des cotisations en 2012. En sens inverse, la plus faible progression des cotisations du secteur public et des EPM a limité la progression des cotisations (cf. fiches 4.1 et 3.3).

Les cotisations représentent 58,3% des recettes du régime général en 2012. Elles sont affectées en majorité aux branches maladie et vieillesse à hauteur respectivement de 72,6 Md€ (soit 39% de l'ensemble des cotisations) et 66 Md€ (36% des cotisations). Viennent ensuite les branches famille avec 34,8 Md€ (19%) et accidents du travail avec 10,9 Md€ (cf. tableau 1 et graphiques 1 et 2).

La CSG a dégagé une recette de 64,6 Md€ pour le régime général en 2012

La CSG affectée au régime général a augmenté de 4,1% en 2012 (cf. tableau 2). Cette évolution, dynamique en comparaison de celle de la masse salariale, est principalement due à la mesure de réduction du taux d'abattement pour frais professionnels, qui s'appliquait aux revenus d'activité et aux indemnités chômage, et est passé de 3% à 1,75% en 2012. La CSG sur les revenus d'activité a ainsi augmenté de 4,1%. La CSG sur le revenu du capital est fortement dynamique (+11,9%) du fait des mesures d'élargissement d'assiette décidées en 2011 et 2012 (cf. fiche 4.2 et 3.5). La CSG a représenté 20,4% des recettes du régime général en 2012, et bénéficie principalement à la CNAM. En 2013, la CSG affectée au régime général augmenterait de 0,5% par rapport à 2012.

41 Md€ de contributions sociales, impôts et taxes ont été affectés au régime général en 2012

En complément des cotisations et de la CSG, les régimes de sécurité sociale bénéficient d'autres prélèvements sociaux assis sur des revenus totalement ou partiellement exclus de l'assiette des cotisations sociales. Ces contributions se sont élevées à 6,8 Md€ en 2012, et atteindraient 9,1 Md€ en 2013. Ces fortes augmentations découlent de la hausse de 8 à 20% du forfait social au 1^{er} août 2012 et de la hausse de 2 points du prélèvement social (cf. fiche 4-3).

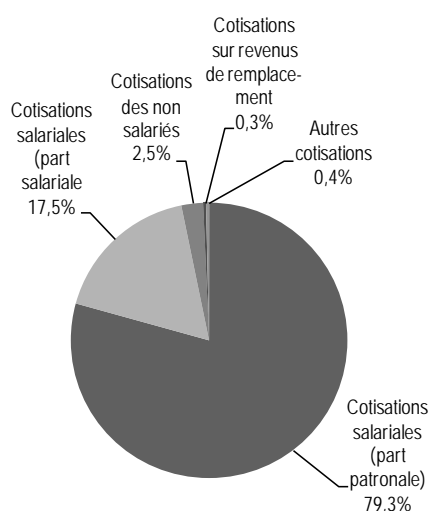
Les impôts et taxes affectés au régime général (y compris ceux compensant les exonérations sur les heures supplémentaires) ont augmenté de 4,6% en 2012 (cf. tableau 3). Le doublement du taux de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie (TSCA) a rapporté 1 Md€ de recettes supplémentaires. Par ailleurs, d'autres nouvelles recettes ont soutenu la croissance de ce poste de recettes (taxe médicaments, taxe boissons sucrées...). En 2013, les impôts et taxes devraient diminuer de 2,7%. En effet, la modification du dispositif d'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires devrait se traduire par une baisse de 1,9 Md€ des recettes fiscales nécessaires à sa compensation (cf. fiche 4-6). Toutefois, la modernisation de l'assiette de la taxe sur les salaires (+0,5 Md€) et la hausse des taxes tabacs limiteraient la baisse des recettes fiscales en 2013.

Tableau 1 – Répartition des cotisations nettes par branche du régime général

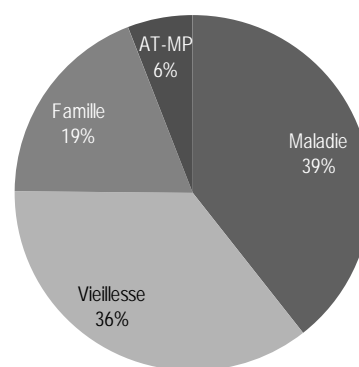
	2010	2011		2012		2013 (p)	
	M€	M€	%	M€	%	M€	%
Maladie	68 127	70 841	4,0	72 561	2,4	74 109	2,1
Vieillesse	61 126	63 515	3,9	65 959	3,8	69 432	5,3
Famille	32 631	33 830	3,7	34 851	3,0	35 363	1,5
AT-MP	8 240	10 726	30,2	10 958	2,2	11 394	4,0
Total régime général	170 124	178 911	5,2	184 329	3,0	190 297	3,2

Source: DSS/SDEPF/6A

Graphique 1 – Répartition des cotisations par assiette en 2012



Graphique 2 – Répartition des cotisations par branche en 2012



Source : DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 – CSG nette affectée au régime général et au FSV

	2010	2011		2012		2013	
	M€	M€	%	M€	%	M€	%
Maladie	50 518	52 772	4,5	54 928	4,1	55 152	0,4
Famille	12 038	9 285	-22,9	9 697	4,4	9 800	1,1
Total régime général	62 555	62 057	-0,8	64 626	4,1	64 952	0,5
FSV net	9 280	9 631	3,8	10 003	3,9	10 568	5,7
Ensemble	71 836	71 688	-0,2	74 628	4,1	75 520	1,2

Source: DSS/SDEPF/6A

Tableau 3 - Impôts et taxes nets par branche du régime général et du FSV

	2010	2011		2012		2013 (p)	
	M€	M€	%	M€	%	M€	%
Maladie	16 161	18 734	15,9	21 431	14,4	21 542	0,5
Vieillesse	9 781	10 449	6,8	11 172	6,9	12 291	10,0
Famille	3 918	7 764	98,2	8 125	4,6	8 378	3,1
AT-MP	1 910	296	-84,5	293	-1,0	112	-61,9
Total du régime général	31 770	37 243	17,2	41 021	10,1	42 323	3,2
FSV	492	4 431	800,3	4 696	6,0	6 041	28,6
Ensemble	32 262	41 674	29,2	45 717	9,7	48 364	5,8

Source: DSS/SDEPF/6A

Les contributions de l'Etat se sont élevées à 2,5 Md€ en 2012

Depuis 2010, plus aucune prestation prise en charge par l'Etat n'est présentée dans les comptes de résultat des caisses du régime général, les prestations en question (API, AAH, ASI) étant enregistrées en compte de tiers. De ce fait, les contributions de l'Etat se limitent aux prises en charge de cotisations en compensation des exonérations spécifiques de cotisations (cf. fiches 4-6), qui représentent 0,8% des recettes du régime général.

Ces prises en charge de cotisations par l'Etat sont en recul de -4,2% par rapport à 2012, mais cette évolution recouvre cette année d'importantes régularisations comptables qui produiront l'effet inverse en 2013, contribuant à la forte hausse sur ce poste (+12,8%).

Les transferts reçus par le régime général représentent 20,3 Md€ soit 6,4% de ses recettes en 2012

Ces recettes sont en hausse de 9,2% en 2012 par rapport à 2011 et devraient connaître une progression de 7,6% en 2013 pour atteindre 21,8 Md€ (cf. chapitre 5). La hausse de ces transferts est principalement due à l'augmentation du chômage et du SMIC qui majorent d'un milliard chaque année la prise en charge des cotisations au titre des périodes de chômage du FSV pour la CNAV. En outre, en 2012, la prise en charge du MICO par le FSV a été relevée de 0,4 Md€.

Les transferts comprennent principalement :

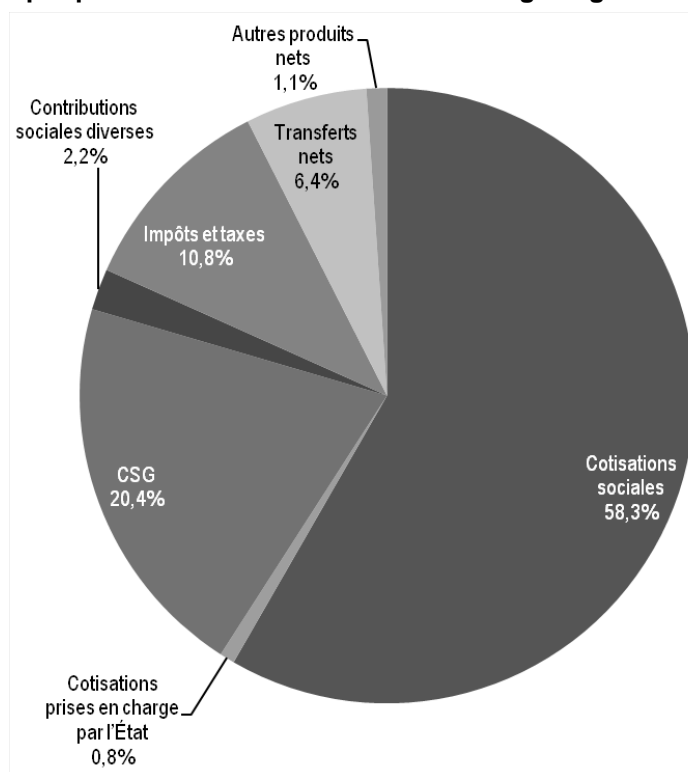
- des transferts en provenance d'autres régimes de base de sécurité sociale (représentant 2,3 Md€ en 2012, soit une hausse de 8,4% par rapport à 2011) : il s'agit, entre autres dispositifs, des transferts de compensation, des cotisations et de la soulte versées par le régime des industries électriques et gazières suite à son adossement financier à la CNAV, du reversement de cotisations des régimes spéciaux (validations de services...), de la part des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) prises en charge par le RSI et les régimes maladie des salariés et exploitants agricoles ;
- des transferts reçus des organismes concourant au financement de la sécurité sociale, qui représentent 17,8 Md€ en 2012. Il s'agit principalement des transferts du FSV vers la CNAV, qu'il s'agisse de la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs ou au titre des périodes de maladie, ou du remboursement des majorations de pensions de retraite, du minimum vieillesse et du minimum contributif. Ces transferts progressent de 9,2% en 2012 et devraient augmenter de 5,4% en 2013. Cette catégorie comprend également le transfert vers le régime général au titre de la prise en charge par la CNSA des dépenses en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Net de l'ONDAM médico-social, l'apport de la CNSA s'est élevé à 0,8 Md€ en 2012.

Tableau 4 – Evolution 2010-2013 des recettes du régime général

	2010	2011		2012		2013 (p)	
	M€	M€	%	M€	%	M€	%
Cotisations sociales nettes	170 292	179 075	5,2	184 364	3,0	190 338	3,2
Cotisations prises en charge par l'État nettes	3 359	2 532	-24,6	2 476	-2,2	2 810	13,5
Contributions, impôts et taxes	94 325	99 304	5,3	105 618	6,4	107 193	1,5
CSG nette	62 555	62 061	-0,8	64 597	4,1	64 870	0,4
Contributions sociales diverses	2 216	4 565	106,0	6 839	49,8	9 051	32,3
Impôts et taxes	29 554	32 678	10,6	34 182	4,6	33 271	-2,7
Transferts nets	15 697	18 559	18,2	20 258	9,2	21 794	7,6
Tranfers avec régimes de base	2 290	2 142	-6,5	2 323	8,4	2 934	26,3
Transferts avec les fonds	13 262	16 272	22,7	17 772	9,2	18 727	5,4
Contributions publiques et autres	145	145	-0,3	162	12,1	133	-18,0
Autres produits nets	3 874	3 355	-13,4	3 402	1,4	3 525	3,6
Ensemble des produits nets	287 547	302 825	5,3	316 117	4,4	325 660	3,0

Source: DSS/SDEPF/6A

Graphique 3 – Structure des recettes du régime général en 2012



Source : DSS/SDEPF/6A

3.2. Les prélèvements sur les revenus d'activité du secteur privé

Environ 80% des cotisations et 62% des produits de CSG sur les revenus d'activité perçues par le régime général provenant du secteur privé (cf. tableau 1), la croissance de la masse salariale de ce secteur est le principal déterminant de l'évolution des recettes du régime général assises sur les revenus d'activité¹.

En 2012, la masse salariale du secteur privé a augmenté de 2,2%, après une hausse de 3,6% en 2011. La composante « emploi » de la masse salariale a stagné tandis que le salaire moyen a crû de 2,2%. En 2013, la masse salariale continuerait de ralentir et s'établirait à 1,3% du fait d'un recul de l'emploi (-0,6%) et d'une croissance du salaire moyen plus faible que celle observée en 2012 (+1,9%, cf. graphique 1).

Comme en 2012, l'évolution des exonérations sera en 2013 le principal déterminant de la forte hausse des cotisations au regard de la progression de la masse salariale

Dans le secteur privé, à 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 (cf. graphique 2). En revanche, la dynamique des deux composantes de cet agrégat, cotisations d'une part et exonérations d'autre part, peut être différente, expliquant un écart entre l'évolution des cotisations et celle de la masse salariale.

Ainsi, en 2012, la croissance de la masse salariale du secteur privé n'explique que 2,20 points de l'augmentation de 2,92 points du montant des cotisations sur ce champ (cf. tableau 2). L'évolution du montant global des exonérations explique 0,46 point de cet écart. La modification du dispositif d'exonérations de cotisations salariales appliquées aux heures supplémentaires à compter du 1^{er} septembre 2012 a en effet conduit à un surcroît de recettes de l'ordre de 0,9 Md€. Cette mesure, qui supprime les exonérations de cotisations salariales et limite les exonérations de cotisations patronales aux entreprises de moins de vingt salariés a ainsi contribué pour 0,62 point à la hausse des produits de cotisation. Les exonérations au titre des autres dispositifs ont toutefois augmenté, et sont venues atténuer l'impact de cette mesure décidée en loi de finances rectificative. L'impact de l'évolution des exonérations ciblées compensées par dotation budgétaire est quasiment nul. En revanche, les exonérations non compensées ont crû de près de 7%, soit une contribution négative de -0,04 point. Les allègements généraux ont augmenté de 3%, contribuant à réduire l'évolution des recettes de cotisations pour -0,11 point.

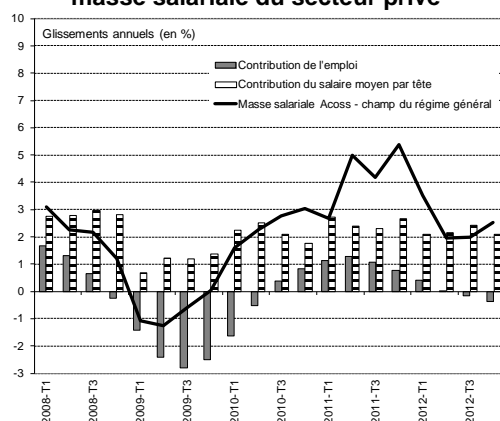
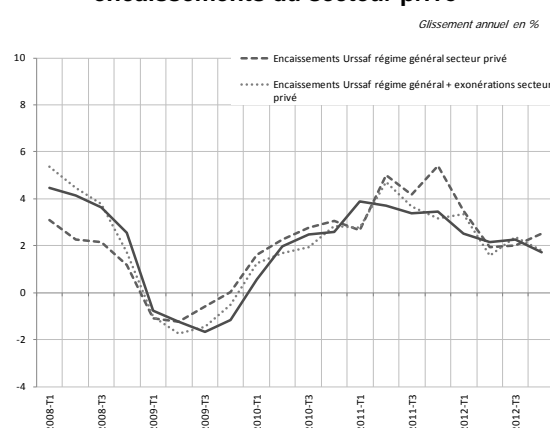
La croissance des cotisations du secteur privé devrait s'établir à 3,59% en 2013, soit un rythme supérieur de 2,29 points à celui de la masse salariale. Le recul notable des exonérations contribuerait très fortement, pour 1,67 point, à la progression des cotisations. L'effet en année pleine de la modification du dispositif d'exonération des heures supplémentaires devrait ainsi se traduire par un supplément de recettes de cotisations proche de 1,9 Md€, soit une contribution de 1,27 point. Les exonérations générales sur les bas salaires, qui devraient diminuer de 2,2% en raison d'une baisse de l'emploi et d'une évolution moins rapide du SMIC que du salaire moyen, contribueraient également à la croissance des recettes de cotisations, pour 0,47 point.

¹ Le reste de ces recettes provient du secteur public, des travailleurs indépendants, des particuliers employeurs, des grandes entreprises nationales, des salariés agricoles. Les prélèvements sur les revenus d'activité de ces autres assiettes sont présentés dans la fiche 3.3 du rapport.

Tableau 1 – Cotisations sur les revenus d'activité sur l'ensemble des assiettes et sur le secteur privé et part du secteur privé

	2011		2012			2013(p)		
	M€	Part du secteur privé	M€	Evolution	Part du secteur privé	M€	Evolution	Part du secteur privé
Cotisations brutes sur revenus d'activité	179 182	81%	184 855	3,17	81%	190 974	3,31	81%
Cotisations du secteur privé	144 705		148 925	2,92		154 267	3,59	
CSG brute sur revenus d'activité	60 763	62%	63 256	4,10	61%	63 798	0,86	62%
CSG du secteur privé	37 601		38 779	3,13		39 294	1,33	

Source: DSS/SDEPF/6A

Graphique 1 - Evolution de l'emploi et de la masse salariale du secteur privé**Graphique 2 - Masse salariale et encaissements du secteur privé**

Source : ACOSS ; champ : régime général cotisants privés, y compris grandes entreprises nationales.

Note de lecture graphique 3 : L'évolution des encaissements du secteur privé dépend principalement du rythme de l'assiette (masse salariale), de l'évolution des exonérations et des changements de législation (variation de taux notamment). L'agrégat "encaissements+exonérations" est conceptuellement le plus proche de l'assiette, mais peut s'en écarter ponctuellement. Par exemple en 2006, il diverge de l'évolution de la masse salariale en raison des hausses de cotisations intervenues au 1^{er} janvier (retraite et accidents du travail). La zone entre traits fins et pointillés illustre l'impact des exonérations sur l'évolution des encaissements.

Tableau 2 – Décomposition de la croissance des cotisations sur les revenus d'activité du secteur privé

	2012	2013
croissance de la masse salariale du secteur privé	2,20	1,30
Effet exonérations	0,46	1,67
<i>dont exonérations compensées par dotations budgétaires</i>	-0,01	0,00
<i>dont allègements sur bas salaires</i>	-0,11	0,47
<i>dont exonérations heures supplémentaires</i>	0,62	1,27
<i>dont exonérations non compensées</i>	-0,04	-0,07
Effet plafond	0,21	-0,02
Hausse du taux de cotisation vieillesse	0,09	0,46
Hausse du taux de cotisation AT-MP		0,14
Baisse du seuil d'assujettissement des indemnités de rupture	0,03	0,03
Effet des erreurs de PAR	-0,09	0,00
Ecart expliqué	0,70	2,29
Croissance des cotisations du secteur privé	2,92	3,59

Source: DSS/SDEPF/6A

Les mesures des LFSS pour 2012 et 2013 ont fortement contribué à la hausse des prélèvements sur les revenus d'activité

L'élargissement de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité a soutenu la progression des recettes en 2012

La contribution sociale généralisée n'étant que très peu concernée par des mesures d'exonérations, l'évolution de ces dernières n'a qu'un impact négligeable sur l'évolution des produits de la CSG. En revanche, son assiette diffère de celle des cotisations car elle comprend des éléments de rémunération non soumis à cotisation, en particulier l'intéressement et la participation. En 2012, on estime que l'assiette a évolué moins rapidement que celle des cotisations d'environ 0,2 point. On retient pour 2013 une évolution analogue à celle de la masse salariale. Ainsi, outre l'impact de certains éléments comptables (*cf. infra*), seules des mesures d'élargissement d'assiette ou de hausse de taux peuvent conduire l'évolution de cette recette à s'écarter de celle de la masse salariale.

La CSG sur les revenus d'activité du secteur privé a progressé de 3,1% en 2012, soit un écart de 0,7 point avec la croissance de l'assiette de prélèvement. Cet écart est presque intégralement imputable à la mesure de réduction de 3% à 1,75% du taux d'abattement votée en LFSS pour 2012. Cet élargissement de l'assiette a eu pour effet un accroissement notable des produits de CSG (+0,8 Md€ dont +0,4 Md€ pour la CSG sur revenus d'activité sur affectée au régime général, *cf. tableau 3*). Elle a ainsi contribué pour 1,32 point à la croissance des recettes de CSG de chacun des attributaires (*cf. tableau 4*). Les modalités de répartition de la CSG maladie ont eu pour conséquence l'affectation à la CNAM de la totalité de l'impact de cette mesure, qui a de ce fait contribué pour 1,6 point à la croissance des produits de CSG de la CNAM en 2012 (*cf. encadré 1 et tableau 4*).

Les hausses de taux de cotisation vieillesse, intervenue en novembre 2012, et AT, en 2013, ont un impact positif sur les cotisations

L'élargissement du droit à la retraite à 60 ans au titre des carrières longues décidé en juillet 2012, est financé par une hausse progressive des taux de cotisation de la branche vieillesse sur la période 2012-2017. Dans ce cadre, une hausse de 0,2 point du taux de cotisation de la branche vieillesse est intervenue le 1^{er} novembre 2012 et s'est traduite par un surcroît de cotisations de 0,2 Md€ sur le champ des salariés du secteur privé, soit une contribution de 0,09 point en 2012. Son impact en 2013 est estimé à 0,7 Md€, cette mesure contribuerait ainsi pour 0,46 point à la croissance des cotisations du secteur privé.

La revalorisation des taux de cotisation AT-MP en 2013 devrait se traduire par une hausse des cotisations de l'ordre de 200 M€, soit une contribution de 0,13 point.

Par ailleurs, la baisse du seuil d'assujettissement des indemnités versées lors d'une rupture de contrat de travail de 3 à 2 plafonds de la sécurité sociale, décidée en LFSS pour 2012, s'est traduite par une hausse des cotisations de 45 M€ en 2012, soit une contribution de 0,03 point. L'impact supplémentaire de cette mesure est estimé à 49 M€ en 2013, elle contribuerait ainsi à nouveau pour 0,03 point à la croissance des cotisations sur les revenus d'activité du secteur privé.

Les cotisations « retraite » du régime général, assises pour l'essentiel sur une masse salariale plafonnée, dépendent de l'évolution du plafond de la sécurité sociale

Le plafond de la sécurité sociale a été revalorisé de 2,9% (*cf. encadré 1*) au 1^{er} janvier 2012, soit 0,7 point de plus que la croissance du salaire moyen constatée en 2012. Ainsi, pour l'ensemble des salariés dont le salaire est supérieur au plafond, les cotisations versées ont augmenté plus vite que le salaire moyen. C'est pourquoi la masse salariale plafonnée, mesurée sur le champ des salariés du secteur privé a augmenté de 2,6% au lieu de 2,2% pour la masse salariale totale. L'impact positif de cet effet sur les cotisations est estimé à 0,21 point. En 2013, le plafond a été revalorisé de 1,8%, soit un taux légèrement inférieur à celui estimé pour le salaire moyen par tête (1,9%). L'effet plafond serait donc modéré et jouerait négativement, pour -0,02 point.

Tableau 3 – Estimation du montant supplémentaire de CSG sur les revenus d'activité résultant de l'élargissement de son assiette en 2012

	Secteur privé	Toutes assiettes confondues
CNAM	349	563
Autres régimes maladie	-	-
CNAF	53	86
FSV	55	89
CNSA	7	11
CADES	32	52
Total	495	800

Source DSS/SDEPF/6A

Tableau 4 – Décomposition de la progression de la CSG du secteur privé

	2012						2013					
	CNAM	CNAF	FSV	CNSA	CADES	Total	CNAM	CNAF	FSV	CNSA	CADES	Total
croissance de la masse salariale du secteur privé	2,2						1,3					
Correction de l'assiette (-0,2 points en 2012)	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2						
Baisse du taux d'abattement de 3% à 1,75%	1,6	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3						
Impact sur la CNAM de la répartition de la CSG maladie	0,1						-0,3					
Correction des erreurs de PAR	0,0	-0,3	0,0	-4,0	-0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6		0,0
Recettes au titre des années antérieures				3,1		0,0						
Impact du swap de taux FSV/CNSA								4,4	-37,8			0,0
Ecart expliqué	1,5	0,9	1,1	0,2	0,5	1,1	-0,3	-0,0	4,4	-34,2	-	0,0
Croissance de la CSG sur revenus d'activité du secteur privé	3,7	3,1	3,0	2,4	2,9	3,1	1,0	1,3	5,7	-32,9	1,3	1,3

Encadré 1 - 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 au 1er janvier N est le salaire moyen par tête (SMPT) du secteur marchand non agricole qui figure pour l'année N-1 dans le rapport économique, social et financier (RESF) annexé au projet de loi de finances pour l'année N.

En 2013, le plafond de la sécurité sociale s'établit à 37 032 €, contre 36 372 € en 2012, et 35 352 € en 2011. Cela représente une augmentation de 1,8% en 2013 après 2,9% en 2012. Cette année, la revalorisation a été fixée en tenant compte de l'estimation effectuée en septembre 2012 du SMPT pour 2012, soit 2,4% et d'une régularisation au titre de 2011 de -0,6 point, qui correspond à l'écart entre l'estimation à cette date du taux de croissance du SMPT en 2011 (+2,4%) et celle qui figurait dans le RESF annexé au projet de loi de finances pour 2013 (+3%).

Revalorisation du plafond 2012		Revalorisation du plafond 2013	
	En %		En %
Taux de croissance du SMPT 2011 (A)	3,0	Taux de croissance du SMPT 2012 (A)	2,4
Correction SMPT 2010		Correction SMPT 2011	
SMPT 2010 prévu lors de la fixation du plafond 2011	2,2	SMPT 2011 prévu lors de la fixation du plafond 2012	3,0
SMPT 2010	2,1	SMPT 2011	2,4
Correctif plafond (B)	-0,1	Correctif plafond (B)	-0,6
Evolution du plafond 2012 (A+B)	2,90	Evolution du plafond 2012 (A+B)	1,80

D'autres éléments, législatifs ou comptables, peuvent conduire l'évolution des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité à s'écarter de celle de la masse salariale du secteur privé

Après deux années d'évolution favorable, la CSG attribuée à la CNAM serait moins rapide que celle des autres régimes maladie en 2013

Compte tenu des règles de répartition de la CSG entre régimes maladie (*cf.* encadré 2), les recettes de CSG des régimes autres que la CNAM ont augmenté de 1,7% en 2012 et progresseront de 2,7% en 2013, profitant de la bonne tenue de la masse salariale du secteur privé en 2011. Ainsi, en 2012, les recettes attribuées à la CNAM ont progressé plus rapidement que le rendement global (+3,7%). Au contraire, en 2013, le ralentissement global se combinerait à une répartition défavorable, et les recettes de CSG sur revenus d'activité de la CNAM n'augmenteraient que de 1%.

Les régularisations comptables entre assiettes de cotisants et des erreurs d'estimation des produits à recevoir (PAR) n'ont pas eu d'impact significatif en 2012

Les PAR désignent les produits encaissés lors d'un exercice mais qui correspondent à une période d'emploi d'un exercice antérieur. En pratique, la majeure partie des cotisations 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 sur ou sous-estimation des produits.

Contrairement à 2011 (*cf.* fiche 5.2 du rapport de la CCSS de septembre 2012), la correction des erreurs de PAR a été très limitée en 2012 et n'a qu'un impact négligeable sur la croissance des produits de cotisations du secteur privé 2012 et 2013.

C'est également le cas des PAR de CSG, qui ont fait l'objet de correction de montants très faibles lors de la clôture des comptes 2012. Sur l'ensemble des branches, les corrections des erreurs de PAR sur la CSG sur les revenus d'activité du secteur privé ont ainsi eu une contribution négative de l'ordre de -0,01 point à la croissance des recettes de CSG en 2012 et seront globalement neutres en 2013, la croissance de la CSG sur les revenus d'activité du secteur privé devant s'établir à un niveau très proche de l'évolution de la masse salariale. Toutefois, l'analyse plus précise de ces corrections montre qu'elles ont été importantes pour la CNSA (de l'ordre de 18 M€ qui sont à rapporter au 515 M€ de produits de CSG sur les revenus d'activité du secteur privé attribués à la CNSA). Elles se sont traduites par une contribution négative de 4 points en 2012 et devraient contribuer positivement de 3,6 points en 2013. L'impact de ces corrections a été quasiment compensé par celui des régularisations comptables au titre des années antérieures, intervenu en 2012, qui ont contribué positivement à l'évolution des recettes de la CNSA en 2012 et n'auront pas d'effet en 2013.

Le transfert ponctuel de 0,036 point de la CNSA vers le FSV conduit à des évolutions différenciées entre affectataires

La contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, attribuée à la CNSA, a été créée dans le cadre de la LFSS pour 2013 afin de financer la future réforme de la dépendance. Elle s'accompagne en 2013, d'une modification de la clé de répartition de la CSG entre la CNSA et le FSV, le taux de CSG attribuée à la première étant diminué de 0,036 point et celui du FSV augmenté d'autant. Cette mesure est globalement neutre sur les recettes totales de CSG, mais ce transfert, qui représente 190 M€ sur le champ des revenus d'activité du secteur privé (et 450 M€ sur l'assiette totale de CSG) se traduira par une baisse de 33% des recettes de CSG sur les revenus d'activité du secteur privé attribuées à la CNSA en 2013. A l'inverse, elle explique la quasi-totalité de l'écart de 4,4 points entre l'évolution de la masse salariale prévue pour 2013 et la progression des recettes de CSG sur l'activité du FSV (+5,7% en prévision sur le champ du secteur privé).

Encadré 2 – La répartition de la CSG entre les régimes d'assurance maladie

Les montants de CSG maladie attribués aux régimes autres que le régime général sont fixés chaque année par arrêté. Les montants initiaux qui ont servi de base de calcul pour ce mécanisme de répartition ont été déterminés pour chacun des régimes sur la base des pertes de cotisations maladie au titre de 1998, lorsque la CSG s'est substituée presque intégralement à ces cotisations. Pour chaque année, les montants de CSG affectés à chacun des régimes maladie autres que la CNAM sont établis en fonction des montants attribués l'année précédente, revalorisés de la progression de la valeur de point de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement entre les deux dernières années connues : pour la fixation des montants en 2013, les montants 2012 ont été revalorisés de la hausse des revenus d'activité et de remplacement entre 2010 et 2011, soit 2,7%. Ce mécanisme se traduit par des décalages temporels importants entre l'évolution des revenus et celle des montants de CSG affectés aux régimes.

Tableau 5 – Répartition du montant total de CSG maladie

	2010	2011		2012		2013 (p)	
	M€	M€	%	M€	%	M€	%
CNAM	51 214	52 994	3,5	55 423	4,6	55 687	0,5
RSI (CANAM)	3 245	3 292	1,4	3 349	1,7	3 439	2,7
Salariés agricoles	1 330	1 350	1,4	1 373	1,7	1 410	2,7
Exploitants agricoles	1 125	1 141	1,4	1 161	1,7	1 192	2,7
CNMSS	938	952	1,4	968	1,7	994	2,7
SNCF	627	636	1,4	647	1,7	665	2,7
Mines	210	213	1,4	216	1,7	222	2,7
CRPCEN	128	130	1,4	132	1,7	136	2,7
RATP	112	114	1,4	116	1,7	119	2,7
ENIM	87	89	1,4	90	1,7	92	2,7
CAVIMAC	36	37	1,4	38	1,7	39	2,7
CCIP	9	9	1,4	9	1,7	9	2,7
Port autonome de Bordeaux	1	1	1,4	1	1,7	1	2,7
Ensemble	59 064	60 957	3,2	63 522	4,2	64 005	0,8

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

Encadré 3 - Evolution des cotisations du secteur privé, par branche du régime général

	2011	2012		2013 (p)	
	M€	M€	%	M€	%
CNAM-M	54 793	56 028	2,25	57 338	2,34
CNAM-AT	10 364	10 631	2,57	10 977	3,25
CNAV	57 814	60 059	3,88	63 259	5,33
CNAF	21 734	22 207	2,18	22 666	2,07
Régime général	144 705	148 925	2,92	154 240	3,57

Source: DSS SDEPF 6A

■ En 2012 et 2013, la progression relativement forte des cotisations de la branche vieillesse par rapport aux autres branches résulte de plusieurs facteurs. • Elle est principalement liée à la modification du dispositif d'exonération des heures supplémentaires à compter du 1^{er} septembre 2012 (suppression de l'exonération de cotisations salariales et aménagement de l'exonération de cotisations patronales, qui ne concerne désormais que les entreprises de moins de 20 salariés). Cette mesure s'est traduite par une baisse de 0,9 Md€ du montant total de ces exonérations en 2012, dont 0,7 Md€ pour la CNAV, qui en est la principale bénéficiaire, et devrait conduire en 2013 à une réduction de 1,9 Md€ des exonérations (dont près de 1,6 Md€ pour la CNAV). • L'augmentation de 0,2% des taux de cotisation retraite à compter du 1^{er} novembre 2012 a donné lieu, en 2012, à une augmentation des recettes de l'ordre de 0,2 Md€ et devrait conduire, en 2013, à un supplément de cotisations proche de 0,7 Md€. • Enfin, les cotisations de la branche vieillesse ont été plus dynamiques en 2012 que celles des branches maladie et famille, essentiellement en raison de l'effet plafond positif. A l'inverse, l'effet plafond légèrement négatif en 2013, devrait atténuer la progression des cotisations de la CNAV, mais de façon modérée.

■ La progression plus rapide des produits de la branche AT-MP par rapport à celle de la CNAM et de la CNAF en 2013 est liée au relèvement du taux de cotisation, qui devrait se traduire par un supplément de recettes de 200 M€.

3.3. Les autres prélèvements sur les revenus d'activité

Les prélèvements sur les revenus d'activité du secteur public¹ représentent 14% des cotisations et 20% des produits de CSG (cf. tableau 1). Bien que l'assiette publique reste peu dynamique (+1,1% en prévision) en raison de la diminution des effectifs et de l'évolution modérée des rémunérations individuelles, les recettes de cotisations ont progressé de 2,5% en 2012 et devraient augmenter de 2,2% en 2013 et les produits de CSG ont crû de 2,8% en 2012 et devraient évoluer de 0,8% en 2013. La progression relativement rapide des cotisations en 2012 s'explique principalement par une modification de la méthode comptable utilisée pour déterminer les PAR (cf. encadré), tandis que celle de la CSG a été soutenue par la mesure d'élargissement de l'assiette de la CSG sur revenus d'activité (cf. fiche 3.2). Pour l'année 2013, l'écart entre la croissance des cotisations et la progression de la masse salariale du secteur public résulterait principalement des mesures législatives de 2012 et 2013. En effet, ces mesures (essentiellement la hausse de 0,2 point des taux de cotisation retraite) concernent également les salariés du secteur public. En outre, la mesure d'élargissement de la couverture sociale des élus locaux contribue également à l'accroissement des recettes de cotisations du secteur public en 2013.

Sur le champ des grandes entreprises nationales (GEN), l'alignement, en 2012, des taux de cotisation maladie et famille des industries électriques et gazières sur les taux de droit commun s'est traduit par une hausse importante des recettes et explique l'évolution très dynamique des cotisations (+8%). La progression des cotisations des GEN devrait se rapprocher de l'évolution de la masse salariale en 2013.

Les cotisations et contributions des particuliers employeurs (EPM), qui représentent environ 2% des cotisations sur les revenus d'activité du régime général, avaient augmenté de près de 15% en 2011 en grande partie en raison de la suppression de l'abattement forfaitaire de 15 points bénéficiant aux employeurs qui cotisent sur le salaire réel. En 2012, sous l'effet d'une modification de la méthode comptable utilisée pour le calcul des PAR, les cotisations des EPM n'ont progressé que de 0,8% et les produits de CSG de 1,8% (cf. encadré). L'effet inverse devrait se produire en 2013 : les recettes de cotisations des EPM devraient croître de 8,3%, essentiellement en raison de la suppression de l'assiette forfaitaire de cotisation qui permettait jusqu'alors aux employeurs de cotiser sur une assiette inférieure au salaire réel (dont le rendement est estimé à 340 M€). Les produits de CSG devraient augmenter de 2,9% en 2013 malgré une progression hors mesures atone retenue en prévision pour cette assiette (1%, cf. tableau 2).

En 2012, **les produits des prélèvements sur les revenus d'activité des travailleurs indépendants** ont fortement augmenté, sur les cotisations comme sur la CSG (respectivement +15% et +13%) en raison de régularisations importantes au titres des années antérieures (cf. fiche 4.1). Ce secteur, qui ne représente que 2,4% de l'assiette des cotisations a ainsi largement contribué à leur croissance et explique 0,32 point de la croissance globale de 3,2% des cotisations brutes et 1,48 point de la hausse de 4,1% des recettes de CSG (cf. tableau 1). Leur décroissance en 2013 (2,8% pour les cotisations et -2,5% pour la CSG) devrait au contraire atténuer la progression globale des recettes sur les revenus d'activité en raison de la réduction des montants régularisés. Les mesures de la LFSS pour 2013 qui concernent les travailleurs indépendants (hausse du taux de cotisation des auto-entrepreneurs, suppression de la double déduction forfaitaire pour frais professionnels et réintégration d'une partie des dividendes dans l'assiette des cotisations) qui devraient rapporter près de 85 M€ permettront néanmoins de limiter cette baisse.

¹ Les produits de cotisations du secteur public qui bénéficient au régime général sont les cotisations versées aux quatre branches par les agents non titulaires des trois fonctions publiques et les cotisations maladie et famille des agents titulaires

Tableau 1 - Evolution des prélèvements sur les revenus d'activité par catégorie de cotisants et contribution de chaque assiette à la croissance totale des recettes

	2011	2012				2013 (p)		
	M€	M€	%	Contribution à la croissance	Répartition 2012	M€	%	Contribution à la croissance
Cotisations brutes sur rev. activité	179 182	184 855	3,2	3,2	100,0%	190 974	3,3	3,3
Secteur privé	144 705	148 925	2,9	2,4	80,6%	154 267	3,6	2,9
Secteur public	24 432	25 044	2,5	0,3	13,5%	25 601	2,2	0,3
EPM	3 239	3 263	0,8	0,0	1,8%	3 534	8,3	0,1
Grandes entreprises nationales	2 157	2 329	8,0	0,1	1,3%	2 372	1,8	0,0
Travailleurs indépendants	3 858	4 432	14,9	0,3	2,4%	4 307	-2,8	-0,1
Autres actifs	791	860	8,8	0,0	0,5%	893	3,8	0,0
CSG sur les revenus d'activité	60 763	63 256	4,1	4,1	100,0%	63 798	0,9	0,9
Secteur privé	37 601	38 779	3,1	1,9	61,3%	39 294	1,3	0,8
Secteur public	12 191	12 528	2,8	0,6	19,8%	12 632	0,8	0,2
EPM	805	820	1,8	0,0	1,3%	843	2,9	0,0
Grandes entreprises nationales	1 043	1 065	2,1	0,0	1,7%	1 077	1,1	0,0
Travailleurs indépendants	6 833	7 735	13,2	1,5	12,2%	7 546	-2,4	-0,3
Autres actifs	2 289	2 329	1,7	0,1	3,7%	2 406	3,3	0,1

Source: DSS/SDEPF/6A

Tableau 2 – Décomposition de la croissance des cotisations des EPM

	2012	2013
Croissance de la masse salariale	1,75	1,00
Erreurs de PAR n	-0,36	
Erreurs de PAR n-1	0,17	0,36
Changement de méthode pour la détermination des PAR	-1,80	1,83
Hausse des taux de cotisation retraite	0,10	0,60
Suppression de l'assiette forfaitaire de cotisations		10,42
Exonération forfaitaire de cotisations maladie		-5,91
Evolution du montant des autres exonérations	0,92	0,00
Ecart expliqué	-0,97	7,30
Croissance des cotisations	0,76	8,30

Source: DSS/SDEPF/6A

Encadré – L'impact de la modification de la méthodologie appliquée à la détermination des produits à recevoir au titre des cotisations du secteur public

Lors de la clôture des comptes relatifs à l'année N, la part des produits à recevoir au titre de l'exercice N mais qui seront payés en N+1 doit faire l'objet d'une estimation. La part des produits collectés en N+1 et rattachés à l'année N a été modifiée, pour le secteur public en 2011 et pour les EPM en 2012.

- La part des cotisations et de la CSG du secteur public collectées en janvier N+1 et rattachées à l'année N est passée en 2011 de 90% à 74%. Le montant estimé des PAR 2011, et donc des produits 2011, a donc été inférieur de 240 M€ à ce qu'il aurait été à méthodologie inchangée (-160 M€ sur les cotisations et -80 M€ sur la CSG).

Estimation de l'impact sur les prélèvements du changement de méthode de calcul des PAR

Branche	PAR 2011 (secteur public)		PAR 2012 (EPM)	
	Cotisations	CSG	Cotisations	CSG
CNAM	-90	-56	-19	-11
CNAM-AT	-3		-3	
CNAV	-27		-28	
CNAF	-40	-8	-6	-1
FSV		-9		-2
CNSA		-1		-2
CADES		-5		-2
Total	-160	-80	-56	-17
	-240		-73	

Source: DSS/SDEPF/6A

- En 2012, le calcul des PAR du secteur des EPM a été modifié : alors qu'auparavant la totalité des cotisations collectées aux mois de janvier et février N+1 étaient rattachées à l'année N, une décote de 20% est désormais appliquée au mois de février : le PAR est désormais estimé compte tenu des cotisations du mois de janvier et de 80% des cotisations du mois de février. Le montant des PAR 2012, et donc des produits 2012 sur le champ des EPM, est donc inférieur de 73 M€ à ce qu'il aurait été à méthodologie inchangée (-56 M€ sur les cotisations et -17 M€ sur la CSG).

3.4. Les dispositifs d'exonération en faveur de l'emploi

Les mesures d'exonération en faveur de l'emploi comprennent principalement deux types de dispositifs : les mesures générales et les mesures ciblées sur des publics, des emplois et des zones géographiques particulières. Les mesures à vocation générale incluent les allègements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires (allègements dits « Fillon ») et les dispositifs résiduels d'exonération des heures supplémentaires. Elles ont représenté au total 22,3 Md€ en 2012. Les mesures ciblées ont atteint quant à elles 5,4 Md€ (cf. tableau 1).

Pour l'ensemble des dispositifs (27,8 Md€), le montant des exonérations a été en recul de 0,5 % en 2012. Cette baisse recouvre un recul de 1,1 % des mesures à vocation générale et une hausse de 1,7 % des mesures ciblées. En 2013, le montant total des exonérations devrait reculer de 6,9 %.

Les exonérations à vocation générale diminueraient fortement en 2013

Les montants associés aux dispositifs d'exonération à vocation générale ont reculé de 1,1 % en 2012 (cf. tableau 1). Cette baisse pourrait être significativement accentuée en 2013 (-10,3 %).

En 2012, les exonérations au titre des allègements « Fillon » ont progressé de 3 %. En effet, alors que la croissance de la masse salariale a décéléré (+2,2 %, après +3,6% en 2011), deux mesures ont joué en sens inverse sur la dynamique des allègements « Fillon » : la réintégration des heures supplémentaires, au 1^{er} janvier 2012, dans le calcul de la réduction a permis une économie de l'ordre de 500 M€ tandis que les revalorisations du SMIC de 2,4 % au 1^{er} janvier 2012, puis de 2 % au 1^{er} juillet 2012, ont soutenu la hausse des allègements généraux.

Sous l'hypothèse d'une légère progression de la masse salariale (+1,3 %), les allègements « Fillon » reculeraient de 2,2 % en 2013 en dépit de la revalorisation de 0,3 % du SMIC au 1^{er} janvier 2013¹.

Depuis le 1^{er} septembre 2012, le dispositif d'exonérations salariales applicable aux heures supplémentaires et complémentaires est supprimé et le bénéfice de la déduction forfaitaire patronale sur les heures supplémentaires est limité aux entreprises de moins de 20 salariés (mesure de la 2^{ème} LFR pour 2012). La masse d'exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires a ainsi reculé de 25,8 % en 2012. En 2013, elle représenterait moins de 500 M€ contre 2,4 Md€ en 2012.

Au total, les exonérations à vocation générale diminueraient d'environ 10 % en 2013, et l'ensemble des exonérations générales et ciblées d'environ 7%.

1 A compter du 1er janvier 2013, le seuil d'effectif pour le bénéfice de la réduction Fillon « majorée » a été également modifié. Ce bénéfice concerne désormais les employeurs de moins de 20 salariés au lieu des employeurs de 19 salariés au plus. L'effectif est en effet apprécié au 31 décembre, en fonction de la moyenne au cours de l'année civile des effectifs déterminés chaque mois. L'effectif n'est donc pas a priori un nombre entier.

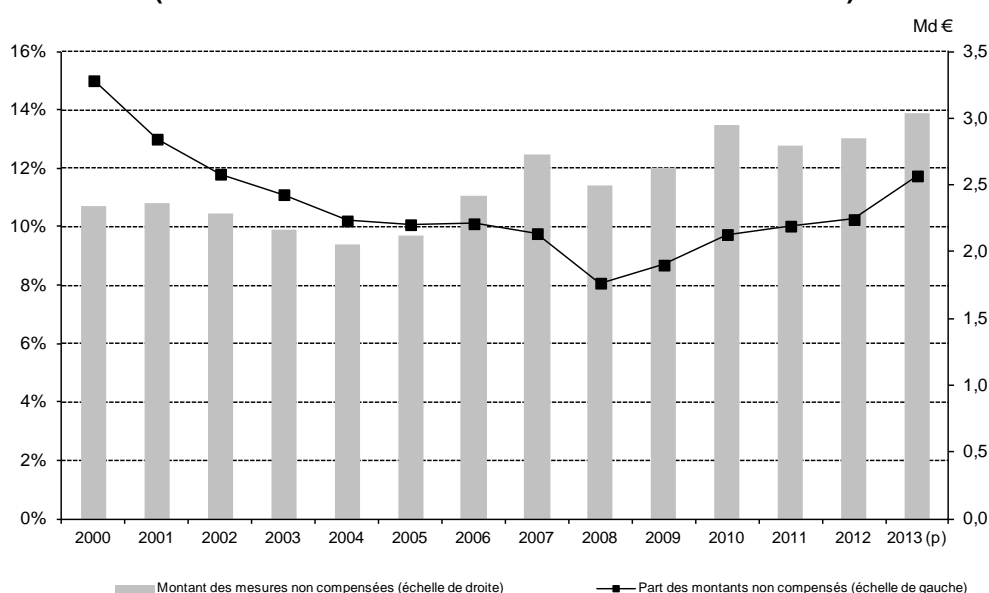
Tableau 1 : Montant des principales mesures d'exonération entre 2010 et 2013 (M€ courants)

	2010	2011	%	2012	%	2013(p)	%
Mesures générales d'exonération	21 044	19 383	- 7,9	19 965	3,0	19 531	- 2,2
allègement unique (Loi Fillon)	21 044	19 383	- 7,9	19 966	3,0	19 531	- 2,2
autres	0	0	--	-1	--	-	--
Exonération des heures sup. et des rachats RTT	2 976	3 191	7,2	2 367	- 25,8	492	--
heures supplémentaires	2 976	3 191	7,2	2 367	- 25,8	492	--
rachats de RTT 2007	0	0	++	0	--	-	--
Total des exonérations à vocation générale	24 019	22 574	- 6,0	22 332	- 1,1	20 024	- 10,3
Total des exonérations ciblées	6 298	5 341	-15,2	5 433	1,7	5 830	7,3
Total des mesures d'exonération	30 317	27 914	-7,9	27 765	-0,5	25 854	-6,9

Source : données ACOSS et MSA, retraitements DSS/6A.

Champ : régime général.

Graphique 1 : Evolution des exonérations non compensées (Md€ courants et en % de l'ensemble des exonérations)



Source : données ACOSS et MSA, retraitements DSS/6A.

Champ : régime général.

Encadré 1 : Evolution des mesures non compensées par l'Etat à la Sécurité sociale

En 2012, parmi les mesures ciblées, les mesures compensées ont progressé un peu plus rapidement (+1,8 %) que les exonérations non compensées (+1,7 %). Toutefois, dans un contexte de recul des exonérations à vocation générale, la part relative des mesures non compensées dans l'ensemble des dispositifs d'exonération (généraux et ciblés), est restée relativement stable, passant de 10 % en 2011 à 10,2 % en 2012. La progression de 1,7 % des mesures non compensées est à relier au dynamisme des aides en faveur des services à la personne, notamment de celles ciblées sur les publics fragiles. La hausse a toutefois été contenue par le recul des exonérations relatives aux CUI, à l'ACCRES et au bonus outre-mer, ce dernier faisant désormais l'objet d'une compensation.

En 2013, les exonérations non compensées devraient progresser moins rapidement que les mesures compensées (+ 6,7 % et + 8 % respectivement), en lien avec les nouveaux emplois d'avenir et, dans une moindre mesure, le dynamisme des aides relatives aux services à la personne. Au final, la part relative des exonérations non compensées augmenterait encore pour s'établir à 11,7 %.

Le montant des exonérations ciblées est reparti à la hausse en 2012 ...

Les exonérations accordées dans le cadre des dispositifs destinés à favoriser l'embauche de publics particuliers, la création d'emplois dans des zones géographiques spécifiques et l'emploi à domicile ont représenté 5,4 Md€ en 2012 (environ 19,5 % du total des exonérations). Après avoir chuté de 15,2 % en 2011, ces exonérations ont progressé de 1,7 % en 2012.

Une hausse qui s'explique par le rebond des aides accordées aux particuliers utilisateurs de services à la personne

En 2012, le montant de l'exonération de cotisations pour les structures employant des aides à domicile a en effet progressé de 11,8 % tandis que le montant de l'exonération de cotisations d'une aide à domicile employée de gré à gré a augmenté de 1,1 %. En pratique, il s'agit exclusivement d'exonérations relatives aux aides à domicile de publics dits fragiles, c'est-à-dire âgés de plus de 70 ans, ou dépendants ou handicapés quel que soit leur âge. Le dynamisme de ces allègements peut s'expliquer par les hausses de SMIC intervenues en 2012 et par l'extension du dispositif aux familles fragiles aidées par les CAF et les conseils généraux (coût estimé à 20 M€).

Par ailleurs, l'exclusion de l'assiette des cotisations et contributions sociales de l'aide versée par l'employeur sous forme de CESU préfinancé, afin de financer des activités de service, a augmenté de 5,7 % en 2012.

...mais également par la reprise des allègements en faveur de certaines zones géographiques

Après une stabilisation en 2011, les allègements en faveur de certaines zones géographiques ont enregistré une hausse de 4,3 % en 2012. Cette progression résulte essentiellement des exonérations relatives à la loi de programmation pour l'outre-mer (+8,1 %). *A contrario*, les exonérations relatives aux ZRR, ZFU et ZRU sont en recul.

Enfin, parmi les autres catégories d'exonérations ciblées, le montant de l'ACCRES a reculé de près de 48 % en 2012.

Un recul modéré des allègements en faveur de certaines catégories de salariés

Après un recul de 14,7 % en 2011 en lien avec la baisse des allègements relatifs aux contrats uniques d'insertion – CUI – et la suppression de l'exonération de cotisations patronales sur les avantages en nature « repas » dans les hôtels, cafés et restaurants, les allègements en faveur de certaines catégories de salariés ont reculé à nouveau de 0,9 % en 2012. En effet, le dynamisme tout relatif des exonérations des contrats d'apprentissage (+1,4 %), des contrats de reclassement (+3,7 %), des stagiaires (+2,5 %) et des porteurs de presse (+9,2 %) ne permet pas de compenser la baisse continue des exonérations sur les CUI (-3,4 %) et les avantages en nature « repas » dans les hôtels, cafés et restaurants (-20,4 %). Les exonérations relatives au secteur agricole et au service civique reculent également (-9,3 % et -42,1 % respectivement).

... et resterait dynamique en 2013

En 2013, le montant des exonérations ciblées devrait augmenter de 7,3 % principalement en raison des exonérations liées à l'emploi à domicile (+14,7 %), sous l'effet de l'instauration au 1^{er} janvier 2013 de la réduction forfaitaire de cotisations patronales de 75 centimes par heure travaillée pour les particuliers employeurs accordée en contrepartie de la suppression de la possibilité de cotiser sur une assiette forfaitaire, égale au SMIC. En contrepartie, la suppression de l'assiette forfaitaire de cotisations majorera les cotisations versées par les employeurs de personnel de maison. Par ailleurs, le dynamisme des exonérations accordées aux publics fragiles dans le cadre de l'emploi à domicile devrait se poursuivre. En dépit du recul sur les CUI, les exonérations ciblées sur des publics particuliers seraient en hausse de 7,2 % en raison des nouveaux emplois d'avenir et, dans une moindre mesure, des contrats d'apprentissage. Les allègements en faveur de certaines zones géographiques seraient quant à eux en recul de 3,3 %.

**Tableau 2 : Montant des principales mesures d'exonérations ciblées entre 2010 et 2013
(M€courants, champ : régime général)**

	2010	2011	%	2012	%	2013(p)	%
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	2 376	2 027	-14,7	2 009	-0,9	2 155	7,2
Mesures compensées	1 160	1 009	-13,0	1 011	0,3	1 038	2,6
Apprentissage	851	894	5,1	907	1,4	926	2,1
Contrats de professionnalisation et contrat de qualification	48	14	--	12	-8,8	16	27,4
Contrats initiative emploi	13	-2	--	-2	-27,7	0	--
Paniers repas des salariés des hôtels cafés restaurants	169	-1	--	-1	-20,4	0	--
Secteur agricole	51	60	17,6	55	-9,3	49	-10,4
Service civique	0	16		9	-42,1	15	++
Porteurs de presse	17	18	2,4	19	9,2	21	8,5
Autres allègements	11	10	-10,2	11	10,2	11	-4,6
Mesures non compensées	1 216	1 018	-16,3	998	-2,0	1 117	11,9
CES et CEC	0	0	--	0	--	0	--
Contrats d'accompagnement dans l'emploi	0	0		0		0	
Contrats d'avenir	0	0		0		0	
Contrat unique d'insertion	925	737	-20,3	712	-3,4	647	-9,2
Emplois d'avenir	0	0		0		174	
Contrat de reclassement, de transition et de sécurisation professionnelle	114	101	-11,5	105	3,7	108	3,2
Associations intermédiaires	76	79	3,5	80	1,5	84	4,9
Exonération des cotisations des stagiaires	97	98	1,1	101	2,5	104	3,5
Autres allègements	3	3	-10,8	0	--	0	--
Allègements en faveur de certaines zones géographiques	1 315	1 315	0,0	1 372	4,3	1 327	-3,3
Mesures compensées	1 290	1 298	0,6	1 372	5,7	1 326	-3,3
Loi de programme pour l'outre-mer	892	912	2,2	986	8,1	993	0,8
Exo AF ETI DOM	27	27	0,0	27	0,0	31	12,4
Salariés en Zones Franches Urbaines	165	138	-16,6	130	-5,9	100	-22,9
Créations d'emploi en ZRD	0	4		7	++	8	22,7
Créations d'emploi en ZRR	179	184	2,4	163	-11,1	144	-11,7
Créations d'emploi en ZRU	2	2	-18,8	1	-32,8	1	-15,5
Autres allègements	23	32	35,6	58	++	49	-16,1
Mesures non compensées	26	18	-31,6	0	--	0	
Salariés en Zones Franches Urbaines	1	0	-15,0	0	--	0	
Bonus Outre-Mer	25	17	-32,0	0	--	0	
Allègements en faveur de l'emploi à domicile	2 215	1 657	-25,2	1 749	5,6	2 005	14,7
Mesures compensées	602	6	--	0	--	196	
Exonération forfaitaire de cotisation Maladie pour les EPM	0	0		0		196	
Abattement de 15 points pour les EPM	335	0	--	0		0	
Extension du champ des activités exonérées	267	6	--	0	--	0	
Mesures non compensées	1 613	1 651	2,3	1 749	5,9	1 809	3,4
emplois familiaux	856	848	-1,0	857	1,1	861	0,4
aide à domicile	662	692	4,5	774	11,8	824	6,5
CESU : exonération abondement entreprise	95	111	16,7	118	5,7	124	5,4
Autres exonérations	391	342	-12,7	303	-11,3	344	13,6
Mesures compensées	295	231	-21,8	204	-11,3	235	14,8
Détenus et rapatriés	93	80	-14,3	80	0,4	80	0,0
Jeunes entreprises innovantes	140	112	-19,6	108	-3,9	109	1,5
Jeunes entreprises universitaires	-1	0	--	2	++	3	49,8
Droit à l'image des sportifs	18	5	--	0	--	0	--
Micro-entreprises / auto entrepreneurs	29	10	--	6	-43,5	33	++
Indemnités versées dans le cadre d'un accord de GPEC	3	6	++	0	--	0	
Autres allègements	14	17	19,8	9	-45,8	10	5,4
Mesures non compensées	96	111	15,1	98	-11,4	109	11,3
exonérations pour les arbitres et les juges sportifs	34	35	2,0	36	2,0	36	2,0
exonération de cotisations pour l'attribution gratuite d'actions	42	44	5,0	46	5,0	48	5,0
ACCRES	21	32	++	17	-47,9	25	48,0
Total des exonérations ciblées	6 298	5 341	-15,2	5 433	1,7	5 830	7,3
Total des mesures compensées	3 346	2 543	-24,0	2 588	1,8	2 795	8,0
Total des mesures non compensées	2 951	2 798	-5,2	2 845	1,7	3 036	6,7

Source : données ACOSS et MSA, retraitements DSS/6A.

Champ : régime général.

3.5. Les prélèvements sur les revenus du capital

Encadré 1 : Descriptif des prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital

Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital, recouvrés par les services fiscaux et reversés à l'ACOSS et aux autres attributaires (FSV, CNSA, FRR, CADES), sont de deux types.

Les prélèvements sociaux dits sur « revenus de placement » sont ceux qui font l'objet d'un précompte par les établissements payeurs ou les notaires. L'assiette est principalement composée des produits de placement entrant dans le champ du prélèvement forfaitaire (libératoire ou obligatoire) à l'impôt sur le revenu (intérêts des comptes sur livrets, comptes courants, revenus obligataires, dividendes, ...), des plus-values immobilières, des intérêts et primes d'épargne des comptes et plan d'épargne logement, des produits d'assurance-vie, des produits des plans d'épargne populaire et des plans d'épargne en actions.

Les prélèvements sociaux sur « revenus du patrimoine » sont calculés à partir des éléments de la déclaration de revenus et sont acquittés de manière similaire à l'impôt sur le revenu. L'essentiel du recouvrement de la recette patrimoine reposait jusqu'en 2012 sur deux rôles généraux : un rôle principal (rôle 33) et un rôle complémentaire (rôle 48). À compter de 2013, les émissions des prélèvements sociaux sont fusionnées avec celles de l'impôt sur le revenu (rôles généraux 11, 21, 26, 36). Compte tenu de ce processus de recouvrement, les différentes contributions sont prélevées avec un décalage d'un an par rapport à la réalisation des revenus taxés. L'assiette de ces prélèvements est principalement composée des revenus fonciers et des plus-values sur valeurs mobilières.

Une forte progression en 2012 principalement due à la hausse du taux du prélèvement social

En 2012, le rendement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital (CSG, CRDS, prélèvement social, contribution de solidarité pour l'autonomie de 0,3% affectée à la CNSA et, depuis le 1^{er} janvier 2009, contribution additionnelle de 1,1% affectée au fonds national des solidarités actives (FNSA)) s'est élevé à 19,4 Md€. Il a fortement progressé pour la seconde année consécutive (+18,5% après +25,8% en 2011).

Cette croissance résulte essentiellement des effets des mesures nouvelles : hausses successives du taux global des prélèvements sociaux de 12,3% à 13,5%, qui joue en 2012 pour la première fois en année pleine, puis de 13,5% à 15,5% (qui joue sur 2012 pour environ un tiers de l'effet attendu en année pleine) ; révision de la chronique d'abattement pour durée de détention sur les plus-values immobilières (hors résidence principale) ; assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus immobiliers des non résidents, etc. (cf. encadré 1). Ces mesures contribuent pour plus de 15 points à la croissance totale du rendement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

Hors mesures nouvelles, l'évolution de ces recettes est relativement modeste (+2,9%) et masque deux évolutions contraires : une progression dynamique des revenus du patrimoine (+11,0%) et un reflux des produits de placement (-1,6%, cf. tableau 3). La croissance de l'assiette patrimoine a été largement tirée par les plus-values de cession de valeur mobilières, dont l'assiette a crû de 23,3%, ses autres composantes connaissant une évolution beaucoup plus modérée (+2,6%).

Tableau 1 – Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital depuis 2010

	Rendement (en Md€)				Variation			
	2010	2011	2012	2013P	2010	2011	2012	2013P
Taux de prélèvement (*)	12,1%	12,3%	13,5%	15,5%				
Rendement total	13,0	16,4	19,4	20,4	0,8%	25,8%	18,5%	5,2%
dont patrimoine	5,5	5,9	7,1	8,2	-8,4%	6,7%	19,9%	16,2%
dont placement	7,5	10,5	12,3	12,2	8,8%	39,8%	17,8%	-1,2%

Source: comptes CCSS+CNSA+FNAL+FS

(*) par commodité le taux affiché pour 2011 ne tient pas compte de la hausse de taux de 1,2 point du prélèvement social applicable à compter du 1er octobre 2011 pour les seuls revenus de placement et le taux affiché pour 2012 ne tient pas compte de la hausse de taux de 2 points du prélèvement social applicable à compter du 1er juillet 2012 pour les seuls revenus de placement

Tableau 2 – Structure par attributaire des prélèvements sur les revenus du capital

Affectataires	Prélèvement (*)	Montant (M€)				Structure			
		2010	2011	2012	2013P	2010	2011	2012	2013P
Régimes maladie dont CNAM dont autres régimes	5,95 points de CSG depuis 2005 (**) 0,6 point de prélèvement social en 2012	6 354 5 510 844	7 223 6 284 939	8 364 7 276 1 087	7 217 6 272 945	48,9% 42,4% 6,5%	44,2% 38,4% 5,7%	43,1% 37,5% 5,6%	35,4% 30,8% 4,6%
CNAF	1,1 point de CSG jusqu'en 2010, 0,82 point à compter de 2011 0,35 point du prélèvement social à compter de 2013 + montant du préciput (***)	1 170	2 598	2 837	2 719	9,0%	15,9%	14,6%	13,3%
CNAV	0,3 point du prélèvement social jusqu'en 2008, 0,6 point à compter de 2009, 1,2 point en 2012, 2,75 points à compter de 2013	645	815	1 821	3 557	5,0%	5,0%	9,4%	17,4%
Sous-total RG		8 169	10 636	13 022	13 493	62,8%	65,0%	67,2%	66,2%
FRR	1,3 point du prélèvements social jusqu'en 2010	1 395				10,7%			
CNSA	0,1 point de CSG à compter de 2005 contribution additionnelle de 0,3% à compter de juillet 2004	109 321	120 361	114 375	74 364	0,8% 2,5%	0,7% 2,2%	0,6% 1,9%	0,4% 1,8%
CADES	0,2 point de CSG en 2009 et 2010, 0,48 point à compter de 2011 1,3 point du prélèvements social à compter de 2011 0,5 point de CRDS	218 540	583 569	610 705	582 607	1,7% 4,2%	3,6% 3,5%	3,1% 3,6%	2,9% 3,0%
FSV	1,05 point de CSG jusqu'en 2008, 0,85 point à compter de 2009 0,2 point du prélèvement social en 2011 et 2012 0,4 point du prélèvement social jusqu'en 2008, 0,1 point à compter de 2009	928 203 97	1 016 233 116	1 093 233 130	1 078 203 101	7,1% 1,2% 0,7%	6,2% 1,2% 0,7%	5,6% 1,2% 0,7%	5,3% 2,9% 0,5%
FNSA	contribution additionnelle de 1,1% jusqu'en 2012 1,45 point du prélèvement de solidarité à compter de 2013	1 229	1 179	1 450	1 795	9,5%	7,2%	7,5%	8,8%
FNAL	0,45 point du prélèvement de solidarité à compter de 2013				592				2,9%
FS	0,1 point du prélèvement de solidarité à compter de 2013				132				0,6%
Total général		13 007	16 358	19 393	20 394	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : comptes CCSS + CNSA + FNAL + FS

(*) net du préciput sauf mention contraire

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

(***) la CNAF bénéficie au titre de ce dispositif d'un montant fixé par la loi en amont de la répartition entre attributaires.

Tableau 3 – Estimation de l'évolution à législation constante et de l'évolution due aux mesures nouvelles relatives aux prélèvements sociaux sur le capital

	2010	2011	2012	2013P
Évolution à législation constante	-1,3%	9,5%	2,9%	-3,7%
dont produits de patrimoine	-8,8%	4,3%	11,0%	1,0%
dont produits de placement	5,2%	13,3%	-1,6%	-6,4%
Effets des mesures nouvelles	2,1%	16,3%	15,6%	8,9%
dont produits de patrimoine	0,4%	2,5%	8,9%	15,2%
dont produits de placement	3,6%	26,4%	19,4%	5,2%
Évolution globale	0,8%	25,8%	18,5%	5,2%
dont produits de patrimoine	-8,4%	6,7%	19,9%	16,2%
dont produits de placement	8,8%	39,8%	17,8%	-1,2%

Lecture : en 2010, les prélèvements sociaux sur le capital progressent de 0,8%, dont -1,3% en évolution spontanée et 2,1% du fait de mesures nouvelles.

Tableau 4 – clefs de répartition du produit des prélèvements sociaux hors préciput*

répartition entre attributaires au 1er janvier				
			2012	2013
CSG			8,20%	8,20%
		CNAM	5,95%	5,95%
		FSV	0,85%	0,89%
		CNAF	0,82%	0,82%
		CADES	0,48%	0,48%
		CNSA	0,10%	0,06%
prélèvement social			3,40%	4,50%
		CNAV	1,20%	2,75%
		CADES	1,30%	1,30%
		CNAM	0,60%	
		FSV	0,30%	0,10%
		CNAF		0,35%
contribution de solidarité pour l'autonomie			0,30%	0,30%
contribution additionnelle FNSEA			1,10%	
prélèvement de solidarité				2,00%
		FNSEA		1,45%
		FNAL		0,45%
		FS		0,10%
CRDS			0,50%	0,50%
Total			13,50%	15,50%

Pour une définition du préciput : voir encadré de la fiche 4-3.

Le rendement de ces prélèvements progresserait de 5,2% en 2013

En 2013, le rendement des prélèvements sociaux sur les revenus du capital s'élèverait à 20,4 Md€, en augmentation de 5,2% par rapport à l'année précédente. Les mesures nouvelles contribueraient positivement à la hausse de la recette (à hauteur de 8,9 points), tandis que l'évolution des revenus constituant l'assiette jouerait négativement (pour -3,7 points).

L'augmentation de 13,5% à 15,5% du taux global des prélèvements sociaux jouerait en 2013 pour la première fois en année pleine. Le surcroît de rendement attendu à ce titre serait de l'ordre de 1,7 Md€. L'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus immobiliers des non résidents apporterait par ailleurs une recette supplémentaire de 0,2 Md€ en 2013.

En raison de la conjoncture économique, mal orientée, l'assiette des revenus du capital se réduirait en 2013 : celle des revenus du patrimoine progresserait encore légèrement (+1,0%) ; mais celle des produits de placement refluerait de 6,4% pour les raisons suivantes :

- des revenus d'assurance-vie, qui représentent plus de la moitié de l'assiette des prélèvements sociaux sur les revenus de placement, en baisse du fait d'un rendement moindre des contrats en euros (ou de la part en euros des contrats multi-supports), et ce malgré l'hypothèse d'une légère reprise de la collecte nette ;
- des plus-values immobilières qui pâtiraient du repli du marché immobilier en volume et en prix ;
- une cohorte de plans d'épargne logement devenant taxable (ceux ouverts en 2003) en très sensible baisse ;
- une stagnation des dividendes distribués.

Encadré 2 – Principales modifications législatives et réglementaires affectant le produit des prélèvements sur les revenus du capital en 2013

Mesures instituées en 2011 ayant un impact 2012

Révision de la chronique d'abattement pour durée de détention sur les plus-values immobilières

Les plus-values réalisées lors de la cession de biens immobiliers par les personnes physiques, hors la résidence principale qui est exonérée en totalité, bénéficient d'un abattement pour durée de détention qui s'applique à l'identique en matière d'impôt sur le revenu et de prélèvements sociaux. Depuis 2004, le régime d'abattement était de 10% par année de détention au-delà de la cinquième et conduisait à une exonération totale après 15 années de détention du bien. Le régime applicable aux cessions postérieures au 1^{er} février 2012 consiste en un abattement de 2% au-delà de la cinquième année, 4% au-delà de la 17^{ème} et 8% au-delà de la 24^{ème} soit une exonération totale à l'issue d'une période de détention de 30 ans. Cette mesure se traduirait par un quasi doublement de l'assiette des plus-values immobilières assujetties à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux soit environ 520 M€ de rendement supplémentaire en 2012 pour les seuls prélèvements sociaux.

Hausse de 1,2 point du taux du prélèvement social

Le taux du prélèvement social a été porté de 2,2% à 3,4% pour les revenus du patrimoine perçus à compter du 1^{er} janvier 2011 et pour les produits de placement acquis ou constatés à compter du 1^{er} octobre 2011. Compte-tenu des modalités de recouvrement, seule cette dernière composante a généré un surcroît de recette en 2011 d'un montant de 0,19 Md€. En 2012, première année pleine, le rendement de cette hausse de taux se serait établi à 1,45 Md€ soit 1,26 Md€ de plus qu'en 2011.

Mesures instituées en 2012 ayant un impact sur 2012 et 2013

Assujettissement aux prélèvements sociaux sur les revenus du capital des revenus immobiliers des non résidents.

A la différence de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement qui est due par les personnes physiques remplissant le double critère de résidence fiscale en France et d'affiliation à un régime obligatoire d'assurance maladie, la CSG sur les revenus du capital n'était due que par les personnes considérées fiscalement comme résidentes. Ce critère conduisait, en matière de CSG, à exclure les revenus de nature immobilière, pour les non résidents, de l'assiette des revenus attribués à la France par l'ensemble des conventions internationales (alors que les revenus de nature immobilière devraient, en vertu de ces conventions, être imposés dans l'Etat où ils sont sis). Afin de rétablir l'égalité de traitement entre redevables, ces revenus sont désormais assujettis aux prélèvements sociaux. Les plus-values immobilières le sont pour les cessions survenues à compter du 16 août 2012 (parution de la seconde LFR pour 2012) et les revenus fonciers pour ceux perçus à compter du 1^{er} janvier 2012. La recette générée est estimée à 0,05 Md€ en 2012 et 0,25 Md€ par an à compter de 2013.

Augmentation de 2 points du taux des prélèvements sociaux : Le taux du prélèvement social a été porté de 3,4% à 4,5% et un prélèvement de solidarité de 2% créé en remplacement du prélèvement additionnel FNSA (1,1%) pour les revenus du patrimoine perçus à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour les produits de placement acquis ou constatés à compter du 1^{er} juillet 2012. Compte-tenu des modalités de recouvrement, seule cette dernière composante s'est traduite par un surcroît de recette en 2012 (estimé à 0,8 Md€). En 2013, le rendement de cette hausse de taux de 2 points s'établirait à 2,5 Md€ soit 1,7 Md€ de plus qu'en 2012.

Relèvement du plafond des livrets d'épargne réglementés (livret A et livret développement durable)

Les plafonds des livrets A et des LDD ont été relevés par deux décrets du 18 septembre 2012. Le plafond du livret A a été porté de 15 300 € à 19 125 € puis à 22 950 € alors que celui du LDD a été doublé à 12 000 € au 1^{er} octobre. Cette mesure qui ne constitue pas une mesure nouvelle propre aux prélèvements sociaux sur les revenus du capital a néanmoins potentiellement un impact sur leur rendement. En effet, ce relèvement des plafonds de livrets dont la rémunération est à la fois entièrement défiscalisée et relativement attractive (1,75% par an actuellement) devrait se traduire par un basculement d'une fraction de l'épargne des ménages vers ces supports. Ce basculement se ferait au détriment des comptes rémunérés et de la collecte sur les compartiments en euros des contrats d'assurance-vie. On estime à près de 0,1 Md€ la moindre recette de prélèvements sociaux sur les revenus du capital en 2013.

Taxation au fil de l'eau des intérêts acquis dans les PEL ouverts depuis 2011

Alors que jusqu'en 2011 les intérêts des PEL étaient taxés rétroactivement au bout de 10 ans et au fil de l'eau après leur dixième anniversaire, les contrats ouverts depuis 2011 sont dorénavant taxés au fil de l'eau dès la première année. Cette modification législative se traduit par une recette nouvelle de +40 M€ par an de 2011 à 2020 avec un contrecoup en 2021 de -400 M€ lorsqu'il n'y aura plus de contrat à taxer au bout de dix ans.

4. LES COTISATIONS, PRELEVEMENTS SOCIAUX, IMPOTS ET TAXES

4.1. Les cotisations

Les cotisations nettes du régime général s'élèvent à 184,3 Md€ en 2012 (+3%), et devraient augmenter de 3,2% en 2013 malgré une prévision de masse salariale atone

En 2012, les cotisations brutes du régime général ont progressé de 3,2% (après 4,9% en 2011), soit à un rythme supérieur à celui de la masse salariale du secteur privé (2,2%). Cette plus forte progression est amplement imputable à la baisse des exonérations de cotisations sociales, principalement liée à la modification du dispositif de réduction de cotisations appliquées aux heures supplémentaires à compter du 1^{er} septembre 2012. Cette mesure, adoptée dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2012, est globalement neutre sur le solde du régime général puisque le montant des recettes fiscales affectées en compensation de ces allègements est diminué en conséquence (cf. fiche 4.6), mais elle se traduit par un supplément de cotisations estimé à 0,9 Md€ (cf. fiche 3.2).

Près de 90% de ces exonérations portant sur les cotisations retraites, la branche vieillesse est la principale bénéficiaire de cette mesure (0,7 Md€). Le relèvement de 0,2 point des taux de cotisation retraite à compter du 1^{er} novembre 2012 a rapporté près de 0,2 Md€ en 2012. Ces effets, combinés au plus fort dynamisme de la masse salariale plafonnée (+2,4%) expliquent une croissance des cotisations de la CNAV particulièrement élevée (+3,8%).

Les cotisations brutes des travailleurs indépendants (artisans, commerçants et professions libérales) dont la majorité (93%) bénéficie à la CNAF, ont fortement augmenté (+14,9% pour l'ensemble du régime général, contribuant pour 0,32 points à la croissance globale de 3,2% des cotisations, cf. fiche 3.3) après des baisses importantes en 2010 et 2011 (-6,2% et -4,3%). Ces évolutions ne sont toutefois pas significatives sur le plan économique, car elles intègrent de forts mouvements de régularisations sur les exercices antérieurs. La forte croissance des provisions sur les cotisations de la branche famille (+0,3 Md€) est également imputable aux cotisations des travailleurs indépendants. On peut estimer, en corrigeant ces effets, que la progression du montant des cotisations des travailleurs indépendants versées au titre de l'année 2012 se situerait aux alentours de 4%.

En 2013, les cotisations nettes devraient progresser de 3,2% et les cotisations brutes de 3,3% ce qui représente une évolution très supérieure à celle de la masse salariale du secteur privé, estimée à 1,3%. Cette croissance s'explique principalement par l'impact en année pleine de la modification du dispositif d'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires (suppression des exonérations sur les cotisations salariales et réduction des exonérations sur les cotisations patronales) et par la baisse de 2,2% du montant des allègements sur les bas salaires (cf. fiche 3.3). L'impact sur une année entière de la hausse des cotisations retraite à compter du 1^{er} novembre 2012 contribue également fortement à la progression plus rapide des cotisations par rapport à la masse salariale.

En 2012, la valeur d'un point de cotisation déplafonnée est comprise entre 5,4 Md€ et 7,5 Md€ selon les branches

Le rendement d'un point de cotisation déplafonnée sur le secteur salarié privé, soit sur le champ des branches vieillesse et AT, s'élève à 5,4 Md€ en 2012. Un point de cotisation retraites plafonnée sur le même champ vaut 4,5 Md€ (cf. tableau 2).

Les valeurs de points de cotisation maladie et famille sont par construction plus élevées car le champ des assurés relevant de ces branches est plus large que celui des assurés des branches AT et vieillesse. En effet, il intègre pour la branche maladie la plupart des salariés ne relevant pas du secteur privé (notamment les fonctionnaires civils), et pour la branche famille, outre les salariés cités précédemment, les travailleurs indépendants et le secteur agricole (salariés et exploitants). Ainsi, le rendement du point de cotisation déplafonnée atteint 6,6 Md€ pour la branche maladie et 7,5 Md€ pour la branche famille.

Tableau 1 – Cotisations par branche et par type d'assiette

En millions d'euros

		2010	2011	2012	2013 (p)
		M€	M€ %	M€ %	M€ %
Ensemble du régime général	Cotisations sur revenus d'activité	170 668	179 182 5,0	184 854 3,2	190 968 3,3
	Salariés	166 366	175 066 5,2	180 125 2,9	186 353 3,5
	part patronale	136 349	144 180 5,7	147 590 2,4	151 058 2,3
	part salariale	30 017	30 885 2,9	32 535 5,3	35 295 8,5
	Non salariés	4 302	4 116 -4,3	4 730 14,9	4 615 -2,4
	Cotisations sur revenus de remplacement	598	601 0,4	627 4,4	653 4,2
	Autres cotisations	705	714 1,2	672 -5,9	642 -4,5
	Majorations et pénalités	468	454 -3,0	510 12,3	520 2,0
	Total brut	172 439	180 950 4,9	186 663 3,2	192 784 3,3
	Reprises nettes de provisions et ANV	-2 315	-2 039	-2 334	-2 486
Total net		170 124	178 911 5,2	184 329 3,0	190 297 3,2
CNAM - Maladie	Cotisations sur revenus d'activité	67 893	70 629 4,0	72 292 2,4	73 863 2,2
	Salariés	67 646	70 375 4,0	71 998 2,3	73 567 2,2
	part patronale	64 070	66 688 4,1	68 143 2,2	69 421 1,9
	part salariale	3 576	3 687 3,1	3 855 4,6	4 146 7,5
	Non salariés	247	255 3,0	294 15,4	296 0,8
	Cotisations sur revenus de remplacement	598	601 0,4	627 4,4	653 4,2
	Autres cotisations	213	211 -0,9	211 -0,1	211 0,0
	Majorations et pénalités	160	164 2,6	180 9,6	186 2,9
	Total brut	68 864	71 605 4,0	73 310 2,4	74 913 2,2
	Reprises nettes de provisions et ANV	-737	-764	-749	-804
Total net		68 127	70 841 4,0	72 561 2,4	74 109 2,1
CNAV	Cotisations sur revenus d'activité	61 100	63 540 4,0	66 004 3,9	69 587 5,4
	Salariés	61 048	63 486 4,0	65 950 3,9	69 533 5,4
	part patronale	34 607	36 288 4,9	37 271 2,7	38 383 3,0
	part salariale	26 441	27 198 2,9	28 680 5,4	31 149 8,6
	Non salariés	52	54 4,1	53 -0,5	54 1,5
	Autres cotisations	488	499 2,1	457 -8,4	427 -6,6
	Majorations et pénalités	160	160 -0,1	160 0,0	160 0,0
	Total brut	61 748	64 199 4,0	66 620 3,8	70 173 5,3
	Reprises nettes de provisions et ANV	-622	-684	-661	-741
Total net		61 126	63 515 3,9	65 959 3,8	69 432 5,3
CNAF	Cotisations sur revenus d'activité	33 301	34 095 2,4	35 362 3,7	35 919 1,6
	Salariés	29 298	30 287 3,4	30 979 2,3	31 654 2,2
	part patronale	29 298	30 287 3,4	30 979 2,3	31 654 2,2
	Non salariés	4 003	3 808 -4,9	4 382 15,1	4 265 -2,7
	Majorations et pénalités	126	104 -16,9	141 34,6	145 3,0
	Total brut	33 427	34 199 2,3	35 502 3,8	36 064 1,6
	Reprises nettes de provisions et ANV	-796	-369	-652	-701
Total net		32 631	33 830 3,7	34 851 3,0	35 363 1,5
CNAM - AT	Cotisations sur revenus d'activité	8 374	10 918 30,4	11 197 2,6	11 599 3,6
	Salariés	8 374	10 918 30,4	11 197 2,6	11 599 3,6
	part patronale	8 374	10 918 30,4	11 197 2,6	11 599 3,6
	Autres cotisations	4	4 6,9	4 8,3	4 0,0
	Majorations et pénalités	22	26 15,4	29 15,4	30 3,0
	Total brut	8 400	10 947 30,3	11 230 2,6	11 634 3,6
	Reprises nettes de provisions et ANV	-160	-222	-273	-240
Total net		8 240	10 726 30,2	10 958 2,2	11 394 4,0

Source: DSS / SDEPF / 6A

Note: Les cotisations reversées par le régime des industries électriques et gazières à la CNAV sont considérées dans ce rapport comme des transferts et ne figurent donc pas dans ce tableau. De même, les cotisations sur les préretraites des travailleurs de l'amiante, prises en charges par le FCAATA sont désormais traitées comme des transferts de la branche AT-MP et ne figurent plus dans ce tableau.

Tableau 2 – Valeur de point de cotisation (régime général)

En millions d'euros

Valeur du point par branche	2011	2012	2013(p)
AT et vieillesse déplafonnée (1)	5 160	5 270	5 360
Vieillesse plafonnée (1)	4 330	4 440	4 500
Maladie (2)	6 400	6 550	6 640
Famille (3)	7 190	7 450	7 530

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 (y compris des allègements généraux sur les bas salaires).

4.2. La CSG

Les recettes nettes totales de CSG se sont établies à 89,7 Md€ en 2012, soit une augmentation de 3,9% par rapport à leur niveau de 2011¹. Elles devraient s'établir à 90,5 Md€ en 2013 (+0,8% par rapport à 2012) (cf. tableau 1).

Les mesures de la LFSS ont soutenu la progression des recettes de CSG en 2012 et retardé à 2013 l'impact du ralentissement de la conjoncture

La CSG sur les revenus d'activité a progressé de 4,1% en 2012 pour s'établir à 63,3 Md€. Sa croissance a ainsi été bien plus dynamique que la masse salariale (+2,2%). Cette forte progression est principalement due à la mesure d'élargissement de l'assiette mise en œuvre en 2012 qui a eu pour effet d'accroître les produits de CSG sur les revenus d'activité (+0,6 Md€). En conséquence, la CSG versée par les salariés du secteur privé a progressé de 3,1% (cf. fiche 3.2). La CSG prélevée sur le secteur public a augmenté de 2,7% compte tenu d'une évolution de l'assiette (+1,1%), inférieure à celle des salariés du secteur privé. La forte progression de la CSG assise sur les revenus des travailleurs indépendants (+12,9%) est venue renforcer la dynamique globale de la recette. Cette hausse est toutefois peu significative sur le plan économique car elle s'explique par d'importantes régularisations comptables au titre des années antérieures, et est partiellement compensée par une hausse des provisions. **La CSG sur les revenus de remplacement** a progressé de 3,8% pour s'établir à 16,1 Md€. Cette hausse est principalement liée à l'évolution des effectifs de retraités (toujours soutenue en dépit du ralentissement des flux de départs en retraite, cf. fiches 8.1 et 8.2), et de leurs revenus : la CSG assise sur les pensions de retraite a ainsi augmenté de 4,1%. **La CSG assise sur les revenus du capital** a fortement augmenté en 2012 (+5,6%). Le rendement de la CSG sur les **revenus du patrimoine** a poursuivi la nette remontée amorcée en 2011 (+9,3% après +4,7%), grâce à l'élargissement de son assiette (cf. fiche 5.4 du rapport de juillet 2012). Le rendement de la CSG sur les **revenus de placement** s'est stabilisé (+3% en 2012) après la forte hausse de 2011 (+17%), liée à l'élargissement de l'assiette (cf. fiche 4.2 du rapport de la CCSS de juillet 2012).

En 2013, les recettes nettes globales de CSG devraient progresser de 0,8%, soit un rythme inférieur à celui de la masse salariale du secteur privé (+1,3%). **La progression de la CSG sur les revenus d'activité serait atone en 2013 (+0,9%)**. Sur les champs du secteur privé et des EPM, elle devrait être très proche de la masse salariale (+1,3%). Les évolutions des autres assiettes seraient encore beaucoup plus modérées : la CSG sur les revenus d'activité des non salariés connaîtrait une progression négative en montants bruts principalement en raison de la diminution des régularisations, qui sera toutefois atténuée par la mesure de suppression de la double déduction forfaitaire pour frais professionnels qui concernait les travailleurs indépendants jusqu'en 2013. La CSG sur les revenus d'activité du secteur public devrait progresser de 0,8% en 2013 du fait de la faible évolution de la masse salariale publique (+1,1%). **La CSG sur les revenus de remplacement progresserait de 4,2% en 2013, bénéficiant du dynamisme de l'assiette des indemnités de chômage (+8%) et des pensions de retraite (+4%). La CSG sur les revenus du capital diminuerait de 4,1% en 2013**. Les tendances à la hausse des années précédentes devraient en effet s'atténuer fortement, avec une évolution du rendement de la CSG assise sur les revenus du patrimoine limitée à 0,7% et une évolution négative de la CSG assise sur les revenus de placement (-7,5%), l'impact en année pleine des mesures d'élargissement de l'assiette ne permettant pas de compenser son évolution tendancielle orientée à la baisse (cf. fiche 3.4).

¹ Le plus fort dynamisme des produits bruts s'explique à la fois par une augmentation des restes à recouvrer et par les évolutions atypiques sur l'assiette des travailleurs indépendants qui se traduit par une forte augmentation à la fois des produits bruts et des provisions.

Tableau 1 – CSG par assiette

CSG (tous régimes)	2010	2011		2012		2013	
	M€	M€	%	M€	%	M€	%
Contribution Sociale généralisée	84 006	86 666	3,2	90 353	4,3	91 154	0,9
Sur les revenus d'activité	59 514	60 763	2,1	63 256	4,1	63 798	0,9
Sur les revenus de remplacement	15 101	15 552	3,0	16 142	3,8	16 816	4,2
Sur majorations et pénalités	212	181	-14,5	238	31,3	245	3,0
Sur les revenus du capital	8 779	9 822	11,9	10 367	5,6	9 946	-4,1
<i>Sur revenus patrimoine</i>	3 763	3 940	4,7	4 307	9,3	4 338	0,7
<i>Sur revenus placement</i>	5 016	5 882	17,3	6 060	3,0	5 608	-7,5
Sur les jeux	400	349	-12,7	351	0,6	349	-0,5
<i>Reprises nettes des provisions et ANV</i>	<i>-927</i>	<i>-286</i>		<i>-629</i>		<i>-680</i>	
CSG nette	83 079	86 381	4,0	89 724	3,9	90 475	0,8

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

Tableau 2 – Valeur de point de CSG, par type d'assiette

CSG (tous régimes)	2011	2012		2013	
	M€	M€	%	M€	%
Contribution Sociale généralisée	11 721	12 217	4,2	12 341	1,0
Sur les revenus d'activité	8 102	8 434	4,1	8 506	0,9
Sur les revenus de remplacement	2 361	2 450	3,8	2 552	4,2
Sur majorations et pénalités	24	32	33,3	33	3,1
Sur les revenus du capital	1 197	1 264	5,6	1 213	-4,0
<i>Sur revenus patrimoine</i>	480	525	9,4	529	0,8
<i>Sur revenus placement</i>	717	739	3,1	684	-7,4
Sur les jeux	37	37	0,0	37	0,0

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

Encadré - Des évolutions différenciées entre affectataires

Après deux années d'évolution favorable, la CSG attribuée à la CNAM croîtrait moins rapidement que celle des autres régimes en 2013

Compte tenu des règles de répartition de la CSG entre régimes maladie (cf. encadré 1 de la fiche 3.2), les recettes des régimes maladie autres que la CNAM ont augmenté de 1,7% en 2012 et évolueront de 2,7% en 2013, profitant de la bonne tenue relative de la masse salariale du secteur privé en 2011. Ainsi, les recettes de CSG de la CNAM ont progressé plus rapidement en 2012 que le rendement global (+4,6%). Au contraire, en 2013, le ralentissement global se combinerait à une répartition défavorable, et les recettes de CSG de la CNAM n'augmenteraient que de 0,5%.

L'année 2013 sera caractérisée par le transfert de 0,036 point de CSG de la CNSA vers le FSV

La LFSS pour 2013 a créé un nouveau prélèvement social, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, dont les recettes, estimées à 450 M€ pour l'année 2013 (600 M€ en année pleine), seront attribuées à la CNSA. Cette recette devant contribuer à financer la future réforme de la dépendance, elle est temporairement transférée au FSV en 2013 par le biais d'un swap de CSG entre les deux fonds. Le taux de CSG attribuée à la CNSA est diminué de 0,036 point et celui du FSV augmenté d'autant (cf. tableau 4). En 2014, les taux du FSV et de la CNSA seront rétablis à leurs niveaux de 2012, soit respectivement 0,85 et 0,46 point.

Tableau – Décomposition des taux de CSG par branche

	Revenus d'activité				Revenus du capital			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Maladie	5,29	5,29	5,29	5,29	5,95	5,95	5,95	5,95
Famille	1,08	0,80	0,80	0,80	1,10	0,82	0,82	0,82
Vieillesse (FSV)	0,83	0,83	0,83	0,87	0,85	0,85	0,85	0,89
CNSA	0,10	0,10	0,10	0,06	0,10	0,10	0,10	0,06
CADES	0,20	0,48	0,48	0,48	0,20	0,48	0,48	0,48
Total CSG	7,50	7,50	7,50	7,50	8,20	8,20	8,20	8,20

NB: Le taux indiqué pour la CSG sur revenus d'activité de la branche maladie correspond au taux appliqué aux salaires (celui supporté par les travailleurs indépendants est légèrement différent)

4.3. Les autres prélèvements sociaux

En complément des cotisations et de la CSG, le régime général bénéficie d'autres contributions, qui se distinguent des impôts et taxes examinés par ailleurs (*cf.* fiches 4.4 à 4.6) en ce qu'ils sont assis sur les revenus (accessoires de rémunération, revenus de remplacement ou revenus du capital) et visent à assujettir des revenus totalement ou partiellement exclus de l'assiette des contributions et cotisations sociales. Par ailleurs, leur rendement est intégralement affecté aux administrations de sécurité sociale. Cette fiche présente le rendement de ces prélèvements sociaux en 2012 et les prévisions pour 2013.

Des prélèvements sociaux en forte hausse en 2012

En 2012, les prélèvements sociaux ont engendré un produit de 6,84 Md€ pour le régime général, et de 1,3 Md€ pour le FSV, en très forte augmentation par rapport à 2011 (4,55 Md€ et 0,68 Md€ respectivement). Pour l'ensemble des affectataires (*cf.* tableau 1), le produit de ces prélèvements s'est élevé à 14 Md€, contre 10,7 Md€ en 2011, soit une hausse de 31,4%. Par ailleurs, la répartition entre branches du régime général, FSV et autres attributaires a été profondément modifiée entre 2011 et 2013 (*cf.* tableau 2).

Cette augmentation résulte principalement des changements de législation sur les prélèvements sur les revenus du capital (*cf.* fiche 3.4). Premièrement, le taux du prélèvement social sur les revenus du capital a été porté de 2,2% à 3,4% au 1^{er} octobre 2011¹, ce qui a engendré un rendement supplémentaire de 0,2 Md€ en 2011 et de 1,3 Md€ en 2012, réparti pour moitié entre la CNAM et la CNAV.

Se sont ajoutées à cet effet les mesures décidées en LFSS pour 2012 (assujettissement aux prélèvements sociaux des plus-values immobilières, assimilation à compter de 2012 des revenus perçus au titre des royalties à des revenus du patrimoine), et dans le cadre de la LFR d'août 2012 (hausse de deux points du taux global des prélèvements sur les revenus du capital, assujettissement aux prélèvements sociaux des plus-values immobilières des non résidents), qui ont apporté un surcroît de recettes d'environ 1,1 Md€ aux affectataires mentionnés dans le tableau 1².

Deuxièmement, l'assujettissement au fil de l'eau des supports en euros des contrats d'assurance-vie multi-supports depuis le 1^{er} janvier 2011 a donné lieu à l'affectation à la CNAF d'une recette nouvelle (le « préciput », *cf.* encadré 1) pour un montant fixé par la loi de finances pour 2011 à 1,63 Md€ en 2011, et 1,45 Md€ en 2012.

¹ Pour l'exercice 2011, seuls les revenus de placement acquis ou constatés à compter du 1^{er} octobre 2011 font l'objet de ce relèvement de taux. La hausse s'applique aux revenus du patrimoine perçus à compter du 1^{er} janvier 2011, avec un rendement qui n'a été constaté qu'en 2012, puisque ces prélèvements sont acquittés, comme l'impôt sur le revenu, avec un an de décalage.

² La hausse de deux points du prélèvement social sur les revenus du capital ne s'appliquait que sur les revenus de placements perçus à compter du 1^{er} juillet 2012, et était initialement répartie entre CNAF et CNAV. Une disposition de la LFSS pour 2013 a toutefois transféré dès l'exercice 2012 une fraction (0,35 point) de cette hausse de la CNAV vers le FNSEA. Cela a donné lieu à une régularisation négative en fin d'année 2012 de 152 M€ pour la CNAV au profit du FNSEA. Celui-ci est désormais l'un des trois affectataires, aux côtés du FNAL et du fonds de solidarité de l'Etat, d'un prélèvement de solidarité percevant 2 points de l'ensemble des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, tandis que le taux du prélèvement social à proprement parler, regroupant les organismes de sécurité sociale (CNAV, CNAF, CADES et FSV), est désormais de 4,5%.

Tableau 1 – Rendement des prélèvements sociaux hors CSG

En millions d'euros

	2010	%	2011	%	2012	%	2013 (p)	%
Régime général	2 615	46,6	4 551	++	6 839	50,3	9 051	32,4
Forfait social*	1 342	++	1 292	-3,7	1 623	25,6	2 803	++
Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions	185	45,8	263	42,7	312	18,6	486	55,6
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	316	--	250	-20,9	262	5,1	252	-3,8
<i>sur avantages de retraite (L. 137-5, L. 137-12 du CSS)</i>	94	--	47	--	48	4,2	40	-16,7
<i>sur avantages de préretraite (L. 137-10 du CSS et pénalités)</i>	221	40,6	203	-8,2	214	5,3	212	-0,9
Prélèvement social sur les revenus du capital	645	-1,9	907	40,7	2 973	++	4 017	35,1
Contribution sur les jeux et paris	128	-	213	66,4	222	4,5	229	2,8
Préciput - Assurance-vie			1 626	-	1 446	-11,1	1 264	-12,6
FSV**	192	46,5	679	++	1 300	++	2 125	63,4
Forfait social*			458	++	936	++	1 785	++
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite			95	0,3	224	++	208	-7,0
Prélèvement social sur les revenus du capital			97	-1,1	130	12,5	121	-6,7
Sommes en désérence			10	-	11	11,0	10	-9,9
Contributions sociales (hors CSG) - régime général et FSV	2 807	46,6	5 230	++	8 139	55,6	11 176	37,3
FSV section 2 ***			346	++	373	8,0	78	--
Forfait social*			143	++	140	-1,9	98	-29,9
Prélèvement social sur les revenus du capital			203	++	233	14,9	-21	--
CNSA	2 239	1,5	2 334	4,2	2 389	2,4	2 855	19,5
Contribution de solidarité autonomie (revenus d'activité)	1 917	1,6	1 973	2,9	2 014	2,1	2 041	1,3
Contribution de solidarité autonomie (revenus de remplacements)							450	++
Contribution de solidarité autonomie (revenus du capital)	322	0,8	361	12,1	375	4,0	364	-3,1
FRR - Prélèvement social sur les revenus du capital	1 395	-1,5						
CADES - Prélèvement social sur les revenus du capital			1 576	++	1 660	5,3	1 577	-5,0
Autres attributaires - Prélèvement de solidarité sur les revenus du capital			1 179		1 450		2 518	++
dont FNSA			1 179	-	1 450	23,0	1 795	23,8
dont FNAL							592	-
dont fonds de solidarité							132	-
Contributions sociales (hors CSG) - autres affectataires	3 634	0,3	5 434	49,5	5 873	8,1	7 028	19,7
Contributions sociales (hors CSG) - tous affectataires	6 441	16,3	10 664	65,6	14 012	31,4	18 204	29,9

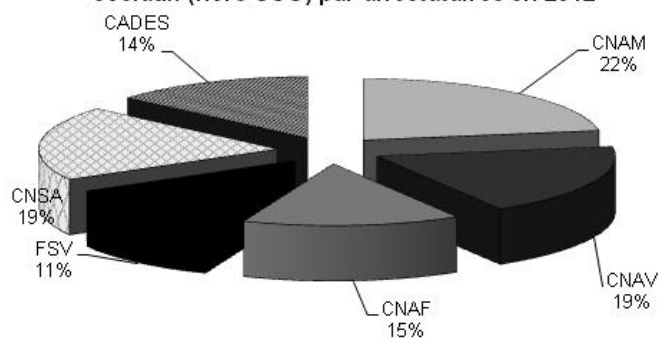
Source: DSS/SDEPF/6A

* La taxe prévoyance est intégrée, à compter de l'exercice 2012, au forfait social, même si le taux de 8% demeure alors que le taux du forfait social est passé à de 8% à 20% au 1er août 2012. Le rendement de cette taxe sur les exercices précédents 2010 et 2011 a été additionné à celui du forfait social dans le tableau ci-dessus.

** les comptes du FSV présentés ici ne concernent que la section 1 du FSV, et ne prennent pas en compte à ce titre les produits enregistrés par la section 2 (créée en 2011 pour mettre en réserve les sommes nécessaires au financement de mesures dérogatoires de départs anticipés à la retraite).

*** La section 2 du FSV a bénéficié en 2011 et 2012 d'une fraction (0,2 point) du prélèvement sur les revenus du capital, mais n'en bénéficie plus à compter de 2013. Les sommes prélevées sur le FSV au titre du préciput continuent toutefois à être réparties entre les deux sections, ce qui se traduit par l'imputation d'un produit négatif de 21 M€ pour la section 2 du FSV, qui sera prélevé sur ses réserves. Elle continue également de percevoir une fraction du forfait social (0,5 point).

Graphique 1 - Structure des prélèvements sociaux (hors CSG) par affectataires en 2012



Source : DSS/SD6/6A

D'autres éléments sont venus alimenter la hausse du rendement des prélèvements sociaux. Le taux du forfait social est passé de 6% à 8% au 1^{er} janvier 2012, puis de 8% à 20% à compter du 1^{er} août 2012 (cette modification ne concerne pas l'assiette constituée par les contributions des employeurs à la prévoyance¹, dont le taux est maintenu à 8%), engendrant un rendement supplémentaire de 0,9 Md€ pour le régime général (CNAV) et le FSV. La hausse du taux des prélèvements sur les stock-options décidé en LFR d'août 2011 a également joué en année pleine sur 2012, dégagant un rendement supplémentaire de 0,1 Md€. Enfin, les contributions sur les avantages retraite enregistrés par le FSV ont fortement augmenté en 2012 du fait d'importantes régularisations au titre des exercices antérieurs².

Au-delà de ces modifications de la réglementation, les dynamiques propres aux différentes assiettes ont été plutôt orientées à la baisse en 2012, en raison de la conjoncture économique dégradée d'une part, et des changements législatifs intervenus depuis plusieurs années rendant certains de ces dispositifs moins intéressants (durcissement de la réglementation relative aux avantages retraite, hausse des taux sur les prélèvements sur le capital, sur les stock-options, sur les retraites chapeau...).

Le produit des prélèvements sociaux devrait encore augmenter en 2013

Les prélèvements sociaux devraient encore augmenter fortement en 2013 (+32,3% pour le régime général, +63,4% pour le FSV, et +29,9% pour l'ensemble des affectataires présentés dans le tableau 1). Comme en 2012, la dynamique spontanée des différentes assiettes serait plutôt négative, notamment pour ce qui concerne les revenus du capital (contraction de l'assiette de 8% environ) ou les stock-options, ou stable (forfait social).

La hausse anticipée résulte essentiellement de l'effet en année pleine des mesures évoquées précédemment : des recettes supplémentaires à hauteur de 1,9 Md€ sont attendues pour le régime général et le FSV au titre de la hausse du forfait social et de l'assujettissement, décidé en LFSS pour 2013, des indemnités de rupture conventionnelle au forfait social.

Le régime général bénéficierait également de 1,15 Md€ de rendement suite à la hausse du taux sur les revenus du capital (la CNAF perdrait en revanche 0,2 Md€ par rapport à 2012 au titre du précipt), et de 0,2 Md€ suite à la hausse des taux des prélèvements sur les stock-options.

Le FSV devrait percevoir en outre 60 M€ suite au doublement des taux de prélèvement sur les retraites chapeau. Enfin, la mise en place d'une contribution additionnelle à la contribution solidarité-autonomie (pesant sur les revenus de remplacement) naturellement affectée à la CNSA, s'accompagne temporairement d'un transfert d'une fraction de la CSG sur les revenus du capital de la CNSA vers le FSV qui n'est pas présenté ici³.

¹ Le rendement du forfait social (dont l'assiette est essentiellement constituée des sommes versées au titre de la participation et l'intéressement) et celui de la taxe sur les contributions à la prévoyance ont été regroupés au 1^{er} janvier 2012, les taux de ces deux contributions sociales étant identiques (8%) au moment de leur fusion. Par souci de cohérence, le rendement de la taxe prévoyance a donc été ajouté à celui du forfait social pour les exercices 2010 et 2011 dans le tableau 1.

² La disposition de la LFR d'août 2012 relative au doublement des taux de prélèvement sur les retraites chapeau a en outre accordé la possibilité aux entreprises de modifier leur mode de prélèvement pour tenir compte des taux différenciés lorsque l'entreprise opte pour une gestion interne ou externe de son système de retraite chapeau. Un certain nombre d'entreprises ont profité de cette disposition pour externaliser leur gestion, avec un effet rétroactif qui s'est traduit par le versement d'environ 50 M€ de produits au titre des exercices antérieurs.

³ Au global, cette opération devrait être neutre pour la CNSA et positive pour le FSV en 2013, neutre pour le FSV et bénéfique pour la CNSA ensuite.

Le préciput assurance-vie

Le montant du préciput, tel qu'il est présenté pour les années 2011-2019 dans la loi de finances pour 2011, correspond au rendement prévisionnel de l'élargissement de l'assiette issue de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance-vie multi-supports (désormais soumis aux prélèvements au fil de l'eau). Il agrège ainsi les rendements supplémentaires de l'ensemble des prélèvements sociaux sur les revenus de placement¹ (12,3% au total en 2011, constitués de CSG, CRDS, prélèvement social de 2%, prélèvement CSA de 0,3%...).

Les hypothèses sous-jacentes à l'estimation du rendement de cet élargissement d'assiette ont conduit à prévoir une diminution progressive de ce rendement d'environ 0,2 Md€ chaque année, avec une extinction en 2020. Par ailleurs, l'affectation prioritaire à la CNAF de ce prélèvement a été décidée dans le cadre du transfert d'une fraction de la CSG famille vers la CADES destiné à apporter des ressources supplémentaires à la CADES en contrepartie de la reprise d'une partie des déficits du régime général pour les exercices 2009 à 2011.

Compte tenu de ces spécificités, même si l'essentiel du préciput correspond de fait à de la CSG sur les revenus de placement, le préciput n'est intégré ni à la CSG, ni aux prélèvements sociaux sur les revenus du capital, et est considéré dans les comptes de la CNAF comme un prélèvement social à part entière.

Tableau 2 – Rendement des prélèvements sociaux hors CSG, par branche du régime général

En millions d'euros

	2010	2011	%	2012	%	2013	%
Forfait social	943,2	1 306,0	38,5	1 405,4	7,6	1 701,3	21,1
Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions	184,6	263,4	42,7	312,4	18,6	486,0	++
Prélèvement social sur les revenus du capital		92,3	++	802,5	++		
Contribution sur les jeux et paris	127,9	212,8	++	222,4	4,5	228,6	2,8
Total CNAV	1 255,7	1 874,5	49,3	2 742,6	46,3	2 416,0	-11,9
Forfait social	214,6	-7,5	--	217,9	++	1 102,1	++
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	315,5	249,6	-20,9	262,3	5,1	252,3	-3,8
sur avantages de retraite (L. 137-5, L. 137-12 du CSS)	94,3	46,5	-50,7	48,5	4,2	40,4	-16,7
sur avantages de préretraite (L. 137-10 du CSS et pénalités)	221,2	203,1	-8,2	213,8	5,3	211,9	-0,9
Prélèvement social sur les revenus du capital	644,6	815,0	26,4	1 821,2	++	3 556,6	++
Total CNAV	1 174,7	1 057,1	-10,0	2 301,4	117,7	4 911,0	113,4
Forfait social	124,3	-4,4	--				
Prélèvement social sur les revenus du capital				349,4	++	460,5	31,8
Préciput - Assurance-vie		1 626,0	++	1 446,0	-11,1	1 264,0	-12,6
Total CNAF	124,3	1 621,6	++	1 795,4	10,7	1 724,5	-3,9
Forfait social	60,2	-2,1	--				
Total CNAV AT	60,2	-2,1	--	0,0		0,0	
Total régime général	2 615,0	4 551,0		6 839,3		9 051,5	

Source: DSS/SDEPF/6A

¹ Ces rendements supplémentaires sont naturellement affectés aux différents attributaires des prélèvements sur les revenus du patrimoine, mais ceux-ci doivent les rétrocéder à la CNAF avant d'inscrire le produit dans leurs comptes. Les montants qu'ils doivent rétrocéder au titre du préciput ont été fixés, pour toute la période, dans la loi et dans des conventions, sur la base des taux en vigueur au moment de sa mise en place en 2011. Les hausses de taux et les changements d'affectation intervenus depuis n'ont pas donné lieu à une modification de ces montants, ce qui explique pourquoi les évolutions des produits enregistrés l'année N dans les comptes de ces attributaires peuvent diverger, tous n'étant pas redevables, au titre du préciput d'un montant proportionnel à leur quote-part des prélèvements sur le placement pour cette même année N.

4.4. Les impôts et taxes

Les impôts et taxes décrits dans la présente fiche se distinguent des cotisations sociales, de la CSG et des autres prélèvements sociaux (analysés dans la fiche 4.3) en ce qu'ils reposent sur des assiettes autres que les revenus (consommation, chiffre d'affaire, bénéfices...). Cette fiche revient sur le produit de ces impôts et taxes dédiés au financement de la sécurité sociale pour le régime général et le FSV en 2012, et présente les prévisions pour 2013.

L'affectation de recettes fiscales nouvelles explique la forte augmentation du produit en 2012 et la progression attendue en 2013

Les recettes fiscales ont engendré un produit de 31,8 Md€ pour le régime général en 2012, en hausse de 8,2% par rapport à 2011 (cf. tableau 1 et graphique 1). En 2013, les recettes fiscales du régime général devraient continuer à croître, à un rythme toutefois plus modéré (3,1%), pour atteindre 32,8 Md€. Cette croissance s'explique principalement par des changements législatifs votés dans les lois financières de 2011 et 2012.

Les droits de consommation sur les tabacs affectés au régime général ont légèrement progressé en 2012, et devrait croître fortement en 2013

Les droits de consommation sur les tabacs ont bénéficié des hausses de prix successives (de l'ordre de 6%) de novembre 2011 et novembre 2012, qui ont permis de compenser la contraction des ventes nationales en 2012 (cf. fiche 4.5). La part de ces droits affectée au régime général ayant toutefois diminué en 2012 (65,1% des droits totaux contre 67,8% en 2011), le produit enregistré par le régime général n'a augmenté que de 1,2%. Cette évolution masque des évolutions contrastées par branche (cf. tableau 2). La fraction affectée à la CNAM a très légèrement baissé en 2012, mais comme cette fraction augmente sensiblement en 2013 (elle passe à 68,14%) et que les produits à recevoir 2012 sont ventilés avec cette clé 2013, le PAR 2012 est sensiblement supérieur au PAR 2011, ce qui se traduit par un produit total en hausse de 3%. Inversement, la CNAF enregistre un produit en baisse de 6,6%, qui s'explique à la fois par la diminution de sa quote-part en 2012 (11,17% contre 12,57% en 2011) et par l'effet sur le produit à recevoir de 2012 de la baisse supplémentaire de la fraction qui lui est affectée en 2013 (7,27%). Enfin, la CNAM-AT a enregistré un produit en hausse de 6,5%, bien que sa quote-part n'ait pas été modifiée, suite à l'intégration du FCAATA (qui a enregistré 33 M€ de droits tabacs) dans les comptes de la branche AT.

En 2013, le produit des droits tabacs devrait progresser (2,7%), en dépit d'une faible progression des ventes, la hausse de novembre 2012 jouant en année pleine sur l'exercice 2013. La progression attendue pour le régime général (15,9%) est largement imputable à la hausse de la quote-part de la CNAM, qui devrait bénéficier d'une recette en hausse de 29,2%, tandis que la CNAF enregistrerait un produit en baisse de 27%.

Les TVA sectorielles brutes affectées au régime général sont désormais remplacées par une fraction de la TVA nette

Les organismes de sécurité sociale bénéficiaient jusqu'en 2012 de certaines TVA sectorielles brutes : i) la TVA sur les alcools constituait la principale recette du panier de recettes fiscales destiné à compenser les exonérations sur les heures supplémentaires ; ii) la TVA sur les tabacs et la TVA sur les produits pharmaceutiques faisaient partie, jusqu'en 2010, du panier de recettes fiscales destiné à compenser les pertes de cotisations liées aux allègements de cotisations sur les bas salaires, et étaient depuis l'exercice 2011 attribuées directement à la CNAM ; iii) la TVA prélevée sur le secteur de la santé a été attribuée en 2011 à la CNAM, dans le cadre de la réforme des retraites de 2010, pour compenser le transfert d'une fraction du forfait social et de la CSSS additionnelle au FSV. Depuis le 1^{er} janvier 2013, ces TVA brutes sectorielles ont été rétrocédées à l'Etat, qui affecte désormais à la sécurité sociale une fraction de la TVA nette, décomposée en trois parts :

Tableau 1 - Les recettes fiscales du régime général et du FSV (hors impôts et taxes du panier compensant les exonérations sur les heures supplémentaires)

En millions d'euros

	2010	%	2011	%	2012	%	2013 (p)	%
Impôts et taxes liés à la consommation	13 528	23	17 071	26,2	17 845	4,5	19 016	6,6
Droit de consommation des tabacs (Art. 575 A du CGI)	5 939	++	7 589	27,8	7 677	1,2	8 897	15,9
Droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs	291	7	318	9,3	325	2,1	328	1,0
TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac	3 182	10	3 495	9,8	3 268	-6,5		
TVA brute sur les produits pharmaceutiques	3 205	4	3 471	8,3	3 420	-1,5		
TVA sectorielles "santé"			1 222	++	1 090	-10,9		
TVA nette					902	++	8 768	++
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile	911	1	975	7,0	1 028	5,5	1 023	-0,5
Taxes sur les boissons	0	-	0	-	135	++	0	-
Impôts et taxes acquittés par les personnes morales	11 868	2	10 553	-11,1	10 907	3,4	10 670	-2,2
Taxe sur les salaires	10 913	3	9 717	-11,0	10 075	3,7	10 670	5,9
Contribution additionnelle à la CSSS	955	-7						
Taxe exceptionnelle sur la réserve de capitalisation (exit tax)			836	-	832	-0,4		
Taxes médicaments	736	17	732	-0,5	1 042	42,4	1 028	-1,4
Contribution grossistes répartiteurs	313	33	305	-2,7	277	-9,0	315	13,5
Contribution sur les dépenses de publicité	158	-4	158	0,0	232	46,4	170	-26,5
Contribution sur la promotion des dispositifs médicaux	17	13	15	-13,8	14	-5,9	14	4,4
Contribution sur le chiffre d'affaires	248	15	255	2,9	364	42,9	364	0,0
Taxe sur les premières vente de médicaments					156	++	164	5,5
Impôts et taxes portant sur les organismes complémentaires	92	++	1 066	++	2 029	++	2 089	3,0
Contribution exceptionnelle des OC (pandémie grippale)	92	++	1	--	0	-43,8	0	-
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie (TSCA)	0	-	1 066	++	2 029	++	2 089	3,0
Recettes fiscales du régime général	26 224	13	29 423	12,2	31 823	8,2	32 803	3,1
Taxe sur les salaires		-	1 958	++	2 019	3,1	2 048	1,4
Contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) nette*	300	--	617	++	308	--	705	++
Contribution additionnelle à la CSSS nette*		-	1 001	++	1 040	3,9	1 060	1,9
Redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS)		-	138	++	-18	--	57	--
Recettes fiscales du FSV	300	--	3 714	++	3 349	-9,8	3 870	15,5
Recettes fiscales du régime général et du FSV	26 524	10,1	33 137	24,9	35 172	6,1	36 673	4,3

Source: DSS/SDEPF/6A

* Le FSV reçoit le solde de CSSS : son montant dépend à la fois de la dynamique de l'assiette et de l'évolution de la CSSS attribuée au RSI. Par ailleurs, le recouvrement de la CSSS

Encadré 1 - Les recettes fiscales du FSV dépendent fortement du produit de CSSS qui lui revient

Le rendement des recettes fiscales du FSV s'est élevé à 3,35 Md€ en 2012, en baisse de -9,8% par rapport à 2011. Il devrait augmenter significativement en 2013 pour atteindre 3,9 Md€. Ces évolutions reflètent toutefois plus la volatilité du produit de CSSS qui lui est attribué que la dynamique propre de ses recettes.

La contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS) nette attribuée au FSV correspond en effet à l'excédent de CSSS disponible après affectation d'une fraction du rendement à la CCMSA et du montant nécessaire à l'équilibrage du RSI. Le montant que le FSV a enregistré en 2012 s'est fortement contracté par rapport à 2011, en dépit d'un rendement global de la recette supérieur à 4%, en raison des besoins de financements croissants du RSI. Les réformes concernant les prélèvements sur les revenus d'activité des travailleurs indépendants décidées en LFSS pour 2013 (réintégration d'une fraction des dividendes dans l'assiette des cotisations, suppression de la double déduction forfaitaire pour frais professionnels, déplaçonnement de la cotisation maladie et introduction d'une exonération dégressive sur la cotisation minimale) est en diminution (de 0,6 Md€ à 0,23 Md€) ont à ce titre un impact direct sur le montant prévisionnel de CSSS nette libéré pour le FSV qui doublerait en 2013. Par ailleurs, une mesure de clarification de l'assiette de la CSSS dans le secteur des assurances devrait engendrer un rendement de 50 M€, dont l'essentiel bénéficierait au FSV. La contribution additionnelle à la CSSS, intégralement affectée au FSV, a également été dynamique en 2012 (+3,9%), et devrait croître de 1,9% en 2013.

Enfin, le rendement des droits de licence UMTS a été négatif en 2012, en raison d'une importante régularisation au titre de 2011 : le rendement escompté lors de la réaffectation de cette recette (80 M€ en LFSS pour 2012) a été fortement majoré (75 M€) suite à une mauvaise ventilation du produit total des licences. Cela a donné lieu à une régularisation qui compense plus que le rendement attendu pour 2012 (57 M€), d'où un produit négatif de 18 M€ comptabilisé au titre de ces licences. Le produit attendu en 2013 serait identique au rendement réel observé en 2012 (57 M€).

i) une fraction de 5,88% vient compenser la perte des trois TVA brutes que la CNAM percevait en 2011 et 2012 ; ii) une fraction de 0,33% est destinée à compenser les pertes de cotisations liées à l'exonération sur les heures supplémentaires (cf. fiche 4.6), en lieu et place de l'ancien panier de recettes fiscales dont la principale recette était la TVA sur les alcools ; iii) une fraction supplémentaire de 0,14% est attribuée à la CNAM depuis le 1^{er} février 2013, afin de compenser la perte de recette liée à l'abattement de cotisation patronale maladie de 75 centimes par heures travaillées octroyé aux particuliers employeurs¹.

Cette opération de transfert entre TVA brutes sectorielles et TVA nette devrait être neutre sur les comptes de la CNAM et des régimes concernés par l'exonération sur les heures supplémentaires en 2013, mais a eu un impact positif d'environ 0,1 Md€ en 2012 sur les comptes de la CNAM². Le produit attendu en 2013 devrait être peu dynamique par rapport au total du produit perçu au titre de la TVA en 2012 (+1%).

Les taxes médicaments sont désormais essentiellement affectées à la CNAM

La CNAM était jusqu'en 2012 la principale bénéficiaire³ des « taxes médicament ». Ces recettes ont augmenté de 42,4% en 2012 pour la CNAM. Cette évolution résulte surtout de la réforme du financement de l'AFSSAPS, qui a conduit à transférer à la CNAM les taxes sur les premières ventes de médicaments dont bénéficiait l'AFSSAPS⁴, pour un montant de 0,16 Md€. Par ailleurs, la CNAM a bénéficié d'une mesure de hausse des taxes sur les laboratoires (0,1 Md€), afin de financer les dépenses liées à la formation des médecins. Enfin, la forte hausse du rendement de la contribution sur les dépenses de publicité provient essentiellement de régularisations au titre des exercices antérieurs. Le produit de la contribution sur les grossistes répartiteurs s'est contracté de 9% en 2012 en raison de la forte contraction du chiffre d'affaire des grossistes en 2011 et 2012.

En l'absence de mesures nouvelles, ces recettes devraient être stables en 2013 ; la CNAM devient toutefois l'unique attributaire de la contribution sur les grossistes répartiteurs, d'où une hausse de 13,5% du produit attendu sur cette recette qui atténue le contrecoup sur 2013 de la recette exceptionnelle en 2012 perçue sur la contribution sur les dépenses de publicité.

D'autres recettes fiscales alimentent les produits du régime général

Le taux de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) a été relevé de 3,5% à 7% au 1^{er} octobre 2011, le rendement étant affecté à la CNAM. L'effet du doublement du taux de la TSCA a opéré en année pleine en 2012, ce qui a engendré 1 Md€ de recettes supplémentaires pour la CNAM. Le produit attendu en 2013 devrait croître de 3%.

Le produit de la taxe sur les salaires a augmenté de 3,6% en 2012 (3,7% pour le seul régime général). L'évolution à législation constante du rendement de cette taxe devrait être moins dynamique en 2013 (+1,3%) en raison de la conjoncture économique, mais les mesures adoptées en LFSS pour 2013 (clarification de l'assiette et création d'une tranche supplémentaire) devraient engendrer un produit supplémentaire d'environ 0,5 Md€, affecté à la CNAF, via une modification des clés de répartition entre CNAV, CNAF et FSV. La CNAM a par ailleurs reçu le produit d'une cotisation sur les boissons sucrées (0,13 Md€) instaurée en 2012 ; cette taxe est affectée en 2013 à la branche maladie des exploitants agricoles. Enfin, la CNAF a bénéficié en 2011 et 2012 du produit de l'exit tax sur les réserves de capitalisation des assureurs (0,8 Md€), mais cette taxe était temporaire et s'éteint en 2013.

¹ Cette mesure vise à compenser la suppression, décidée en LFSS pour 2013, de l'assiette forfaitaire qui servait de base de calcul aux cotisations sociales, les particuliers employeurs cotisant désormais sur l'assiette réelle.

² En effet, le PAR 2012 de la fraction de TVA nette de 6,21% s'est substitué aux PAR de TVA brutes. La fraction de ce PAR allouée au financement de l'exonération TEPA étant d'un montant inférieur au PAR de TVA sur les alcools qui aurait été comptabilisé dans le panier de recettes en l'absence de réforme de l'exonération, le PAR restant affecté à la CNAM a été supérieur à ce qu'elle aurait reçu au titre des PAR des trois autres TVA sectorielles brutes dont bénéficiait la CNAM jusqu'ici.

³ Outre la taxe sur les grossistes répartiteurs, répartie entre les branches maladie du régime général (88,1% de la recette en 2012), du RSI (4,5%), et de la MSA (2,5% pour les salariés et 4,8% pour les exploitants), une fraction des contributions sur les dépenses de publicité est affectée à la Haute autorité de la santé (HAS).

⁴ En contrepartie, la CNAM a perdu en 2012 une fraction de la TVA brute prélevée sur les professionnels de santé, rétrocédée à l'Etat, qui finance désormais l'AFSSAPS par dotations budgétaires.

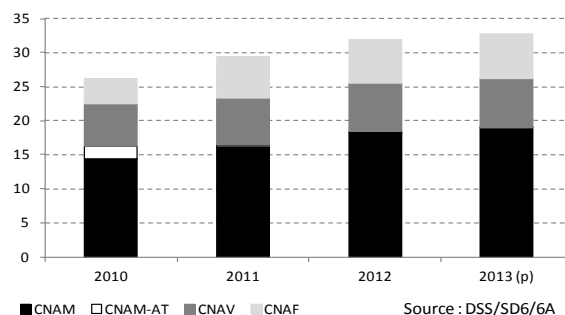
Tableau 2 – Les recettes fiscales du régime général (hors impôts et taxes du panier compensant les exonérations sur les heures supplémentaires)

En millions d'euros

	2010	2011	%	2012	%	2013 (p)	%
Impôts et taxes liés à la consommation	8 084	15 335	++	16 193	5,6	16 895	4,3
Droit de consommation des tabacs (Art. 575 A du CGI)	4 908	5 859	19,4	6 038	3,0	7 799	29,2
Droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs	122	318	++	325	2,1	328	1,0
TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac	1 332	3 495	++	3 268	-6,5	0	-
TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques	1 341	3 471	++	3 420	-1,5	0	-
TVA sectorielles "santé"	0	1 222	++	1 090	-10,9	0	-
TVA nette*	0	0	-	902		8 768	++
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile	381	969	++	1 016	4,9	0	-
Taxes sur les boissons	0	0	-	135	++	0	-
Impôts et taxes acquittés par les personnes morales	5 522	0	-	0	-	0	-
Taxe sur les salaires	4 567	0	-	0	-	0	-
Contribution additionnelle à la CSSS	955	0	-	0	-	0	-
Taxes médicaments	736	732	-0,5	1 042	42,4	1 028	-1,4
Contribution grossistes répartiteurs	313	305	-2,7	277	-9,0	315	13,5
Contribution sur les dépenses de publicité	158	158	0,0	232	46,4	170	-26,5
Contribution sur la promotion des dispositifs médicaux	17	15	-13,8	14	-5,9	14	4,4
Contribution sur le chiffre d'affaires	248	255	2,9	364	42,9	364	0,0
Taxe sur les premières vente de médicaments	0	0	-	156	++	164	5,5
Impôts et taxes portant sur les organismes complémentaires	92	176	++	1 005	++	1 045	3,9
Contribution exceptionnelle des OC (pandémie grippale)	92	1	--	0	-43,8	0	-
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie (TSCA)	0	176	++	1 005	++	1 045	3,9
Recettes fiscales de la CNAM	14 434	16 244	12,5	18 241	12,3	18 967	4,0
Impôts et taxes liés à la consommation	821	174	--	187	7,0	35	--
Droit de consommation des tabacs (Art. 575 A du CGI)	156	173	11,5	185	6,5	35	--
Droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs	26	0	-	0	-	0	-
TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac	279	0	-	0	-	0	-
TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques	281	0	-	0	-	0	-
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile	80	1	--	2	++	0	-
Impôts et taxes acquittés par les personnes morales	957	0	-	0	-	0	-
Taxe sur les salaires	957	0	-	0	-	0	-
Recettes fiscales de la CNAM-AT	1 779	174	--	187	7,0	35	--
Impôts et taxes liés à la consommation	2 927	3	--	7	++	0	-
Droit de consommation des tabacs (Art. 575 A du CGI)	555	0	-	0	-	0	-
Droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs	91	0	-	0	-	0	-
TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac	995	0	-	0	-	0	-
TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques	1 002	0	-	0	-	0	-
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile	285	3	--	7	++	0	-
Impôts et taxes acquittés par les personnes morales	3 413	6 976	++	7 151	2,5	7 224	1,0
Taxe sur les salaires	3 413	6 976	++	7 151	2,5	7 224	1,0
Recettes fiscales de la CNAV	6 340	6 979	10,1	7 158	2,6	7 224	0,9
Impôts et taxes liés à la consommation	1 696	1 559	-8,1	1 458	-6,4	2 086	43,0
Droit de consommation des tabacs (Art. 575 A du CGI)	320	1 557	++	1 455	-6,6	1 063	-27,0
Droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs	53	0	-	0	-	0	-
TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac	577	0	--	0	-	0	-
TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques	581	0	--	0	-	0	-
Cotisations et contributions sur les primes d'assurance automobile	165	2	--	4	++	1 023	++
Impôts et taxes acquittés par les personnes morales	1 976	3 577	++	3 756	5,0	3 446	-8,2
Taxe sur les salaires	1 976	2 741	38,7	2 924	6,7	3 446	17,9
Taxe exceptionnelle sur la réserve de capitalisation (exit tax)	0	836	-	832	-0,4	0	-
Impôts et taxes portant sur les organismes complémentaires	0	890	-	1 023	15,0	1 045	2,1
Taxe spéciale sur les contrats d'assurance maladie (TSCA)	0	890	++	1 023	15,0	1 045	2,1
Recettes fiscales de la CNAF	3 672	6 026	64,1	6 238	3,5	6 577	5,4
RECETTES FISCALES TOTALES DU REGIME GENERAL	26 224	29 423	12,2	31 823	8,2	32 803	3,1

Source: DSS/SDEFF/6A

Graphique 1 - Evolution des recettes fiscales du régime général, par branche



4.5. Les taxes sur le tabac et les boissons

En 2012 et 2013, le produit des droits de consommation sur le tabac ne progresserait que modérément, l'effet de hausses de prix successives étant pour partie neutralisé par la baisse des volumes de vente

En 2012, malgré les hausses de prix successives (de l'ordre de 6%) de novembre 2011 et novembre 2012, les droits de consommation sur les tabacs ont faiblement progressé par rapport à 2011 (+1,6%) pour atteindre 11,1 Md€ (cf. tableau 1). Cet effet de prix est presque totalement compensé par un repli du volume des ventes nationales de toutes les formes de tabac hormis les scaferlatis (tabac brun à rouler), les volumes totaux diminuant de 3,4% (cf. tableau 2).

En 2013, le marché connaîtrait une faible évolution tendancielle de +1,0% en valeur. Par ailleurs, les dispositions votées en LFSS pour 2013 se traduiraient par un rendement de 0,15 Md€ s'agissant de l'alignement des structures de fiscalité des différentes formes de tabacs et de 0,05 Md€ pour le rehaussement des droits dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} juillet 2013. Au final, les droits, versés quasi-intégralement à la sécurité sociale, s'établiraient à 11,4 Md€, soit une progression de +2,7%.

Les droits indirects sur les boissons alcooliques ont fortement baissé en 2012 en raison des stocks constitués fin 2011 par les distributeurs en anticipation de la hausse de la fiscalité

Les boissons sont soumises à des droits indirects (accises), encadrés par le droit communautaire, qui diffèrent selon le type de boisson. Il existe quatre catégories de boissons au regard de ces accises (cf. tableau 3). S'ajoutant à ces prélèvements, une cotisation de solidarité sur les boissons alcooliques s'applique aux boissons dont la teneur en alcool est supérieure à un seuil donné (et donc dont les effets négatifs en termes de santé publique sont les plus marqués). La LFSS pour 2012 a augmenté le tarif du droit de consommation applicable aux spiritueux et, dans le même temps, élargi le périmètre de la cotisation de sécurité sociale en portant le seuil de 24° à 18° et modifié son tarif. Ce dernier, jusqu'alors fixé à 160 € par hectolitre de produit indépendamment de la teneur en alcool est désormais de 533 € par hectolitre d'alcool pur. Ces modifications d'ampleur ont conduit certains acteurs de la filière (notamment les grandes surfaces) à constituer des stocks importants en fin d'année 2011 avant l'augmentation de la fiscalité, afin notamment de lisser l'impact de la hausse de la charge fiscale sur le prix public final. Cette augmentation de stock a été estimée à 1,5 mois de consommation et s'est traduite par le repli très sensible des recouvrements en début d'année 2012 du fait du déstockage par les distributeurs de leurs achats massifs de fin 2011. Ce phénomène explique au moins partiellement l'évolution négative constatée en 2012 et ce en dépit de la hausse sensible des droits de consommation sur les alcools et de la cotisation de sécurité sociale.

S'agissant des autres boissons alcoolisées (non concernées par les modifications de la fiscalité en 2012), les évolutions demeurent conformes aux tendances récentes avec une relative stabilité globale. Au total, les droits indirects sur les boissons alcooliques ont diminué en 2012 de -9,6% pour s'établir à 3,2 Md€, soit leur niveau de 2010.

Tableau 1 – Rendement total et répartition des droits de consommation sur les tabacs, en droits constatés

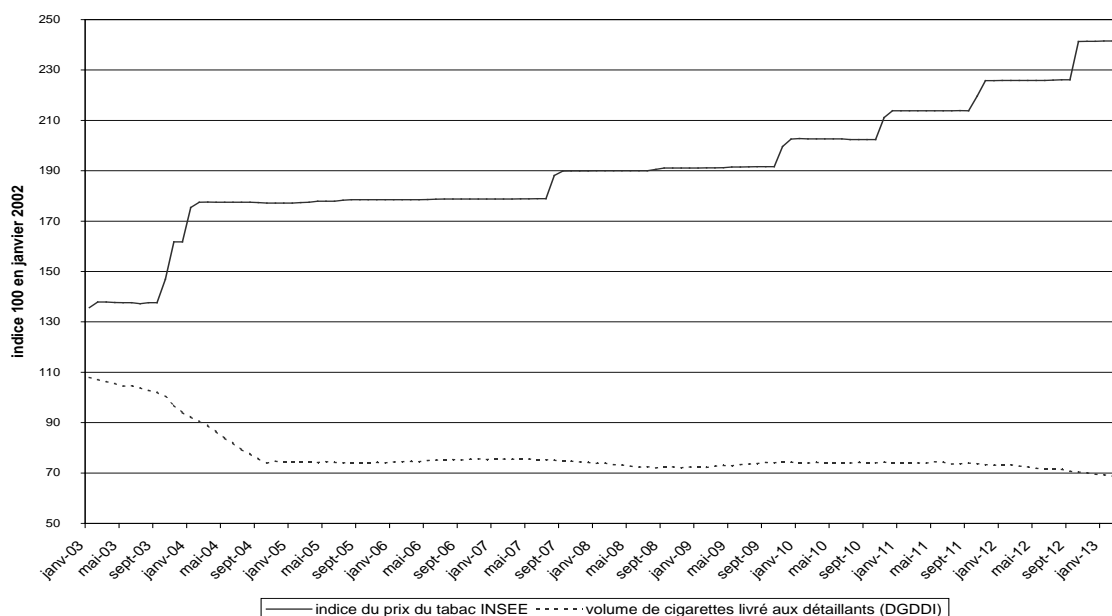
	en droits constatés			
	2010	2011	2012	2013 P
droits de consommation sur les tabacs	10 518	10 978	11 149	11 445
évolution	5,9%	4,4%	1,6%	2,7%
dont part versée à la CNAM	4 166	6 049	6 224	7 834
dont part versée à la CCMSA maladie + RCO	2 119	1 695	1 850	1 299
dont part versée à la CNAF	0	1 380	1 440	1 063
dont panier TEPA	137	143	381	

Source : DSS/SD5D

Tableau 2 – Évolution des volumes de vente de produits du tabac entre 2009 et 2012

produits	évolution cumulée			
	2009	2010	2011	2012
Cigarettes	2,6%	-0,3%	-1,3%	-4,9%
<i>blondes</i>	3,4%	0,3%	-0,7%	-4,4%
<i>brunes</i>	-7,4%	-9,1%	-9,5%	-14,0%
Scaferlatis	-0,8%	3,9%	3,8%	5,8%
Cigares	-2,8%	-1,7%	-3,2%	-1,4%
TAP/TAM	6,8%	0,3%	-1,6%	-0,5%
TOTAL	2,1%	0,1%	-0,7%	-3,4%

source DGDDI/DSS SD5D

Graphique 1 – Évolution du prix du tabac et du volume de cigarettes vendues entre 2003 et mars 2013

En 2013, les droits sur les alcools et la cotisation de solidarité devraient retrouver un rendement de niveau normal (non perturbé par des effets de fluctuations de stock) avec une évolution relativement atone, la hausse des tarifs indexés sur l'inflation N-2 (dans la limite de 1,75%) étant presque compensée par la baisse tendancielle des quantités d'alcool pur mises à la consommation.

Toutefois, la hausse significative des droits sur les bières, votée en LFSS 2013, devrait plus que doubler leur rendement en 2013 (d'environ 0,4 Md€ à 0,8 Md€) permettant une progression significative du total des droits sur les boissons alcooliques qui atteindrait 4,0 Md€.

Par ailleurs, l'entrée en vigueur en 2012 de la taxe sur les volumes de boissons non alcoolisées contenant du sucre ajouté ou édulcorées a apporté un rendement de 0,36 Md€, dont 0,16 Md€ a été affecté à l'assurance maladie. En 2013, la taxe devrait avoir un rendement de 0,36 Md€ sous l'hypothèse d'une stabilité de la consommation en volume, la totalité de la taxe étant désormais affectée à la branche maladie du régime des exploitants agricoles.

La répartition entre les organismes affectataires des recettes assises sur la consommation de tabac et de boissons alcoolisées a évolué sensiblement en 2012

Le schéma d'affectation du produit des droits d'accises et de la cotisation de sécurité sociale sur les boissons alcoolisées a été sensiblement modifié en 2012. En effet, à compter de cette date, le droit de consommation sur les alcools est réparti entre les branches maladie et retraite du régime des non salariés agricoles alors qu'il finançait jusque-là exclusivement le risque vieillesse (*cf.* tableau 4). En contrepartie, l'intégralité des autres droits et cotisations spécifiques aux boissons alcoolisées est affectée à la branche retraite des non salariés agricoles.

La LFSS pour 2011 a prévu, parallèlement à la suppression du principe de compensation de l'allègement général de cotisations, l'affectation directe des différentes taxes composant le panier de recettes fiscales compensant jusqu'alors le coût de cet allègement. Cette opération s'est accompagnée de la conservation par la sécurité sociale de l'excédent « structurel » du panier de recettes¹. Dans ce schéma, les clés de répartition des droits tabacs (dont une partie était incluse dans le panier) ont été modifiées.

La LFSS pour 2011 prévoyait en outre un régime transitoire (impliquant notamment des clés provisoires pour les droits tabacs) pour 2011 et 2012 avant une redistribution de certaines recettes fiscales à compter de 2013. Cette modification en 2013 permet de rediriger vers la CNAF la plus grande partie de l'excédent structurel du panier pour compenser la perte de rendement d'une partie des recettes qui lui avait été affectées en 2011 à l'occasion du transfert à la CADES de 0,28 point de CSG pour contribuer au financement de la reprise de dette de 2011 (*cf.* fiche 12-4). Cette redistribution concerne les droits tabacs dont la part affectée à la branche maladie du régime général a été augmentée à compter du 1^{er} janvier 2013, notamment en provenance de la branche famille (qui se voit affectée l'intégralité du produit de la taxe sur les véhicules terrestres à moteur) et de la branche accident du travail.

¹ Si l'on compare en 2011 le rendement des recettes du panier dans sa composition finale en 2010 (après la dernière loi de finances rectificative) et le montant d'allègement général, le bilan est positif à hauteur de 1,8 Md€ pour la sécurité sociale.

Tableau 3 – Rendement total des prélèvements sociaux sur les boissons (droits constatés)

	2010	2011	2012	2013 P
droits indirects sur les alcools, les produits intermédiaires, les bières et les vins	2 685	2 983	2 604	3 323
<i>droit de consommation sur les alcools</i>	2 106	2 392	1 992	2 300
<i>droit de consommation sur les produits intermédiaires</i>	96	94	99	72
<i>droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels</i>	121	122	120	121
<i>droit sur les bières et les boissons non alcoolisées</i>	370	375	393	830
Cotisation de solidarité sur les boissons alcooliques de plus de 18°	519	592	628	707
Sous-total boissons alcoolisées	3 204	3 575	3 232	4 030
<i>Évolution</i>	1,4%	11,6%	-9,6%	24,7%
taxes sur les boissons non alcoolisées contenant des sucres ajoutés ou édulcorées			161	360
Total	3 204	3 575	3 393	4 390
<i>Évolution</i>	1,4%	11,6%	-5,1%	29,4%

Source : DSS/SD5D

Tableau 4 – Répartition des droits de consommation sur les boissons et sur les tabacs

Ventilation des droits tabacs		2010	2011	2012	2013
Droits de consommation sur les tabacs (article 575 du CGI)	CNAMTS	38,81%	53,52%	52,33%	68,14%
	CNAM-AT		1,58%	1,58%	
	CNAF		12,57%	11,17%	7,27%
	MSA salariés		10,00%	10,00%	9,18%
	MSA exploitants maladie	18,68%	15,44%	15,44%	9,46%
	MSA exploitants vieillesse RCO	1,89%	1,89%	1,89%	1,89%
	Autres régimes		0,66%	0,66%	0,60%
	FCAATA	0,31%	0,31%	0,31%	0,31%
	FNAL	1,48%	1,48%	1,48%	
	Fonds CMUc				3,15%
	Panier AG	17,71%			
	Panier TEPA	3,15%	1,30%	3,89%	
	État	4,17%	1,25%	1,25%	0,00%
	Budget de l'État	2,92%			
	Fond de solidarité	1,25%	1,25%	1,25%	
Apurement des dettes de l'État		13,80%			
TOTAL		100%	100%	100%	100%

Source : DSS/SD6/6A

	Attributaires	2010	2011	Attributaires	2012	2013
		%	%		%	%
Droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels	CCMSA non salariés maladie	65,60%	65,60%	CCMSA non salariés vieillesse	100%	100%
	CCMSA non salariés vieillesse	34,40%	34,40%			
Droit de consommation sur les produits intermédiaires	CCMSA non salariés maladie	100%	100%	CCMSA non salariés vieillesse	100%	100%
Droit sur les bières et les boissons non alcoolisées	CCMSA non salariés maladie	100%	100%	CCMSA non salariés vieillesse	100%	100%
Droits de consommation sur les alcools	CCMSA non salariés vieillesse	100%	100%	CCMSA non salariés maladie	43,7%	43,7%
	CCMSA non salariés vieillesse			CCMSA non salariés vieillesse	56,3%	56,3%
Cotisation perçue sur les boissons alcooliques	CCMSA non salariés maladie	100%	100%	CCMSA non salariés vieillesse	100%	100%
Taxes sur les boissons sucrées ou édulcorées				CNAM	50%	
				État	50%	
				CCMSA non salariés maladie		100%

4.6. La compensation des exonérations de cotisation

La compensation financière des exonérations et allègements de cotisations a connu de profonds bouleversements en 2011, avec la fin de la compensation des allègements généraux par un panier de recettes fiscales, et en 2012, avec le resserrement du dispositif d'allègement afférent aux heures supplémentaires et complémentaires (cf. encadré 1), qui faisait l'objet d'une compensation à l'euro près par des recettes fiscales affectées à cet effet (cf. tableau 1). Au-delà de ces exonérations à vocation générale, les dispositifs ciblés d'exonération de cotisations sont pour la plupart compensés par l'État (via des dotations budgétaires). Cette fiche revient sur la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires et des exonérations ciblées pour le régime général. L'ensemble des dispositifs d'exonération et d'allègement est analysé de manière exhaustive dans la fiche 3.4.

Une réforme substantielle du dispositif d'exonération sur les heures supplémentaires

En 2012, le rendement du panier fiscal s'est contracté de 26% par rapport à 2011, suite à la refonte de ce dispositif (cf. fiche 3.4). Au-delà des modifications liées à cette réforme, le produit de la TVA sur les producteurs d'alcools a pâti du contrecoup en 2012 des anticipations d'achats des distributeurs en 2011 liées à la hausse des tarifs intervenue le 1^{er} janvier 2012. Par ailleurs les heures supplémentaires ayant été réintégrées dans le calcul des allègements « Fillon » (d'où une diminution estimée à 0,5 Md€ des allègements généraux en 2012), une partie du rendement supplémentaire sur les cotisations sociales a été réaffectée en 2012 au panier compensant les exonérations TEPA, via une majoration de la fraction des droits de consommations sur les tabacs qui est allouée au panier (de 1,30% à 3,89%). Cette modification de la répartition des droits tabacs et la réforme du dispositif d'exonération ont permis de limiter le besoin de contribution sociale sur les bénéfices (CSB) en 2012 (cette recette constituait depuis 2009 la variable d'ajustement pour neutraliser comptablement l'effet des exonérations de cotisations au titre des heures supplémentaires et complémentaires) ; une fraction de cette recette (57,89%) a donc été restituée à l'État.

La substitution, à compter du 1^{er} janvier 2013, des trois recettes historiques du panier (la TVA sur les alcools et la CSB reviennent à l'État, tandis que la fraction de droits tabacs est réaffectée à d'autres attributaires) par une fraction de 0,33% de la TVA nette a toutefois un impact comptable sur l'exercice 2012.

En effet, les PAR 2012 de ces trois recettes, correspondant aux produits perçus début 2013 mais rattachés à l'exercice 2012, ont été enregistrés dans les comptes de l'État ou des affectataires des droits tabacs plutôt que dans ceux des régimes concernés par l'exonération, tandis que ces régimes ont comptabilisé un PAR de TVA nette au prorata de leur poids dans le nouveau dispositif d'exonération.

Par ailleurs le mécanisme de compensation à l'euro près en droits constaté disparaît : les régimes ne bénéficiant plus de la CSB à compter du 1^{er} janvier 2013, ils n'ont pu enregistrer un PAR de CSB leur permettant d'équilibrer le panier en droits constatés comme cela était fait sur les exercices précédents. Le premier mécanisme de compensation en caisse subsiste toutefois, ce qui s'est traduit par l'inscription dans les comptes du régime général d'une dette de l'État vis-à-vis de la sécurité sociale pour un montant de 26 M€, correspondant à l'écart entre le rendement du panier en encaissements et la perte de cotisations enregistrée entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012.

Encadré 1 - La compensation des allègements et exonérations de cotisations

Les pertes de recettes pour la sécurité sociale liées aux allègements et exonérations de cotisations font, pour la plupart, l'objet d'une compensation financière, qui peut prendre plusieurs formes.

Les allègements généraux en faveur des bas salaires (72% des exonérations totales du régime général en 2012) ont été compensés par dotations budgétaires avant 1999, par des transferts en provenance d'un fond (FOREC) lui-même financé par des recettes fiscales entre 2000 et 2003, à nouveau par dotation budgétaire en 2005 et 2006, avant de faire l'objet, entre 2006 et 2010, d'une compensation par affectation d'un panier de recettes fiscales (dont la composition a été modifiée par les lois de finances successives) dont le rendement était réparti entre les régimes et les branches bénéficiaires au prorata de leur poids dans les allègements généraux. À compter de 2011, ces allègements ne sont plus compensés par ce panier, les recettes qui le composaient étant définitivement affectées aux régimes de sécurité sociale selon des clés définies par arrêté. Les dynamiques propres à chacune de ces taxes induisent désormais des évolutions différentes des recettes affectées à chacune des branches du régime général et à chacun des autres régimes bénéficiant de ces taxes, et ne reflètent plus la dynamique des exonérations.

Les allègements afférents aux heures supplémentaires et complémentaires (8,5% des exonérations en 2012), mis en œuvre depuis le 1^{er} octobre 2007 dans le cadre de la loi TEPA, ont été compensés entre 2008 et 2011 à l'euro près par les recettes fiscales d'un second panier, via un double mécanisme d'équilibrage à l'euro près des exonérations TEPA : i) d'une part, les pertes de recettes constatées par les régimes en encaissements/décaissements doivent être compensées strictement par l'État (cette compensation en caisse fait l'objet d'un suivi à travers l'état semestriel, dont la version établie au 31 décembre 2012 fait apparaître une dette en trésorerie de l'État de 26 M€ à l'égard du régime général) ; ii) d'autre part, la compensation était assurée comptablement à l'euro près, le solde en droits constatés entre le montant des exonérations et le montant des recettes du panier fiscal étant couvert par l'inscription d'un produit à recevoir équivalent de CSB.

Ce dispositif a été profondément remanié, à compter du 1^{er} septembre 2012, par la LFR d'août 2012 (cf. fiche 3.3), ce qui s'est traduit par une modification des modalités de compensation. Premièrement, le panier est amputé dès 2012 d'une partie de ses recettes, et disparaît en 2013 au profit de l'affectation d'une fraction (0,33%) de la TVA nette répartie entre les régimes au prorata de leur poids dans le nouveau dispositif d'exonération. Deuxièmement, seul le premier mécanisme de compensation en encaissements subsiste, les comptes des organismes pouvant donc enregistrer, en 2012 comme en 2013, un excédent ou un déficit de recettes fiscales en droits constatés par rapport aux exonérations.

Les exonérations ciblées de cotisations font pour la plupart l'objet d'une compensation intégrale par l'État, via des dotations budgétaires. Ces exonérations représentaient 9,2% des exonérations totales en 2012. D'autres dispositifs, principalement dans le secteur des services à la personne, ne font l'objet d'aucune compensation. Les exonérations liées à ces dispositifs représentent 10,3% des exonérations totales, ce qui a représenté une perte nette de recettes de 2,8 Md€ en 2012.

Tableau 1 - Evolution du panier de recettes affectées à la compensation des heures supplémentaires

2008	2009	2010	2011	2012	2013
TVA brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées					
Contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés (jusqu'à équilibre du panier en droits constatés)				Contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés (42,11%)	
	Droit de consommation sur les tabacs				
	3,99%	3,15%	1,30%	3,89%	
					TVA nette (0,33%)

Tableau 2 - Panier fiscal de recettes fiscales compensant les exonérations sur les heures supplémentaires

En millions d'euros								
	2010	%	2011	%	2012	%	2013(p)	%
TVA brute sur les producteurs d'alcools	1 882	-2,0	2 027	7,7	1 714	-15,5		
Contribution sociale sur les bénéfices des sociétés	719	26,8	727	1,0	231	-68,3		
Droits de consommation tabacs	317	-	165	-48,0	343	107,8		
TVA nette					47	++	451	++
Autres (dette Etat)	57	++	272	--	26	--	36	41,6
Rendement total du panier fiscal	2 976	3,7	3 191	7,2	2 360	-26,0	488	--
Exonérations heures supplémentaires et rachat RTT	2 976	3,7	3 191	7,2	2 367	-25,8	492	-79
Solde	0		0		-7		-5	

Source: DSS/SDEPF/6A

En droits constatés, le rendement des trois recettes historiques jusqu'au 31 décembre 2012, le remplacement des trois PAR des recettes historiques par un PAR d'une fraction de TVA nette et l'inscription d'une dette de l'État ne permettent toutefois pas d'assurer la compensation à l'euro près sur l'exercice 2012 : un solde net de -7 M€ apparaît dans les comptes du régime général.

En 2013, seule la fraction de la TVA nette sera répartie entre les régimes, ce qui devrait représenter un produit de 451 M€. Les encaissements de TVA nette ne devraient toutefois pas suffire à compenser les pertes de recettes observées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2013, ce qui devrait se traduire par une créance du régime général sur l'Etat d'un montant de 37 M€. Le solde net en droit constaté devrait également être négatif (-5 M€).

La compensation des exonérations ciblées de cotisations par l'État⁵⁷

Après avoir fortement baissé en 2011 et dans une moindre mesure en 2012, les cotisations prises en charge par l'État repartiraient à la hausse en 2013

En 2012, les montants comptables des cotisations prises en charge par l'État ont reculé de 4,2% pour s'établir à 2,5 Md€ après avoir nettement baissé en 2011 (-22,1%). Cette tendance devrait s'inverser en 2013 avec une prévision de hausse de 12,8% (cf. tableau 3).

Les allègements en faveur de certaines catégories de salariés ont baissé de 11,3% en 2012. Cette diminution est essentiellement due à la contraction de 12,6% du montant des exonérations au titre de l'apprentissage, qui représentent 88% de cette catégorie d'allègements. Cette baisse n'est toutefois pas interprétable économiquement : elle recouvre en effet des régularisations comptables au titre des années antérieures, liées au changement en 2010 du mode de calcul de l'exonération au titre de l'apprentissage (passage du temps de référence de 39h à 35h) qui avait été pris en compte avec retard, en 2011. Hors régularisations comptables, l'exonération au titre de l'apprentissage a ainsi augmenté de 1,4% (cf. fiche 3.4). La forte hausse (+12,1%) de cette exonération prévue en 2013 n'est que le pendant de ces régularisations et masque une croissance plus modeste (+2,6%). L'exonération accordée aux porteurs de presse a augmenté de plus de 9%, et devrait connaître une croissance du même ordre en 2013. A l'inverse, les exonérations bénéficiant au secteur agricole sont en baisse (-9% en 2012 et -10% en prévision pour 2013).

Les allègements en faveur de certaines zones géographiques, qui représentent plus de la moitié de l'ensemble des exonérations ciblées compensées par l'Etat, ont progressé de 4% en 2012 après avoir légèrement reculé en 2011 (-0,8%). Elles devraient à nouveau diminuer faiblement en 2013 (-0,6%) malgré le reclassement du bonus exceptionnel attribué à l'Outre-mer (31 M€), initialement non compensé, en mesure compensée. Il est à noter que ce montant concerne à la fois l'année 2012 et l'année 2013 car la dotation versée par l'Etat au titre de l'exercice 2012 n'a pas pu être inscrite dans les comptes des régimes avant leur clôture. Hormis l'exonération prévue par la Loi d'orientation pour l'Outre-mer, qui a augmenté de 7,7%, et celle visant à encourager la création d'emploi dans les zones de restructuration de la défense, qui a presque doublé, toutes les autres exonérations ont reculé en 2012. Ces tendances devraient se prolonger en 2013 avec toutefois une évolution plus modérée de l'exonération outre-mer (+1%).

Les allègements dont bénéficiaient les prestataires agréés ou déclarés intervenant auprès de publics dits « non fragiles » dans le secteur des services à la personne avaient été abrogés au 1^{er} janvier 2011. **Les allègements en faveur de l'emploi à domicile** devraient s'établir en 2013 à près de 200 M€ compte tenu de la mesure d'exonération forfaitaire de cotisations maladie ciblant les EPM.

Les autres exonérations ciblées compensées ont reculé de 3% en 2012 après une forte baisse en 2011 (-12%). Elles devraient repartir à la hausse en 2013 (+15%) sous l'effet de la montée en charge des exonérations accordées aux micro-entreprises.

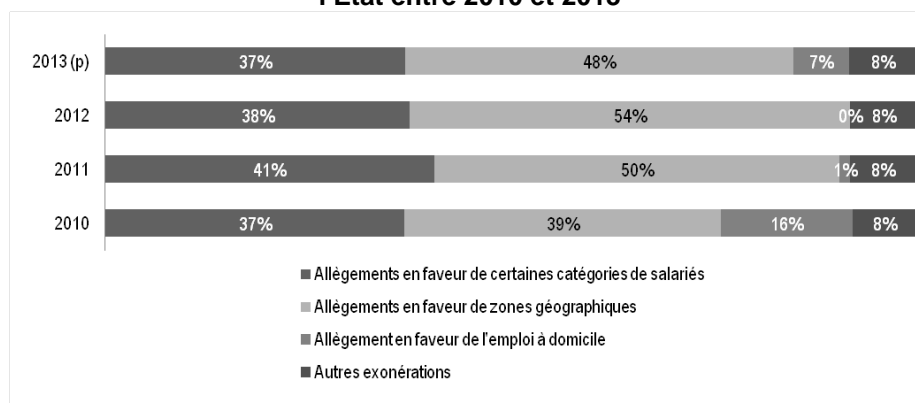
⁵⁷ Les exonérations ne donnant pas lieu à une compensation ne sont donc pas présentées ici ; leur dynamique propre est présentée dans la fiche 5.2.

Tableau 3 – Cotisations prises en charge par l'État

	2010	2011		2012		2013 (p)	
	M€	M€	%	M€	%	M€	%
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	1 238,9	1 054,7	- 14,9	935,2	-11,3	1 038,3	11,0
Apprentissage	925,1	945,2	2,2	826,2	-12,6	926,4	12,1
Secteur agricole	51,3	60,3	17,6	54,7	- 9,3	49,0	-10,4
Porteurs de presse	17,1	17,5	2,4	19,1	9,2	20,8	8,5
Service civique - volontariat	5,3	9,9	++	13,3	34,6	15,9	19,5
Contrats de professionnalisation et contrats de qualification	47,7	12,7	--	11,8	- 6,9	15,5	31,7
Insertion par l'économie	9,2	9,4	2,1	10,2	9,2	10,6	4,0
Contrat initiative emploi	12,6	- 0,9	--	- 0,3	--	-	
Avantage en nature repas dans les hôtel, café et restaurant	168,8	- 0,8	--	- 0,6	-25,7	-	
Autres allègements	1,8	1,4	- 23,0	0,6	--	0,0	--
Allègements en faveur de zones géographiques	1 311,1	1 300,4	- 0,8	1 352,5	4,0	1 344,8	- 0,6
Loi d'orientation Outre-mer (loi 2000-1207)	920,8	940,7	2,2	1 013,6	7,7	1 023,6	1,0
Création d'emploi en ZRR	179,3	182,9	2,0	163,3	-10,7	144,2	-11,7
Salariés en zones franches urbaines	165,8	137,8	- 16,9	129,7	- 5,9	100,1	-22,8
CAE DOM et hors DOM	14,2	13,1	- 8,0	21,2	++	19,8	- 6,2
Bassin d'emploi à redynamiser	9,3	18,4	++	16,8	- 9,0	16,7	- 0,2
Création d'emploi en ZRD	- 0,5	3,8	--	6,7	++	8,2	21,3
Création d'emploi en ZRU	2,2	1,8	- 19,2	1,2	-32,8	1,0	-15,3
Bonus exceptionnel Outre-Mer	0,0	0,0		0,0	--	31,1	++
Autres allègements	20,1	1,9	--	0,0	--	-	
Allègement en faveur de l'emploi à domicile	546,3	33,4	- 93,9	0,0	--	193,0	++
Employés à domicile	261,3	5,4	--	0,2	--	0,0	--
Abattement de 15 points pour les EPM	285,0	28,0	--	- 0,2	--	-	--
Exonération forfaitaire de cotisation Maladie pour les EPM	-	-		-		193,0	++
Autres exonérations	238,3	209,6	- 12,1	202,6	- 3,3	234,1	15,5
Jeunes entreprises innovantes	139,5	112,3	- 19,5	108,0	- 3,8	109,5	1,4
Détenus	92,9	79,6	- 14,3	80,0	0,4	80,0	-
Cotisations patronales d'allocations familiales pour les entreprises d'armement maritime	-	8,5		8,1	- 4,2	8,7	7,2
Régime "Micro social"	0,0	- 5,2		5,7	--	33,1	++
Jeunes entreprises secteur enseignement	- 1,3	0,4	--	1,7	++	2,5	++
Droit à l'image des sportifs	14,0	4,1	--	0,2	--	-	
Autres allègements	- 6,9	10,0	--	- 1,0	--	0,3	
Total des exonérations ciblées prises en charge par l'Etat	3 334,6	2 598,2	- 22,1	2 490,3	- 4,2	2 810,2	12,8

Source: DSS/SDEF/6A

Graphique – Evolution de la répartition des exonérations ciblées compensées par l'Etat entre 2010 et 2013



5. LES TRANSFERTS

5.1. Vue d'ensemble sur les transferts

Les transferts évoqués ici sont les transferts en provenance ou à destination d'autres régimes de sécurité sociale et des fonds de financement, les transferts internes au régime général et les contributions de l'Etat.

Les transferts internes au régime général atteignent 11,2 Md€ en 2012

Certains transferts financiers sont internes au régime général puisqu'ils se font entre ses différentes branches (cf. tableau 1). Ils sont neutralisés dans le compte consolidé du régime général en charges et en produits, et n'ont donc pas d'impact sur le résultat de ce régime. Ils sont en hausse de 5,9% par rapport à 2011. En 2013, ils augmenteraient de 2,9% pour atteindre 11,5 Md€.

Le transfert interne le plus important est la prise en charge des cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) par la CNAF pour le compte de la CNAV. De 4,5 Md€ en 2012, il passerait à 4,8 Md€ en 2013 en raison de l'évolution du SMIC mesurée en moyenne annuelle au 1^{er} juillet (+4,5%) et de la hausse des taux de cotisations vieillesse. La CNAF finance également les majorations de pensions pour enfants versés par les régimes de retraite, ce qui représente un transfert de 3,7 Md€ en 2012 vers la CNAV. En 2013, il augmenterait de 3,4%, conformément à l'évolution de ces majorations servies par la CNAV. Dans les comptes de la CNAM figure un transfert interne à la branche maladie (1,4 Md€ en 2012) qui permet d'identifier l'avantage dont bénéficient les médecins du fait de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations maladie. La CNAM prend également en charge une partie de leurs cotisations famille (0,3 Md€ en 2012). Ces prises en charge seraient en hausse de 3,9% en 2013. 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 a augmenté en 2012 de 80 M€ à la suite de sa réévaluation par la commission prévue à l'article L.176-2 du code de la sécurité sociale.

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

En 2011, le solde entre les transferts reçus et ceux versés par le régime général est excédentaire à hauteur de 3,3 Md€ (cf. graphique 2). Le solde était devenu excédentaire en 2011 suite à la prise en charge du minimum contributif (MICO) par le FSV pour la CNAV (3 Md€ en 2011), instituée dans le cadre de la réforme des retraites de 2010. La hausse très forte de cet excédent en 2013 s'explique notamment par l'augmentation des prises en charge de cotisations au titre du chômage faites par le FSV (+1,0 Md€). En effet, le SMIC a été relevé de 3,22% au 1^{er} juillet 2012 et le nombre de chômeurs pris en charge a augmenté de 5,1%. Ce transfert augmenterait encore en 2013 (+7,3%) du fait d'une hausse du chômage (+6,2%) et du relèvement des cotisations vieillesse.

Le résultat pour chacune des branches du régime général est contrasté : seule la CNAV dégage un solde positif (+de 20 Md€ à partir de 2012) du fait des transferts qu'elle reçoit de la CNAF et du FSV pour la prise en charge de cotisations et de prestations. Cet excédent a augmenté en 2012, outre la hausse du transfert pour prise en charge de cotisations chômage, en raison du rehaussement du transfert MICO de 0,4 Md€.

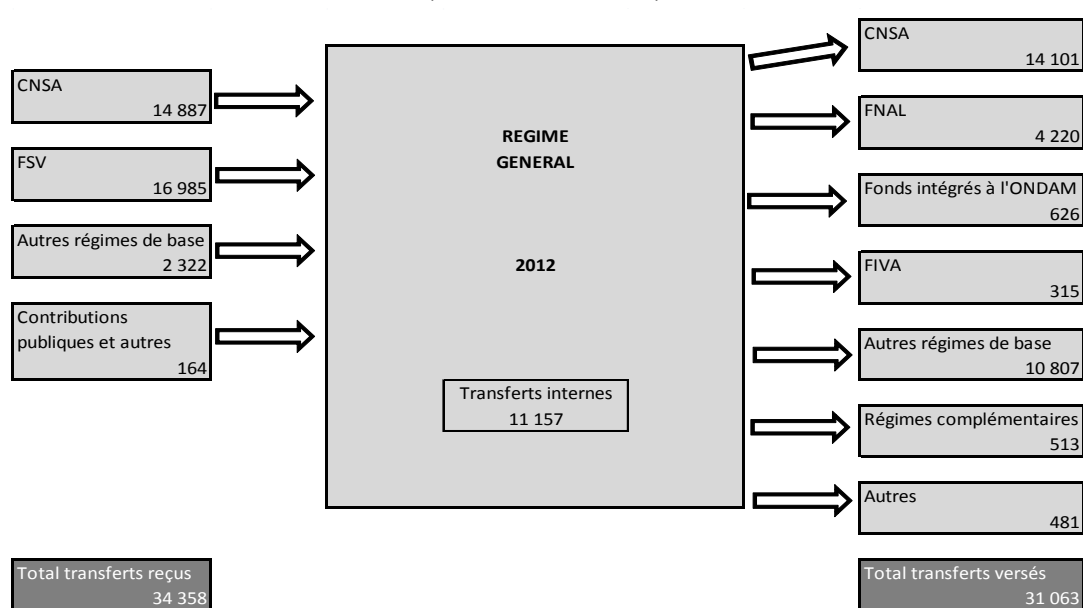
Les autres branches versent davantage de transferts qu'elles n'en reçoivent. La branche famille est la plus fortement contributrice puisqu'elle a versé 13,3 Md€ de transferts nets en 2012. Il s'agit de prises en charge de prestations et de cotisations et de sa participation au financement des aides au logement (cf. fiche 9.2). Ce solde augmenterait légèrement en 2012 pour atteindre 13,8 Md€.

Le solde des opérations de transferts de la CNAM est de -1,7 Md€ en 2012. En effet, la CNAM assure l'équilibre financier de nombreux autres régimes de sa branche par le biais des mécanismes de compensation et d'intégration financière. Le solde des transferts de la branche des accidents du travail s'est grandement amélioré du fait de l'intégration dans ses comptes du FCAATA et devrait encore s'améliorer en 2013 avec la réduction de 0,2 Md€ de sa dotation au FIVA.

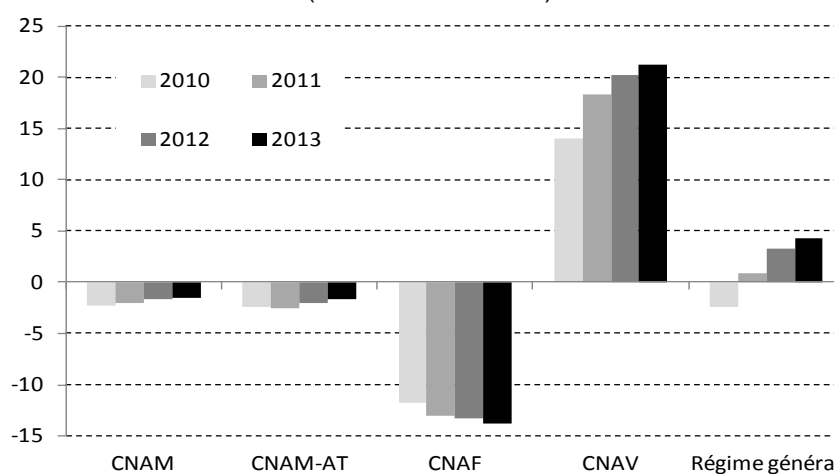
Tableau 1. Transferts internes au régime général

			En millions d'euros					
	Emetteur	Recepteur	2011	%	2012	%	2013	%
Transferts internes au régime général			10 534	10,1	11 157	5,9	11 483	2,9
Prise en charge de cotisations AVPF	CNAF	CNAV	4 432	4,0	4 516	1,9	4 751	5,2
Prise en charge de cotisations PAM	CNAM	CNAM et CNAF	1 526	6,9	1 632	7,0	1 696	3,9
Prise en charge de cotisations des préretraités pour amiante	CNAM-AT	CNAV	0	-	129	-	128	-0,6
Prises en charge de prestation par la CNAF	CNAF	CNAM	227	1,6	225	-0,7	226	0,1
Prises en charge de départs dérogatoire en retraite	CNAM-AT	CNAV	35	-	145	-	47	-
Majorations pour enfants	CNAF	CNAV	3 604	22,3	3 719	3,2	3 845	3,4
Transfert pour sous-déclaration des accidents du travail	CNAM-AT	CNAM	710	0,0	790	11,3	790	0,0
Transferts avec les autres régimes de base			2 141	-6,5	2 322	8,5	2 933	26,3

Source : DSS (SDEPF/6A).

Graphique 1. Vue synoptique des transferts du régime général en 2012
(en millions d'euros)

Source : DSS (SDEPF/6A).

Graphique 2. Evolution des soldes de transferts par branche
(en milliards d'euros)

Source : DSS (SDEPF/6A)

5.2. Les transferts reçus

En 2012, les transferts reçus par le régime général représentent 14,4% de ses produits, soit 45,5 Md€⁵⁸ (42,8 Md€ en 2011). Leur augmentation significative (+6,4%) tient pour moitié au dynamisme de deux des transferts versés par le FSV, la prise en charge du minimum contributif (MICO) qui augmente de 0,4 Md€ et la prise en charge des cotisations des chômeurs qui est sensible à la dégradation de l'emploi et aux hausses du SMIC. Dans une moindre mesure, elle s'explique par le nouveau transfert au bénéfice du FIR et la hausse du transfert au titre de la pénibilité (+75 M€). En 2013, les transferts reçus ralentiraient à peine (+5,3%) pour atteindre 47,9 Md€.

La plus grande part des transferts reçus provient d'organismes tiers (75%, soit 34,2 Md€ en 2012) : le FSV, la CNSA⁵⁹ et les autres régimes de base de sécurité sociale.

Les transferts reçus du FSV sont les plus dynamiques

Le FSV compense à la CNAV des dépenses de prestations (minimum vieillesse et majorations de pensions pour enfants et conjoints à charge) et acquitte les cotisations retraite des assurés au titre des périodes de chômage ainsi que, depuis le 1^{er} juillet 2010, de maladie, de maternité, de paternité, d'invalidité et d'AT-MP. Ces flux représentent 37% des transferts reçus par le régime général en 2012. Les prises en charge de cotisations (11,3 Md€ en 2012) ont augmenté de 10% en 2012, tirées par les prises en charge au titre du chômage qui augmentent rapidement en raison, d'une part, de la dégradation de la situation de l'emploi qui se répercute sur le nombre de chômeurs (+5,1% en 2012 pour le périmètre FSV) et, d'autre part, de la revalorisation de 3,2% du SMIC en moyenne annuelle, qui accroît le montant de cotisation unitaire par chômeur. L'emploi continuant de se dégrader, ces prises en charge de cotisations resteraient particulièrement dynamiques en 2013 (+6,9%).

Les prises en charge de prestations par le FSV pour la CNAV ont augmenté de 8,5% en 2012 pour atteindre 5,7 Md€. La progression modérée des majorations de pensions pour enfants (+3,2%), intégralement financées par la CNAF depuis 2011, a été compensée par la hausse de 400 M€ de la prise en charge par le FSV du MICO (3,4 Md€).

L'apport de la CNSA reste en forte croissance

La participation de la CNSA aux dépenses de la CNAM et de la CNAM-AT au titre des prestations médico-sociales (soit un tiers des transferts reçus par le régime général) a sensiblement accéléré en 2012 (+4,1% contre +2,2% en 2011) en raison de la dynamique des prestations qu'elle finance. En 2013, ce transfert conserverait une progression rapide (+4,6%) pour atteindre 15,6 Md€.

Les transferts en provenance des autres régimes de base en forte hausse

Ces transferts ont progressé de 8,5% en 2012 et se sont élevés à 2,3 Md€. En 2013, ils augmenteraient de 26%. Ils comprennent les sommes reçues au titre des compensations et des intégrations financières, les transferts liés à l'adossement financier du régime des industries électriques et gazières (CNIEG), les contributions de la MSA et du RSI au financement des cotisations sociales maladie et famille des praticiens et auxiliaires médicaux, ainsi que diverses contributions (notamment les versements de cotisations des régimes spéciaux à la CNAV) ainsi que les transferts au FIR à compter de 2012. Leur

⁵⁸ Les transferts reçus et non consolidés sont nettement inférieurs car leur montant est de 20,3 Md€ et ils ne représentent que 6,4% des produits nets consolidés.

⁵⁹ Les transferts entre CNSA et branches maladie et AT-MP consistant pour l'essentiel en un flux croisé portant sur l'ONDAM médico-social, l'impact sur le solde de ces branches se limite toutefois à l'apport propre de la CNSA.

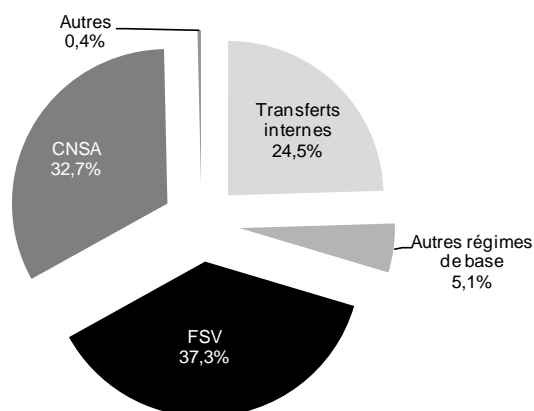
dynamique s'explique par la montée en charge des nouveaux transferts au FIR et par la progression du transfert d'intégration financière de la branche maladie des exploitants agricoles prévue en excédent de 0,2 Md€ en 2013.

Les transferts reçus par le régime général

			En millions d'euros						
			2010	2011	%	2012	%	2013	%
Transferts internes au régime général	Emetteur	Recepteur	9 568	10 534	10,1	11 157	5,9	11 483	2,9
Transferts avec les autres régimes de base			2 289	2 141	-6,5	2 322	8,5	2 933	26,3
Compensations démographiques	Autres régimes maladie	CNAM	268	136	-49,3	139	2,5	149	7,3
Intégrations financières	Autres régimes	CNAM, CNAV	90	146	62,6	103	-29,4	336	++
Prise en charge de cotisations PAM par les régimes de base	RSI, MSA	CNAM, CNAF	196	197	0,8	216	9,5	224	3,9
Transferts de cotisations des régimes spéciaux	FPPE, CNRACL	CNAV	366	250	-31,7	293	17,2	293	0,0
Transferts liés à l'adossement des IEG	CNIEG	CNAV	1 219	1 272	4,4	1 306	2,7	1 352	3,5
Financement du régime maladie étudiant	Autres régimes maladie	CNAM	109	99	-9,2	105	6,0	105	0,0
Versement des régimes aux fonds CNAM	Autres régimes maladie	CNAM	42	40	-2,8	159	++	473	++
Transferts avec les fonds			26 325	29 951	13,8	31 874	6,4	33 389	4,8
Prise en charge de cotisations	FSV	CNAV	9 488	10 284	8,4	11 317	10,0	12 103	6,9
Autres prises en charges de cotisations	FCAATA	CNAV	140	135	-3,8	0	--	0	-
Prise en charge de prestations	FSV	CNAV	2 685	5 226	94,6	5 668	8,5	5 706	0,7
Transferts au titre de l'ONDAM médico-social	CNSA	CNAM, CNAM-AT	13 997	14 298	2,2	14 887	4,1	15 577	4,6
Autres transferts			14	8	-43,8	2	-74,2	2	-22,3
Autres transferts			145	145	-0,3	162	12,1	133	-18,0
Transferts avec les régimes complémentaires obligatoires	RCO	CNAV, CNAM	5	7	34,8	1	-84,7	9	++
Contributions publiques et autres contributions		CNAM, CNAF	139,8	138	-1,6	161	17,2	124	-22,8
Total des transferts reçus			38 327	42 772	11,6	45 515	6,4	47 938	5,3
Total des transferts reçus consolidés			15 838	18 694	18,0	20 257	8,4	21 794	7,6

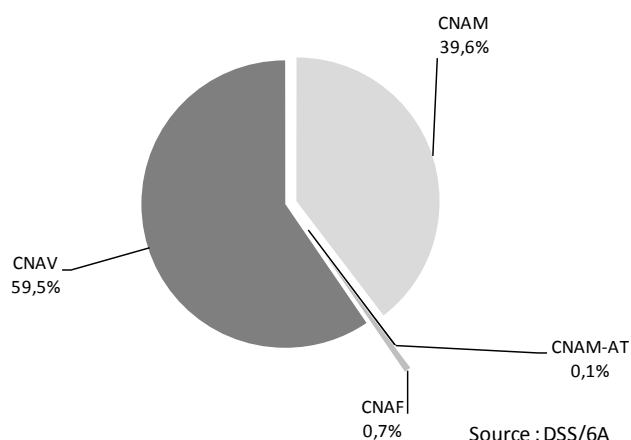
Source : DSS/6A

Graphique 1 – Les transferts reçus par le régime général en 2012 identifiés par source



Source : DSS/6A

Graphique 2 – Les transferts reçus par branche du régime général en 2012



Source : DSS/6A

5.3. Les transferts versés

En 2012, le montant total des transferts versés par le régime général s'est élevé à 42,2 Md€ (contre 42,0 Md€ en 2011), soit plus de 12,8% de des charges nettes. Hors transferts internes au régime, les transferts versés par le régime général ont atteint 31,1 Md€ (contre 31,4 Md€ en 2011). En 2013, les transferts versés (hors transferts internes) augmenteraient de 3,6% pour atteindre 32,2 Md€.

La baisse des transferts versés aux autres régimes de base en 2012 ne se poursuivrait pas en 2013

En 2012, le régime général a effectué des transferts vers les autres régimes de base pour 10,8 Md€, en baisse de 0,2 Md€ par rapport à 2011, sous l'effet conjugué de plusieurs effets. D'une part, les transferts de compensation démographique ont baissé suite à la disparition définitive de la compensation généralisée maladie en 2012. D'autre part, les transferts d'intégrations financières versés par le régime général se sont réduits (-5,0% par rapport à 2011), reflétant essentiellement le moindre besoin financement de la branche maladie des salariés agricoles. Enfin, les transferts de cotisations au titre des validations de services versés par la CNAV à la CNRACL et à la FPE ont baissé de près de 90 M€.

En 2013, ces transferts progresseraient de près de 150 M€, principalement sous l'effet de la hausse du transfert versé par la CNAV au titre de la compensation généralisée vieillesse. Cette augmentation s'expliquerait en partie par la révision à la baisse des effectifs de cotisants du RSI à partir de 2012 qui induit mécaniquement une hausse de la cotisation de référence versée par les régimes contributeurs tels que la CNAV (cf. fiche 12.3). Cette augmentation des transferts de compensation démographique serait atténuée à la marge par la réduction du besoin de financement de la branche vieillesse des salariés agricoles (pour -75 M€), qui deviendrait excédentaire en 2013.

La plupart des autres transferts bénéficient à des fonds de financement⁶⁰

Les transferts versés à des fonds de financement ont significativement baissé en 2012 (-12,7%) s'élevant à 19,7 Md€ en 2012, résultant d'évolutions différenciées.

La dotation de la CNAF au FNAL (4,2 Md€ en 2012) au titre des aides au logement a progressé de 3,7% en 2012 (cf. fiche 9.2). Ce transfert devrait continuer à augmenter (+4,7%) en lien avec la hausse du chômage.

Par ailleurs, les autres transferts, constituées de versements à des fonds par la branche maladie (FIQCS, FAC et FMESPP) par la branche AT-MP, se sont réduits de près de 1 Md€ pour atteindre 0,9 Md€ en 2012 en raison de l'intégration du FCAATA dans le compte de la branche AT (cf. fiche 7.3) : la dotation qui s'élevait à 890 M€ en 2011 n'apparaît plus. Dans une moindre mesure, la dotation au FIVA a baissé de 25 M€. Le transfert vers des régimes complémentaires correspond à la cotisation vieillesse des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) versée par la CNAM à la CNVAPL au titre des ASV. Ils ont représenté 0,4 Md€ en 2012 et augmenteraient significativement en 2013 (+11,9%).

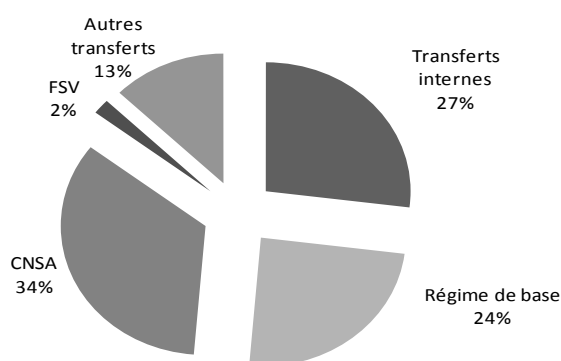
⁶⁰ Les transferts versés à la CNSA ne sont pas abordés ici car le flux net est un transfert reçu (cf. fiche 5.2).

Les transferts versés par le régime général

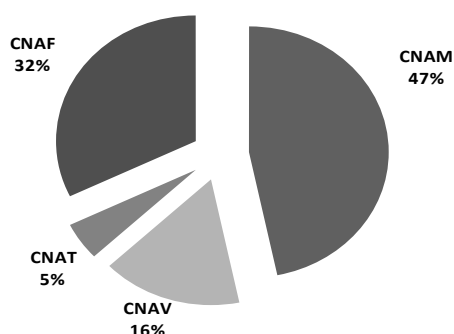
	2010	2011	2012	%	2013	%
En M€						
Transferts internes au régime général	9 568	10 534	11 157	5,9	11 483	2,9
Prise en charge de cotisations AVPF	4 261	4 432	4 516	1,9	4 751	5,2
Prise en charge de cotisations PAM	1 427	1 526	1 632	7,0	1 696	3,9
Prise en charge de cotisations des préretraités pour amiante	0	0	129	-	128	-0,6
Prises en charge de prestation par la CNAF	224	227	225	-0,7	226	0,1
Prises en charge de départs dérogatoire en retraite	0	35	145	++	47	--
Majorations pour enfants	2 947	3 604	3 719	3,2	3 845	3,4
Transfert pour sous-déclaration des accidents du travail	710	710	790	11,3	790	0,0
Transferts avec les autres régimes de base	11 026	10 243	10 027	-2,1	10 176	1,5
Compensations démographiques	6 721	6 338	6 284	-0,9	6 465	2,9
Intégrations financières	2 236	1 722	1 635	-5,0	1 549	-5,3
Transferts liés à l'adossment des IEG	1 531	1 558	1 584	1,6	1 599	0,9
Transferts de cotisations	342	388	301	-22,3	336	11,5
Prise en charge du congé paternité	39	82	55	-32,8	59	6,2
Autres transferts vers des régimes de base	157	155	168	8,3	169	0,8
Transferts versés aux organismes concourant au financement	13 575	14 320	14 880	3,9	15 439	3,8
Transferts vers la CNSA	12 921	13 544	14 101	4,1	14 662	4,0
Transferts de la CNAF vers le FSV pour les autres régimes vieillesse	653	776	780	0,4	777	-0,3
Autres transferts	5 918	6 067	5 237	-13,7	5 541	5,8
Transferts vers des régimes complémentaires	357,0	395,0	406,0	2,8	454,1	11,9
Dotation au FNAL	3 901	4 070	4 220	3,7	4 417	4,7
Fonds ONDAM	588	765	626	-18,1	907	44,8
Dotation FCAATA-FIVA	1 195	1 230	315	--	115	--
Autres participations	233	2	75	++	102	35,7
Transferts vers des régimes complémentaires	357	395	513	29,9	558	8,8
Total des transferts versés	40 800	41 954	42 220	0,6	43 651	3,4
Total des transferts versés consolidés	18 310	17 876	16 962	-5,1	17 507	3,2

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

Graphique 1 – Les transferts versés par le régime général en 2012 identifiés par destination



Graphique 2 – Les transferts versés par branche du régime général en 2012



6. VUE D'ENSEMBLE DES DEPENSES DU REGIME GENERAL

6.1. Vue d'ensemble des dépenses

Les charges nettes du régime général s'élèvent à 329,4 M€ en 2012, en hausse de 2,9% par rapport à 2011. En 2013, elles augmenteraient de 3,2% pour atteindre près de 340 Md€.

Les charges nettes sont constituées principalement des prestations sociales nettes (91,4%, *cf.* tableau 1), dont l'essentiel sont des prestations légales. Le reste des dépenses se décompose en transferts entre organismes (en dehors des transferts internes au régime général, *cf.* fiche 7.1), dépenses de gestion administrative, frais financiers et autres dépenses. Cette fiche présente l'évolution des dépenses nettes (*cf.* encadré) et de ses différentes composantes pour l'ensemble des branches du régime général.

L'augmentation des dépenses nettes du régime général dépend grandement de la dynamique des dépenses maladie et vieillesse

De par leur poids et leur dynamisme, les dépenses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse sont celles qui contribuent le plus à la croissance des dépenses du régime général. Leur part respective dans les dépenses est de 47 % et 33% en 2012 (*cf.* graphique 1), tandis que les branches famille (17%) et AT-MP (3%) ont un poids plus faible.

Les dépenses de la branche vieillesse sont les plus dynamiques en 2012 (+3,5%) et leur croissance devrait s'accroître en 2013 (+4,1%). Les dépenses d'assurance maladie, moins dynamique en 2012 (+2,6%), repartiraient à la hausse en 2012 (+3,0%). Les dépenses de la branche famille devraient ralentir en 2013 (+2,7%) après une hausse importante en 2012 (+3,2%).

La dynamique des prestations légales explique l'essentiel de la croissance des dépenses

La dynamique des dépenses s'explique principalement par l'évolution des prestations légales nettes. Celles-ci représentent 89% des dépenses du régime général et expliquent 2,8 points de leur croissance en 2012 et 3 points en 2013 (*cf.* graphique 2).

L'évolution des prestations légales des différentes branches obéit à des logiques différentes, compte tenu de la nature des risques qu'elles couvrent. Toutefois, leur progression peut globalement être décomposée entre un effet prix, un effet volume et un effet de structure.

Les prestations familiales et de retraite ont des déterminants pour partie analogues. Il s'agit dans les deux cas de prestations en espèces, qui font l'objet d'une revalorisation annuelle en fonction de l'inflation. La différence de rythme de croissance de ces prestations tient essentiellement à des évolutions en volume différentes, même si en 2012, l'effet prix propre à chaque prestation expliquerait une part importante de l'écart de dynamique. En effet, en 2012, les pensions ont été revalorisées de 2,1% tandis que la BMAF l'a été de 0,75% (*cf.* fiches 8.2 et 9.1). Cet effet prix plus favorable aux pensions de retraite en 2012 expliquerait pour partie l'écart de 1,2 point entre les dynamiques respectives des prestations. L'écart d'effet prix est moins marqué en 2013, avec une revalorisation des pensions en moyenne annuelle de 1,5%, contre 1,2% pour la BMAF.

L'évolution des prestations dépend également d'un effet volume qui est en revanche très différent dans les deux branches. La croissance des prestations vieillesse est tirée par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses du baby boom, qui remplacent les classes creuses nées dans l'entre-deux-guerres. Le nombre des départs en retraite est le facteur principal d'augmentation des prestations servies par les régimes de retraite. Il a toutefois été freiné en 2011, mais surtout en 2012 et 2013, par le relèvement de l'âge légal pour les assurés nés à partir du second semestre 1951.

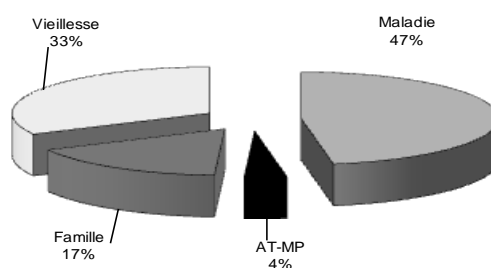
L'évolution en volume des prestations familiales est quant à elle largement déterminée par les tailles respectives des cohortes d'enfants nés dans l'année et des cohortes d'enfants arrivant à l'âge adulte, ainsi que par la réduction tendancielle de la taille des familles.

Tableau 1. Répartition des charges nettes du régime général par type de dépenses

	En millions d'euros						
	2011	%	2012	Composition	%	2013 (p)	%
Prestations nettes	291 093	3,3	301 105	91,4%	3,4	311 008	3,3
<i>dont prestations légales nettes</i>	285 674	3,3	294 493	89,4%	3,1	304 381	3,4
<i>prestations extralégales nettes</i>	4 361	8,0	4 726	1,4%	8,4	4 978	5,3
<i>autres prestations nettes</i>	1 058	-8,1	1 886	0,6%	78,3	1 649	-12,6
Transferts nets	17 876	-2,4	16 963	5,1%	-5,1	17 508	3,2
<i>dont transferts vers des régimes de base</i>	10 243	-7,1	10 028	3,0%	-2,1	10 177	1,5
<i>transferts vers des fonds</i>	7 238	4,5	6 422	1,9%	-11,3	6 773	5,5
<i>transferts vers des régimes complémentaires</i>	395	10,6	513	0,2%	29,9	558	8,8
Charges financières	194	-43,8	26	0,0%	-86,5	37	39,9
Charges de gestion courante	10 721	0,3	10 802	3,3%	0,7	10 868	0,6
Autres charges	366	18,9	537	0,2%	46,6	517	-3,8
Charges nettes totales	320 251	2,8	329 433	100,0%	2,9	339 938	3,2

Source : DSS (SDEPF/6A).

Graphique 1. Répartition par branche des dépenses du régime général



Source : DSS (SDEPF/6A).

Graphique 2. Contribution des types de dépenses à la croissance des charges nettes (en points)



Source : DSS (SDEPF/6A).

La relative stabilité de ces mouvements explique l'atonie des prestations d'entretien (allocations familiales...), qui représentent 55% du montant total des prestations familiales. Les aides à la garde d'enfants, qui dépendent de la natalité mais également de l'offre de garde disponible et des comportements des parents en matière de recours, sont plus dynamiques, même si depuis 2011 elles décèlent.

Les déterminants de l'évolution des prestations d'assurance maladie sont très différents. Schématiquement, si l'on prend l'exemple des soins de ville¹, la dynamique des dépenses de peut être analysée en termes d'effets prix (-1,0%), volume (+2,0%) et taux de remboursement (+0,4%). L'effet prix est la résultante des évolutions, parfois de sens contraires, qui résultent de l'évolution des tarifs des actes des professionnels de santé, des baisses de prix de médicaments opérées par le Comité économique des produits de santé, ainsi que de la croissance des salaires sous-jacents au calcul des indemnités journalières pour arrêts de travail.

L'effet volume, qui est généralement le plus élevé des trois, retrace à la fois l'accroissement de la population des consommateurs de soins et l'intensité du recours à ces soins. Il est donc étroitement lié aux évolutions démographiques, que ce soit l'accroissement naturel de la population ou son vieillissement. Il dépend également de la conjoncture épidémiologique du moment et des comportements de prescription des professionnels de santé sur lesquels s'exercent les effets des politiques de maîtrise médicalisée des dépenses. Il retrace aussi les évolutions qui interviennent en matière de traitements médicaux. L'effet taux de remboursement rend compte quant à lui des modifications de taux mais aussi d'effets de structure dans la prise en charge des dépenses de soins par l'assurance maladie.

Un effet comptable non négligeable affecte à la hausse les prestations légales de la CNAM en 2012. Au cours de l'année 2012, la création du fonds d'intervention régional (FIR), fonds intégrés aux comptes de la CNAM, s'est traduit par la comptabilisation en charges de la CNAM de dépenses de prestations pour les autres régimes de base. Cette intégration n'a pas d'impact sur les comptes de la CNAM puisque les régimes remboursent ces prestations à la CNAM. L'effet de cette mesure joue en année pleine à compter de 2013.

Enfin, dans le cas de la branche AT-MP, les prestations servies sont, pour une large moitié, des prestations d'incapacité permanente, dont l'évolution en volume est quasi-stable, et qui sont revalorisées comme les pensions de retraite. Les prestations d'incapacité temporaire constituent l'essentiel du reste des prestations, et il s'agit pour plus des deux tiers d'indemnités journalières AT-MP dont l'évolution dépend à la fois des salaires et du taux de sinistralité. Par ailleurs, les évolutions observées peuvent également résulter de déterminants exogènes tels que le temps moyen de consolidation d'un accident, la sinistralité routière, la modification de la structure de l'emploi entre secteurs à sinistralité différente, le traitement de la sous-déclaration et de la non-déclaration des AT...

Les prestations extralégales et les transferts nets tirent marginalement à la hausse les dépenses

La croissance forte des prestations extralégales (+8,4% en 2012 et +5,3% en 2013), alimentée par les dépenses d'action sociale de la branche famille, explique 0,1 point de la croissance des dépenses. La très forte hausse des autres prestations s'explique par le fait qu'à compter de 2012 les allocations d'ACAATA sont directement versées par la CNAM-AT suite à l'intégration du FCAATA. Le parallèle direct est la disparition de la dotation au FCAATA et donc la baisse des transferts nets en 2012. En 2013, la hausse des transferts expliquerait 0,2 point de la croissance des dépenses. Elle serait due aux hausses de dotations destinées au FNAL et aux fonds intégrés à l'ONDAM (*cf. supra*).

Enfin, les dépenses de gestion administrative représentent 3% de la dépense, mais leur faible croissance annuelle (moins de 1%) contribue peu à la croissance des dépenses.

¹ L'exemple présenté ici correspond au champ des dépenses de soins de ville pour les risque maladie, maternité et accidents du travail – maladies professionnelles.

Tableau 2. Répartition des prestations légales du régime général par branche

En millions d'euros						
	2011	%	2012	%	2013 (p)	%
Maladie						
Prestations légales nettes	144 948	2,8	148 874	2,7	153 555	3,1
Prestations légales nettes maladie	133 384	2,9	136 918	2,6	141 340	3,2
Prestations légales nettes maternité	6 681	-2,4	6 739	0,9	6 810	1,1
Prestations légales nettes invalidité - décès	4 679	5,0	5 068	8,3	5 292	4,4
Provisions et pertes sur créances nettes sur prestations légales autres	204	-	150	-	113	-
AT-MP						
Prestations légales nettes	7 919	2,8	7 996	1,0	8 197	2,5
Prestations légales nettes pour incapacité temporaire	3 734	3,0	3 719	-0,4	3 807	2,4
Prestations légales nettes pour incapacité permanente	4 160	2,4	4 248	2,1	4 371	2,9
Provisions et pertes sur créances nettes autres	25	-	30	-	19	-
Famille						
Prestations légales nettes	34 999	1,5	36 044	3,0	36 752	2,0
Prestations légales	34 989	1,6	35 893	2,6	36 690	2,2
Provisions et pertes sur créances nettes	10	-	150	-	61	-
Vieillesse						
Prestations légales nettes	97 808	4,6	101 578	3,9	105 879	4,2
Prestations légales	97 863	4,7	101 570	3,8	105 853	4,2
Provisions et pertes sur créances nettes	-55	-	9	-	26	-
Régime général						
Prestations légales nettes	285 674	3,3	294 493	3,1	304 381	3,4

Source : DSS (SDEPF/6A).

Tableau 3. Répartition par branche des dépenses du régime général

En millions d'euros						
	2011	%	2012	%	2013 (p)	%
Maladie	156 641	2,1	160 760	2,6	165 615	3,0
AT-MP	11 560	2,9	11 698	1,2	11 558	-1,2
Famille	54 839	3,7	56 570	3,2	58 105	2,7
Vieillesse	106 474	4,0	110 209	3,5	114 733	4,1
Transferts entre branches du régime général	-9 264	-	-9 805	-	-10 072	-
Ensemble des régimes de base consolidés	320 251	2,8	329 433	2,9	339 938	3,2

Source : DSS (SDEPF/6A).

Précisions méthodologiques

Les charges et produits nets sont calculés à partir des charges et des produits comptabilisés par les caisses après neutralisation symétrique de certaines écritures (transferts entre la CNSA et la CNAM portant sur l'ONDAM médico-social, reprises de provisions sur prestations et autres charges techniques, dotations aux provisions sur actifs circulants...). Ces neutralisations, sans impact sur les soldes, visent à approcher une évolution économique des charges et des produits. Les charges et produits du régime général sont en outre consolidés (les transferts internes au régime général sont neutralisés – AVPF, congés paternité, prise en charge des cotisations des PAM, prise en charge des majorations de pensions pour enfants et sous-déclaration AT-MP).

6.2. La gestion administrative

Les budgets de gestion administrative de chacune des branches du régime général sont négociés dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG) et obéissent aux règles budgétaires annexées à celles-ci (cf. encadré). Les dépenses de personnel représentent plus des deux tiers des dépenses brutes de gestion administrative du régime général. A elles seules, les branches maladie et AT-MP forment 58% des dépenses de personnel du régime général.

Hors investissement, les dépenses brutes de gestion administrative du régime général s'élèvent à 10,2 Md€ en 2012

Pour 2012, les dépenses brutes hors investissement de gestion administrative du régime général se sont élevées à 10,2 Md€, soit une évolution de 1,2% par rapport à l'exécuté 2011 (10 Md€).

Cette évolution limitée des dépenses du régime général s'explique par un effort de maîtrise de la masse salariale de l'ensemble des branches, qui s'inscrivent globalement dans une trajectoire de réduction des effectifs en CDI rendue possible par les gains de productivité, et par une baisse des autres dépenses de fonctionnement.

Les dépenses de personnel du régime général sont en augmentation de 0,8% en 2012 par rapport à 2011. C'est également le rythme d'évolution des dépenses de personnel de la branche maladie, qui pèse à elle seule 57% de l'ensemble des dépenses de personnel du régime général.

Les autres dépenses de fonctionnement (ADF) du régime général augmentent de 1,3% entre 2011 et 2012. Seule la branche vieillesse réduit ses ADF sur l'exercice 2012 (-0,7% par rapport à 2011).

En 2013, les dépenses brutes de gestion administrative du régime général, hors investissement, devraient progresser de 0,8%

Pour 2013, les dépenses brutes hors investissement de gestion administrative du régime général s'élèveraient à 10,2 Md€, soit une hausse de 0,8 % par rapport à l'exécuté 2012.

Les dépenses de fonctionnement sont également encadrées par les COG qui intègrent une diminution des dépenses de fonctionnement conformément aux orientations fixées par les pouvoirs publics.

Toutefois, l'évolution des dépenses de personnel comme des autres dépenses de fonctionnement sera conditionnée par les nouvelles COG, notamment s'agissant de la trajectoire des effectifs. Les COG de la CNAV, de la CNAMTS et de l'ACOSS seront renouvelées à partir de fin 2013. Les paramètres des dépenses de gestion de la CNAF, ne sont pas complètement finalisés lors de la présente commission des comptes.

Les budgets de gestion administrative servent à financer deux natures de dépenses :

- des dépenses à caractère limitatif : elles sont arrêtées lors des négociations des COG. Ce sont des enveloppes fermées qui correspondent aux dépenses de personnel, aux autres dépenses de fonctionnement et aux dépenses d'investissement ;

- des dépenses à caractère évaluatif : elles sont arrêtées de manière indicative lors de la négociation des COG. Ce sont des prévisions de dépenses qui correspondent pour l'essentiel aux dépenses d'amortissement ou aux contributions qui s'imposent par leur nature à chacune des branches (contributions à des groupements d'intérêt public ou à des organismes).

Le total des ces dépenses correspond aux dépenses brutes. Les budgets de gestion administrative de chacune des branches retracent également les recettes qu'elles ont pu percevoir. Sauf exception prévues par les règles budgétaires des COG, ces recettes viennent réduire le prélèvement sur cotisations nécessaire au financement des dépenses de gestion administrative. C'est pourquoi elles sont retranchées du montant du total des dépenses brutes pour obtenir le total des dépenses nettes.

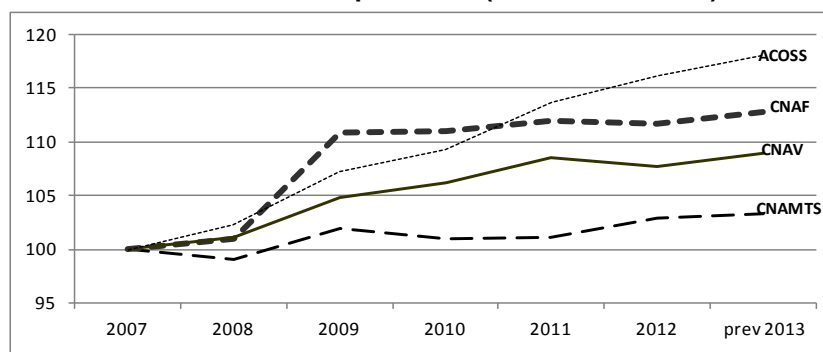
Ces budgets prennent en compte les dépenses d'investissement qui n'apparaissent pas dans les comptes. Afin de faire converger les approches budgétaires et comptables, les chiffres retenus ci-après sont des dépenses brutes hors investissement. Tout comme dans les comptes, les investissements n'y figurent pas (cf. tableau 1).

Tableau 1- Synthèses des exécutions des dépenses brutes et nettes hors investissement de gestion administrative du RG pour 2012 (en millions d'euros)

	CNAMTS		CNAF		CNAVTS		ACOSS		régime général	
	2 012	évol. 12/11	2 012	évol. 12/11	2 012	évol. 12/11	2 012	évol. 12/11	2 012	évol. 12/11
dépenses de personnel	4 209,0	0,8%	1 430,2	0,2%	794,0	0,8%	922,7	1,9%	7 355,9	0,8%
autres dépenses de fonctionnement	1 129,0	1,7%	289,6	0,8%	185,2	-0,7%	261,9	2,0%	1 865,6	1,3%
SOUS TOTAL dépenses limitatives de fonctionnement	5 338,0	2,4%	1 719,7	0,3%	979,2	0,5%	1 184,6	2,0%	9 221,5	0,9%
dépenses évaluatives	552,4	11,3%	92,6	-10,0%	84,4	-13,8%	211,3	3,5%	940,7	4,4%
TOTAL dépenses BRUTES hors investissement	5 890,4	1,9%	1 812,4	-0,3%	1 063,6	-0,8%	1 395,9	2,2%	10 162,2	1,2%
TOTAL dépenses NETTES hors investissement	5 267,3	0,6%	1 652,2	0,2%	865,8	-0,5%	1 034,5	-1,1%	8 819,8	0,2%

Source : DSS / SD4

Graphique 1- Evolution des dépenses de gestion administrative brutes hors investissement depuis 2007 (base 100 en 2007)



Source : DSS/SD4A

6.3. L'action sociale

Ces dépenses correspondent aux budgets relatifs à :

- l'action sociale de la CNAF ;
- l'action sanitaire et sociale de la CNAM et de la CNAV ;
- les actions de prévention de la CNAM.

Ces budgets, négociés dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG) et obéissant aux règles budgétaires annexées à celles-ci, servent à financer des prestations de service, des plans de santé publique et des aides ponctuelles individuelles. Les dépenses d'action sociale de la branche famille représentent 80 % des dépenses d'action sociale, compte tenu notamment de l'importance financière que représente sa mission d'accueil du jeune enfant.

Les dépenses brutes d'intervention (action sociale et prévention) se sont élevées à 5,8 Md€ en 2012, en progression de 6,6% par rapport aux dépenses 2011

Les dépenses brutes d'action sociale du régime général s'élèvent à 5,9 Md€, soit une progression de 6,6 % par rapport à l'exécution 2011. Elles se répartissent entre les branches famille (4,6 Md€, dont 227 M€ d'investissement), maladie (650 M€, dont 63 M€ d'investissement), et vieillesse (537 M€, dont 58 M€ d'investissement).

L'action sociale de la branche famille

On distingue principalement parmi les dépenses d'action sociale de la branche famille les dépenses dites de prestations de service des fonds d'investissement pour la petite enfance. Les prestations de service sont destinées au financement de l'accueil du jeune enfant (0 à 3 ans), des enfants et des jeunes (3 à 18 ans), du soutien à la parentalité, de l'aide à domicile, de l'animation de la vie sociale et des foyers de jeunes travailleurs. Au cours de la COG 2009-2012, la branche famille a contribué à développer l'offre d'accueil des jeunes enfants et à la diversifier notamment grâce au développement d'accueils innovants. Ainsi, sur cette période, le nombre de places d'accueil collectif financées par la branche famille a progressé de près de 40 000. A ces places nouvellement créées s'ajoutent un même nombre « d'équivalents places » obtenues par l'optimisation des places existantes, ce qui porte à 80 000 le nombre de places supplémentaires⁶².

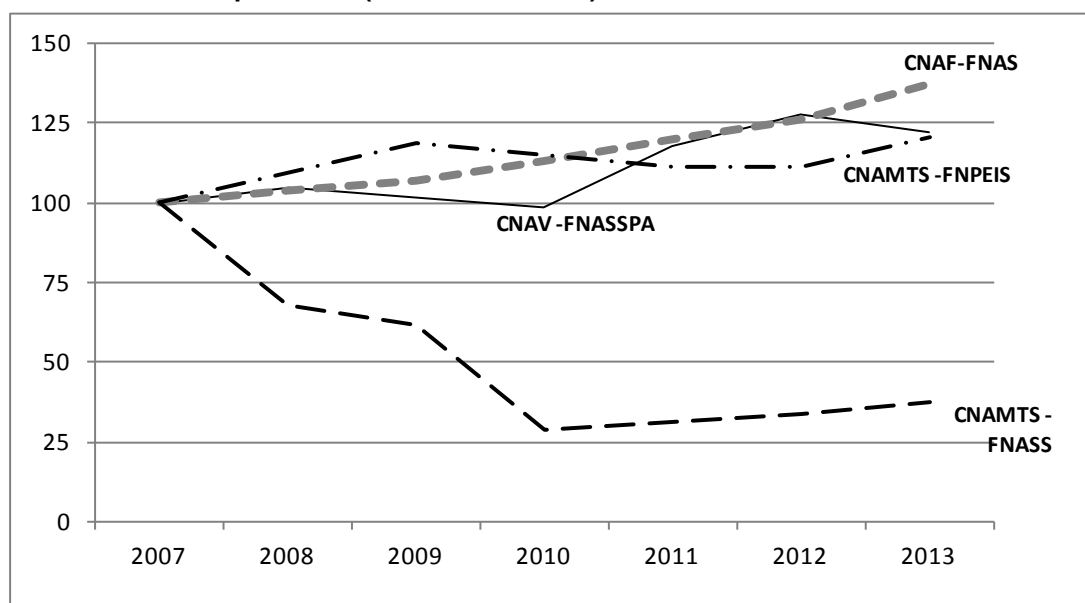
Les dépenses brutes d'action sociale de la branche famille se sont élevées à 4,649 Md€ en 2012, soit une évolution de 8 % par rapport à 2011 (4,306 Md€). Les dépenses d'investissement, bien qu'elles ne représentent qu'une faible fraction des dépenses d'action sociale, ont contribué de manière significative à cette dynamique : leur montant est passé de 111 M€ en 2011 à 237 M€ en 2012. Hors investissement, les dépenses se sont accrues de 5,4 % par rapport à 2011, s'établissant à 4,4 Md€.

⁶² Il s'agit du nombre de places nettes des destructions de places qui sont intervenues suite à des fermetures ou des réaménagements d'établissements d'accueil de jeunes enfants. Pour mémoire, le nombre de destructions de places est évalué à 18 000 sur la période considérée.

Tableau 1 – évolution des dépenses brutes d'intervention 2007-2013, dont investissements (en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012		2013	
	Dépenses exécutées Total des dépenses	Dépenses exécutées Total des dépenses	Dépenses exécutées Total des dépenses	Dépenses exécutées Total des dépenses	Dépenses exécutées Total des dépenses	Dépenses exécutées Total des dépenses	Evol	Prévision d'exécution Total des dépenses	Evol
CNAV - FNASSPA	424	467	442	439	501	537	7,2%	528	-1,7%
CNAF - FNAS	3 604	3 739	3 830	4 037	4 306	4 649	8,0%	4 940	6,2%
CNAMTS	902	799	837	755	668	665	-0,4%	732	10,1%
dont FNASS	507	369	370	303	231	228	-1,2%	258	13,2%
dont FNPEIS	394	431	467	452	438	437	0,0%	475	8,5%
Régime général avec FNPEIS	4 930	5 005	5 109	5 231	5 475	5 852	6,9%	6 201	6,0%
Régime général hors FNPEIS	4 535	4 575	4 642	4 779	5 038	5 415	7,5%	5 726	5,8%

source : DSS/SD4A

Figure 1- Evolution des dépenses d'action sociale et de prévention, brutes hors investissement depuis 2007 (base 100 en 2007)

Source DSS/SD4A.

Il faut souligner que la dynamique des dépenses d'investissement est notamment due à un changement de pratique comptable intervenu courant 2011. Le passage d'une comptabilisation en charge des décaissements à un provisionnement des engagements a un impact à la hausse sur l'exécution 2012. En effet, le cycle d'engagement des plans crèches étant plus rapide que le cycle de décaissement, la comptabilisation des engagements conduit à revoir à la hausse les estimations de décaissement initialement prévues.

Le niveau de dépenses 2013 sera déterminé par la nouvelle convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAF, non conclue à la date de la présente commission des comptes. Toutefois, les paramètres d'évolution des dépenses d'action sociale font consensus. Ils prévoient une augmentation moyenne de 7,5 % par an sur la durée de la COG, afin notamment de poursuivre l'effort de soutien à l'accueil du jeune enfant.

L'action sociale de la branche maladie

Dans le cadre de la COG CNAM 2010-2013, la branche « maladie » s'est engagée à prioritairement déployer ses moyens au bénéfice des personnes malades, par le biais de prestations extralégales à caractère ponctuel et exceptionnel, accordées sous conditions de ressources, par la facilitation de l'adhésion à une complémentaire santé dans le cadre d'aides transitoires, et par une meilleure priorisation de l'activité des œuvres des caisses en confortant leur vocation sociale et en veillant à leur efficience. Ils permettront également de venir en aide aux personnes en sortie d'hospitalisation.

En 2012, les dépenses brutes d'action sanitaire et sociale de la branche maladie se sont élevées à 228 M€, en recul de 1,2 % par rapport à 2011. Cette évolution est essentiellement due aux investissements à destination des établissements et œuvres, qui décroissent de 15 % pour s'établir à 78 M€. *A contrario*, les dépenses hors investissement augmentent de 7,7 % par rapport à 2011, pour un montant exécuté de 149 M€. Plusieurs facteurs concourent à cet accroissement. On peut notamment citer le développement des dispositifs complémentaires au dispositif légal de l'ACS et la montée en charge des dispositifs d'aide au retour à domicile, dont le démarrage de l'expérimentation PRADO Orthopédie.

En 2013, dernière année de la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAM, les dépenses brutes d'action sanitaire et sociale de la branche maladie devraient s'élever à 258 M€, en progression de 13,2 % par rapport à 2012. Cette exécution prévisionnelle repose notamment sur une remontée du niveau des investissements à hauteur de 93 M€ (+18,2 % par rapport à 2012).

L'action sociale de la branche vieillesse

L'action sociale de la CNAV s'articule autour de 3 niveaux d'intervention :

- premier niveau : délivrer une information générale à l'ensemble des 13 millions de retraités ;
- deuxième niveau : proposer des actions collectives de prévention (nutrition, mémoire, prévention des chutes, préparation à la retraite, actions collectives menées avec l'agence nationale pour les chèques-vacances et les centres sociaux) à des publics identifiés par des critères de fragilité sans que cela ne nécessite pour autant une prise en charge dans le cadre des plans d'action personnalisé (PAP) ;
- troisième niveau : proposer des aides individuelles diversifiées à caractère temporaire dans le cadre des PAP à des publics dont l'autonomie est fragilisée, soit entre 300 000 et 350 000 retraités.

S'agissant de ses investissements en matière de logements, au-delà des travaux d'aménagement des logements favorisant le maintien à domicile des retraités, la CNAV investit également sur des petites unités de vie et des logements sociaux adaptés aux personnes vieillissantes autonomes, logements intermédiaires entre le maintien à domicile et l'EHPAD.

Les dépenses d'action sanitaire et sociale pour les personnes âgées de la branche vieillesse se sont élevées à 537 M€ en 2012 soit une progression de 7,2% par rapport à 2011 (501 M€). Il faut noter que l'investissement a légèrement reculé (-4 %, à 58 M€ en 2012) alors que les autres dépenses d'intervention ont continué à croître. Après avoir augmenté de

14,2 % entre 2010 et 2011, elles progressent de 8,7 % en 2012. Cette évolution traduit une augmentation des demandes de plans d'action personnalisée, initiée en 2011 et qui s'est poursuivie en 2012. Afin de se conformer au plafond de dépenses prévu dans la COG, les conseils d'administration des CARSAT et la CNAV ont engagé des mesures de ciblage des plans d'aides qui prendront leur plein effet cette année.

Ainsi pour 2013, la branche vieillesse prévoit d'exécuter 528 M€ de dépenses, soit un recul de 1,7 % par rapport à 2012. Cette prévision repose une reprise des dépenses d'investissement en cette dernière année de COG (+21,2 %, à 70 M€), et sur un recul des dépenses d'intervention de 4,4 %, à 458 M€.

La prévention

L'assurance maladie contribue à la mise en œuvre de la politique nationale de santé en permettant à ses assurés de bénéficier d'actions de prévention tout au long de leur vie, de façon coordonnée avec d'autres opérateurs de l'Etat et désormais avec les ARS. Elle conduit des actions nationales et locales. Au niveau national, le budget de prévention, d'éducation et d'information sanitaire a notamment pour objet de financer des campagnes de vaccinations, le plan de prévention bucco-dentaire, des actions pour le bon usage du médicament.

La COG État-CNAM 2010-2013 donne à la branche les moyens d'une politique de prévention ambitieuse, avec un FNPEIS évoluant sur un rythme proche de la progression de l'ONDAM sur la période conventionnelle à hauteur de 2,9% par an. Cet équilibre budgétaire doit permettre à la branche d'atteindre les objectifs assignés, qu'il s'agisse de l'objectif de montée en charge du plan cancer, de l'amélioration de la couverture vaccinale de la population ou de la généralisation éventuelle de Sophia, en cas d'évaluation positive du programme.

Les dépenses de prévention de la branche « maladie » pour 2012 se sont élevées à 437,4 M€, en stabilité par rapport à 2011 (437,6 M€). On peut souligner l'augmentation de dépenses liées à l'examen bucco-dentaire, traduisant l'accroissement du taux de participation des enfants en âge d'y participer, et des dépenses du programme Sophia avec la généralisation du dispositif intervenue fin 2012.

La prévision d'exécution 2013 est de 475 M€, soit une augmentation de 8,5% par rapport à 2012.

7. LES PRESTATIONS MALADIE ET AT

7.1. ONDAM 2012

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 171,1 Md€. Les dépenses se seraient finalement élevées à 170,3 Md€ selon un premier constat provisoire effectué à partir des tableaux de centralisation des données comptables. Cette estimation pourra toutefois faire l'objet de rectifications ultérieures en fonction, notamment, de la consommation effective des provisions.

Pour la troisième année consécutive, les réalisations sont inférieures à l'objectif voté par le Parlement

L'écart entre les dépenses constatées et l'objectif voté s'élève à -860 M€. Cette sous-consommation est imputable essentiellement aux soins de ville et, dans une moindre mesure aux établissements de santé. Une fois neutralisés les changements de périmètre entre 2011 et 2012, la croissance des dépenses s'établit à 2,4%.

Le montant constaté des dépenses est plus bas que celui prévu lors de la dernière commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) qui tablait sur une réalisation inférieure de 350 M€ à l'objectif arrêté.

Des dépenses de soins de ville inférieures de 0,8 Md€ à l'objectif

Les dépenses de soins de ville ont représenté 78,1 Md€, en progression de 1,9%, soit 830 M€ de moins que le sous-objectif voté en LFSS.

Cette sous-consommation découle de plusieurs facteurs. En premier lieu, l'ONDAM 2012 avait été construit sur l'hypothèse d'un strict respect en niveau de l'ONDAM 2011, qui a servi de base. Celui-ci s'est révélé inférieur de 635 M€ sur la partie relative aux soins de ville. Par ailleurs, l'ONDAM 2012 n'avait pas retenu la comptabilisation dès 2012 des rémunérations sur objectifs de santé publique (cf. fiche 9.2 du rapport de la CCSS de juillet 2012), qui se sont traduites par un surcroît de dépenses de 280 M€. Enfin, les évolutions sous-jacentes au sous-objectif des soins de ville se sont avérées plus faibles que prévu en construction sur certains postes.

Si certains postes de dépenses ont été légèrement plus dynamiques qu'escompté (notamment les auxiliaires médicaux et les dispositifs médicaux), cet effet est plus que contrebalancé par la faible progression d'autres sous-composantes de l'objectif « soins de ville ».

Les dépenses au titre des indemnités pour arrêts de travail (maladie et accidents du travail) ont davantage diminué que prévu compte tenu notamment d'une conjoncture défavorable à l'emploi (-0,2 % en moyenne annuelle selon l'ACOSS en 2012) et de facteurs épidémiologiques favorables (cf. fiche n°7-4). Ce poste de dépenses est celui où l'écart à la prévision est le plus important : il explique deux tiers de l'écart total.

Par ailleurs, les dépenses de laboratoires d'analyses médicales sont moins élevées qu'anticipé en construction, du fait d'un ralentissement du volume des actes (cf. fiche n°7-4). Concernant les médicaments, les moindres dépenses constatées en 2012 proviennent majoritairement de la surestimation initiale des dépenses de l'année 2011 lors de la construction de l'ONDAM.

Enfin, de bons niveaux ont été atteints au titre de la maîtrise médicalisée : les objectifs ont été dépassés avec un taux de réalisation global de 108% (cf. encadré 2).

La fiche n°7-4 fournit plus de détails sur l'évolution des différentes composantes des soins de ville en 2012 dans le champ du seul régime général.

Tableau 1 - Réalisations dans le champ de l'ONDAM

Bilan provisoire 2012, en milliards d'euros	Base 2012 réactualisée *	Constat 2012	Taux d'évolution	Objectifs 2012 arrêtés	Ecart à l'objectif arrêté
Soins de ville	76,6	78,1	1,9%	78,9	-0,8
Établissements de santé	72,7	74,5	2,5%	74,6	-0,1
Établissements et services médico-sociaux	15,8	16,5	4,1%	16,5	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,6	8,0	6,0%	8,0	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,2	8,4	2,4%	8,4	0,0
Autres prises en charge	1,2	1,2	0,8%	1,2	0,0
ONDAM TOTAL	166,4	170,3	2,4%	171,1	-0,9

* Les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant. Les réalisations de 2011 (166,3 Md€) sont ramenées au champ de celles de 2012 en tenant compte des modifications de périmètre intervenues entre 2011 et 2012 (0,1 Md€).

Source : DSS

Encadré 1 – Quelques précisions sur la révision des réalisations

Le principe 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 d'assurance maladie 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, au cours de l'année N+1, on comptabilise les charges réelles supportées au titre de l'exercice N et on compare ces charges au montant des provisions passées au titre de l'exercice N. L'écart (positif ou négatif), ajouté aux réalisations comptables de l'exercice N, permet de reconstituer une année de soins complète (c'est-à-dire la totalité des charges liées aux soins effectués dans l'année).

Pour l'année 2011, les provisions inscrites dans les comptes ont surestimé les dépenses d'environ 320 M€. Cet écart se décompose en des surestimations respectives de l'ordre de 325 M€ pour les soins de ville, de 45 M€ pour les établissements de santé privés et une sous-estimation de -48 M€ pour les établissements de santé publics. Au total, les réalisations définitives des dépenses dans le champ de l'ONDAM s'élèvent en 2011 à 166,6 Md€, soit une sous-consommation de 0,8 Md€.

Les écarts aux provisions présentés ci-dessus avaient déjà été anticipés pour leur majeure partie lors de la dernière CCSS d'octobre 2012.

Encadré 2 – La réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée en 2012

Chaque année, l'ONDAM voté en LFSS prend en compte un objectif d'économies à réaliser dans le but d'infléchir le taux d'évolution de certains postes de dépenses par rapport à l'évolution tendancielle estimée.

Le processus de maîtrise médicalisée s'inscrit dans le cadre des conventions médicales signées en 2005 et en 2011, le corps médical s'étant engagé dans un effort collectif visant au bon usage des soins et au respect des règles de la prise en charge collective.

Des objectifs quantifiés, se rapportant à un certain nombre de thèmes, sont ainsi définis chaque année. Pour 2012, l'objectif de maîtrise médicalisée avait été fixé à 550 M€. Le taux de réalisation s'est élevé à 108%, les résultats atteints sur certains postes de dépenses ayant dépassé l'objectif fixé (Indemnités journalières et transport).

	Objectif	Réalisé	Taux
Médicaments	254	220	87%
Indemnités journalières	100	200	200%
Transports	66	100	152%
Kinésithérapie	40	31	78%
ALD	30	9	30%
Biologie	10		0%
LPP	50	32	64%
Total	550	592	108%

Une progression dynamique des dépenses hospitalières en partie compensée par des mises en réserve

Avec une dépense de 74,5 Md€ en 2012, l'écart à l'objectif constaté sur les établissements de santé s'élève à -50 M€. Les dépenses tarifées à l'activité des établissements anciennement sous dotation globale ont été supérieures d'environ 560 M€ à l'objectif voté. Cet écart est principalement le fait d'un fort dynamisme du volume des séjours, des actes et des consultations externes, et d'une progression plus importante que prévu de la liste des médicaments en sus et des forfaits. A l'inverse, les cliniques privées contribuent pour près de 80 M€¹ à la sous-consommation totale constatée. Avant mesures correctrices, le dépassement dans l'ensemble du champ des établissements de santé s'est élevé en 2012 à 480 M€. Compte tenu des mises en réserve de dotations hospitalières s'élevant à 440 M€, des moindres dépenses de permanences des soins et de dépenses plus faibles que prévu sur le champ non régulé, les dépenses des établissements de santé ont été *in fine* inférieures de 50 M€ à l'objectif voté.

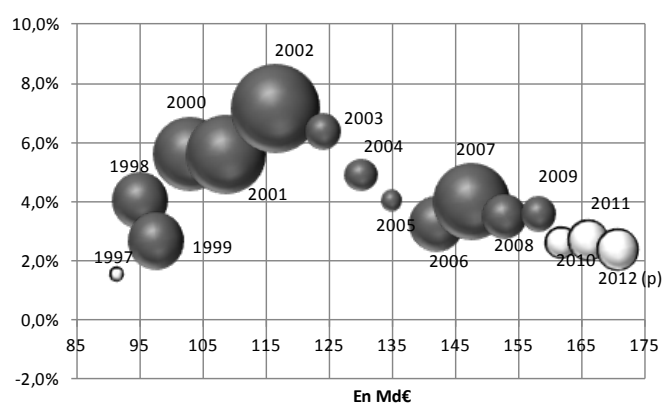
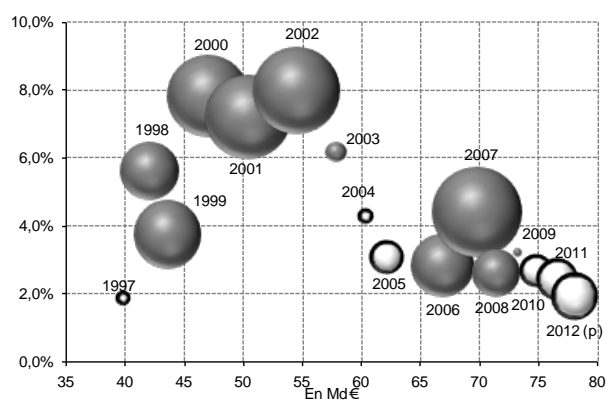
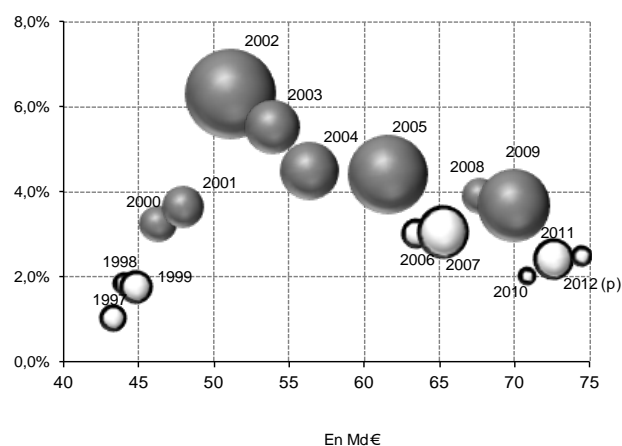
Un ONDAM médico-social inchangé mais une moindre réalisation de l'objectif global des dépenses médico-sociales

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux constitue une enveloppe fermée qui est par construction égal au montant voté en LFSS. En 2012, l'enveloppe destinée à la prise en charge des personnes âgées s'est élevée à 8,0 Md€, soit une progression de 6,0% à champ comparable. Quant à l'enveloppe destinée à la prise en charge des personnes handicapées, sa progression est de 2,4% pour un montant 2012 de 8,4 Md€. Toutefois, l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD), qui agrège les versements de l'assurance maladie à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'affectation au financement des établissements et services pour personnes handicapées et âgées de ressources propres à la CNSA (CSA), a connu en 2012 une sous-consommation de 173 M€ (-189 M€ dans le secteur « personnes âgées » et +16 M€ dans le secteur des « personnes handicapées »).

Un léger dépassement sur les autres prises en charge

Les autres prises en charge ont représenté en 2012 près de 1,2 Md€, avec un dépassement de 20 M€ par rapport au sous-objectif voté en LFSS. L'écart porte principalement sur un niveau de dépenses de soins des ressortissants français à l'étranger plus élevé que prévu (+50 M€) minoré par une mise en réserve effectuée sur la dotation au FIQCS à hauteur de 30 M€.

¹ Hors MIGAC

Graphique 1 - Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM**Graphique 2 - Evolution des dépenses de soins de ville****Graphique 3 - Evolution des dépenses relatives aux établissements de santé**

Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en gris plein) ou de la sous-consommation (en gris clair). Ainsi, en 2007, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM (cf. graphique 1) ont atteint 147,6 Md€ compte tenu d'un dépassement de 2,8 Md€ soit une évolution à périmètre constant de 4,0 %.

Encadré 3 – L'articulation entre le fonds d'intervention régional (FIR) et l'ONDAM

Le fonds d'intervention régional (FIR), introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 en son article 65, a pour vocation de regrouper au sein d'une même enveloppe globale et fongible des crédits auparavant dispersés et destinés à des politiques proches ou complémentaires dans le domaine de la performance, de la continuité et de la qualité des soins ainsi que de la prévention.

Mis en place au 1^{er} mars 2012, le fonds regroupe des crédits relevant majoritairement de l'assurance maladie mais aussi des crédits en provenance de l'Etat au titre de la prévention. Les dépenses financées par l'assurance maladie sont constituées de la permanence des soins (tant en ville que dans les établissements de santé), de l'enveloppe régionale du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) hors investissements informatiques et immobiliers, d'une partie de crédits issus des missions d'intérêt général (MIG) à destination des établissements de santé et des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) bénéficiant aux transporteurs sanitaires.

La fongibilité entre ces crédits est asymétrique au bénéfice des dépenses de prévention : les moyens financiers dédiés aux actions de prévention ne peuvent être affectés au financement d'autres activités mais l'inverse est possible.

En pratique, les crédits du FIR sont tous gérés par les agences régionales de santé (ARS) et liquidés par les caisses primaires d'assurance maladie, à l'exception des dépenses de prévention.

Le FIR ne disposant pas de la personnalité morale, ses comptes sont consolidés dans les comptes de l'assurance maladie. En 2012, seul le versement en provenance du FMESPP apparaît en produits. Les dépenses sont comptabilisées dans les comptes de la CNAM au titre de l'ensemble de l'assurance maladie, les dépenses de prévention étant comptabilisées dans les comptes des ARS. Dans les comptes des autres régimes d'assurance maladie, n'apparaissent plus les prestations désormais gérées par le FIR mais une contribution au régime général au titre du financement du FIR.

En 2013, le périmètre du FIR est considérablement élargi, puisque les crédits gérés par les ARS s'élèveront à 3,3 Md€.

Les nouvelles missions incluent une partie des aides à la contractualisation bénéficiant aux établissements de santé, des crédits issus des MIG (dont le financement des équipes mobiles de gériatrie, des équipes mobiles de soins palliatifs...), et les groupes d'entraide mutuelle ainsi que les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. L'abondement du FIR pour ces deux dernières missions s'effectuera par la CNSA, qui les finançait déjà auparavant. Les crédits du secteur médico-social bénéficieront de la fongibilité asymétrique, de façon analogue à ceux relatifs à la prévention.

7.2. ONDAM 2013

Sur la base des réalisations de l'année 2012, et compte tenu des dernières données disponibles sur la dynamique des dépenses de soins de ville et des versements aux établissements de santé, une première estimation des dépenses d'assurance maladie a été réalisée pour 2013. L'objectif voté par le Parlement pour cette année s'élève à 175,4 Md€.

La sous-exécution de l'objectif 2012 jouerait favorablement sur le respect de l'ONDAM voté pour 2013...

Le niveau des dépenses atteint en 2012 fait apparaître une moindre réalisation de 0,9 Md€ par rapport à l'objectif voté (cf. fiche 7-1) et de 0,5 Md€ par rapport à la base retenue en septembre 2012¹ lors de l'élaboration de l'ONDAM 2013. Cette révision est principalement le résultat d'une progression plus faible qu'escompté des dépenses de soins de ville (-0,8 Md€), et d'une dépense moindre relative aux établissements de santé (-0,1 Md€).

La moindre réalisation observée sur les soins de ville jouerait favorablement sur le respect de l'objectif voté pour 2013. A taux de croissance des dépenses inchangé, cet écart négatif se répercute sur 2013, induisant un effet de base favorable de 0,5 Md€. A cet effet, il est nécessaire de retrancher un peu plus de 0,1 Md€ compte tenu de la forte épidémie de grippe observée à l'hiver 2013 (cf. graphique 1 et 2) et de la non reconduction d'effets exceptionnels ayant affecté à la baisse les dépenses d'analyses médicales (cf. fiche 7-4). Soit au total, un effet de base favorable sur les soins de ville de 0,4 Md€.

Aucun effet de base sur les établissements de santé n'est en revanche retenu. En effet, la sous-exécution constatée sur ce champ a résulté du calibrage prudentiel des mises en réserve effectuées en 2012 et n'est donc pas de même nature que celle observée sur le volet relatif aux soins de ville.

Enfin, le surcroît de dépenses constaté sur l'enveloppe « autres prises en charge » au titre des soins des Français à l'étranger est retenu et induit un effet de base défavorable de 50 M€.

Au total, l'effet base favorable conjugué aux surcroûts provenant de l'accélération ponctuelle des dépenses liée principalement à la grippe s'établit ainsi à -0,3 Md€.

Mais serait en partie atténuée par les facteurs épidémiologiques

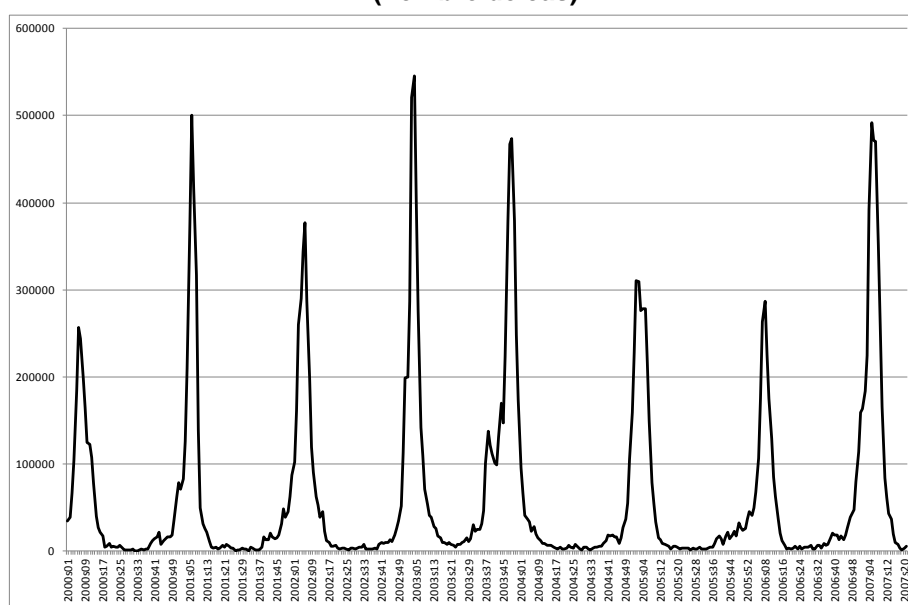
Les dernières informations disponibles sur la dynamique des dépenses de soins de ville montrent une accélération des remboursements du régime général en début d'année, après une évolution très modérée dans la seconde moitié de 2012. Les remboursements de soins de ville de la période janvier à avril 2013 augmentent de 2,8 % par rapport à la période correspondante de 2012 (en données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés). Cette accélération est en partie imputable à la grippe saisonnière du début d'année dont le coût total, estimé à 200 M€, est supérieur d'une centaine de millions d'euros à celui de 2012, et dont l'impact a été très sensible sur les dépenses de médecins généralistes en janvier et février, ainsi que sur les dépenses d'indemnités journalières. Elle s'explique aussi par la relative faiblesse de la consommation de soins de ville sur les premiers mois de 2012.

¹ Le rapport à la CCSS d'octobre 2012 tablait sur une sous-réalisation de 350 M€ sur l'ONDAM 2012 provenant uniquement des soins de ville.

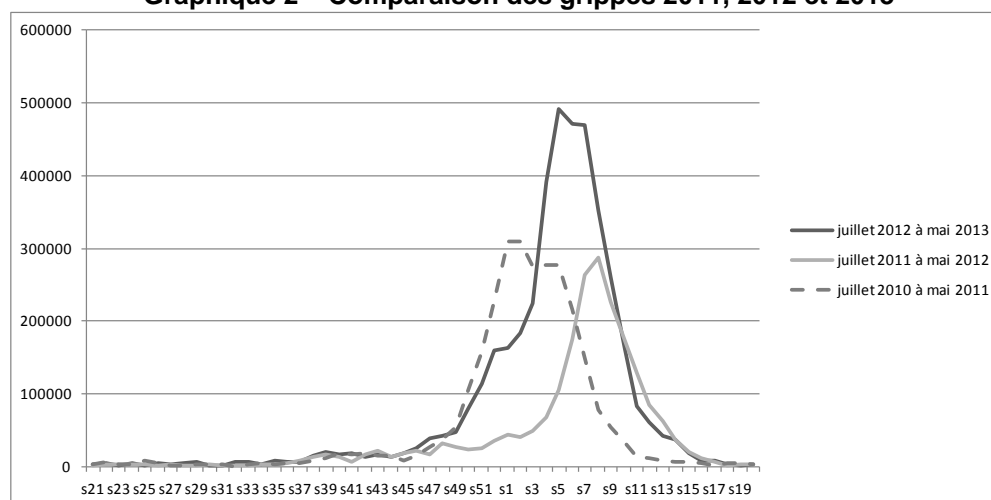
Tableau 1 – Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'ONDAM en 2013

Prévision 2013, en milliards d'euros	Constat 2012 provisoire	Base 2013 réactualisée (1)	Objectifs 2013 arrêtés	Prévision 2013 (2)	Taux d'évolution (2/1)	Ecart à l'objectif arrêté
Soins de ville	78,1	78,0	80,5	80,3	2,9%	-0,3
Établissements de santé	74,5	74,6	76,5	76,5	2,5%	0,0
Établissements et services médico-sociaux	16,5	16,5	17,1	17,1	4,0%	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0	8,0	8,4	8,4	4,6%	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4	8,4	8,7	8,7	3,5%	0,0
Autres prises en charge	1,2	1,2	1,3	1,3	8,6%	0,1
ONDAM TOTAL	170,3	170,3	175,4	175,2	2,9%	-0,2

NB : Les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant. La base 2013 réactualisée est constituée des réalisations.

Graphique 1 – Incidence des syndromes grippaux en France depuis 2006 (nombre de cas)

Source : Réseau sentinelles

Graphique 2 – Comparaison des gripes 2011, 2012 et 2013

Source : Réseau sentinelles

Le rendement de certaines mesures d'économies intégrées dans la construction de l'ONDAM pour 2013 pourrait par ailleurs être moindre qu'escompté, notamment au titre des baisses de tarifs des professionnels de santé et des baisses de prix sur les médicaments. De même, le surcoût de certaines revalorisations pourrait être supérieur à ce qui avait été mesuré. En sens inverse, la mesure « tiers payant contre générique » pourrait générer une économie plus forte que prévu lors de la construction de l'ONDAM 2013.

Au total, le risque sur le rendement net des mesures est estimé à une centaine de millions d'euros.

Etablissement de santé

S'agissant des établissements de santé, l'absence d'exhaustivité des données en date de soins à ce stade de l'année ne permet pas à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de fournir une prévision sur 2013 et donc, de fait, de signaler tout écart potentiel à l'objectif voté.

Des mises en réserve ont été réalisées afin de pallier tout risque de dépassement potentiel pour un total de 415 M€ (cf. graphique 3). Pour la première fois, une partie de ces mises en réserve se fait sous la forme d'une minoration des tarifs par l'application d'un « coefficient prudentiel »¹. Cette mise en réserve pourra être reversée en tout ou partie aux établissements de santé en fin d'année, sous forme de dotation, selon l'état d'exécution de l'ONDAM.

Au total, l'ensemble de ces mises en réserve sécurisent la prévision d'un respect de l'objectif voté pour 2013 sur l'ONDAM hospitalier.

Etablissement médico-sociaux

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissement et services médico-sociaux, qui fait l'objet des 4^e et 5^e sous-objectifs de l'ONDAM, est une enveloppe fermée dont le montant est fixé à 17,1 Md€ en LFSS pour 2013.

Autre prises en charge

La prévision de dépenses du 6^e sous-objectif est revue à la hausse de 50 M€ en 2013 compte tenu de la forte augmentation des dépenses de soins des Français à l'étranger.

Au total, tous postes confondus, compte tenu des dépenses 2012 arrêtées, la dépense pour l'année 2013 devrait être inférieure de 200 M€ à l'objectif voté en LFSS en prenant en compte l'effet base, les facteurs épidémiologiques et exceptionnels et le possible moindre rendement des mesures d'économie. En cas de poursuite de l'infléchissement de la tendance des dépenses observées en 2012, notamment sur les indemnités journalières et le médicament, la sous-consommation pourrait s'avérer un peu plus forte.

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a ainsi considéré dans son dernier avis du 31 mai 2013 qu'« une prévision prudente prenant en compte tous les aléas négatifs conduit pour 2013 à un montant de dépenses inférieur de 200 M€ à l'objectif », sans exclure que les réalisations puissent être inférieures.

¹ L'article 60 de la LFSS pour 2013 a prévu la mise en place d'un mécanisme de régulation qui implique de créer un coefficient minorant s'appliquant aux tarifs de prestations et permettant de gager une partie de l'objectif des dépenses hospitalières et ce, afin de concourir au respect de l'ONDAM.

Encadré 1 – Les transferts de fongibilité en 2013

Les sous-objectifs de l'ONDAM votés en LFSS pour 2013 ont été corrigés au début de l'année afin de tenir compte des transferts de fongibilité d'enveloppe à enveloppe, dont les montants n'étaient pas connus lors de la construction de l'objectif. Il s'agit de transferts des établissements de santé vers les établissements médico-sociaux, à hauteur d'environ 13 M€.

Ces modifications sont opérées sur la base de construction et se répercutent sur les sous-objectifs.

7.3. Le passage des dépenses du champ de l'ONDAM aux prestations maladie-maternité de la CNAM

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé en loi de financement de la sécurité sociale pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale. En 2012, elles représentaient 170,3 Md€ pour l'ensemble des régimes (*cf.* fiche 7.1) et devraient atteindre 175,2 Md€ en 2013 (*cf.* fiche 7.2), soit 0,2 Md€ de moins que l'objectif voté en LFSS. Le champ du régime général représente environ 85% des dépenses, cette part augmentant tendanciellement chaque année. De plus, le schéma de comptabilisation des dépenses du fonds d'intervention régional se traduit par un changement de périmètre des dépenses de la CNAM. En effet, l'ensemble des dépenses des régimes maladie déléguées au FIR sont comptabilisées dans le compte de la CNAM. L'impact de ce changement de périmètre croît avec celui du FIR et représente ainsi 0,13 Md€ en 2012 et 0,45 Md€ en 2013.

Approche économique et approche comptable

Les prestations figurant dans les comptes des régimes et l'ONDAM fournissent 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, intégrant une provision pour les charges relatives à l'année N qui seront versées en N+1, et déduisant la provision constituée en N-1 pour les dépenses versées en N au titre de l'exercice N-1. Si la provision calculée pour l'année N-1 s'avère trop forte au regard des prestations réellement dues et comptabilisées en N, les dépenses de l'année N sont minorées de cette erreur d'estimation. Au contraire si la provision a été sous-estimée en N-1, les dépenses de l'année N sont majorées. Dans le second cas, l'approche des dépenses est économique et les remboursements afférents aux soins de l'année N sont actualisés jusqu'en mars de l'année N+3.

Le premier tableau reconstitue les dépenses du régime général dans une approche économique, et montre les écarts avec l'approche comptable : en 2012, les prestations comptables sont supérieures aux prestations économiques de près de 0,2 Md€, en raison de deux facteurs principaux : une surestimation des provisions en 2011 sur les soins de ville et les cliniques qui minore les dépenses comptables de 0,2 M€ et de très fortes régularisations sur les soins des français à l'étranger remboursés par la France en 2012 au titre d'années antérieures. Ces dépenses ayant été sous-évaluées dans les provisions constituées les années précédentes, les charges comptables sont supérieures aux charges économiques de 0,3 M€. Pour 2013, par construction, les niveaux économiques et comptables sont identiques.

Champ de l'ONDAM et champ des prestations maladie-maternité-AT-MP

Le champ des dépenses de l'ONDAM ne correspond pas exactement à celui des prestations comptabilisées par les régimes. D'une part, toutes les dépenses de l'ONDAM ne sont pas des prestations : les prises en charge des cotisations des médecins, en particulier sont des transferts entre régimes ; certaines dotations sont fixées en LFSS et suivies dans des comptes spécifiques ; les remises conventionnelles sur les médicaments sont des recettes.

A l'inverse, le champ des prestations des branches maladie et AT-MP est plus large que celui des prestations du champ de l'ONDAM. En particulier, les IJ maternité, les rentes AT-MP et les dépenses d'invalidité n'entrent pas dans le champ de l'ONDAM. Les versements aux établissements médico-sociaux sont traités en prestations dans les comptes des régimes d'assurance maladie, mais seule la fraction dont le montant est voté en LFSS (ONDAM médico-social) est effectivement à la charge des régimes d'assurance maladie, le reste étant financé par la CNSA sur ses ressources propres (*cf.* fiche 11.3). Ainsi, l'ensemble des dépenses médico-sociales sont comptabilisées en prestations des régimes, mais la partie financée par la CNSA se traduit par une recette dans les comptes des régimes.

Les dépenses du régime général dans le champ de l'ONDAM

En millions d'euros

	2010 (périmètre de l'ONDAM 2013)			2011 (périmètre de l'ONDAM 2013)					2012 (périmètre de l'ONDAM 2013)					2013		
	Eco.	compt.	Ecart	Eco.	compt.	Ecart	Evol Eco	Evol comptable	Eco.	compt.	Ecart	Evol Eco	Evol comptable	Comptable et Eco	Evol Eco	Evol comptable
Prestations	135 737	135 839	101	139 611	139 750	139	2,9%	2,9%	143 367	143 535	168	2,7%	2,7%	147 706	3,0%	2,9%
Soins de ville	61 859	61 882	23	63 453	63 545	92	2,6%	2,7%	64 736	64 539	-196	2,0%	1,6%	66 716	3,1%	3,4%
SDV en nature*	53 086	53 103	17	54 489	54 519	29	2,6%	2,7%	55 754	55 611	-143	2,3%	2,0%	57 445	3,0%	3,3%
SDV - FIR									130	130	0	++	++	167	28,4%	28,4%
SDV en espèces	8 773	8 779	6	8 964	9 026	63	2,2%	2,8%	8 851	8 798	-53	-1,3%	-2,5%	9 105	2,9%	3,5%
Etablissements publics et privés	60 129	60 119	-11	61 737	61 805	68	2,7%	2,8%	63 622	63 700	78	3,1%	3,1%	65 341	2,7%	2,6%
Et. publics hors MIGAC	43 017	42 935	-82	44 016	44 193	177	2,3%	2,9%	45 321	45 440	118	3,0%	2,8%	46 274	2,1%	1,8%
Cliniques hors MIGAC	10 296	10 297	1	10 641	10 564	-77	3,4%	2,6%	10 939	10 914	-26	2,8%	3,3%	11 262	2,9%	3,2%
MIGAC	6 817	6 887	70	7 080	7 048	-32	3,9%	2,3%	6 693	6 678	-14	-5,5%	-5,2%	5 343	-20,2%	-20,0%
MIGAC - FIR									668	668	0	++	++	2 463	++	++
Etablissements médico-sociaux	13 280	13 280	0	13 942	13 942	0	5,0%	5,0%	14 510	14 510	0	4,1%	4,1%	15 107	4,1%	4,1%
ONDAM Pers. âgées**	5 413	5 413	0	5 749	5 749	0	6,2%	6,2%	6 123	6 123	0	6,5%	6,5%	6 396	4,5%	4,5%
ONDAM Pers. handicapées**	7 508	7 508	0	7 794	7 794	0	3,8%	3,8%	7 977	7 977	0	2,3%	2,3%	8 265	3,6%	3,6%
Autres	359	359	0	398	398	0	11,1%	11,1%	409	409	0	2,7%	2,7%	434	6,1%	6,1%
Médico social - FIR														12	++	++
Soins des français à l'étranger	469	558	89	479	459	-20	2,0%	-17,9%	500	786	286	4,5%	71,4%	541	8,2%	-31,2%
Conventions internationales	390	484	94	391	361	-31	0,3%	-25,5%	390	684	294	-0,4%	89,6%	422	8,2%	-38,3%
Remboursement directs	79	75	-4	87	98	11	10,3%	31,0%	110	102	-8	-26,2%	4,5%	119	8,2%	16,6%
Autres dépenses SDV	1 763	1 744	-19	1 877	1 898	21	6,5%	8,8%	1 934	1 887	-47	3,0%	-0,6%	1 971	1,9%	4,5%
Prise en charge cot. PAM	1 784	1 784	0	1 921	1 921	0	7,7%	7,7%	2 038	2 038	0	6,1%	6,1%	2 150	5,5%	5,5%
FAC	97	97	0	122	122	0	25,0%	25,0%	68	68	0	-44,3%	-44,3%	65	-4,1%	-4,1%
Aides à la télétransmission	99	99	0	128	128	0			107	107	0			76	-28,8%	-28,8%
Remises conventionnelles	-217	-236	-19	-293	-272	21	35,4%	15,6%	-279	-326	-47	-4,9%	19,8%	-320	14,5%	-2,1%
Autres dépenses	392	392	89	515	515	0	31,3%	31,3%	452	450	-2	-12,3%	-12,6%	766	69,5%	70,1%
FIQCS (yc FIR)	257	257	0	267	267	0	4,1%	4,1%	248	248	0	-7,2%	-7,2%	253	2,0%	2,0%
FMESPP	136	136	0	248	248	0	82,6%	82,6%	204	202	-2	-17,8%	-18,4%	315	54,7%	55,9%
FMESPP - FIR														197	++	++
Total champ ONDAM	137 893	137 975	82	142 003	142 163	160	3,0%	3,0%	145 753	145 871	119	2,6%	2,6%	150 443	3,2%	3,1%

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

* Hors remboursements directs des soins des français à l'étranger et permanence des soins versés aux cliniques. Ces dépenses sont ventilées dans les postes correspondants.

** Il s'agit des prestations financées par le transfert de l'assurance maladie à la CNSA (ONDAM médico-social). Le reste des dépenses, prises en charge par la CNSA, n'entre pas dans le champ de l'ONDAM.

Evolution comptable des prestations « hors ONDAM »

En millions d'euros

	2010	2011	%	2012	%	2013	%
Prestations sociales hors ONDAM	14 125	14 306	1,3%	15 365	7,4%	15 849	3,2%
Etablissements médico-sociaux à la charge de la CNSA	1 082	758	-29,9%	786	3,7%	916	16,5%
Etablissements médico-sociaux PH hors OGD	32	27	-17,2%	32	18,9%	33	3,5%
Soins des étrangers (conventions internationales)*	690	749	8,5%	834	11,3%	864	3,6%
IJ maternité et paternité	2 979	2 973	-0,2%	2 974	0,0%	2 991	0,6%
Prestations d'invalidité	4 292	4 513	5,2%	4 892	8,4%	5 131	4,9%
Prestations d'incapacité permanente (AT-MP)	4 062	4 160	2,4%	4 248	2,1%	4 371	2,9%
Préretraite Amiante (ACAAT A)	0	0	-	573	++	540	-5,8%
Prestations légales décès	164	166	1,5%	176	5,8%	160	-8,8%
Prestations extralégales (hors OGDPC)	137	132	-4,0%	143	8,7%	155	8,0%
Actions de prévention (yc FIR)	545	549	0,7%	483	-12,1%	512	6,1%
Autres prestations	48	51	5,9%	45	-11,3%	45	-0,7%
Provisions et pertes sur prestations**	95	229	++	180	-21,7%	132	-26,7%

* Les soins des étrangers en France, qui font l'objet d'un remboursement par les régimes étrangers, ne font plus partie des dépenses du champ

** Une provision sur le risque de non recouvrement des franchises et participation forfaitaire a été constituée en 2011 pour 109 M€, suivie d'une dotation supplémentaire de 43 M€ en 2012.

Evolution comptable des prestations ONDAM et hors ONDAM, par risque

En millions d'euros

Ensemble des prestations sociales du régime général	2010	2011	%	2012	%	2013	%
champ ONDAM	135 839	139 750	2,9%	143 535	2,7%	147 706	2,9%
dont maladie	128 377	132 342	3,1%	136 090	2,8%	140 123	3,0%
dont maternité	3 846	3 683	-4,2%	3 738	1,5%	3 791	1,4%
dont AT-MP	3 616	3 724	3,0%	3 707	-0,5%	3 791	2,3%
champ hors ONDAM	14 125	14 306	1,3%	15 365	7,4%	15 849	3,2%
dont maladie	6 836	6 903	1,0%	7 297	5,7%	7 681	5,3%
dont maternité	3 000	2 998	-0,1%	3 001	0,1%	3 019	0,6%
dont AT-MP	4 290	4 406	2,7%	5 067	15,0%	5 149	1,6%

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

7.4. La consommation de soins de ville du régime général

Les dépenses de soins de ville prises dans leur ensemble ont augmenté de 1,9% en 2012 après une progression de 2,4 % en 2011. On observe un ralentissement de la progression des remboursements de soins.

Sur le seul champ des prestations du régime général, c'est-à-dire hors prises en charge de cotisations, dotations au fonds, des actions conventionnelles y compris aides à la télétransmission et remises conventionnelles, les soins de ville ont progressé de +1,8 %. Hors rémunérations sur objectifs de santé publique pour les médecins et pour les pharmaciens, leur évolution est ramenée à +1,3 %.

L'année 2012 est marquée par un ralentissement sur la plupart des postes de soins de ville (honoraires médicaux, examens de laboratoire, versements d'indemnités journalières, médicaments). Seules les dépenses en honoraires paramédicaux, en soins dentaires, en transports de malades et en dispositifs médicaux progressent plus rapidement qu'en 2011.

Croissance faible des honoraires privés médicaux

Stabilité des dépenses en médecine générale et en soins dentaires

Les honoraires médicaux et dentaires, qui représentent plus du quart du total de la dépense de soins de ville dans l'ONDAM, ont progressé de 0,8% en données non corrigées des jours ouvrables et en valeur (contre +3,0 % en 2011 et +0,8 % en 2010). Dans l'ensemble, les honoraires privés contribuent à hauteur de 16% à la croissance des dépenses de soins de ville en 2012 (cf. tableau 1)

Les dépenses de soins de médecins généralistes ont baissé de 0,3 % hors ROSP¹ en 2012 après une forte hausse en 2011² (+5,6 %). Cette baisse des dépenses de soins de médecins généralistes tient pour l'essentiel à un retour sur une tendance normale des consultations avec notamment un épisode épidémique de l'hiver 2011-2012 modéré. Le nombre d'actes de généralistes est très sensible à la conjoncture épidémiologique : ainsi, l'effet volume³ sur ce poste est de -0,6 % (contre 1,5 % en 2011 ; cf. graphique 1). En intégrant les rémunérations sur objectifs de santé publique, les dépenses de médecins généralistes ont augmenté de 4,2 % en 2012.

Par ailleurs, l'évolution des remboursements de soins dentaires reste très modérée en 2012 (+0,8 % contre +0,9 % en 2011).

Décélération des honoraires des médecins spécialistes

En 2012, les dépenses de médecins spécialistes ont augmenté de 1,3 % contre +2,1 % en 2011 et +2,3 % en 2010. En l'absence d'effet tarifaire notable (au niveau d'ensemble, les revalorisations tarifaires de certaines spécialités ont été compensées par des mesures d'économies notamment sur les actes de radiologie), ou d'effet lié au ticket modérateur, la décélération des dépenses de spécialistes est due au fait que la permanence des soins des spécialistes en cliniques privées, jusque là intégrée aux soins de ville, a été regroupée avec la permanence des soins des établissements de santé dans le cadre de la mise en place du fonds d'intervention régional (cf. fiche 7-1). L'effet volume est de 1,6 % en 2012 sur ce poste alors qu'il était de 3,1 % en 2011 et 2,5 % en 2010. Dans le détail, les dépenses d'actes techniques, qui représentent à elles seules près des deux tiers des dépenses totales, progressent (+2 %) comme en 2011 (+1,9 %). A l'inverse, les remboursements de consultations ont décéléré à 0,5 % contre +1,3 % en 2011.

¹ ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique introduite dans la convention médicale de 2011.

² Au 1^{er} janvier 2011, le tarif des consultations de médecins généralistes a été revalorisé passant de 22 € à 23 € soit un effet prix important en 2011.

³ Le taux de croissance des dépenses d'assurance maladie peut se décomposer en trois composantes (effets prix, volume et taux de remboursement de soins), cf. encadré 1.

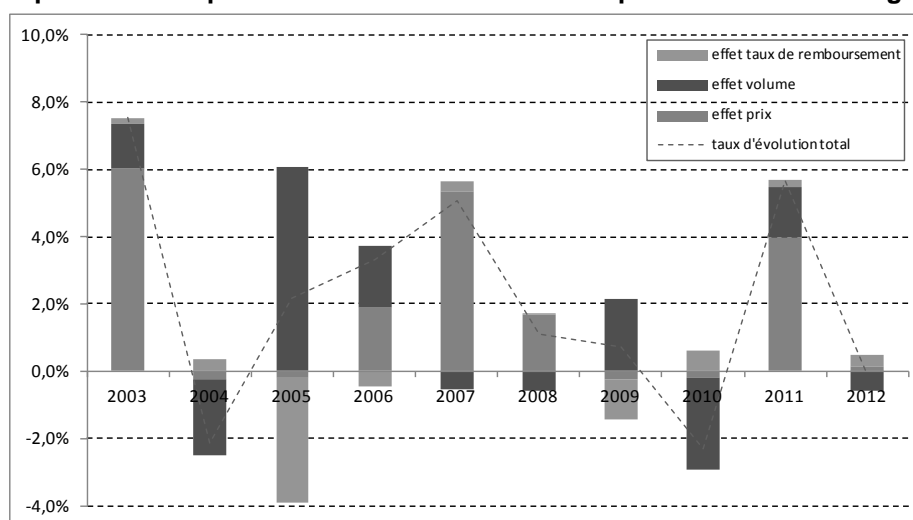
Tableau 2-Evolution des dépenses de soins de ville

RÉGIME GÉNÉRAL, en millions d'euros	2011	2012	Part du total en 2012	Évolution 2012/2011	Contrib. à la croissance
Soins de ville	61 821	62 647	0	1,3%	100,0%
Honoraires libéraux	28 994	29 752	47,5%	2,6%	91,8%
<i>dont</i>	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Honoraires privés	16 375	16 506	26,3%	0,8%	15,8%
généralistes	5 192	5 179	8,3%	-0,3%	-1,6%
spécialistes	8 465	8 574	13,7%	1,3%	13,2%
sages-femmes	138	151	0,2%	9,4%	1,6%
dentistes	2 580	2 602	4,2%	0,8%	2,6%
Honoraires paramédicaux	6 893	7 397	11,8%	7,3%	60,9%
infirmières	3 851	4 182	6,7%	8,6%	40,0%
kinésithérapeutes	2 527	2 670	4,3%	5,6%	17,3%
orthophonistes	465	493	0,8%	6,0%	3,4%
orthoptistes	50	53	0,1%	5,5%	0,3%
Laboratoires	2 857	2 819	4,5%	-1,3%	-4,7%
Transports de malades	2 868	3 031	4,8%	5,7%	19,7%
Produits de santé	22 648	22 820	36,4%	0,8%	20,7%
<i>dont</i>	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Médicaments	18 615	18 589	29,7%	-0,1%	-3,2%
Dispositifs médicaux	4 033	4 231	6,8%	4,9%	23,9%
Indemnités journalières	8 863	8 773	14,0%	-1,0%	-10,9%
IJ maladie	6 280	6 221	9,9%	-0,9%	-7,1%
<i>courtes (moins de 3 mois)</i>	3 746	3 690	5,9%	-1,5%	-6,9%
<i>longues (plus de 3 mois)</i>	2 533	2 532	4,0%	-0,1%	-0,2%
AT - MP	2 583	2 552	4,1%	-1,2%	-3,8%
ALD 31 et ALD 32	457	436	0,7%	-4,6%	-2,6%

Note : les taux d'évolution sont calculés à champ constant.

Source : calculs DSS, données CNAM hors ROSP (données brutes en date de soins à fin janvier 2013).

Graphique 4 - Décomposition de la croissance des dépenses de médecine générale



Source : Calculs DSS sur données CNAM, données statistiques en dates de soins cvs-cjo hors ROSP.

Les honoraires paramédicaux et les frais de transport voient leur croissance augmenter en 2012, à l'inverse des dépenses de biologie

Les dépenses de soins paramédicaux ont connu une croissance de 7,3 %, plus élevée qu'en 2011 (+4,6 %), de même pour les dépenses de transports de malades qui ont augmenté de 5,7 % contre 3,1 % en 2011. Au final, ces dépenses ont contribué pour plus de 80 % à la croissance des soins de ville en 2012 alors qu'ils représentent moins de 20 % de la dépense.

Les honoraires paramédicaux connaissent une croissance forte notamment tirée par des revalorisations tarifaires

Les dépenses des soins infirmiers ont augmenté de 8,6 % (contre +5,9 % en 2011). La revalorisation en juin 2012¹ de ces actes constitue le principal facteur d'accélération alors que l'année 2011 était exempte de hausse tarifaire. Ainsi, l'effet prix s'élève à 2,5 % en 2012 alors qu'il était quasi nul en 2011 (cf. graphique 2). En revanche, l'effet volume décélère légèrement en 2012 bien qu'à un niveau toujours important (+5,9 % contre 6,4 % en 2011).

Les soins de masso-kinésithérapie connaissent une progression de 5,6 % en 2012 après 2,7 % l'année précédente. Les dépenses ont été tirées par une revalorisation de ces actes en juillet 2012². L'effet prix joue donc sur la croissance à hauteur de 2,7 points en 2012 alors qu'il était nul en 2011. Quant à l'effet volume, il reste à un niveau élevé avec une progression de 3,2 % après 3,1 % en 2011.

Enfin, les dépenses d'actes d'orthophonie et d'orthoptie, qui représentent des montants moins conséquents, croissent respectivement de 6,0 % et 5,5 % (après +5,1 % et +4,3 % en 2011).

Une diminution inédite des dépenses de biologie médicale en 2012

Les dépenses d'analyses médicales décroissent de 1,3 % en 2012 contre +2,1 % en 2011. Cette baisse s'explique par deux effets combinés (cf. graphique n°3). Le premier est le résultat des baisses tarifaires qui ont été plus importantes en 2012 que les années précédentes : l'effet prix s'établit à -4,3 % contre une moyenne de -2,5 % sur les cinq dernières années. Le deuxième effet est l'infléchissement du volume (3,4 % après +4,6 % en 2011) qui peut être mis en regard des grèves de la profession en février et en novembre.

Les dépenses de transports de malades reviennent sur une croissance forte portée par des hausses tarifaires

Les dépenses de transports de malades ont progressé de 5,7 % en 2012 (contre +3,2 % en 2011). L'exercice 2012 est marqué par des revalorisations tarifaires pour les ambulanciers et les véhicules sanitaires légers (VSL) ainsi que la hausse du tarif des taxis, alors qu'aucune revalorisation n'avait été opérée en 2011 pour les ambulances et les VSL. Ainsi, l'effet prix s'élève à 3,0 % en 2012 contre 1,2 % en 2011. Les volumes sont également légèrement plus dynamiques en 2012 avec une hausse de 2,8 % contre 2,2 % précédemment (cf. graphique n°4).

¹ Les revalorisations du poste infirmière concernaient en 2012 les indemnités forfaitaires de déplacement, la création d'une majoration d'acte unique et de la majoration de coordination infirmière.

² Les revalorisations du poste masseurs – kinésithérapeutes concernaient en 2012 les actes de kinésithérapie, les actes en établissement, les actes de kinésithérapie ostéo-articulaire et l'indemnité forfaitaire de déplacement.

Encadré 1 – La décomposition de la croissance des dépenses remboursées

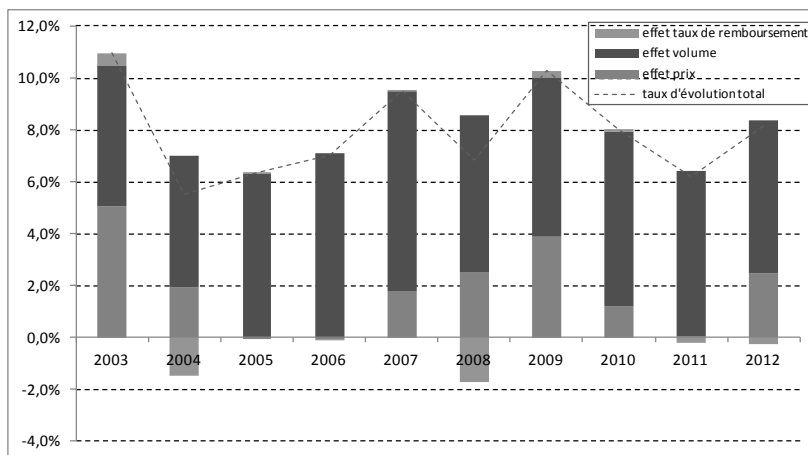
Le taux de croissance de la dépense d'assurance maladie peut se décomposer en trois effets (prix, volume et taux de remboursement) sur lesquels il est possible d'agir pour réguler la dépense.

L'effet prix correspond à l'évolution des tarifs des différents postes de dépenses entre les années n-1 et n. Cette évolution est calculée grâce aux données mensuelles en date de soins **remboursées** en valeur de la CNAM et synthétise l'effet des mesures portant sur les prix, que ce soit ceux des actes pratiqués par les professionnels de santé ou ceux, régulés, des médicaments remboursés par l'assurance maladie. Ces mesures ont un impact rapide et assez certain à court terme, à comportements supposés inchangés, mais plus incertains à moyen terme.

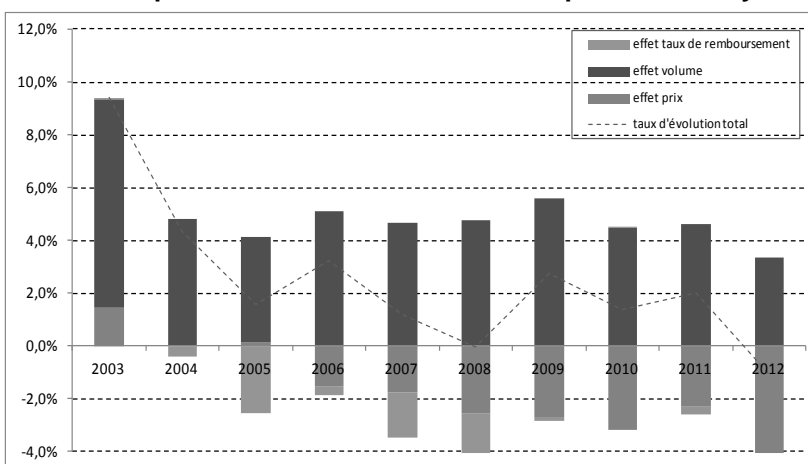
L'effet volume renvoie à l'évolution du nombre d'actes et de prescriptions. Il est calculé grâce aux données mensuelles en date de soins **remboursées** de la CNAM, déflatées des tarifs. Cet effet permet notamment d'apprécier les mesures portant directement sur les volumes (actions de maîtrise médicalisée, gestion du risque...). Elles visent spécifiquement des objectifs d'efficacité et de qualité des soins et donnent des résultats à plus long terme.

L'effet taux de remboursement mobilise à la fois des données mensuelles de la CNAM en date de soins **remboursables** et **remboursées**. Cette composante traduit la part de la dépense effectivement remboursée aux assurés au sein des dépenses remboursables (*i.e.* y compris ticket modérateur). Il peut varier sous l'effet de mesures jouant sur le taux de remboursement, mais aussi sous l'effet de l'admission des assurés sociaux en affection de longue durée (ALD).

Graphique 5 - Décomposition de la croissance des dépenses d'actes infirmiers



Graphique 6 - Décomposition de la croissance des dépenses d'analyses médicales



Source : Calculs DSS sur données CNAM, données statistiques en dates de soins cvs-cjo.

Les prescriptions de produits de santé ralentissent encore en 2012

Les dépenses remboursées progressent peu en 2012 (+0,8%). Cette évolution prolonge le ralentissement de ce poste en 2011 et en 2010 (+1,6 % en 2011 et +2,4 % en 2010).

Les dépenses de médicaments baissent en 2012

Les dépenses de médicaments ont baissé en 2012 de 0,1 % après une hausse de +1,1 % en 2011 et +1,4 % en 2010. Cette baisse est imputable principalement à un niveau d'économies réalisées le plus important depuis 2006 (cf. fiche 2.2), ainsi qu'à la généralisation du tiers payant contre génériques inscrite dans la convention pharmaceutique d'avril 2012. Ainsi,, le niveau élevé des baisses de prix de 2012 a encore diminué l'effet prix (-3,4 % en 2012 contre -2,1 % en 2011). En outre, le taux de substitution des médicaments génériques a atteint 83,7 % à fin décembre 2012 sur le champ conventionnel, augmentant ainsi de près de 12 points depuis avril 2012. Par ailleurs, d'importantes tombées de brevet ont eu lieu en 2012 (atorvastatine notamment). Enfin, le volume a également décéléré en 2012 (+2,2 % contre 3,1 % en 2011), du fait de la déformation structurelle qu'induisent les tombées de brevets (cf. graphique n°5).

La croissance des dépenses de dispositifs médicaux reste dynamique

L'évolution des dépenses de dispositifs médicaux en 2012 est de 4,9 % contre 4,2 % en 2011. Ces taux d'augmentation encore soutenus marquent cependant une inflexion en 2011 et 2012 par rapport à la tendance historique, qui tient aux mesures prises en 2011 (baisses de prix, passage de 35 % à 40 % du ticket modérateur, mise en place du « forfait bandelettes », cf. fiche 2-3).

Les dépenses d'indemnités journalières baissent en 2012

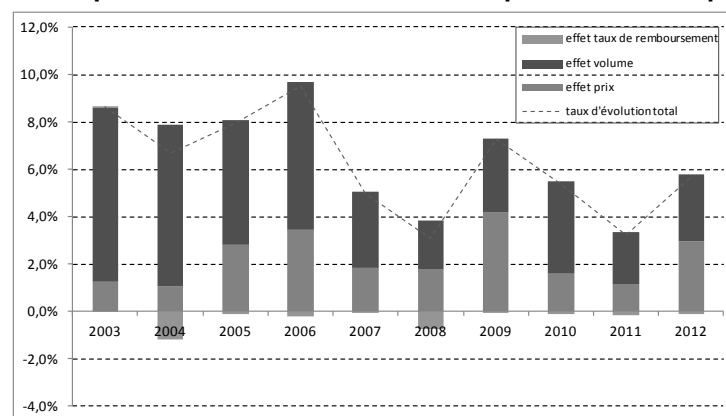
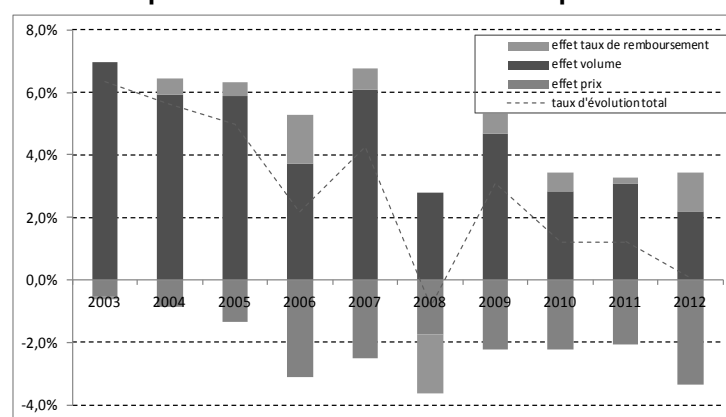
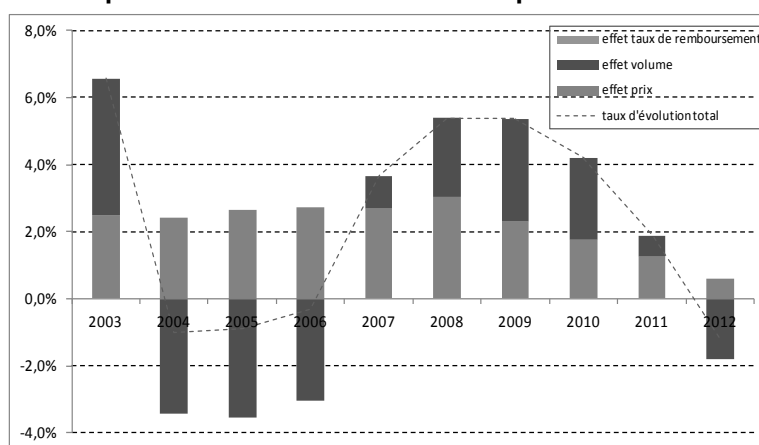
Les dépenses d'indemnités journalières (IJ) baissent de -1,0 % en 2012 après une année 2011 déjà marquée par un important ralentissement par rapport à la tendance des années passées (+2,0 % en 2011 contre en moyenne 4,7 % entre 2007 et 2010).

Les différentes catégories d'IJ connaissent des évolutions contrastées. Les dépenses d'IJ pour accidents de travail baissent de 1,2 % en 2012 contre une hausse de 3,0 % l'année précédente. De même, les dépenses d'IJ maladie de moins de 3 mois baissent de -1,5 % contre +2,6 % en 2011. En revanche, les IJ maladie de plus de 3 mois se stabilisent en 2012 avec une baisse de -0,1 % contre +0,1 % en 2011.

Cette diminution significative des dépenses tient à la conjonction de plusieurs facteurs :

- La baisse du volume d'IJ a été importante en 2012 (-1,8 % contre +0,6 % en 2011). Cette évolution est à mettre en lien avec la réduction de l'emploi de -0,2 % en moyenne annuelle (source : ACOSS), mais un effet de structure contribue également à la baisse des volumes prescrits, ce que traduisent notamment les résultats obtenus sur ce poste en matière de maîtrise médicalisée avec une réalisation supérieure à l'objectif (cf. encadré 2 de la fiche n°7-4);
- L'impact des hausses de salaires de +2,1 % en 2012 après 2,2 % en 2011 (source : Insee) est atténué en 2012 par la baisse du plafond à 1,8 Smic et en 2011 par la mesure modifiant le calcul de l'indemnité mise en place au 1^{er} décembre 2010¹. Ainsi, l'effet prix décélère à +0,6 % en 2012 contre 1,3 % en 2011 (cf. graphique 6).

¹ Le décret n°2010-1305 s'appliquant à partir du 1^{er} décembre 2010 a modifié le mode de calcul des IJ. Auparavant, le gain journalier servant de base au calcul des IJ maladie, maternité, paternité et adoption était égal à 1/90 du salaire brut des trois mois précédant l'interruption de travail (et celui des IJ dues en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle à 1/30 du salaire brut du dernier mois). Cela revenait donc à calculer ces indemnités sur 360 jours. L'IJ étant due pour chaque jour, ouvrable ou non, celle-ci est à partir de cette date calculée sur 365 jours. Le décret n°2011-1957 a modifié le plafond de calcul des IJ. Auparavant les IJ ne pouvaient dépasser 50 % du plafond de la sécurité sociale, dorénavant ce plafond est fixé à 1,8 fois le SMIC pour le calcul de l'IJ.

Graphique 7 - Décomposition de la croissance des dépenses de transports de patients**Graphique 8 - Décomposition de la croissance des dépenses de médicaments****Graphique 9 - Décomposition de la croissance des dépenses d'indemnités journalières**

NB : Par convention, les réformes successives du mode de calcul des indemnités journalières sont supposées ici intégrées à l'effet prix.

Source : Calculs DSS sur données CNAMTS, données statistiques en dates de soins cvs-cjo.

7.5. Les prestations maladie et AT-MP hors ONDAM du régime général

Ces prestations englobent 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), les allocations des anciens travailleurs de l'amiante, les prestations extralégales, les dépenses d'actions de prévention, et d'autre part les dépenses en faveur des fonds liés à l'amiante (FCAATA et FIVA). Seules les principales dépenses sont présentées dans cette fiche¹.

Des prestations d'invalidité rendues dynamiques par le recul de l'âge légal de départ à la retraite

L'arrivée à l'âge de 60 ans des premières générations du « baby-boom », âge à partir duquel elles ne relèvent plus de la branche maladie, a équilibré les flux d'entrées-sorties en invalidité et fortement réduit la progression en volume de l'avantage principal des pensions. La croissance en valeur de l'ensemble des prestations servies au titre de l'invalidité s'est ainsi maintenue en 2008 et 2009 légèrement en deçà de la revalorisation des pensions : +0,9% en 2008 puis à +0,5% en 2009. En 2010, suite à la décision de traiter l'allocation spécifique invalidité en dehors du compte de résultat (mesure LFSS pour 2010²), la charge de majoration de pensions s'est réduite de 57% et les prestations légales invalidité ont diminué de 3,7% (cf. tableau 1). Depuis 2011, la réforme des retraites de 2010 contribue à la hausse des prestations d'invalidité, le recul de l'âge de départ se traduisant par un allongement de la durée en invalidité et par une hausse du nombre d'invalides (prévalence importante de l'invalidité aux âges élevés). La réforme aurait joué à la hausse des prestations pour 0,9 point en 2011. Cet effet a été renforcé par une revalorisation des pensions plus importante (+1,8% après +0,9% en 2010) et un effet volume particulièrement fort (+2,3%)³, ce qui a conduit in fine à une progression des prestations invalidité en valeur de 5,2% en 2011. En 2012, l'effet de la réforme des retraites a été plus important avec une contribution estimée à 5,3 points, les pensions ont été revalorisées de 2,1%, la progression en volume s'est limitée à 0,8% et les prestations d'invalidité ont augmenté de 8,4%. En 2013, la réforme des retraites jouerait à la hausse pour 2,3 points et la progression en volume resterait modérée (+1%) et compte tenu d'une revalorisation de 1,5% en moyenne annuelle des pensions, les prestations d'invalidité ralentiraient sensiblement en progressant de +4,9%.

La progression en volume des prestations d'incapacité permanente reste modérée

Le volume des rentes d'incapacité permanente d'accidents du travail – maladies professionnelles qui avait progressé modérément de 0,6% en 2010 et 2011 est resté stable en 2012 assurant à ces prestations une croissance en valeur voisine de celle des revalorisations des pensions. Avec une revalorisation de +2,1% en moyenne annuelle, la croissance en valeur des rentes s'est établie à 2,1% en 2012, contre 2,4% en 2011. La prévision retient l'hypothèse d'une sensible accélération du volume de prestations d'incapacité permanente en 2013 (+1,4%) attribuable pour l'essentiel (1,2 point) aux effets de la mesure LFSS pour 2013 aménageant une prestation complémentaire de majoration pour tierce personne. Avec une revalorisation en moyenne annuelle de 1,5% en 2013, ces prestations progresseraient de 2,9% en 2013 (cf. tableau 2).

Des indemnités journalières maternité et paternité en léger recul en 2011 puis en hausse modérée en 2012 et 2013

¹ L'ensemble des dépenses liées aux prestations hors ONDAM sont néanmoins retracées dans la fiche 7-3.

² A compter de 2010, les dépenses d'allocation supplémentaire d'invalidité qui sont assurées par l'Etat n'apparaissent plus dans le compte de résultat de la CNAM et sont retracées dans les comptes de tiers.

³ Selon la CNAM, cette forte hausse serait pour partie attribuable aux effets différés d'une mesure de la LFSS 2010 rendant possible le versement d'une pension d'invalidité aux personnes ayant entre 60 et 65 ans en cas d'exercice d'une activité professionnelle.

En 2012, les indemnités journalières maternité et paternité ont progressé de 0,2%. Les IJ maternité, en léger recul en 2011 (-0,7% par rapport à 2010), ont augmenté de 0,3% et les IJ paternité, en net ralentissement en 2011 (+1,6% contre +3,4% en 2010), ont diminué de 0,7%. La dynamique de 2011 et 2012 des IJ maternité découle principalement de la diminution du nombre des naissances (-1,1% en 2011 après +1% en 2010, puis -0,2% en 2012¹), la progression des salaires ayant été proche les trois années (+2,2% en 2010 et 2012 et +2,6% en 2011). La décélération puis la baisse des IJ paternité et, dans une moindre mesure la baisse des IJ maternité en 2011, pourraient traduire une adaptation des comportements à la dégradation de l'emploi.

Pour 2013, la prévision retient l'hypothèse d'un léger fléchissement de la progression des salaires avec une hausse de 1,9% en 2013, d'une stabilité du nombre des naissances et des IJ paternité. Ainsi, en 2013 la croissance des IJ maternité serait de 0,6% et celle des IJ paternité de 0,1% (cf. tableau 3).

Tableau 1 - Les pensions d'invalidité (régime général)

En millions d'euros

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Montants nets	4 435	4 458	4 292	4 513	4 892	5 131
Progression en valeur	0,9%	0,5%	-3,7%	5,2%	8,4%	4,9%
dont revalorisation	1,4%	1,3%	0,9%	1,8%	2,1%	1,5%
dont effet volume	-0,5%	-0,8%	0,5%	2,3%	0,8%	1,0%
dont réforme retraite				0,9%	5,3%	2,3%
dont ASI			-5,1%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Tableau 2 - Les prestations d'incapacité permanente en accidents du travail et en maladies professionnelles (régime général)

En millions d'euros

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Montants nets	3 957	4 002	4 062	4 160	4 248	4 371
Progression en valeur	1,9%	1,1%	1,5%	2,4%	2,1%	2,9%
dont revalorisation	1,4%	1,3%	0,9%	1,8%	2,1%	1,5%
dont effet volume	0,6%	-0,2%	0,6%	0,6%	0,0%	1,4%

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

Tableau 3 : les indemnités journalières, maternité et paternité (régime général)

En millions d'euros

	2008	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
Total	2 790	2 857	2,4%	2 983	4,4%	2 968	-0,5%	2 975	0,2%	2 991	0,5%
dont IJ maternité	2 572	2 640	2,6%	2 759	4,5%	2 741	-0,7%	2 749	0,3%	2 765	0,6%
dont IJ paternité	218	216	-0,8%	224	3,4%	227	1,6%	225	-0,7%	226	0,1%

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

¹ Source INSEE, nombre de naissances vivantes France entière.

Les charges liées au financement des fonds amiante (FCAATA et FIVA) ont baissé de 14 M€ en 2012 et réduiraient de plus de 230 M€ en 2013

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). Jusqu'en 2011, 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 2012, les comptes du FCAATA (*cf.* encadré 1) ont été intégrés au périmètre de combinaison AT-MP de la CNAM. Sont dorénavant intégrées non seulement les opérations du FCAATA gérées directement par la branche AT-MP (principalement les allocations amiante versées par les CARSAT), mais également les opérations traitées directement dans les comptes de la Caisse des dépôts et consignations (CDC).

Outre les dotations au FIVA et au FCAATA, le compte de la CNAM AT-MP intégrait les charges de gestion liées au service des allocations, la prise en charge de ces charges de gestion et la provision du déficit ou la reprise de l'excédent de sa gestion pour le compte de tiers (*cf.* tableau 4) FCAATA. Avant de parvenir à sa maturité en 2008 (*cf. infra*), la gestion spécifique était déficitaire et la CNAM a comptabilisé et provisionné des créances sur le fonds. Les exercices excédentaires suivants ont permis de reprendre une partie des provisions passées. A compter de 2012, l'intégralité des dépenses et recettes du fonds sont reprises dans le compte de la branche, le compte combiné ne laisse plus paraître la dotation de la branche, la contribution de gestion et les éventuelles reprises sur provision¹.

L'impact de cette consolidation sur le solde de la CNAM peut s'apprécier en comparant le solde de la gestion FCAATA de la CNAM (75 M€ en 2011 et 87 M€ en 2012) et le résultat net du fonds (51 M€ en 2011 et +64 M€ en 2012) : une consolidation du FCAATA dans le compte 2011 aurait dégradé le solde de la CNAM de 25 M€ et l'on peut estimer à 22 M€ l'impact négatif sur le solde de la combinaison en 2012 (*cf.* tableau 4).

Avec la baisse de 25 M€ de la dotation au FIVA, les charges nettes liées aux fonds amiante ont baissé de 14 M€ en 2012 pour s'établir à 1,141 Md€. En 2013, la baisse des charges liées au FCAATA (-3,2%, *cf.* tableau 5) et une baisse de 200 M€ de la dotation au FIVA réduiraient ces charges de plus de 300 M€.

Tableau 4 - Les charges liées aux fonds amiante dans les comptes de la CNAM AT-MP

En millions d'euros						
CNAMTS AT-MP- compte de résultat (dépenses et recettes liées aux fonds amiante)	2009	2010	2011	2011 proforma	2012	2013
CHARGES	1 208	1 208	1 242	1 214	1 173	945
Allocations acaata	0	0	0	601	573	540
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	0	0	0	135	129	128
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	0	0	0	117	107	104
Transfert à la CNAV compensation départs dérogatoire à la retraite	0	0	0	6	35	47
Autres charges FCAATA gérées par la CDC	0	0	0	2	2	0
Charges de gestion	13	13	12	12	11	11
Contribution de la CNAM AT-MP au FCAATA	880	880	890	0	0	0
Contribution de la CNAM AT-MP au FIVA	315	315	340	340	315	115
PRODUITS	24	18	87	34	32	36
Droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	0	0	0	34	33	35
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles	0	0	0	1	0	1
Autres produits FCAATA gérées par la CDC	0	0	0	-1	-1	0
contribution aux frais de gestion reçue du FCAATA	13	13	12	0	0	0
reprise de provision pour dépréciation sur la créance sur le FCAATA	11	5	75	0	0	0
IMPACT SUR LE RESULTAT NET	1 184	1 190	1 155	1 179	1 141	909
évolution		0,5%	-3,0%		-3,3%	-20,3%
Gestion spécifique pour compte de tiers FCAATA	2009	2010	2011		2012	
Charges nettes	880	890	890		890	
Prestations acaata nettes (yc charges diverses techniques et charges exceptionnelles nettes)	645	626	600		573	
Frais de gestion	13	13	12		11	
Cotisations AVV	146	140	135		129	
Contribution aux cotisations de retraite complémentaires (appel de trésorerie CDC)	65	106	67		90	
Excédent brut de la gestion enregistré en charge technique	11	5	75		87	
Produits nets	880	880	890		890	
Contribution au FCAATA reçue du FNAT	880	880	890		890	

¹ Suite à la combinaison des comptes 2012, la créance de la CNAM sur le fonds a été annulée et les provisions passées sur cette créance et non encore reprises (92 M€) ont été soldées et affectées au report au compte. La créance sur le fonds à fin 2005 (137 M€) avait été directement portée au bilan sans provisionnement.

Tableau 5 – Comptes du FCAATA

En millions d'euros							
FCAATA CDC - compte de résultat	2010	2011	%	2012	%	2013(p)	%
CHARGES	899,8	873,5	-2,9	857,7	-1,8	830,5	-3,2
Charges gérées par la CNAMTS	779,5	747,6	-4,1	713,5	-4,6	678,9	-4,8
Allocations acaata	626,5	600,5	-4,2	573,1	-4,6	539,9	-5,8
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	140,5	135,1	-3,8	128,9	-4,6	128,1	-0,6
Charges de gestion des CARSAT	12,5	12,0	-3,7	11,5	-4,6	10,8	-5,9
Charges gérées par la MSA (allocations, cotisation, gestion)	0,2	0,6	++	0,3	-43,2	0,3	-4,5
Charges gérées par la CDC	120,1	125,3	4,4	143,9	14,8	151,3	5,2
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	120,0	116,7	-2,8	106,9	-8,4	104,2	-2,6
Transfert à la CNAV compensation départs dérogatoire à la retraite		6,4	-	35,3	++	47,1	33,2
Autres charges CDC (gestion, ANV, dotations, charges financières)	0,1	2,3	++	1,7	-26,0	0,1	-94,0
PRODUITS	908,5	924,1	1,7	922,2	-0,2	926,1	0,4
Contribution de la CNAM AT-MP	880,0	890,0	1,1	890,0	0,0	890,0	0,0
Contribution du régime AT-MP des salariés agricoles	0,3	0,6	++	0,3	-43,2	0,6	76,0
Droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	32,7	34,0	4,2	32,7	-4,0	35,5	8,5
Autres produits CDC	-4,4	-0,6	-87,4	-0,8	49,4	0,0	--
RESULTAT NET	8,7	50,5		64,5		95,6	

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

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 le 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. La loi de réforme des retraites de 2010 a maintenu pour les allocataires l'âge minimal de départ à 60 ans et l'âge de départ au taux plein à 65 ans. Pour compenser ces départs dérogatoires, un nouveau transfert au profit de la CNAV est mis à la charge du fonds à compter de 2011.

Le fonds est financé, essentiellement, par une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général (AT-MP), fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que par une fraction du produit des droits de consommation sur le tabac et une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles. Le fonds est géré pour une partie de ses opérations (allocations, cotisations volontaires vieillesse et frais de gestion) par la CNAM AT-MP et pour l'autre partie (cotisations complémentaires vieillesse) par la caisse des dépôts et consignations (CDC).

Les recettes des taxes sur les tabacs (de l'ordre de 30 M€) ne permettent pas au fonds de couvrir intégralement les charges de cotisations de retraite complémentaire (de l'ordre de 120 M€) et le fonds complète ses recettes propres par un appel de trésorerie à la CNAM. Les CARSAT versent directement les prestations qu'elles gèrent (allocations et cotisations d'assurance vieillesse volontaire) et la CNAM suit ces dépenses dans une gestion spécifique (cf. tableau 4). Depuis 2006, lorsque ces dépenses ajoutées aux appels de trésorerie du fonds excédaient le niveau de la dotation prévue par la loi, la CNAM enregistrerait une créance sur le fonds qu'elle provisionnait. Lorsque ces dépenses étaient inférieures à la dotation, la CNAM reprenait une partie des provisions pour dépréciation passées.

A la suite de remarques de la Cour des comptes, le FCAATA, fonds sans personnalité morale, est consolidé dans les comptes 2012 de la branche AT-MP. Du fait des opérations de consolidation, la dotation de la branche AT-MP au FCAATA n'apparaît plus dans son compte de résultat dans la mesure où les dépenses réelles du fonds ainsi que la recette de droit tabac, y sont désormais substituées (cf. tableau 4).

Le résultat net du FCAATA poursuit son amélioration

Depuis la création du fonds, on observe un ralentissement continu puis une décroissance de ses dépenses, qui traduisent la fin de la montée en charge du dispositif en 2008. Cette dynamique des charges s'explique par la stabilité des modes d'admission au dispositif (les listes d'établissements ouvrant droit au dispositif n'évoluent presque plus) et par la dynamique opposée des flux de bénéficiaires en entrées et en sorties. En conséquence, la population d'allocataires se réduit rapidement et les charges d'allocations ont baissé de 4,6% en 2012 (-6,7% en volume, +2,1% de revalorisation) et diminueraient de 5,8% en 2013 (-7,3% en volume, +1,5% de revalorisation). Compte tenu de la création par la loi portant réforme des retraites de 2010 d'un transfert à la CNAV compensant le maintien des conditions de départ à la retraite des allocataires (pour un coût de 6 M€ en 2011 et de 35 M€ en 2012, estimé à 47 M€ en 2013), les charges du fonds, qui se sont réduites de 1,8% en 2012, diminueraient de 3,2% en 2013 (cf. tableau 5).

Par ailleurs, la dotation de la CNAM AT-MP représente l'essentiel des produits du fonds (97% en 2012). Cette dotation s'est élevée à 890 M€ en 2012, niveau qu'elle conserverait en 2013. Les droits sur la consommation des tabacs constituent l'autre ressource importante du fonds. Ils se sont élevés à 33 M€ en 2012 et représenteraient 34 M€ en 2013. Les produits du fonds quasi stables en 2012 le resteraient en 2013. La diminution des effectifs d'allocataires compensant les effets de la revalorisation, le fonds a été excédentaire de plus de 64 M€ en 2012. En 2013, le solde s'améliorerait encore pour s'établir à +96 M€.

Une croissance des dépenses du FIVA

Les dépenses d'indemnisation du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ont augmenté de 20% en 2012 (après un recul de 14% en 2011), pour atteindre 481 M€ (dépenses d'indemnisation et dotations aux provisions). Le nombre d'offres faites aux victimes par le FIVA a continué de progresser : +6% en 2012 soit deux points de plus par rapport à 2011. 7 567 offres ont ainsi été proposées par le FIVA et acceptées par les victimes en 2012, après 7 125 offres en 2011 (cf. graphique 3). Cette dynamique des dépenses s'explique principalement par l'accroissement des offres en faveur des ayants-droit qui a augmenté de 76% en 2012 (11 634 offres) pour un coût moyen d'environ 10 000€ par dossier. L'apurement d'une partie du stock accumulé de dossiers explique également la hausse des dépenses. Le stock de dossier a ainsi diminué de 26% en 2012 passant de 6 571 dossiers fin 2011 à 4 887 dossiers fin 2012.

En 2013, la prévision de dépenses du FIVA s'élève à 515 M€ sous les hypothèses d'un coût moyen par dossier de l'ordre de 60 000€, d'un nombre d'offres aux victimes de l'ordre de 8 200, et d'une très légère hausse du nombre de nouvelles demandes de victimes et de leurs ayants droit ; soit environ 4 900 nouvelles demandes de victimes et 12 300 demandes d'ayants droit.

Compte tenue de cette prévision, le résultat annuel 2013 s'établirait à -321 M€, ce qui ramènerait le résultat cumulé à -14 M€ fin 2013 (cf. tableau 6).

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).

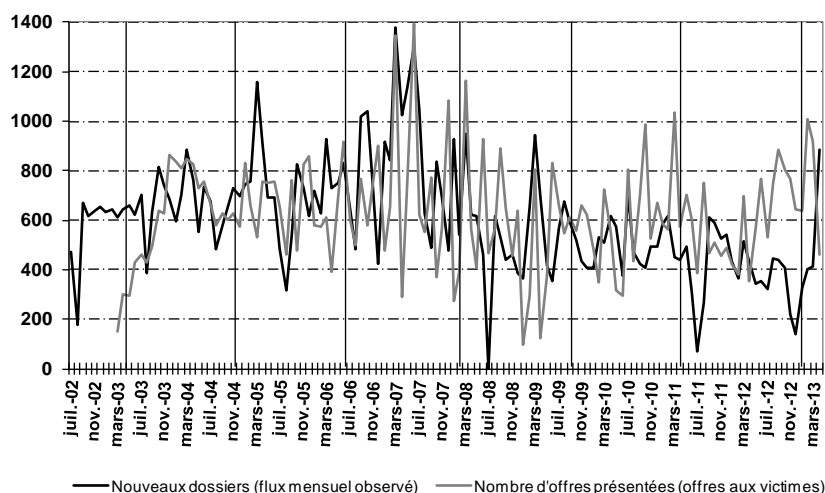
Le fonds prend en charge les maladies d'origine professionnelle occasionnées par l'amiante reconnues par la sécurité sociale, les maladies spécifiques figurant dans l'arrêté du 5 mai 2002 (pour lesquelles le constat vaut justification de l'exposition à l'amiante) et enfin toute maladie pour laquelle 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 qui a commencé à opérer à partir du 1^{er} juillet 2002. Il instruit les dossiers et verse les indemnisations selon un barème qui se décompose en deux parties, d'une part l'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle de la victime (préjudice patrimonial ou économique) et d'autre part l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux ou personnels. Par décision du Conseil d'administration du FIVA le 22 avril 2008, la partie extrapatrimoniale du barème du fonds a été revalorisée de 8,7% pour les dossiers parvenant au FIVA après le 1^{er} juin 2008.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a fixé à 10 ans le délai de prescription pour déposer un dossier devant le FIVA au lieu de 4 ans par le passé. Cette mesure s'est traduite par une contribution de la branche AT-MP au financement du FIVA majorée de 25 M€ au titre de 2011, afin d'anticiper une éventuelle hausse du nombre de demandes d'indemnisation en raison de l'allongement du délai de prescription.

Graphique 3 – Flux mensuel des nouveaux dossiers et des offres aux victimes



Source : FIVA, statistiques arrêtées au 31/04/2013

Tableau 6 - Comptes du FIVA de 2007 à 2013

	2010	%	2011	%	2012	%	2013 (p)	%
CHARGES	465	10%	400	-14%	480	20%	516	8%
PRODUITS	429	3%	484	13%	442	-9%	195	-56%
<i>Dotation CNAMTS-AT</i>	315	0%	340	8%	315	-7%	115	-63%
<i>Dotation Etat</i>	48	0%	48	0%	47	-1%	-	-
<i>Autres produits (dont reprises sur provisions)</i>	67	22%	97	45%	80	-18%	80	0%
Résultat net	-36		84		-38		-321	
Résultat cumulé depuis 2001	261	-12%	345	32%	307	-11%	-14	-105%

Sources : données comptables FIVA jusqu'à 2012 - prévision DSS/6C pour 2013.

8. LES PRESTATIONS VIEILLESSE

8.1. Contexte démographique

Au 1^{er} juillet 2012, en France métropolitaine, le nombre de retraités du régime général s'élève à 13,0 millions pour 17,7 millions de cotisants, soit un ratio démographique de 1,36 cotisant pour un retraité. Ce ratio s'est fortement dégradé depuis 20 ans, l'effectif de retraités progressant plus rapidement que le nombre de cotisants (+2,5% par an contre +1,2% par an en moyenne entre 1992 et 2012).

L'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses du « baby boom » et l'allongement de l'espérance de vie sont à l'origine de cette baisse tendancielle du ratio démographique et ont pour conséquence d'augmenter la durée de versement des pensions.

Malgré le fort rebond des départs anticipés, la baisse des départs en retraite s'est poursuivie en 2012 sous l'effet du recul de l'âge légal

En 2012, le nombre d'assurés partis en retraite au régime général (y compris retraite anticipée) s'est élevé à 578 000 (contre 609 000 en 2011), soit une contraction de 5% du flux, résultant de deux effets contraires.

Le relèvement de l'âge légal à 60 ans et 9 mois pour la génération 1952 dans le cadre de la réforme de 2010 accélérée par la LFSS pour 2012 (cf. fiche 11.01 du rapport d'octobre 2012) a réduit de 188 000 le nombre de départs¹ en 2012, confirmant la baisse des départs hors retraite anticipée observée en 2011 (-12,5% après -16,7% en 2011).

En revanche, les départs en retraite anticipée ont fortement progressé en 2012, le nombre d'assurés liquidant leur pension avant l'âge légal ayant presque doublé avec 84 000 départs (contre 44 000 en 2011). Cette évolution tient principalement à l'assouplissement de la condition de début d'activité portée successivement à 18 ans puis 20 ans dans le cadre de la réforme de 2010 puis du décret de juillet 2012. Le nouveau dispositif, entré en vigueur au 1^{er} novembre 2012 (cf. encadré), a en effet assoupli de deux ans la condition de début d'activité requise pour un départ en retraite anticipée (la portant ainsi à 20 ans) supprimé la condition, jusqu'alors exigée pour un départ à 60 ans, d'une durée validée égale à la durée taux plein majorée de 8 trimestres. Le même décret de juillet 2012 a permis la reconnaissance de trimestres supplémentaires en tant que trimestres cotisés (2 au titre de la maternité et 2 au titre du chômage). Au total, les deux mois d'application de la mesure auraient permis à plus de 16 000 assurés de partir en retraite avant l'âge légal en 2012.

Un fort rebond des départs en retraite en 2013, reflet de la montée en charge irrégulière de la réforme de 2010 et de l'élargissement de la retraite anticipée au 1^{er} novembre 2012

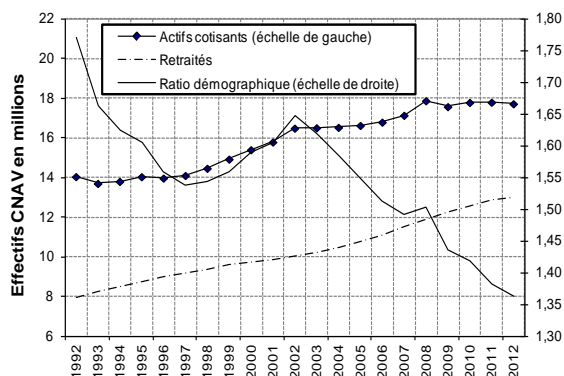
En 2013, les départs en retraite rebondiraient significativement avec 715 000 liquidations, soit une hausse de 24% du flux de départs.

Cette augmentation du nombre de départs s'explique tout d'abord par la montée en charge de la réforme de 2010 qui occasionnerait des flux de départs heurtés, avec un point haut en 2013, et une fin de montée en charge en 2017 (cf. encadré 1 et graphique 2). Le flux de départs hors retraite anticipée progresserait ainsi de 16,9% (contre -12,5% en 2012). Le recul de l'âge légal occasionnerait ainsi un report des départs moindre qu'en 2012 avec près de 99 000 départs hors retraite anticipée² (contre 188 000 en 2012).

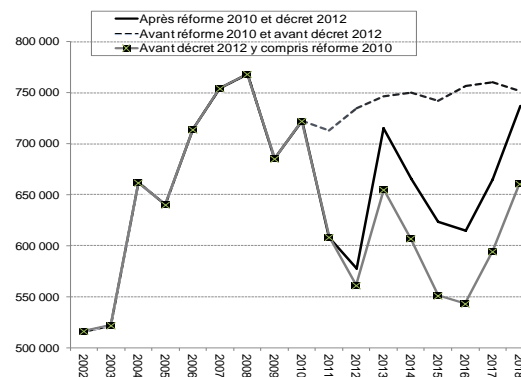
¹ Hors départs en retraite anticipée. Tous départs confondus, la réforme des retraites de 2010 aurait permis le report de 173 000 départs.

² 68 000 départs, tous départs confondus.

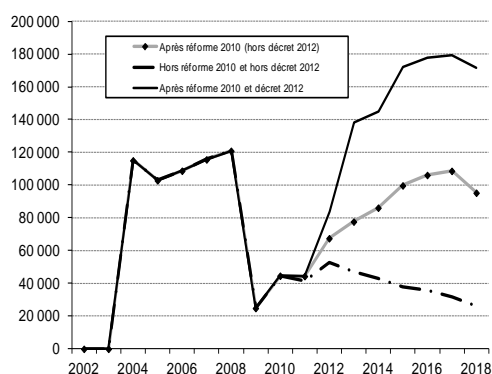
Graphique 1
Ratio cotisants/retraités de la CNAV



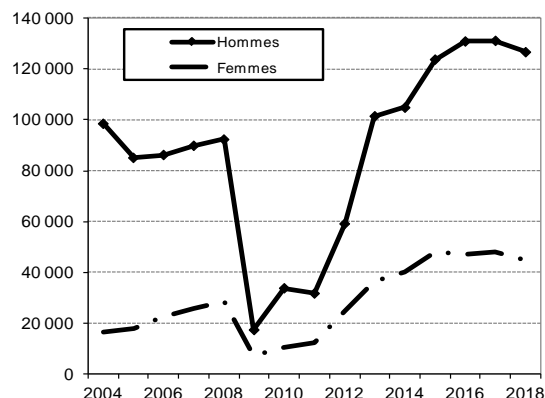
Graphique 2
Flux total de départs au régime général



Graphique 3
Flux de départs en retraite anticipée au régime général



Graphique 4
Flux de départs en retraite anticipée selon le sexe



Encadré 1 - Des flux de départ heurtés, conséquence du relèvement de l'âge par génération

Suite au relèvement de l'âge légal de départ en retraite (de 4 mois par génération, porté à 5 mois par la LFSS pour 2012), le flux des départs en retraite au régime général connaîtrait des évolutions heurtées d'une année sur l'autre par rapport à une situation hors réforme (cf. graphique 2).

En 2012, pour les personnes qui auraient pu partir à 60 ans, seulement 1/6 de la génération 1952 a pu finalement partir en retraite en 2012 du fait du relèvement de l'âge légal de 9 mois pour cette génération. En effet, seuls les assurés nés en janvier et février 1952 ont pu partir en 2012 (en novembre et décembre), les autres partant entre janvier et octobre 2013. Au total, ont pu partir en 2012 : les assurés nés à partir d'août 1951 (soit 5/12^e de la génération 1951) et les assurés nés les deux premiers mois de 1952 (soit 1/6 de la génération 1952), correspondant donc à 7/12^e d'un flux.

Les départs en retraite en 2013 concerneront les assurés nés entre mars et décembre 1952, soit 10/12^e d'un flux, d'où le rebond des départs en retraite (hors retraite anticipée) prévus cette année. De la même manière, on peut calculer que les départs en 2017 concerneront 11/12^e d'une génération glissante, occasionnant des départs massifs à cette date. A partir de 2018, les départs en retraite correspondront à nouveau à des générations entières.

A cet effet, viendrait s'ajouter la hausse des départs anticipés qui se poursuivrait en 2013 avec 138 000 départs prévus (+64% par rapport à 2012) notamment sous le plein effet du nouveau dispositif entré en vigueur au 1^{er} novembre 2012. Dans ce flux, 31 000 départs correspondraient aux effets de la réforme de 2010 et 60 000 seraient permis par l'extension du dispositif aux assurés ayant débuté leur activité avant 20 ans. Ainsi, les départs anticipés représenteraient près de 20% du flux global de départs en 2013.

Encadré 2 - L'évolution du dispositif de retraite anticipée pour longues carrières

La **réforme des retraites de 2003** (loi 2003-775 du 21 août 2003) a introduit, depuis le 1^{er} janvier 2004, la possibilité, pour les assurés ayant commencé à travailler jeunes, de liquider leur retraite entre 56 et 59 ans sous réserve de remplir des conditions minimales de durée cotisée et validée tous régimes confondus (cf. tableau 2). La durée cotisée correspond à la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisation à la charge des assurés. Les périodes de service national sont considérées comme durée cotisée dans la limite de quatre trimestres, ainsi que les périodes de maladie (ou de maternité ou d'accident du travail), dans la limite de quatre trimestres également.

Tableau 2 - Conditions pour un départ anticipé entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2008

Année de naissance	Départ à partir de	Durée taux plein	Durée d'assurance totale (en trimestres)	Durée cotisée (en trimestres)	Début d'activité*
1944	59 ans	160	168	160	Avant 17 ans
	58 ans	160	168	164	Avant 16 ans
1945	59 ans	160	168	160	Avant 17 ans
	57 ans	160	168	168	Avant 16 ans
1946	58 ans	160	168	164	Avant 16 ans
	59 ans	160	168	160	Avant 17 ans
	56 ans ou 57 ans	160	168	168	Avant 16 ans
1947 à 1952	58 ans	160	168	164	Avant 16 ans
	59 ans	160	168	160	Avant 17 ans
	56 ans ou 57 ans	160	168	168	Avant 16 ans

Source : DSS (SDEPF/6A)

* La condition d'âge de début d'activité est d'avoir cotisé cinq trimestres avant la fin de l'année civile suivant le début d'activité (pour les assurés nés au dernier trimestre, elle est de quatre trimestres).

Ces conditions de départ ont évolué à compter de 2009 suite à l'application aux retraités anticipés de l'augmentation de la durée d'assurance prévue par la loi de 2003 en fonction de la génération de l'assuré et de son âge au moment du départ en retraite. La durée requise pour un départ en retraite avant 60 ans a ainsi été augmentée d'un à quatre trimestres à partir du 1^{er} janvier 2009 pour les générations 1949 et suivantes liquidant leurs pensions à partir de cette date (cf. tableau 3).

Tableau 3 - Conditions pour un départ anticipé entre le 1^{er} janvier 2009 et le 1^{er} juillet 2011

Année de naissance	Départ à partir de	Durée taux plein	Durée d'assurance totale (en trimestres)	Durée cotisée (en trimestres)	Début d'activité*
1949	59 ans	161	169	161	Avant 17 ans
	58 ans	162	170	166	Avant 16 ans
1950	59 ans	162	170	162	Avant 17 ans
	57 ans	163	171	171	Avant 16 ans
1951	58 ans	163	171	167	Avant 16 ans
	59 ans	163	171	163	Avant 17 ans
	56 ou 57 ans	164	172	172	Avant 16 ans
1952	58 ans	164	172	168	Avant 16 ans
	59 ans	164	172	164	Avant 17 ans
	56 ou 57 ans	165	173	173	Avant 16 ans
1953 ou 1954	58 ans	165	173	169	Avant 16 ans
	59 ans	165	173	165	Avant 17 ans
	56 ou 57 ans	166	174	174	Avant 16 ans
1955	58 ans	166	174	170	Avant 16 ans
	59 ans	166	174	166	Avant 17 ans

Source : DSS (SDEPF/6A)

La réforme des retraites de 2010 a ensuite élargi le périmètre du dispositif de retraite anticipée : parallèlement au relèvement de l'âge légal de départ en retraite de 60 à 62 ans inscrit dans la réforme de 2010, les bornes d'âge pour bénéficier d'une retraite anticipée sont translatées de 56-59 ans à 58-60 ans et lissées. En outre, les conditions de départ avant l'âge légal ont été assouplies en permettant un départ aux assurés ayant débuté leur activité 18 ans.

Tableau 4 - Conditions pour un départ anticipé entre le 1^{er} juillet 2011 et le 1^{er} novembre 2012

Année de naissance	Départ à partir de	Durée taux plein	Durée totale d'assurance	Durée cotisée (en trimestres)	Début d'activité*
1951 né à compter du 01/07/1951	59 ans	163	171	163	Avant 17 ans
	60 ans		171	163	Avant 18 ans
1952	58 ans	164	172	168	Avant 16 ans
	59 ans et 4 mois		172	164	Avant 17 ans
	60 ans		172	164	Avant 18 ans
1953	57 ans	165	173	173	Avant 16 ans
	58 ans et 4 mois		173	169	Avant 16 ans
	59 ans et 8 mois		173	165	Avant 17 ans
	60 ans		173	165	Avant 18 ans
1954	56 ans	165	173	173	Avant 16 ans
	58 ans et 8 mois		173	169	Avant 16 ans
	60 ans		173	165	Avant 18 ans
1955	56 ans et 4 mois	166	174	174	Avant 16 ans
	59 ans		174	170	Avant 16 ans
	60 ans		174	166	Avant 18 ans
1956	56 ans et 8 mois	166	D+8	D+8	Avant 16 ans
	59 ans et 4 mois		D+4	D+4	Avant 16 ans
	60 ans		D	D	Avant 18 ans

Source : DSS (SDEPF/6A)

Enfin, le **décret de juillet 2012** assouplit doublement les conditions d'accès à la retraite anticipée à partir du 1^{er} novembre 2012. D'une part, l'âge de début d'activité est relevé à 20 ans sous réserve de remplir les conditions de durée d'activité cotisée (cf. tableau 5) : les assurés qui justifient d'une carrière complète cotisée peuvent donc partir à 60 ans, sans devoir justifier d'une durée d'assurance supérieure à celle requise pour leur génération (le nouveau dispositif annule la condition de durée validée majorée de 8 trimestres pour un départ à 60 ans). D'autre part, le décret élargit le critère des trimestres cotisés en portant le nombre de périodes réputées cotisées à un maximum de dix trimestres contre huit auparavant retenues chacune dans la limite de quatre trimestres. En effet, sont ajoutés aux trimestres déjà réputés cotisés, deux trimestres supplémentaires de chômage indemnisé et deux trimestres spécifiquement liés à la maternité (période assimilée au titre de l'accouchement).

Tableau 5 - Conditions pour un départ anticipé à partir du 1^{er} novembre 2012

Année de naissance	Départ à partir de	Durée taux plein	Durée totale d'assurance	Durée cotisée (en trimestres)	Début d'activité*
1952	58 ans	164	168	168	Avant 16 ans
	59 ans et 4 mois		164	164	Avant 17 ans
	60 ans		164	164	Avant 20 ans
1953	57 ans	165	173	173	Avant 16 ans
	58 ans et 4 mois		169	169	Avant 16 ans
	59 ans et 8 mois		165	165	Avant 17 ans
	60 ans		165	165	Avant 20 ans
1954	56 ans	165	173	173	Avant 16 ans
	58 ans et 8 mois		169	169	Avant 16 ans
	60 ans		165	165	Avant 20 ans
1955	56 ans et 4 mois	166	174	174	Avant 16 ans
	59 ans		170	170	Avant 16 ans
	60 ans		166	166	Avant 20 ans
1956	56 ans et 8 mois	166	D+8	D+8	Avant 16 ans
	59 ans et 4 mois		D+4	D+4	Avant 16 ans
	60 ans		D	D	Avant 20 ans
1957	57 ans	durée fixée par décret lors du 56 ^{ème} anniversaire (D)	D+8	D+8	Avant 16 ans
	59 ans et 8 mois		D	D	Avant 16 ans
	60 ans		D	D	Avant 20 ans
1958	57 ans et 4 mois		D+8	D+8	Avant 16 ans
	60 ans		D	D	Avant 20 ans
1959	57 ans et 8 mois		D+8	D+8	Avant 16 ans
	60 ans		D	D	Avant 20 ans
1960 et après	58 ans		D+8	D+8	Avant 16 ans
	60 ans		D	D	Avant 20 ans

Source : DSS (DSEPF/6A)

8.2. L'évolution des prestations de retraite

Les prestations légales nettes (définies dans le tableau 1) servies par la CNAV¹ se sont élevées à 101,6 Md€ en 2012 et atteindraient 105,9 Md€ en 2013.

Les prestations légales ralentissent en 2012 sous le plein effet de la réforme des retraites de 2010

En 2012, la croissance des prestations légales nettes s'est ralentie (+3,9% contre +4,6% en 2011), en dépit d'une revalorisation des pensions légèrement plus élevée (+2,1% en moyenne annuelle, contre +1,8% en 2011). Cette décélération reflète principalement celle des droits propres (+3,8% après +4,8% en 2011). Hors revalorisations, ils ont progressé de 1,7% contre 3,0% en 2011.

La baisse des bénéficiaires de la retraite anticipée s'est poursuivie en 2012, et ce malgré le doublement du flux de départs avant l'âge légal suite aux élargissements successifs du dispositif dans le cadre de la réforme de 2010 et du décret de 2012 (cf. fiche 8-1). L'effectif moyen de retraités bénéficiant d'une retraite anticipée s'est ainsi élevé à près de 88 000 personnes en 2012 (contre près de 111 000 en 2011, soit une baisse de plus de 20%) et le coût du dispositif s'est élevé à 0,9 Md€ (contre 1,1 Md€ en 2011). En effet, parallèlement au doublement des entrées en retraite anticipée, le flux de personnes sortant du dispositif est resté élevé avec plus de 100 000 départs chaque année. En conséquence, la contribution des dépenses de retraite anticipée à l'évolution des droits propres reste négative en 2012 (pour -0,3 point).

Le nombre de départs hors retraite anticipée s'est fortement réduit en 2012 (-12,5%) sous l'effet de la réforme des retraites de 2010, passant de 564 000 à 494 000 liquidations entre 2011 et 2012 (cf. 8.01). Le relèvement de l'âge légal de départ de 9 mois pour la génération 1952 a en effet engendré près de 188 000 départs hors départs anticipés² en moins par rapport à la situation avant réforme. Ainsi, l'effectif total de retraités (hors retraite anticipée) a progressé à un rythme moins soutenu (+1,6% contre +3,0% en 2011), expliquant en partie le ralentissement des droits propres en 2012. Au total, la réforme des retraites de 2010 a permis de dégager des économies de 1,6 Md€ en 2012.

Enfin, la pension moyenne des retraités a contribué positivement pour 0,3 point à la croissance des droits propres, la pension moyenne du flux entrant étant plus élevée que celle du flux sortant (7 415 € en 2012). La pension moyenne³ atteint ainsi 6 891 € en 2012, après 6 864 € en 2011.

Les **droits dérivés** ont connu une progression légèrement inférieure à celle de 2011, restant toutefois dynamique (+3,3% après +3,6% en 2011). Leur progression a été portée par la plus forte revalorisation des pensions et la poursuite de la hausse des effectifs de bénéficiaires (+0,9%). Les assurés des premières générations du baby boom pouvant déjà bénéficier d'un droit dérivé, le flux de nouveaux bénéficiaires est supérieur à celui de 2011 (176 400 contre 171 000 en 2011), soit une progression de 0,7%. La pension moyenne des retraités de droits dérivés a contribué positivement à la croissance des droits dérivés en 2012, passant de 3 391 € en 2011 à 3 409 € en 2012, soit une progression de 0,5%.

¹ Hors prestations adossées aux IEG

² 173 000 tous départs confondus

³ Les pensions moyennes sont exprimées en euros constants 2010 pour leur montant annuel.

Tableau 1 – Masses financières des pensions et évolutions

	En M€					
	2010	2011	%	2012	%	2013
Prestations légales nettes	93 504,1	97 808,4	4,6	101 578,5	3,9	105 878,7
Prestations légales « vieillesse » nettes	93 459,8	97 761,5	4,6	101 532,1	3,9	105 826,3
Prestations légales vieillesse	93 388,9	97 816,6	4,7	101 523,2	3,8	105 800,3
Prestations de base	93 388,9	97 816,6	4,7	101 523,2	3,8	105 800,3
Droits propres	83 997,8	88 053,3	4,8	91 419,6	3,8	95 300,7
Avantages principaux hors majorations	78 750,5	82 621,6	4,9	85 835,9	3,9	89 568,1
Pension normale	66 318,1	69 842,1	5,3	72 937,3	4,4	76 460,5
Retraite anticipée	1 572,0	1 144,5	-27,2	921,8	-19,5	1 340,5
60 ans et plus	64 746,1	68 689,6	6,1	71 958,6	4,8	75 039,1
Départs dérogatoires pour pénibilité	0,0	1,7	-	22,7	++	34,9
Départs dérogatoires pour amiante	0,0	6,2	-	34,3	++	46,0
Pension incapacité	6 699,2	6 805,5	1,6	6 807,2	0,0	6 849,6
Pension invalidité	5 733,1	5 974,1	4,2	6 091,4	2,0	6 258,0
Minimum vieillesse	1 970,1	2 032,2	3,2	2 095,3	3,1	2 135,3
Majorations	3 277,2	3 399,5	3,7	3 488,4	2,6	3 597,4
Pour enfants (maj. 10% art. L.351.12 du CSS)	2 969,7	3 090,5	4,1	3 186,7	3,1	3 296,7
Pour conjoint à charge	51,6	48,2	-6,6	43,2	-10,4	39,2
Majorations pour tierce personne	254,6	259,2	1,8	256,5	-1,0	259,5
Majoration assurés handicapés	1,2	1,5	23,4	1,9	26,0	2,0
Droits dérivés	9 421,2	9 759,9	3,6	10 086,8	3,3	10 395,1
Avantages principaux	8 677,9	8 997,6	3,7	9 311,2	3,5	9 606,7
Pensions de réversion	8 592,1	8 918,0	3,8	9 235,4	3,6	9 528,5
Pensions de veuf ou veuve (hors majorations)	85,8	79,6	-7,2	75,8	-4,7	78,2
Minimum vieillesse	215,8	213,9	-0,9	207,6	-3,0	204,5
Majorations	527,5	548,3	3,9	567,9	3,6	583,8
Pour enfants	463,1	478,0	3,2	493,3	3,2	508,1
Majorations de pension de réversion pour retraités (art. L. 353-6 du CSS)	64,4	70,3	9,1	74,6	6,2	75,7
Divers	-30,1	3,5	-	16,8	++	104,5
Dotations nettes aux provisions et pertes sur créances irrécouvrables	70,9	-55,1	-	8,9	-	26,0
Prestations légales « veuvage »	44,4	46,9	5,6	46,4	-0,9	52,5

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

Tableau 2 – Décomposition des différents facteurs d'évolution des droits propres

	En points			
	2011	2012	2013	2014
Revalorisation de pensions en moyenne annuelle	1,8	2,1	1,5	1,6
Effet retraite anticipée	-0,5	-0,3	0,4	0,6
Effet stock (nombre de retraités hors retraite anticipée)	3,0	1,6	1,9	1,3
Effet pension moyenne	0,6	0,3	0,3	0,3
Evolution des droits propres	4,8	3,8	4,2	3,8

Tableau 3 – Décomposition des différents facteurs d'évolution des droits dérivés

	En points			
	2011	2012	2013	2014
Revalorisation de pensions en moyenne annuelle	1,8	2,1	1,5	1,6
Effet stock (nombre de retraités)	0,9	0,9	1,4	1,2
Effet pension moyenne	0,9	0,3	0,1	0,5
Evolution des droits dérivés	3,6	3,3	3,1	3,4

Les dépenses de prestations rebondiraient en 2013, reflétant la montée en charge de la réforme de 2010 et l'entrée en vigueur du décret de 2012

En 2013, les prestations nettes progresseraient un peu plus rapidement qu'en 2012 (+4,2% après +3,9%), et ce malgré la moindre revalorisation des pensions (+1,5% contre +2,1% en 2012). Le dynamisme des prestations reflèterait essentiellement l'évolution des droits propres (+4,2% contre +3,8% en 2012), les droits dérivés progressant légèrement moins rapidement qu'en 2012 (+3,1% en 2013 versus +3,3% l'an passé). Hors revalorisations, les **droits propres** augmenteraient de 2,7% après +1,7% en 2012, cette progression tenant à la combinaison de plusieurs effets.

D'une part, après plusieurs années de baisse, les dépenses au titre de la retraite anticipée rebondiraient significativement (+45,4% contre -19,3% en 2012) en raison des 60 000 départs supplémentaires avant l'âge légal qui seraient permis par le nouveau dispositif entré en vigueur au 1^{er} novembre 2012 (décret du 2 juillet). Au total, près de 138 000 assurés partiraient en retraite anticipée en 2013, pour un coût de la retraite anticipée de 1,3 Md€ (contre 0,9 Md€ en 2012). Dans cette dépense, l'assouplissement de la condition de début d'activité pour un départ anticipé consécutif à la réforme des retraites de 2010 et au décret du 2 juillet 2012 représenterait respectivement une dépense supplémentaire de 350 M€ et 410 M€. La contribution de la retraite anticipée à l'évolution des droits propres deviendrait positive en 2013, expliquant pour 0,4 point leur progression.

D'autre part, le ralentissement des effectifs de retraités (hors retraite anticipée) sous l'effet du décalage progressif de l'âge légal de départ observé en 2011 et 2012, ne se poursuivrait pas en 2013. La montée en charge induirait en effet un report massif des départs de la génération 1952 sur l'année 2013 (cf. fiche 8.01) d'où un rebond du flux de départs cette année (+16,9% contre -12,5% en 2012). Cela porterait le nombre de départs à 578 000 (hors retraite anticipée). La réforme de 2010 permettrait de reporter sur les années ultérieures le départ en retraite de près de 99 000 assurés hors départs anticipés¹ (contre 188 000 en 2012), engendrant une économie de 2,5 Md€ sur les masses de prestations. Les mesures dérogatoires relatives à la pénibilité et aux bénéficiaires du FCAATA viendraient atténuer cette économie de 82 M€.

Enfin, la progression de la pension moyenne des effectifs de retraités (+0,6% en 2013) affecterait positivement l'évolution des droits propres en 2013 (pour 0,3 point). La pension du flux entrant étant en moyenne supérieure à celle du flux sortant, la pension moyenne perçue par les retraités augmenterait en 2013 pour atteindre 6 930 €. La montée en charge de la réforme de 2010 contribuerait à augmenter dans les années à venir le niveau de la pension moyenne à mesure que les seniors en emploi prolongeraient leur activité.

La progression des droits dérivés resterait à un niveau proche de celui observé en 2012 (+3,1% contre +3,3% en 2012), l'effet de la moindre revalorisation des pensions étant compensé par le rebond des effectifs de bénéficiaires (+1,9% contre +0,9% en 2012) en raison de l'accession à la réversion des générations nombreuses du baby boom.

¹ 68 000 tous départs confondus.

La revalorisation des pensions en 2013

Aux termes de la loi du 21 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.

Depuis 2009, la revalorisation de l'ensemble des pensions intervient au 1^{er} avril de chaque année et non plus au 1^{er} janvier. La revalorisation pour N est dorénavant égale à la prévision d'inflation de N établie par la Commission économique de la Nation (CEN), ajustée sur la base de l'inflation définitive constatée pour N-1 (qui est connue en avril N de manière définitive).

La revalorisation de 1,3% au 1^{er} avril 2013 correspond à l'hypothèse d'inflation retenue pour 2013 par la CEN qui s'est réunie en mars 2013 (1,2%) majorée de l'écart d'inflation (0,1%) entre l'inflation réalisée en 2012 (1,9%) et la prévision qui avait été retenue en avril 2012 (1,8%).

En moyenne annuelle, la revalorisation des pensions serait alors de 1,5% en 2013 et contribuerait pour 1,6 Md€ à l'augmentation des prestations légales de la CNAV.

En %	2010	2011	2012	2013 (p)
Prix hors tabac estimés pour l'année N (par la CEN en mars N) (1)	1,2	1,8	1,8	1,2
Calcul de la régularisation sur l'inflation N-1 :				
Inflation définitive constatée pour l'année N-1 (2)	0,1	1,5	2,1	1,9
Prix hors tabac estimés en N-1 pour l'année N-1 (3)	0,4	1,2	1,8	1,8
Régularisation sur l'inflation N-1 (4)= (2)-(3)	-0,3	0,3	0,3	0,1
Revalorisation effective au 1er avril (1)+(4)+(5)	0,9	2,1	2,1	1,3
Augmentation en moyenne annuelle	0,9	1,8	2,1	1,5
Inflation mesurée par l'INSEE : prix hors tabac de l'année N (publiée en janvier N+1)	1,5	2,1	1,9	
Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)				

9. LES PRESTATIONS FAMILLE

9.1. Les prestations familiales

Les prestations familiales étudiées dans cette fiche sont les prestations légales figurant dans les comptes de la CNAF exception faite de l'allocation de logement familiale présentée dans la fiche 9.2.

En 2012, les prestations familiales représentent 72% des prestations sociales financées par la CNAF¹, soit 31,6 Md€. Parmi ces prestations, 55% sont des allocations d'entretien en faveur de la famille, 41% sont des allocations de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et 4% d'autres prestations (cf. tableau 1).

Forte en 2012, la progression des prestations familiales ralentirait en 2013 sans modification majeure des barèmes des prestations

La croissance des prestations familiales a connu une nette accélération en 2012 (+2,8% contre +1,6% en 2011), en raison notamment de la majoration de 25% du montant de l'allocation de rentrée scolaire. En 2013, la hausse des prestations familiales serait plus faible (+1,9%) en l'absence de mesures nouvelles significatives et sans variation majeure des autres déterminants de l'évolution des prestations familiales (cf. encadré).

Les mesures portant sur les allocations en faveur de la famille expliquent plus de la moitié de l'augmentation en 2012

Plusieurs dispositions législatives ont affecté l'évolution des prestations familiales, toutefois seules deux d'entre elles ont un effet significatif. La principale mesure en 2012 est la majoration de 25% du montant de l'allocation de rentrée scolaire (ARS). Elle représente un surcroît de dépenses de 360 M€ et explique 1,1 point de la croissance des prestations. L'autre réforme importante est l'unification des majorations pour âge des allocations familiales, dont le surcoût est estimé à 110 M€; elle explique 0,4 point de la croissance des prestations. Cette seconde mesure continuerait à majorer les prestations en 2013 pour un montant équivalent².

La sous-indexation de la BMAF en 2012 et la faible inflation en 2013 freinent l'augmentation des prestations

En 2011, l'effet prix expliquait la quasi-totalité de l'évolution des prestations (1,5 point d'une augmentation globale de 1,6%, cf. graphique 1). En 2012, l'effet prix n'explique qu'un point de la croissance des prestations. Il est tiré à la baisse par une sous-indexation exceptionnelle de la BMAF et le décalage du 1^{er} janvier au 1^{er} avril de la date de revalorisation³ de celle-ci. En lieu et place d'une progression de 2,3% calculée selon la règle automatique, la BMAF a été revalorisée de 1% au 1^{er} avril (cf. tableau 2), soit une progression annuelle de 0,75% par rapport à 2011. L'économie associée à ces deux mesures est de 420 M€. En 2013, la faible prévision d'inflation (1,2%) se retrouve dans le taux de revalorisation de la BMAF au 1^{er} avril. L'augmentation en moyenne annuelle serait de 1,15%.

Les effets plafonds ne limitent quasiment pas la progression des dépenses

En 2012, les ressources des allocataires de 2010, prises en compte pour l'éligibilité aux prestations, ont cru de 1,5%, progression plus forte que la revalorisation des plafonds de ressources qui, comme la BMAF, ont été sous-indexés (1% au lieu de 1,4%).

¹ Le reste des prestations sociales financées par la CNAF (28% soit 12,4 Md€) correspond aux aides au logement et aux prestations extralégales.

² La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a modifié les seuils d'âge des majorations pour âge des allocations familiales. Jusqu'en 2011, la suppression des majorations pour les enfants de 11 à 13 ans s'est traduite par une économie, dont la montée en charge s'est étalée sur 4 ans et à compter de 2012 l'élargissement aux enfants de plus de 14 ans de la majoration auparavant destinés aux enfants de 16 à 20 ans constitue un coût dont la montée en charge s'étale sur deux ans (cf. fiche 13.1 du rapport de la CCSS d'octobre 2012).

³ Ces deux modifications furent décidées dans le cadre de la LFSS pour 2012.

Tableau 1. Masses financières des prestations familiales

En millions d'€

	2011	Evol	2012	Evol	Composition	2013	Evol
Total hors prestations extralégales et hors aides au logement	30 772	1,6%	31 644	2,8%	100%	32 272	2,0%
Prestations d'entretien en faveur de la famille	16 839	0,6%	17 460	3,7%	55%	17 789	1,9%
Allocation familiales	12 432	0,5%	12 652	1,8%	40%	12 921	2,1%
Complément familial	1 650	1,1%	1 653	0,2%	5%	1 669	1,0%
Allocation de soutien familial	1 267	1,1%	1 285	1,4%	4%	1 308	1,8%
Allocation de rentrée scolaire (ARS)	1 490	0,0%	1 870	25,6%	6%	1 891	1,1%
Prestations d'accueil du jeune enfant	12 716	2,7%	12 893	1,4%	41%	13 152	2,0%
Prestations d'entretien (allocation de base + primes à la naissance)	4 952	1,0%	4 955	0,0%	16%	4 982	0,5%
Complément de mode de garde - assistante maternelle	5 217	6,2%	5 416	3,8%	17%	5 685	5,0%
dont cotisations prise en charge	2 903	6,7%	3 007	3,6%	10%	3 182	5,8%
dont rémunérations prise en charge	2 314	5,6%	2 409	4,1%	8%	2 503	3,9%
Complément de mode de garde - employé à domicile	303	1,1%	293	-3,3%	1%	304	3,8%
dont cotisations prise en charge	176	-0,7%	170	-3,5%	1%	175	3,1%
dont rémunérations prise en charge	127	3,7%	123	-3,0%	0%	129	4,9%
Complément de mode de garde - structures	126	40,1%	166	31,5%	1%	173	4,5%
Allocation versée pendant le congé parental (CLCA...)	2 117	-2,6%	2 064	-2,5%	7%	2 008	-2,7%
Autres prestations	1 217	5,5%	1 291	6,0%	4%	1 331	3,1%
AEEH	716	5,3%	773	8,0%	2%	809	4,6%
Allocation de présence parentale	57	10,6%	61	6,7%	0%	64	4,9%
Frais de tutelle	341	3,2%	348	2,1%	1%	351	0,9%
Autres	104	12,8%	109	4,8%	0%	107	-1,9%

Source : DSS (SDEPF/6A) – CNAF. Champ : tous régimes, France entière.

Méthodologie de la décomposition de l'évolution des prestations familiales

Il est possible de décomposer l'évolution de la masse des prestations familiales en quatre facteurs : un effet prix global, un effet mesures nouvelles, un effet plafond, un effet comptable et un effet résiduel. Cette décomposition s'applique à l'ensemble des prestations familiales à l'exception des frais de tutelle et d'autres prestations marginales en termes de masse financière (cf. tableau 1).

Les prestations familiales sont exprimées en proportion de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF). L'**effet prix** mesure l'impact de la revalorisation de la BMAF. Seules les prises en charge des cotisations du complément mode de garde (CMG) échappent à ce barème. Toutefois l'évolution du SMIC permet d'appréhender l'évolution spontanée de ces prestations. Ainsi une moyenne pondérée de la BMAF et du SMIC permet d'estimer l'effet prix des prestations familiales.

L'**effet mesures nouvelles** correspond à l'impact des réformes sur la dynamique globale des prestations familiales. Les mesures prises en compte pour composer cet effet correspondent aux mesures spécifiques à chaque prestation qui modifient le champ d'éligibilité des bénéficiaires ou le montant individuel des allocations. La sous-indexation de la BMAF et des plafonds de ressources en 2012 n'est toutefois pas mesuré par cet effet, mais intégré dans l'effet prix.

L'**effet comptable** mesure l'impact des changements de méthodes comptables. En 2012, le montant des prises en charge de cotisations du CMG ont été diminuées de 58 M€, suite au rapprochement des montants comptabilisés par la CNAF et par l'ACOSS. Ce montant a été rattaché à l'exercice 2013. Un autre changement de méthode a majoré de 21 M€ les charges à payer au titre de l'AEEH du fait de la prise en compte des dossiers non instruits au 31 décembre 2012. Cette augmentation se traduit par une diminution équivalente des provisions pour rappels au titre de cette prestation.

Les plafonds de ressources concernent certaines prestations (CF, ARS, primes et allocations de base de la PAJE) et sont différents pour chacune d'entre elles. Ces plafonds sont revalorisés uniformément au 1^{er} janvier de l'année N selon l'inflation constatée de l'année N-2. Lors de cette revalorisation, les ressources des allocataires en N-2 sont confrontées aux nouveaux plafonds. Lorsque les plafonds évoluent moins vite que les ressources moyennes, un certain nombre d'allocataires sont exclus mécaniquement : ce que l'on appelle un **effet plafond** négatif.

L'**effet résiduel** s'explique par la dynamique propre à chaque prestation. La dynamique de chaque prestation dépend de l'évolution de la démographie éligible à la prestation, de l'évolution de l'allocation moyenne et dans certains cas d'effet de comportement et de l'évolution de l'offre de garde.

Le résultat de cette comparaison est un effet plafond négatif dont l'impact financier est une baisse des dépenses de 40 M€. Les ressources de 2011 prises en compte pour l'éligibilité aux prestations en 2013 ont crû de 2,1%¹ ; toutefois la revalorisation des plafonds en 2013 a été également forte (2,1%) rendant quasi-nul l'effet plafond cette même année : il diminue de 20 M€ les prestations familiales.

L'effet résiduel, lié à la dynamique propre à chaque prestation, explique 0,6 point en 2012 et 0,4 point en 2013 de la progression de la dépense

Les évolutions des principales prestations² qui déterminent cet effet résiduel sont détaillées.

La PAJE, locomotive historique des prestations familiales, verrait sa progression ralentir

Jusqu'à la fin de sa montée en charge en 2009, et même jusqu'en 2011, les prestations de la PAJE étaient très dynamiques et le complément mode de garde (CMG) était la plus dynamique d'entre elles. Le CMG continue en 2012 à tirer à la hausse les prestations familiales (+3% d'effet volume résiduel en 2012, cf. graphique 2). Toutefois la moindre augmentation en 2013 de ses déterminants freine l'évolution globale de la PAJE (+2,5% en 2013).

Le CMG est une aide constituée d'une prise en charge des cotisations et d'une fraction de la rémunération ; son évolution dépend du nombre de familles potentielles, du comportement des ménages en matière de garde d'enfants et de l'offre de garde disponible. Le nombre de bénéficiaires a augmenté de 1% en 2012 et devrait augmenter de 0,8 % en 2013. L'allocation moyenne serait également en hausse (+1,5% en 2012 et +1,3% en 2013). En 2012, le CMG attribué aux structures a augmenté de plus de 30% en raison de la montée en charge de ce dispositif ; cette évolution explique 0,6 point de la croissance du CMG global, et en expliquerait 0,4 point en 2013.

Le complément de libre choix d'activité (CLCA) est quant à lui en nette diminution : sa baisse dépasserait 3% en 2012 et 2013. Le principal facteur d'explication serait le changement de comportement des allocataires qui opteraient pour un CLCA à taux partiel plutôt qu'à taux plein et recourraient du même fait plus fréquemment au complément mode de garde.

La relative stagnation des naissances (822 000 en 2012 sur le champ France entière contre 823 400 en 2011) se traduit par une évolution résiduelle quasi nulle des primes de naissance et d'adoption et de l'allocation de base de la PAJE.

Hormis l'ASF et l'AEHH, la dynamique des autres prestations serait quasi nulle

Les allocations d'entretien en faveur de la famille sont composées principalement des allocations familiales. Toutefois celles-ci évoluent très peu, la légère hausse du nombre d'enfants âgés de 3 à 20 ans (0,2% en 2012) étant neutralisée par la réduction de la taille des familles. C'est bien plus l'allocation de soutien familial (ASF) qui, malgré son poids faible, explique une partie de la croissance des prestations. Elle a augmenté de 1,7% en 2012, la baisse du nombre de bénéficiaires étant compensée par une hausse de l'allocation moyenne. Cette allocation devrait croître de 0,6% en 2013 sans modification du niveau de l'allocation moyenne.

L'AEHH progresse très fortement (+4,2% en 2012) avec une hausse du nombre de bénéficiaires supérieure à 6% limitée par une baisse de l'allocation moyenne de 2,15%. En 2013, l'évolution du nombre de bénéficiaires serait encore importante au regard du reste des prestations (+3,4%).

¹ Le revenu disponible brut par unité de consommation mesuré par l'INSEE est pris comme indicateur de l'évolution des ressources des allocataires.

² L'évolution présentée pour chacune des prestations est une évolution résiduelle en volume; autrement dit, il s'agit de l'évolution de la prestation une fois éliminés les effets des mesures, les effets comptables, les effets prix et les effets plafonds.

Graphique 1. Décomposition de l'évolution des prestations familiales



Source : DSS (SDEPF/6A) – CNAF. Champ : tous régimes, France entière.

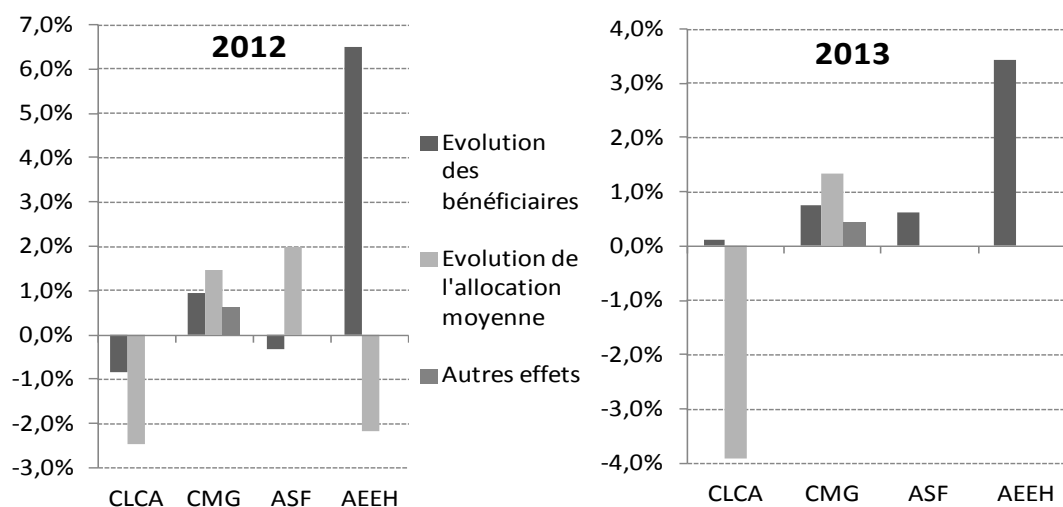
Tableau 2. Calcul du taux de revalorisation appliqué à la BMAF

	2011	2012	2013	Note :
Estimation de l'inflation hors tabac retenue pour l'année <i>n</i>	1,5%	1,70%	1,20%	La règle de revalorisation de la BMAF avant 2012 consistait à additionner : - l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac pour l'année <i>n</i> - un correctif sur l'écart entre l'inflation semi-définitive en <i>n-1</i> et l'inflation alors prévue - un second correctif sur l'inflation constatée en <i>n-2</i> et l'inflation semi-définitive
Ajustement sur <i>n-1</i> *	0,3%	0,6%	0%	
Ajustement sur <i>n-2</i> *	-0,3%	0,0%	0,0%	
Revalorisation au 1er avril		1,0%	1,2%	Désormais, avec la revalorisation au 1er avril, l'ajustement se fait uniquement sur l'écart <i>n-1</i> . En 2012, exceptionnellement la règle n'a pas été appliquée et la revalorisation fut fixée à 1%.
Revalorisation finale en moyenne annuelle	1,5%	0,75%	1,15%	
Coût en Millions d'euros	400	210	320	
Inflation constatée	2,1%	1,90%	-	

* Ecart entre la prévision d'évolution des prix hors tabac et la réalisation.

Source : DSS (SDEPF/6A) – CNAF. Champ : tous régimes, France entière.

Graphique 2. Décomposition de l'évolution de certaines prestations en 2012 et 2013



Source : DSS (SDEPF/6A) – CNAF. Champ : tous régimes, France entière.

9.2. Les aides au logement

Le montant total des aides au logement⁸⁸ est de 16,8 Md€ en 2012 et devrait atteindre 17,5 Md€ en 2013 (cf. tableau 1). La CNAF finance intégralement l'ALF et la fraction d'APL versée aux ménages avec enfants, soit 8,5 Md€ qui représentent 19,2% des prestations sociales financées par la CNAF en 2012.

La hausse des ressources prises en compte et la moindre revalorisation des loyers plafonds freine la dépense en 2012

En 2012, la progression des aides au logement ralentit (+2,3% contre +2,8% en 2011). En effet en 2011, les aides au logement ont été tirées à la hausse par la baisse des ressources personnelles moyennes des allocataires (cf. encadré) : les ressources des allocataires en n-2 ont été pratiquement stables⁸⁹ alors que le paramètre ressources a été revalorisé de 1,3% (cf. graphique 1). La hausse des dépenses a été atténuée par la suppression, à compter du 1^{er} janvier 2011, de la rétroactivité – de trois mois au plus après l'emménagement dans le logement – du versement de l'aide.

En 2012, le ralentissement des aides au logement s'explique par une hausse de la participation personnelle moyenne et une faible progression de la dépense éligible. La participation personnelle moyenne augmente en raison d'une croissance des ressources moyennes⁹⁰ plus rapide que le paramètre ressources (1,5% contre 1,4%). La progression de la dépense éligible a été freinée par la sous-indexation des loyers plafonds et du forfait de charges⁹¹.

L'augmentation du chômage expliquerait la forte hausse des aides au logement en 2013

La croissance des aides au logement passerait de 2,3% en 2012 à 4,2% en 2013. La forte augmentation du nombre de demandeurs d'emploi en serait la principale raison. Cette tendance haussière a débuté au second trimestre 2012 (cf. graphique 3) et a accéléré la croissance des aides au logement dans la seconde partie de l'année 2012, contrecarrant les facteurs de baisse (cf. *supra*). L'augmentation en glissement sur la période juin-décembre a été de 2,6% (cf. graphique 2). En 2013, la poursuite de la hausse du chômage (+7,6% en moyenne annuelle) ralentirait fortement la progression des ressources personnelles moyennes tandis que la dépense éligible augmenterait du fait d'une revalorisation des loyers plafonds de 2,15%.

L'APL augmente plus rapidement que les autres aides

Entre 2010 et 2012, l'APL est la plus dynamique des aides au logement, l'ALF est la plus lente. En 2013, la croissance de chacune des aides au logement devrait être importante, l'APL augmentant toujours plus rapidement que l'ALF et l'ALS. Sans modification majeure de la part de la CNAF dans l'APL, le montant des aides financées par la CNAF évoluerait quasiment comme l'ensemble des aides au logement (+4,3%) pour s'élever à 8,8 Md€.

⁸⁸ 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).

⁸⁹ Le revenu disponible brut par unité de consommation calculé par l'INSEE est utilisé ici comme un indicateur des ressources moyennes des allocataires. Il s'agit d'un indicateur partiel des ressources moyennes des allocataires puisqu'il n'appréhende pas l'abattement de 30% pour période de chômage.

En 2011, les ressources prises en compte étaient celles de 2009, année marquée par la récession économique avec une forte hausse du chômage (+16,9%, sur le champ des demandeurs d'emplois en fin de mois de catégorie A, B et C) et une faible évolution du salaire moyen par tête (1,1%).

⁹⁰ En 2012, les ressources prises en compte augmentent plus fortement du fait de la croissance du salaire moyen par tête de 2,2%, en lien avec la légère reprise économique, et d'un léger ralentissement du chômage en 2010 (+8,8%).

⁹¹ Dans le cadre de la LFSS pour 2012, les loyers plafonds et le forfait de charges ont été exceptionnellement revalorisés de 1% au lieu d'être revalorisés comme l'indice de référence des loyers n-1, soit 1,9%.

Calcul des aides au logement et impact du chômage

Le montant d'une aide au logement est calculé de la même manière quel que soit le type d'aide attribuée. Il résulte d'un calcul complexe dans lequel le montant de la dépense en loyers éligible est comparé à une participation personnelle. Si cette dernière dépasse la dépense éligible, le demandeur n'a pas le droit à une aide au logement.

La **dépense éligible** est la somme du forfait de charges, qui varie individuellement selon la composition familiale du ménage, et du loyer effectif plafonné. Le forfait de charge et le loyer plafond sont revalorisés tous les ans selon l'inflation n-2. En sachant que près de 90% des loyers effectifs dépassent les plafonds, le loyer éligible évolue quasiment comme le taux de la revalorisation du loyer plafond.

La **participation personnelle** est, schématiquement, la différence entre les ressources personnelles de l'allocataire de l'année n-2 et un abattement forfaitaire, appelé **paramètre ressources**, dépendant du différentiel d'évolution entre le RSA et la BMAF en n.

L'**évolution du chômage a un impact** direct et un impact différé sur les aides au logement. L'impact différé transite par les ressources des allocataires : une hausse du chômage en n-2 entraîne une moindre progression des ressources des allocataires prises en compte en n. L'impact direct tient à l'abattement de 30% des ressources des allocataires quand ceux-ci sont au chômage depuis plus de trois mois.

Tableau 1. Montant des aides au logement de 2010 à 2013

en milliards d'euros

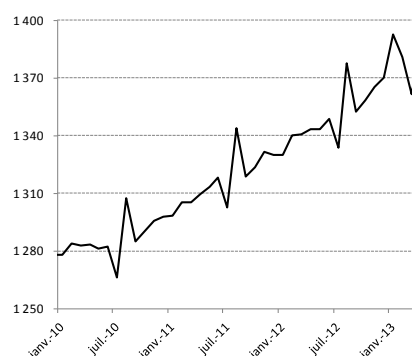
	2010	2011	%	2012	%	2013	%
ALF	4,2	4,2	1,6%	4,2	0,8%	4,4	4,0%
ALS	4,9	5,0	2,0%	5,1	1,6%	5,3	3,8%
APL	6,9	7,1	4,0%	7,4	3,8%	7,8	4,7%
Total	15,9	16,4	2,8%	16,8	2,3%	17,5	4,2%
FNAL	3,9	4,1	4,3%	4,2	3,7%	4,4	4,7%
Total CNAF	8,1	8,3	2,9%	8,5	2,2%	8,8	4,3%

Source : DSS (SDEPF/6A) - CNAF.

Champ : données comptables tous régimes - France entière et prévisions CNAF.

La CNAF finance une fraction des APL au travers d'une dotation au Fonds national des aides au logement (FNAL)

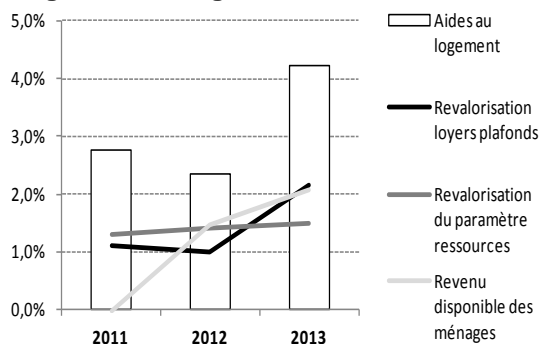
Graphique 2. Evolution mensuelle des aides au logement (en M€)



Source : DSS (SDEPF/6A) - CNAF.

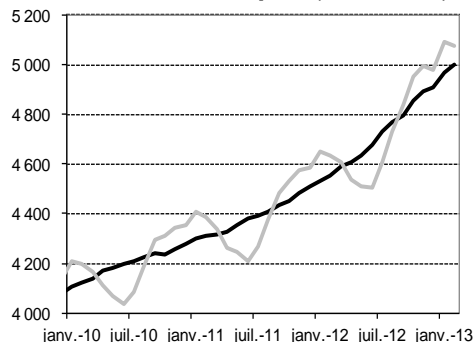
Champ : séries désaisonnalisées - régime général.

Graphique 1. Evolution des aides au logement au regard de ses déterminants



Source : DSS (SDEPF/6A) - CNAF.

Graphique 3. Evolution mensuelle des demandeurs d'emploi (en milliers)



Source : DARES. Champ : DEFM ABC - France entière - données CVS.

10. LA TRESORERIE DU REGIME GENERAL

10.1. Les relations de trésorerie Etat – Sécurité sociale

Une situation de nouveau équilibrée des relations financières Etat – sécurité sociale au 31 décembre 2012

Au 31 décembre 2012, l'Etat est titulaire d'une créance de 245 M€ sur les régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Pour rappel, l'état semestriel (*cf.* encadré 1) au 31 décembre 2010 faisait pour la première fois apparaître un solde net en faveur de l'Etat (de 0,5 Md€, *cf.* graphique 1). La persistance de cette situation légèrement créditrice fin 2012 confirme la normalisation des relations financières entre l'Etat et la Sécurité sociale. En effet, la dette de l'Etat envers les régimes de base a pu atteindre jusqu'à 7 Md€ à fin 2006. Depuis, plusieurs opérations d'apurement de dette, ainsi qu'un effort marqué en faveur de la non reconstitution annuelle de dette (tant au niveau de la budgétisation initiale qu'au moment de la fin de gestion) ont eu pour effet d'équilibrer globalement les relations financières Etat-sécurité sociale.

La créance de l'Etat à fin 2012 recouvre toutefois des situations contrastées selon les régimes (*cf.* tableau 1). La situation demeure favorable pour le régime général, l'Etat disposant à son égard d'une créance de 410 M€ à fin 2012 (contre une créance de 321 M€ à fin 2011). L'Etat reste en revanche globalement redevable de 165 M€ à fin 2012 à l'égard des autres régimes de base, dette qui a sensiblement progressé depuis fin 2011 (87 M€). Cette situation résulte principalement d'une dette de 84 M€ de l'Etat vis-à-vis du régime social des indépendants (RSI), alors que les relations avec ce régime étaient pratiquement à l'équilibre fin 2011 (dette de 1 M€). Cette dette de l'Etat est liée en particulier à la compensation du coût de l'exonération bénéficiant aux entreprises implantées dans les DOM (68M€).

Encadré 1 – L'état semestriel

L'article 17 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a prévu l'information du Parlement sur les relations financières Etat – sécurité sociale, à travers la transmission, chaque semestre, d'un état des sommes restant dues par l'Etat aux régimes obligatoires de base. Cet état retrace la situation des montants dont l'Etat reste redevable (ou à l'inverse créancier) sous deux angles différents : par caisse ou régime de sécurité sociale d'une part (*cf.* tableau 1), et par dispositif d'autre part (*cf.* tableau 2). L'état semestriel produit dans le présent rapport retrace la situation au 31 décembre 2012. Il fait apparaître la différence entre d'une part le montant cumulé des exonérations compensées de cotisations et des prestations versées pour le compte de l'Etat, et d'autre part les versements cumulés effectués à ce titre par l'Etat aux régimes de sécurité sociale. Il permet ainsi de contrôler l'application du principe de neutralité en trésorerie des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, tel que posé par l'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale.

Graphique 1 : montants restant dus par l'Etat au 31 décembre (en M€)

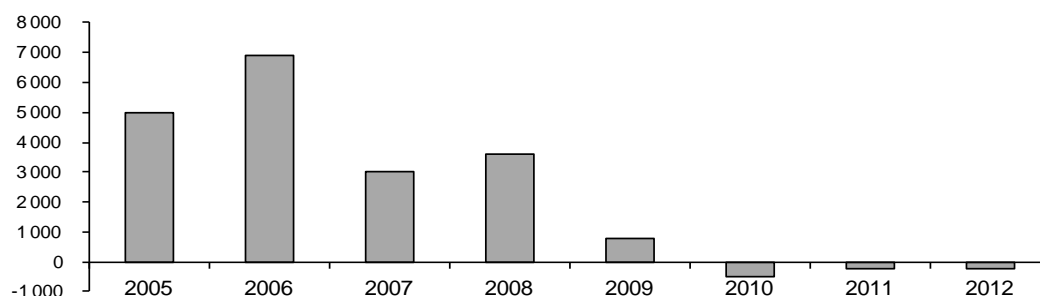


Tableau 1 - Situation arrêtée au 31 décembre 2012 au titre des exercices 2012 et antérieurs, par caisse ou régime (en M€)

NOM DU REGIME	Situation nette au 31/12/2011 actualisée au 30/06/2012	Versements pour 2011 effectués entre le 1/07 et le 31/12/2012	Coût total de la mesure en 2012	Versements de l'Etat pour 2012 comptabilisés entre le 1er janvier et le 31 décembre 2012	Situation nette au 31 décembre 2012
	(a)	(b)	(c)	(d)	[e]=(a-b)+(c-d)
CNAMTS AM	-119,6	-18,8	2 427,8	2 363,4	-36,4
CNAMTS AT	-33,0	11,0	111,4	110,0	-42,6
CNAF	-276,3	-3,4	18 390,1	18 388,9	-271,7
CNAVTS	107,7	234,8	3 213,0	3 145,1	-59,1
REGIME GENERAL	-321,1	223,6	24 142,3	24 007,4	-409,8
BANQUE DE FRANCE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CAMIEG	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CANSSM	-0,2	0,0	29,8	27,6	2,0
CAVIMAC	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CCMSA sal	83,2	80,0	982,8	998,9	-13,0
CCMSA expl	1,1	-4,5	250,4	222,6	33,4
CNAVPL	0,4	-15,9	28,8	28,5	16,6
CNBF	0,0	0,0	-1,0	-1,0	0,0
CNIEG	0,5	0,5	21,9	8,8	13,1
CNMSS	-25,7	0,0	69,5	64,7	-20,9
CNRACL	0,0	0,0	-113,9	-113,9	0,1
CNRSI	0,5	0,0	181,5	98,2	83,8
CR Comédie Française	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CRPCEN	9,6	0,3	8,0	7,8	9,6
CRP-Opéra de Paris	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CRP-RATP	0,0	0,0	0,8	0,8	0,0
CPRP-SNCF	11,9	0,0	3 380,7	3 361,3	31,3
ENIM	1,7	1,1	53,4	51,7	2,3
Caisse de prévoyance du port de	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Port Autonome de Strasbourg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
RATP	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SNCF	3,9	0,0	1,1	0,0	5,0
St Pierre et Miquelon	0,0	0,0	5,0	2,9	2,1
AUTRES REGIMES	86,8	61,5	4 898,9	4 758,9	165,4
TOTAL GENERAL	-234,3	285,1	29 041,2	28 766,3	-244,5

Note de lecture : L'état semestriel présente une situation en trésorerie. Les sommes dont l'Etat est redevable au 31 décembre correspondent aux prestations qui ont effectivement été payées à leurs bénéficiaires à cette date ou, s'agissant des dispositifs d'exonérations de cotisations sociales, qui ont effectivement engendré de moindres recettes à cette date. Par convention, un montant négatif correspond à une créance de l'Etat sur la sécurité sociale. Dans le cas contraire, il s'agit d'une dette. Ne figurent dans le présent tableau que les régimes concernés par des flux financiers avec l'Etat en 2012.

Evolution des dettes et créances de l'État par catégorie de dispositifs

Les dettes et créances de l'Etat au 31 décembre 2012 se répartissent entre les différentes catégories de dispositifs de la façon suivante (les montants positifs désignent une dette de l'Etat, les montants négatifs, une créance, cf. tableau 2) :

- Prestations : 14 M€ ;
- Allègements TEPA : 26 M€ ;
- Autres exonérations de cotisations sociales : -160 M€ ;
- Subventions : 3 M€ ;
- Dispositifs « résiduels », c'est-à-dire des dispositifs non reconduits mais donnant encore lieu à des flux financiers : -132 M€ ;
- Autres dispositifs : 5 M€

Les dettes de l'Etat envers la sécurité sociale les plus significatives portent sur les dispositifs suivants :

- Prestations : allocation de logement sociale (78 M€), indemnité viagère de départ (50 M€), aide médicale de l'Etat (39 M€) ;
- Allègements TEPA (26 M€) ;
- Autres exonérations de cotisations sociales : entreprises implantées dans les DOM (98 M€), zones franches urbaines (13 M€) ;
- Dispositifs « résiduels » : prime de retour à l'emploi pour les bénéficiaires de minima sociaux (22 M€).

A l'inverse, on peut observer des créances importantes au titre :

- de certaines prestations : aide personnalisée au logement (-88 M€), congé de paternité remboursé à l'Etat (-28 M€), revenu supplémentaire temporaire d'activité (-16 M€) ;
- d'exonérations de cotisations sociales : apprentissage (-123 M€), auto-entrepreneurs (- 80 M€) ;
- de dispositifs « résiduels » : prime de retour à l'emploi PRE-RSA (-64 M€), aide à domicile employée par une association ou une entreprise auprès d'une personne non fragile (-29 M€), avantages en nature dans les hôtels cafés restaurants (-20 M€).

Tableau 2 - Etat semestriel au 31 décembre 2012, par nature de dispositif (en M€)

DISPOSITIFS	Situation nette au 31/12/2011 actualisée au 30/06/2012	Versements pour 2011 effectués entre le 1/07 et le 31/12/2012	Coût total de la mesure en 2012	Versements de l'Etat pour 2012 comptabilisés entre le 1er janvier et le 31 décembre 2012	Situation nette au 31 décembre 2012
1/ PRESTATIONS	-47,3	-6,7	19 610,5	19 556,3	13,6
Aide médicale de l'Etat (AME)	6,2	0,0	581,6	549,0	38,8
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	15,5	0,0	7 786,3	7 806,2	-4,4
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	3,4	-0,4	255,1	254,2	4,8
RSA activité (FNSA)	-24,4	0,0	1 623,8	1 610,7	-11,3
RSA / Prime de fin d'année (FNSA)	5,2	5,2	379,3	383,0	-3,7
Revenu supplémentaire temporaire d'activité (RSTA) (FNSA)	-16,3	0,0	104,3	103,8	-15,8
Allocation de logement sociale (ALS) (FNAL)	0,0	0,0	5 176,5	5 098,2	78,3
Aide personnalisée au logement (APL) (FNAL)	0,0	0,0	3 344,8	3 432,4	-87,6
Aide au logement temporaire (ALT)	1,4	0,0	57,0	54,4	4,0
Allocation de logement familiale (ALF)	1,3	0,0	0,6	0,0	1,8
Indemnité voyage de départ	10,0	0,0	40,1	0,0	50,0
Grands invalides de guerre	-4,1	-4,1	110,4	118,0	-7,7
Soins médicaux gratuits et appareillage des militaires	-17,7	0,0	53,0	49,5	-14,2
Affections imputables aux services des armées	-8,0	0,0	16,5	15,2	-6,7
Enseignement public agricole	-0,2	0,0	2,3	1,9	0,2
Congé de paternité dû à l'Etat	-19,8	-7,9	-15,8	0,0	-27,7
Remboursement des retraites anticipées minières	-0,2	0,0	29,5	27,3	2,0
Pensions garanties par l'Etat au titre de la décolonisation	0,5	0,5	65,2	52,4	12,8
2/ EXONERATIONS DE COTISATIONS SOCIALES COMPENSEES	-374,5	-35,4	3 067,5	2 887,9	-159,5
Apprentissage	-172,5	0,0	820,1	770,5	-123,0
Auto-entrepreneur - Régime micro social	-158,9	-15,9	99,3	35,9	-79,6
Bassins d'emploi à redynamiser (BER)	0,4	0,0	15,9	16,9	-0,5
Contrats de professionnalisation	-18,2	-15,7	13,9	16,3	-5,0
Salariés créateurs ou repreneurs d'entreprise	-17,0	0,0	2,6	0,0	-14,5
Structures d'aide sociale	-15,6	-8,4	11,2	10,0	-6,0
Volontariat pour l'insertion	1,0	0,0	0,8	0,0	1,7
Zone de restructuration de la défense (ZRD)	-28,9	-28,9	7,3	28,9	-21,6
Zones de revitalisation rurale (ZRR)	-24,1	-14,1	17,6	16,7	-9,1
Zones de revitalisation rurales - Organismes d'intérêt général et associations	-51,9	-43,0	161,0	142,0	10,2
Contrats "vendanges"	10,5	10,5	12,7	12,7	0,0
TO-DE : Travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi	83,7	83,7	436,1	428,5	7,7
Contrats d'accès à l'emploi (CAE) dans les DOM	-1,1	0,0	19,2	8,2	9,9
Entreprises implantées dans les DOM	23,4	-3,0	1 095,8	1 023,9	98,2
Travailleurs indépendants dans les DOM	0,0	0,0	29,4	57,9	-28,6
Contribution diffuseurs d'œuvres d'art	3,0	0,0	-0,9	4,2	-2,1
Marins salariés	-0,8	-0,8	52,5	53,2	-0,7
Porteurs de presse	-1,8	0,0	19,1	14,6	2,7
Jeunes entreprises innovantes (JEI)	23,3	0,0	90,9	109,5	4,7
Jeunes entreprises universitaires (JEU)	-4,4	0,0	1,6	0,0	-2,8
Service civique	-8,4	0,0	25,2	20,2	-3,4
Zones franches urbaines (ZFU)	-6,6	0,3	134,4	114,8	12,8
Zones de redynamisation urbaine (ZRU)	-9,3	0,0	1,7	2,8	-10,4
3/ ALLEGEMENTS TEPA	341,0	341,0	2 997,6	2 971,9	25,7
Exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires	341,0	341,0	2 997,6	2 971,9	25,7
4/ AUTRES DISPOSITIFS	-0,2	0,0	48,0	42,4	5,4
Enseignants des établissements agricoles privés	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1
Santé des détenus	0,0	0,0	82,7	77,3	5,4
Militaires partis	0,0	0,0	230,2	230,2	0,0
Versement net de la CNRACL à l'État au titre des transferts d'agents	0,0	0,0	-264,0	-264,0	0,0
Rapatriés	-0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
5/ SUBVENTIONS	-6,5	0,0	3 316,4	3 307,4	2,5
SNCF	-6,5	0,0	3 316,4	3 307,4	2,5
6/ DISPOSITIFS RESIDUELS	-146,9	-13,7	1,3	0,3	-132,2
Prime de retour à l'emploi PRE-RSA	-64,1	0,0	0,0	0,0	-64,1
Prime de retour à l'emploi pour les bénéficiaires de minima sociaux	21,4	0,0	0,5	0,0	21,9
Abattement de 15 points en faveur des particuliers employeurs	-17,6	0,0	-0,2	0,0	-17,7
Aide à domicile	-29,5	0,0	0,2	0,0	-29,3
Avantages en nature dans les hôtels cafés restaurants (HCR)	-19,0	0,0	-0,6	0,0	-19,6
Autres	-38,1	-13,7	1,4	0,3	-23,3
TOTAL GENERAL	-234,3	285,1	29 041,2	28 766,3	-244,5

10.2. Les créances sur les entreprises

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

La part des cotisations non recouvrées diminue tendanciellement, ce qui traduit les efforts réalisés par les URSSAF dans la gestion du recouvrement, mais elle 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 (RAR) du dernier exercice, défini comme la part (exprimée en pourcentage) des produits exigibles au cours de l'année civile non recouvrés au 31 décembre, constitue un indicateur important des conditions générales de recouvrement.

Le taux de restes à recouvrer a augmenté de 0,03 point en 2012

Après une baisse en 2011 (0,4 point), le taux de RAR calculé sur les cotisations et contributions toutes catégories de cotisants confondues a augmenté de 0,03 point en 2012, pour atteindre 2,47% (cf. tableau 1). Cette relative stabilité s'explique par deux évolutions contraires. La baisse du taux d'impayés des travailleurs indépendants (0,92 point) a compensé la hausse observée pour les entreprises du secteur privé (0,11 point).

Depuis 2008, l'évolution du taux de RAR doit être appréciée dans le contexte de la mise en place de « l'interlocuteur social unique » du RSI. En effet, celle-ci a conduit, pour les travailleurs indépendants n'ayant pas communiqué leur revenu, à émettre des taxations d'office (TO) au titre de l'activité non déclarée, calculées sur une assiette très élevée, et croissantes avec le nombre d'années sans revenu déclaré. Le taux de RAR des travailleurs indépendants ne traduit donc pas la situation réelle du recouvrement, qui reste en effet fortement perturbé par les TO qui pèsent encore pour près de la moitié des RAR en 2012. La situation s'améliore en 2012 pour l'ensemble des RAR comme pour les créances hors TO. En effet, le taux de restes à recouvrer des travailleurs indépendants a baissé en 2012 de 0,9 point et s'élève à 18,2%. Hors TO, ce taux d'impayés est de 9,8 % en 2012, soit également une baisse de 0,9 point.

Apprécié hors travailleurs indépendants, le taux de RAR s'élève à 1,14%, en hausse de 0,11 point par rapport à 2011. Sur le champ du seul secteur privé, après une forte baisse en 2010 (0,22 point), et une légère amélioration en 2011 (0,05 point), le taux de RAR augmente de 0,11 point en 2012 et se situe à 1,29%. Ces évolutions sont corrélées à la conjoncture économique.

Les charges nettes liées aux opérations sur créances du régime général, qui s'établissent à 2 760 M€, ont augmenté de 638 M€ en 2012

Ces charges recouvrent les pertes sur créances et les dotations nettes aux provisions. La hausse observée en 2012 de ces charges s'explique principalement par **une hausse des dotations nettes aux provisions de 648 M€** (cf. tableau 2). Après une hausse des provisions notifiées en 2011 de 270 M€, le stock de provisions a en effet augmenté de 918 M€ en 2012. Cette évolution s'explique par :

- **un effet créance** de 897 M€, imputable à la hausse du stock de créances (+ 1 040 M€) ;
- **un effet taux** de 21 M€ qui résulte de la hausse de 0,2 point du taux de provision moyen estimé à partir de la méthode de provisionnement utilisée.

Par ailleurs, les pertes sur créances irrécouvrables diminuent de 10 M€ en 2012 pour s'établir à 1,84 Md€.

Enfin, le stock des créances du régime général s'élève à 16,4 Md€ fin 2012 et est provisionné à 86,4%, ce qui représente un montant de provision de 14,2 Md€.

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

Sur cotisations et contributions	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Secteur privé	0,86%	1,04%	1,45%	1,23%	1,18%	1,29%
Moins de 10 salariés	3,34%	3,80%	4,67%	4,45%	4,27%	4,35%
Plus de 9 salariés	0,44%	0,57%	0,92%	0,72%	0,71%	0,82%
Taxe pharmaceutique + contribution FCAATA	0,37%	0,12%	0,07%	0,12%	0,15%	0,19%
Secteur public	0,07%	0,09%	0,11%	0,12%	0,22%	0,30%
Travailleurs Indépendants	5,87%	11,10%	18,25%	21,56%	19,11%	18,19%
à échéance mensuelle	1,19%	4,64%	6,79%	8,20%	6,01%	5,22%
à échéance trimestrielle	10,17%	28,02%	38,58%	42,45%	36,53%	33,47%
Employeurs de Personnels de Maison	0,66%	0,85%	0,91%	0,96%	1,10%	1,06%
Praticiens et auxiliaires médicaux	7,55%	8,13%	12,52%	10,12%	10,10%	10,05%
Assurés Volontaires / Régime de résidence	4,86%	6,33%	2,96%	2,48%	1,73%	2,08%
Divers (y compris CMU)	0,04%	0,17%	0,31%	0,25%	0,24%	0,43%
Total	0,95%	1,71%	2,73%	2,84%	2,44%	2,47%
Total HORS TRAVAILLEURS INDEPENDANTS	0,73%	0,87%	1,21%	1,03%	1,03%	1,14%

Tableau 2 – Charges nettes liées aux opérations sur créances (régime général), en M€

en M€ (sur l'ensemble des cotisations, contributions et majorations et pénalités)	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Produits des URSSAF (1)	204 883	211 200	212 938	216 780	227 147	231 919
Encaissements des URSSAF (2)	202 256	207 778	207 842	212 113	223 165	227 610
Charges (3)	213	148	179	150	151	166
Nouvelles créances de l'exercice (4)=(1)-(2)-(3)	2 414	3 274	4 917	4 516	3 831	4 143
Taux de RAR de l'exercice (5)=(4)/(1)	1,18%	1,55%	2,31%	2,08%	1,69%	1,79%
Pertes sur créances irrécouvrables (6)	1 620	2 361	1 957	2 007	1 852	1 842
Dotations aux provisions pour nouvelles créances de l'exercice (7)	1 798	2 420	3 881	3 635	3 070	3 322
Dotations nettes aux provisions (8)	-72	-216	1 747	1 004	270	918
Charges nettes liées aux opérations sur créances (9)=(6)+(8)	1 548	2 145	3 704	3 011	2 122	2 760

Source: Estimation 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 RAR de l'exercice* (5) : ce taux rapporte les *créances nouvelles* (4) aux *produits* comptables (1). Il diffère du taux de RAR du dernier exercice présenté dans le tableau 1 parce qu'il est restreint au seul régime général, qu'il intègre les majorations et pénalités et qu'il est arrêté au 31 janvier N+1 (31 décembre N dans le tableau 1) pour tenir compte des cotisations des salaires de décembre exigibles en janvier. Le taux de RAR du tableau 1 (2,47%) calculé sur l'ensemble du régime général et des tiers, s'établit à 2,63% en 2012 en tenant compte des majorations et pénalités et en neutralisant les charges, contre 1,79% pour le régime général seul (taux arrêté au 31 janvier 2013).
- *pertes sur créances irrécouvrables* (6) : elles regroupent les admissions en non valeur (ANV), 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) : 80,2% des *nouvelles créances de l'exercice* (4) sont inscrites en provisions pour tenir compte de leur risque de non recouvrement. Ce taux intègre les corrections de provisions passées en notifications additives en 2012 au titre des RAR des travailleurs indépendants en TO depuis plusieurs exercices.
- *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 de ces 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. L'ensemble des corrections de provisions passées en notifications additives en 2012 sont prises en compte.
- *charges nettes* (9) : 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.

10.3. Les charges et produits financiers de l'ACOSS

Le régime général fait partie des régimes autorisés par la loi de financement de la sécurité sociale à recourir à des ressources non permanentes pour la couverture de ses besoins de financement. C'est l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui est chargée de la gestion centralisée de la trésorerie des différentes branches du régime général. Elle finance ses besoins de trésorerie par des emprunts auprès de la Caisse des dépôts et consignations, par des émissions de dette à court terme sur les marchés financiers ainsi que par la mobilisation, contre rémunération, d'excédents de trésorerie d'autres organismes de sécurité sociale. L'ACOSS, qui acquitte globalement les frais financiers liés à ces différents emprunts, facture à chaque branche les intérêts afférents à sa propre situation financière (cf. encadré 2).

Le solde de trésorerie de l'ACOSS s'est établi à -16,6 Md€ fin 2012

Le solde de trésorerie de l'ACOSS s'est élevé à -16,6 Md€ au 31 décembre 2012, après avoir atteint -4,7 Md€ à cette même date en 2011. La variation de trésorerie a été de -11,9 Md€ sur l'année 2012, en tenant compte d'une reprise de dette de la CADES d'un montant de 6,65 Md€ effectuée entre mars et mai 2012, en application des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011¹. Hors reprise de dette, la variation de trésorerie aurait été de -18,6 Md€.

La LFSS pour 2012 avait fixé le plafond de trésorerie de l'ACOSS à 22 Md€. Cette limite a été respectée avec un point bas de trésorerie qui s'est établi à - 18,4 Md€ le 14 décembre 2012. Le point haut a été atteint le 7 février pour +4,1 Md€.

Le résultat financier de l'ACOSS a été de -15 M€ en 2012

Le résultat financier de l'ACOSS (qui correspond à la différence entre les charges d'intérêt liées aux emprunts et les produits financiers liés à certaines disponibilités ponctuelles de trésorerie) s'est élevé à -15 M€ en 2012, dont 22 M€ de charges financières. Ce résultat est en très nette amélioration par rapport à 2011 (cf. tableau 1). Cette forte évolution s'explique par un effet volume d'une part (la reprise de dette par la CADES a entraîné une diminution des montants empruntés, le solde moyen passant de -14,4 Md€ en 2011 à -8,1 Md€ en 2012), et d'autre part par un coût de financement en forte baisse, essentiellement lié à la baisse du taux EONIA² sur l'année (cf. tableau 2).

Le coût moyen de financement de l'ACOSS s'établit à 0,187% (contre 1,014% en 2011), en dessous de la moyenne du taux EONIA au cours de l'année 2012 (0,23%, contre 0,83% en 2011), l'Agence ayant bénéficié des taux négatifs des émissions réalisées sur le marché des euro commercial papers (ECP).

En 2012, le taux moyen de financement est directement corrélé aux évolutions des stratégies de couverture des besoins de trésorerie. La structure du financement a été fortement modifiée en faisant une large place aux instruments de marché, ce qui a permis de bénéficier du niveau exceptionnellement bas des taux d'intérêt. Alors que la part des concours bancaires, via la Caisse des dépôts et consignations (CDC) représentait encore 44% du financement des besoins de trésorerie en 2011, elle ne représente plus que 8% en 2012. A l'inverse, les instruments de marché - billets de trésorerie et euro commercial papers - participent à 61% au financement de l'ACOSS (contre 22% en 2011). La mutualisation des trésoreries sociales et publiques, via des comptes de dépôt et la souscription de billets de

¹ La LFSS pour 2011 a prévu une reprise progressive à compter de 2012 des déficits 2011 à 2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV dans la limite de 10 Md€ par an et de 62 Md€ au total.

² *Euro overnight index average* : taux interbancaire au jour le jour. Il constitue un taux de référence pour les emprunts de court terme.

trésorerie par des acteurs de la sphère sociale (CNSA, RSI, CADES, CAMIEG) ou publique (AFT), représente quant à elle 31% du financement.

Tableau 1 – Résultat financier 2012 de l'ACOSS (en M€)

	2011	2012
Charges financières	-153	-22
Caisse des dépôts et consignations		
a/ Prêt socle	-66	0
b/ Prêt court terme (pensions de retraite)	-9	-3
c/ Avances J-1 et JJ	-3	-3
d/ Pénalités	0	
Titres de créances négociables		
e/ Billets de trésorerie	-47	-9
f/ Euro Commercial Paper	-23	-5
g/ Autre (appels de marge ECP, coupon pensions livrées, swap de taux, etc)	0	0
Dépôt (CNSA notamment)	-5	-2
Produits financiers	11	7
i/ Rémunération comptes CDC	10	5
j/ Rémunération compte Banque de France	1	1
k/ Autre (pensions livrées, appels de marge ECP, intérêts relations avec tiers)	0	1
Résultat net	-142	-15

Source : ACOSS/DSS – données comptables.

Tableau 2 - Charges financières nettes de l'ACOSS pour chaque trimestre 2012

	T1	T2	T3	T4
Charges financières nettes	9,3 M€	9,9 M€	5 M€	3,7 M€
Point bas de trésorerie	-8,6 Md€	-11,2 Md€	-14,8 Md€	-18,4 Md€
Taux EONIA moyen	0,37%	0,34%	0,13%	0,08%

Source : ACOSS/DSS – données financières.

Note de lecture :

Le tableau ci-dessus présente une chronique trimestrielle des charges financières payées par l'ACOSS au jour le jour. Elles peuvent présenter des écarts réduits avec le suivi comptable effectué en droits constatés. Cette chronique permet de mettre en évidence l'impact sur les charges financières, d'une part, de l'évolution des besoins de trésorerie et d'autre part, de l'évolution des taux d'intérêt.

Encadré 1 – Conditions de financement des besoins de trésorerie du régime général

Le partenaire de référence du régime général est la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Leurs relations financières sont formalisées dans une convention signée le 29 décembre 2010 pour la période 2011-2014. Elle prévoit un financement structuré en trois étages :

1) des prêts fermes de « moyen terme », de 3 à 12 mois, destinés à couvrir le socle des besoins de financement de l'ACOSS : leur montant est strictement limité et ne peut être supérieur, dans la limite par ailleurs de 10 Md€, à 33% du plafond de trésorerie fixé en LFSS ;

2) des prêts de court terme (ou « prêts tuiles » de 6 jours ouvrés) pour faire face, spécifiquement, à l'échéance du versement des pensions de retraite du 9 de chaque mois : ces prêts sont plafonnés à 3,5 Md€ par mois en 2011-2012, puis à 2,5 Md€ par mois à compter de 2013 ;

3) des avances à 24 heures ou au jour le jour, dans la limite globale de 1,5 Md€, pour faire face aux aléas de trésorerie.

La nouvelle convention dispose également que l'ACOSS ouvre un compte de secours bloqué de 500 M€ auprès de la CDC destiné à couvrir les éventuels retards de flux d'encaissement (notamment de cotisations).

Par ailleurs, depuis 2007, l'ACOSS est également autorisée à émettre directement sur les marchés financiers des billets de trésorerie. En complément l'ACOSS a recours depuis 2010 à des émissions d'« *euro commercial papers* » (ECP), assurées techniquement par l'Agence France Trésor pour le compte de l'ACOSS.

Elle peut également compter sur la mutualisation des trésoreries des organismes sociaux, de l'ordre de 2 à 5 Md€.

Les charges et les produits financiers 2012 des branches du régime général

Si la gestion de trésorerie est assurée de façon centralisée par l'ACOSS, chaque branche se voit affecter les charges et produits financiers correspondant à ses besoins ou ses capacités propres de financement (cf. encadré 2).

Le résultat net cumulé des quatre branches du régime général s'est établi en 2012 à -18 M€ contre -170 M€ en 2011. Cette très nette amélioration des frais financiers est essentiellement la conséquence des taux d'intérêt très bas.

En effet, même si comme en 2011, c'est la branche vieillesse qui supporte les frais financiers les plus importants (17 M€ sur un total de 18 M€), ceux-ci accusent une forte baisse par rapport à l'année précédente (93 M€), pour des soldes moyens de la branche comparables (-9 Md€ en 2012 contre -8,7 Md€ en 2011).

De la même façon, le montant des frais financiers à la charge de la branche maladie est divisé par dix. Il s'établit en 2012 à 7 M€ après un peu plus de 70 M€ en 2011.

Les frais financiers de la branche AT-MP sont également en forte baisse entre 2011 et 2012, puisqu'elle enregistre des charges financières de 2 M€ contre 19 M€ en 2011.

Enfin, la branche famille a dégagé un excédent financier de 8 M€ en 2012, contre 13 M€ en 2011.

Encadré 2 – Le passage du résultat financier de l'ACOSS à celui du régime général

Chaque année, en amont de la clôture des comptes, le taux d'intérêt moyen de financement du régime général est fixé par arrêté. Ce taux de référence, qui tient compte des conditions effectives de financement de l'ACOSS, est calculé en rapportant, pour une année donnée, le total des intérêts payés par l'Agence au titre de cette même année au solde moyen de son compte net de frais financiers. Appliqué ensuite séparément au solde de trésorerie net d'intérêts de chacune des branches, il permet de déterminer le montant des charges financières à inscrire dans leurs comptes respectifs et de répartir au plus juste les intérêts créditeurs et débiteurs entre les branches. Pour 2012, le taux a été de 0,187 %¹, après 1,014 % en 2011².

L'écart entre le montant des charges financières ACOSS et la somme des charges financières ainsi calculées pour les 4 branches (3 M€ en 2012) tient à ce que le besoin de financement de l'ACOSS est affecté positivement par ses relations financières avec des organismes tiers, compte tenu notamment du délai qui peut exister, même de façon très limitée, entre le recouvrement et le reversement de certaines recettes.

En application de l'article R. 255-7 modifié³, ce solde positif est comptabilisé et ventilé au niveau de chaque branche du régime général en produits financiers sur la base des clés appliquées pour la répartition de la contribution des branches au fonds national de gestion administrative de l'ACOSS⁴ (cf. tableau 3).

**Tableau 3 - Résultat financier net des branches du régime général
(avant-après application de l'article R 255-7 – cf. encadré 2)**

Résultat financier net avant application article R.255-7	2011	2012
Assurance maladie	-71	-7
Accidents du travail	-19	-2
Allocations familiales	13	8
Assurance vieillesse	-93	-17
Total	-170	-18
Résultat financier net après application article R.255-7		
Assurance maladie	-56	-6
Accidents du travail	-18	-2
Allocations familiales	18	9
Assurance vieillesse	-86	-16
Total	-142	-15
Rappel: résultat financier de l'Acos	-142	-15

¹ Cf. arrêté du 18 mars 2013 fixant pour 2012 le taux d'intérêt moyen applicable aux soldes comptables journaliers des branches du régime général de sécurité sociale (sur une base 365 jours)

² Cf. arrêté du 19 mars 2012 fixant le taux d'intérêt moyen applicable aux soldes comptables journaliers des branches du régime général de sécurité sociale pour 2012 (sur une base 366 jours)

³ Décret n°2011-602 du 27 mai 2011 relatif aux modalités de comptabilisation des opérations financières de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de répartition de celles-ci.

⁴ Arrêté du 20 décembre 2001

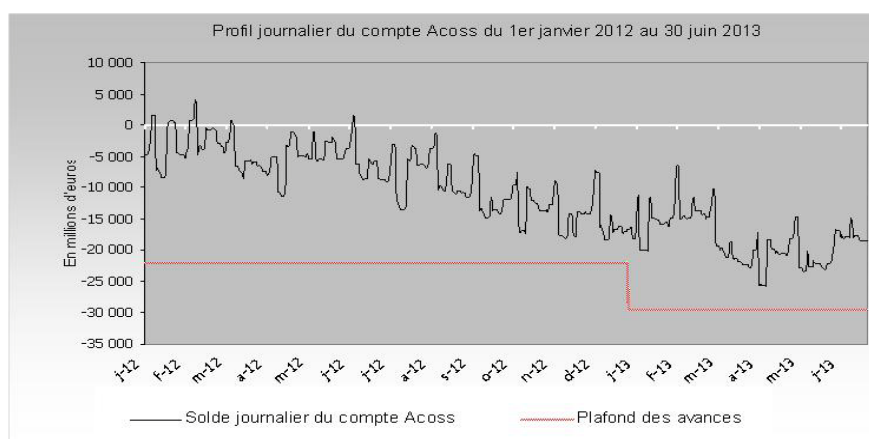
Le résultat financier de l'ACOSS serait de 35 M€ en 2013

Les besoins de trésorerie de l'ACOSS seront contenus sous l'effet de l'opération de reprise de dette CADES, positionnée en juin 2013 pour un montant de 7,7 Md€, et calée sur les déficits définitifs de la branche vieillesse et du FSV pour 2012 (cf. tableau 4).

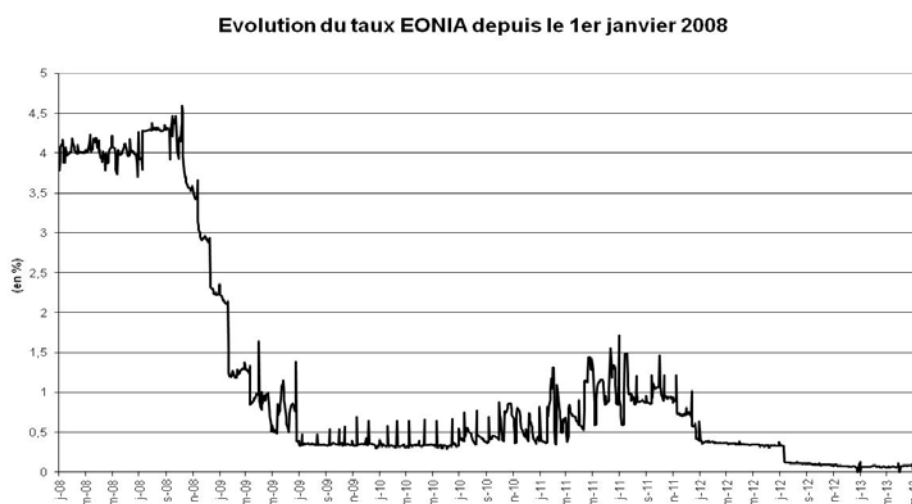
Toutefois, le profil de trésorerie de l'ACOSS se caractérise par un besoin de financement moyen en hausse qui s'établirait à - 21 Md€ sur l'année (contre - 8 Md€ en 2012), et un point bas à -27,8 Md€, en dessous du plafond de trésorerie fixé à 29,5 Md€ pour 2013. Ce plafond est en augmentation par rapport à 2011 mais tire pour la première fois les conséquences de la politique de gestion des risques financiers désormais mise en œuvre par l'ACOSS dans un contexte marqué par un recours proportionnellement plus important aux instruments de marché dans sa stratégie de financement, politique qui conduit notamment à l'immobilisation sur des comptes de secours¹ de sommes empruntées au-delà des besoins journaliers pour pallier d'éventuels incidents, ainsi qu'à des périodes de « surémission » particulièrement en amont des échéances du versement des pensions de retraite.

Le résultat financier atteindrait environ -35 M€ contre -18 M€ en 2012. Cette dégradation tiendrait compte des montants plus importants à financer, mais serait contenue grâce à un niveau très bas du taux EONIA (anticipé à 0,08% sur le reste de l'année 2013) dont l'impact est important dans une structure de financement où les instruments de marché représenteraient comme en 2012 plus de 60% du financement de l'ACOSS.

¹ Dont un compte à la CDC pour un montant de 500 M€ et un compte à la Banque de France pour 200 M€.



Source : P01-ACOSS.



Source : Banque de France /DSS

Tableau 4 – Versements de la CADES à l'ACOSS en 2013 au titre de la reprise de dette votée en LFSS pour 2011 (en Md€)

	CNAM	CNAV	CNAF	FSV	Total
Régularisation	-0,9	0,0	0,0	-0,3	-1,2
Déficits 2012		4,8		4,1	8,9
Versement de la CADES	-0,9	4,8	0,0	3,8	7,7

NB : Le décret à paraître en juin prévoit :

– un second ajustement des déficits de la CNAM et de la CNAF, en fonction des soldes définitifs 2011. Leur montant s'élève à 11,2 Md€, soit 0,9 Md€ de moins que la somme fixée par le décret du 7 mars 2012.

– la prise en compte des déficits définitifs 2011 de la branche vieillesse du régime général et du FSV. Le déficit 2011 de la CNAV s'établit à 6 Md€, comme prévu dans le décret du 7 mars 2012. En revanche une régularisation est prévue s'agissant du FSV dont le déficit s'établit à 3,4 Md€ en 2011 contre 3,7 Md€ transférés à titre prévisionnel, ce qui conduit à une régularisation de 0,3 Md€ au profit de la CADES.

Compte tenu des déficits définitifs 2012 de la branche vieillesse du régime général et du FSV, ainsi que des régularisations au titre de 2011, le montant de la reprise de dette CADES s'élève à 7,7 Md€.

10.4. Du résultat comptable à la variation de trésorerie

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 exclus les opérations de reprise de dettes (1994, 1996, 1998, 2004 à 2009, puis 2011 et 2012⁹⁹) et les transferts des excédents de la CNAV au FRR entre 1999 et 2005, la variation annuelle de trésorerie¹⁰⁰ reflète largement le résultat du régime général (voir graphique page suivante).

En 2012, le résultat en droits constatés du régime général (-13,3 Md€) s'établit au niveau prévu dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Il diffère de 5,3 Md€ de la variation de trésorerie sur le compte ACOSS (-18,6 Md€). Cet écart s'explique en premier lieu par un écart de champ. En effet, la variation de trésorerie du seul régime général s'établit à -17,8 Md€. La gestion par l'ACOSS du recouvrement de recettes et la gestion des dépenses au titre des tiers contribue, contrairement à 2011, à une dégradation de la variation de trésorerie globale en 2012 pour 0,7 Md€. Ce dernier montant peut se décomposer en deux parties : d'une part les URSSAF sont chargées du recouvrement de recettes pour des tiers (Unedic, RSI, FSV, CADES, CNSA...) avec des rétrocessions ajustées en fonction des informations mensuelles issues de la comptabilité des URSSAF. En 2012, l'écart entre les encaissements et les versements pour compte de tiers s'élève à -0,9 Md€, après +0,3 Md€ en 2011. D'autre part les organismes prestataires du régime général assurent la gestion de dépenses qui sont en partie ou en totalité prises en charge par l'État, les départements ou certains fonds (RSA, allocations logement, aide médicale d'État, fonds CMU...). En 2012, l'ACOSS a versé 0,2 Md€ de moins que les compensations reçues au titre de ces diverses prestations.

L'écart entre la variation de trésorerie du régime général et son résultat en droits constatés, soit -4,5 Md€, s'explique ensuite par différents éléments (cf. tableau 1) :

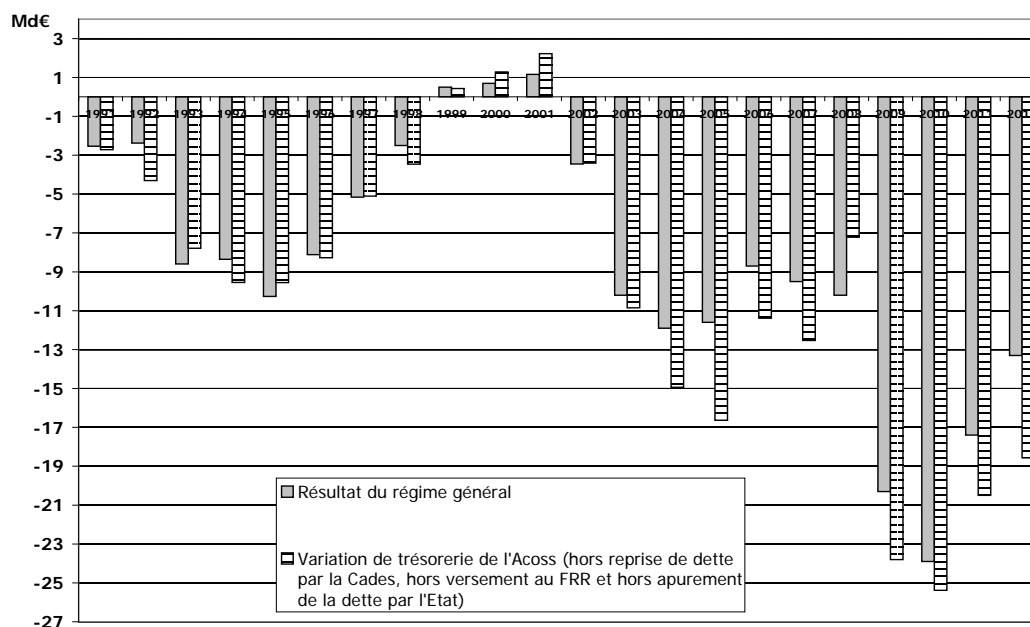
- comme en 2011, le FSV contribue très fortement à augmenter le déficit de trésorerie (-4,3 Md€) en retardant le versement des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage, ce qui accroît sa dette vis-à-vis du régime général. La prise en charge des cotisations des périodes de chômage par le FSV est en revanche comptabilisée comme produit par la branche vieillesse ;
- les montants globaux de crédits affectés en 2012 par l'État au titre de la compensation des exonérations (mesures emploi et heures supplémentaires) et des prestations à sa charge ont été égaux aux dépenses (respectivement - 0,2 Md€ et 0,2 Md€). En 2012, contrairement aux deux années précédentes, la créance de l'État au titre des mesures emploi diminuerait pour s'établir à 0,3 Md€ fin 2012 (contre 0,4 Md€ fin 2011) ;

⁹⁹ Conformément à ce qui a toujours été pratiqué, la reprise de la dette des branches maladie, famille et vieillesse et du FSV par la CADES, prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2011, s'est traduite par des versements qui ne sont pas comptabilisés dans son résultat comptable : l'ACOSS a reçu 6,6 Md€ en 2012.

¹⁰⁰ 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.

Solde du régime général et variation de trésorerie

(hors versement des excédents comptables passés, hors reprise de dette par la CADES et hors apurement de dettes de l'État)



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). Sont exclues les opérations de reprises de dettes de la CADES (1994, 1996, 1998, 2004 à 2009 puis 2011 et 2012) et les transferts des excédents de la CNAV au FRR entre 1999 et 2005.

Le passage entre résultat en droits constatés et variation de trésorerie de 2009 à 2012

		(en Md€)			
		2009	2010	2011	2012
Résultat du régime général en droits constatés	(1)	-20,3	-23,9	-17,4	-13,3
Corrections	(2)	-2,5	-1,8	-3,3	-4,5
Insuffisance FSV		-2,8	-4,6	-4,8	-4,3
Remboursement exonérations (Etat)		0,1	1,8	1,0	-0,2
Remboursements prestations (Etat)		-0,1	0,1	0,1	0,2
Décalages temporels "droits constatés - trésorerie"		0,1	-0,1	0,0	-0,3
Décalage sur les participations à certains fonds		0,2	0,4	0,3	-0,1
Autres éléments		0,0	0,5	0,1	0,2
Variation de trésorerie du régime général	(3)=(1)+(2)	-22,8	-25,7	-20,7	-17,8
Variation de trésorerie pour des tiers	(4)	-1,0	0,4	0,2	-0,7
Variation de trésorerie de l'Acoiss yc. apurement dette Etat et hors	(5)=(3)+(4)	-23,8	-25,4	-20,5	-18,6
Reprise de dette de la Cades	(6)	17,0	0,0	65,3	6,6
Variation de trésorerie de l'Acoiss yc. apurement dette Etat et reprise de dette Cades	(7)=(5)+(6)	-6,8	-25,4	44,8	-12,0

- contrairement à 2011, les décalages temporels entre les comptes en droits constatés et les données de trésorerie ne sont pas neutres, et ont dégradé la trésorerie de 0,3 Md€ en 2012. Deux effets se cumulent : en 2012, comme en 2011, les décalages sur les cotisations dans les Urssaf¹⁰¹ ont eu un effet négatif de - 0,9 Md€ sur la trésorerie car les encaissements de janvier 2013 sont supérieurs à ceux de janvier 2012, en raison notamment de l'effet des mesures prises par la LFR d'août 2012 (hausse du forfait social en particulier). Par ailleurs, les décalages liés aux prestations familiales et aux pensions de retraite (généralement versées le mois suivant le mois de comptabilisation) ont joué positivement pour 0,4 Md€¹⁰² et certaines opérations au siège de l'ACOSS ont contribué pour 0,3 Md€ ;
- 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 ; en 2012 les dotations ont été inférieures aux versements de 0,1 Md€, contrairement aux années précédentes ;
- 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, reprise de provisions exceptionnelles sur certaines prestations suite à ré-estimation) qui contribuent au résultat du régime général sans contrepartie en trésorerie ainsi que des effets de décalages de remboursement des prestations maladie.

¹⁰¹ 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 »

¹⁰² 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.

11. LES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DU REGIME GENERAL

11.1. Le FSV

Le creusement du déficit en 2012 ne se poursuivrait pas en 2013 sous l'effet de l'affectation de nouvelles recettes fiscales

Après s'être amélioré en 2011, le solde du FSV s'est dégradé de près de 0,7 Md€ en 2012 pour atteindre -4,1 Md€. Le déficit du fonds se réduirait en 2013 représentant 3,0 Md€.

Le creusement du déficit du FSV est principalement imputable en 2012 à la progression des prises en charge de cotisations qui ont sensiblement progressé cette année : la dégradation de la conjoncture économique a occasionné une montée du chômage et avec lui, la hausse des prises en charge de cotisations par le FSV à ce titre. Cet effet, conjugué à un moindre transfert de CSSS, expliquent la dégradation du solde en 2012. En 2013, les nouvelles recettes fiscales et le surcroît de CSSS contribueraient à améliorer le solde du fonds.

Les prises en charge de cotisations en progression rapide en 2012 et 2013

Les prises en charge de cotisations représentent 62% des charges nettes du fonds en 2012 avec 11,6 Md€ de cotisations.

Après une relative stabilité en 2011, les cotisations prises en charge au titre du chômage ont reflété la dégradation macroéconomique observée en 2012 : elles ont progressé rapidement (+8,9% par rapport à 2011) pour s'élever à 10,0 Md€ en 2012, sous l'effet de l'augmentation des effectifs de chômeurs (+5,1%) et de la hausse de la cotisation forfaitaire (+3,4%)¹. Par conséquent, l'augmentation des charges nettes est en partie imputable (pour 4,5 points) à la progression de ces prises en charge en 2012. En 2013, l'évolution des dépenses nettes du fonds resterait étroitement liée à celles des prises en charge de cotisations au titre des périodes de chômage. Celles-ci poursuivraient leur forte progression (+8,5%) : l'augmentation du nombre de chômeurs pris en compte (+6,2%, soit 219 000 chômeurs supplémentaires par rapport à 2012) conjuguée à la hausse de la cotisation forfaitaire (+2,3%) porteraient à 11,1 Md€ les cotisations prises en charge au titre du chômage.

Le périmètre des prises en charge du FSV a été élargi depuis le 1^{er} juillet 2010 à des cotisations vieillesse au titre des périodes de maladie, d'invalidité et AT-MP au bénéfice du régime général et des régimes alignés. En progressant à un rythme de 5,3% en 2012, ces prises en charge ont contribué pour 0,4 point à la croissance des dépenses nettes en 2012. En 2013, leur relative stabilité contribuerait au ralentissement des charges nettes.

Le dynamisme des prises en charge de prestations observé en 2012 ne se poursuivait pas en 2013

Les prises en charge de prestations ont représenté 37% du total des dépenses nettes du fonds en 2012 avec 7,0 Md€ (contre 6,5 Md€ en 2012).

Depuis 2011, les majorations de pensions de retraite versées aux parents ayant élevé au moins trois enfants sont intégralement prises en charge par la CNAF et ne pèsent donc plus sur le solde du fonds.

Les prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse sont structurellement peu dynamiques en raison d'une baisse tendancielle des effectifs de bénéficiaires due à l'amélioration du niveau des pensions contributives. Cependant, elles ont progressé à un rythme de 2,2% en 2012, portées par une revalorisation de 4,7% en moyenne annuelle afin de mettre en œuvre la revalorisation de 25% du minimum vieillesse versé aux personnes

¹ L'évolution de la cotisation forfaitaire est donnée par la hausse du SMIC en moyenne annuelle. En 2012, elle progresse de 3,40%, compte tenu des augmentations successives du SMIC (+ 2,10% au 1^{er} décembre 2011, +0,35% au 1^{er} janvier 2012 et +2,0% au 1^{er} juillet 2012) et de la hausse de 0,2 point du taux de cotisations au 1^{er} novembre 2012 dans le cadre du décret du 2 juillet 2012. En 2013, avec une revalorisation de 0,30% du SMIC au 1^{er} janvier 2013 et la hausse de 0,2 point du taux de cotisations jouant en année pleine, la cotisation forfaitaire progresserait de 2,32%.

Encadré 1 – Le fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Le fonds de solidarité vieillesse est un établissement public de l'État à caractère administratif 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.

Les charges du FSV sont principalement :

- des prises en charge des cotisations au titre de périodes validées gratuitement par les régimes de base d'assurance vieillesse (chômage, service national légal, maladie à compter du 1^{er} juillet 2010), ainsi que, depuis 2001, des cotisations de retraite complémentaire (ARRCO et AGIRC) au titre des périodes de préretraite et de chômage indemnisées par l'État ;
- des prises en charge de prestations au titre du minimum vieillesse, des majorations de pension pour enfants et conjoint à charge et du minimum contributif à compter de 2011 (cf. encadré 2).

Les produits du fonds sont constitués :

- d'une fraction du produit de la CSG (0,85 point depuis 2009, 1,05 point précédemment), d'une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés, ainsi que d'une partie du produit du prélèvement social sur les revenus du capital (0,4 point jusqu'en 2008, 0,1 point depuis 2009) ;
- d'un transfert de la CNAF vers le FSV au titre des majorations de pensions pour enfants à charge (fixé à 60% des charges depuis 2003, ce taux a été porté à 70% en 2009, 85% en 2010, puis 100% à compter de 2011 conformément à la LFSS pour 2009) ;
- de la contribution sur les régimes de retraite à prestations définies relevant de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale (retraites « chapeau ») ;
- de nouvelles recettes en 2011 compensant les prises en charge de prestations au titre du minimum contributif (cf. encadré 2).

Encadré 2 – L'impact de la réforme des retraites sur les recettes du FSV

La réforme des retraites de 2010 a modifié le périmètre des prises en charge du FSV, en lui transférant une partie de la prise en charge du minimum contributif jusqu'alors assumée par la CNAV. Le minimum contributif étant un dispositif de solidarité, il a paru justifié de le faire entrer dans le périmètre des missions du FSV. En contrepartie de ces nouvelles charges, le FSV bénéficie directement ou indirectement de toutes les mesures de financement retenues dans le cadre de la réforme. Il perçoit tout d'abord une fraction de la taxe sur les salaires (16,7%) qui faisait jusqu'alors partie du panier de recettes fiscales compensant les allègements généraux de cotisations dont le coût a été réduit par l'annualisation du mode de calcul de cette exonération.

En outre, le FSV reçoit désormais la CSSS additionnelle et une partie du forfait social, taxes qui étaient auparavant affectées à la CNAM.

Par ailleurs, de nouvelles dispositions relatives à l'assujettissement des retraites « chapeau » permettront d'augmenter le rendement de ces prélèvements au profit du FSV.

Enfin, le FSV bénéficie à compter de 2011 d'une fraction de la redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS) auparavant destinée au FRR.

Ces nouvelles recettes équilibrent en prévision les prises en charge au titre du minimum contributif en 2011 et 2012.

Par ailleurs, le FSV bénéficie à compter de 2011 de recettes anciennement affectées au FRR : licence UMTS et contribution des employeurs au PERCO.

seules entre 2007 et 2012. En 2013, en l'absence de cette revalorisation exceptionnelle, les prises en charge au titre du minimum vieillesse se réduiraient pour atteindre 3,0 Md€.

Le FSV finance depuis 2011 une partie des dépenses versées au titre du minimum contributif (cf. encadré 2). La LFSS pour 2012 a défini le montant de prestations prises en charge par le fonds : celles-ci ont représenté 3,4 Md€ en 2012 (contre 3,0 Md€ en 2011), soit une progression de 11,4%, soutenant pour 2,3 points la croissance des dépenses du FSV en 2012. Leur stabilité en 2013 favoriserait le ralentissement des charges.

Après avoir ralenti en 2012, les recettes du fonds rebondiraient en 2013

La CSG (nette des provisions et pertes sur créances irrécouvrables) a représenté 68% des recettes nettes du fonds en 2012. Elle a crû de 4,4% en 2012 et contribué pour 3 points à la progression des produits nets du fonds. En 2013, cette recette progresserait de 5,0%, notamment sous l'effet de l'augmentation de 0,036 point du taux de CSG affecté au FSV. En effet, la LFSS pour 2013 a créé une contribution additionnelle de solidarité et d'autonomie sur les pensions de retraite dédiée à la couverture des dépenses de la CNSA liées à la dépendance ; il a toutefois été décidé d'affecter en 2013 le rendement de cette contribution au FSV. Une modification temporaire des taux de CSG du FSV et de la CNSA a été mis en place sur l'exercice 2013 pour réaliser ce transfert de recettes dont le rendement est estimé à 450 M€.

Par ailleurs, la hausse du besoin de financement du RSI en 2012, dont les branches vieillesse et maladie sont équilibrées par de la CSSS, s'est traduite par un moindre transfert reçu par le fonds. Le montant de CSSS nette affecté au FSV s'est en effet réduit de moitié entre 2011 et 2012, s'élevant à 308 M€. En 2013, les mesures en faveur des travailleurs indépendants décidées en LFSS pour 2013¹ réduiraient le besoin de financement du RSI et se traduiraient *in fine* par un surcroît de 400 M€ de CSSS reçu par le FSV en 2013.

Enfin, les nouvelles affectations de recettes fiscales mises en place en 2011 dans le cadre de la réforme des retraites de 2010 (cf. encadré 2) ont permis d'atténuer la dégradation du déficit en 2012. Ces recettes ont augmenté de 700 M€ par rapport à 2011, suite aux mesures décidées en LFR d'août 2012 qui majorent les recettes issues du forfait social (pour 0,3 Md€). En 2013, le plein effet de ces mesures représenterait un surcroît de recettes de près de 1,2 Md€. Au total, ces recettes s'élèveraient à 5,1 Md€ en 2013 (soit une progression de 21,0%), contribuant pour 6,0 points à la progression des produits nets du fonds.

Les écarts à la LFSS

Le déficit du FSV s'est élevé en 2012 à 4,1 Md€, en très légère dégradation par rapport à la prévision faite en LFSS pour 2013 (pour -71 M€). La révision à la hausse des prises en charge de cotisations (271 M€) n'a été que partiellement compensée par le surcroît de CSSS reçu par le fonds (121 M€) et l'augmentation de ces recettes fiscales (74 M€). En 2013, le solde serait dégradé de 514 M€ par rapport à la LFSS, s'élevant à -3,0 Md€. La hausse des prises en charge de cotisations chômage (-545 M€) et la baisse des recettes de CSG sur revenus d'activité (-123 M€), reflets de la dégradation des hypothèses macroéconomiques, ne seraient que partiellement compensées par la révision à la baisse des prestations versées au titre du minimum vieillesse (183 M€) et le surcroît de CSSS reçu par le fonds (82 M€).

	En M€	
	2012	2013
Solde LFSS 2013	-4 066	-2 511
Ajustements sur les charges	-232	-299
Prise en charge de cotisations	-271	-545
Prise en charge de prestations : MV	71	183
Prise en charge de prestations : majorations	3	4
Autres charges nettes	-36	58
Ajustements sur les produits	161	-215
CSG activité	-4	-123
CSSS	121	82
Autres ITAF et contributions	74	-127
Produits financiers nets	6	0
Autres	-36	-46
Solde technique	-4 138	-3 025
Ecart	-71	-514

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

¹ Le rendement de ces mesures est estimée à 640 M€.

Tableau 1 - Les comptes du FSV

	2010	2 011	%	2012	%	2013	%
CHARGES NETTES	13 846,0	17 496,3	26,4	18 851,1	7,7	19 581,9	3,9
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	13 826,94	17 495,25	26,5	18 850,15	7,7	19 580,94	3,9
II - CHARGES TECHNIQUES	13 727,26	17 377,36	26,6	18 693,40	7,6	19 512,25	4,4
Transferts des régimes de base avec les fonds	13 301,67	17 106,17	28,6	18 454,37	7,9	19 252,51	4,3
Prises en charge de cotisations	9 670,80	10 515,68	8,7	11 403,38	8,4	12 254,32	7,5
Au titre du service national	22,77	22,97	0,9	23,93	4,2	23,93	0,0
Au titre du chômage	9 019,58	9 188,93	1,9	10 006,39	8,9	10 855,27	8,5
Au titre de la maladie	628,45	1 303,77	++	1 373,07	5,3	1 375,13	0,1
Prises en charge de prestations	3 630,87	6 590,49	++	7 050,98	7,0	6 998,19	-0,7
Au titre du minimum vieillesse	2 931,40	3 030,44	3,4	3 096,99	2,2	3 048,11	-1,6
Au titre des majorations de pensions	699,47	60,05	--	53,99	-10,1	50,08	-7,2
Majoration pour enfants (nets du transfert CNAF)	635,27	0,00	--	0,00	--	0,00	2,8
Majoration pour conjoint à charge	64,20	60,05	-6,5	53,99	-10,1	50,08	-7,2
Au titre du minimum contributif	0,00	3 500,00	--	3 900,00	11,4	3 900,00	0,0
Transferts avec les régimes complémentaires	425,59	271,20	-36,3	239,04	-11,9	259,75	8,7
Au titre du chômage (FSV)	425,59	271,20	-36,3	239,04	-11,9	259,75	8,7
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES NETTES	99,68	115,66	16,0	156,11	35,0	68,69	--
Autres charges techniques	99,75	115,66	16,0	120,95	4,6	68,69	-43,2
Frais de gestion et remises	99,65	115,66	16,1	120,95	4,6	68,69	-43,2
Autres (y compris les soins urgents)	0,10	0,00	--	0,00	--	0,00	--
Dotations nettes aux provisions pour autres charges techniques	-0,07	0,00	--	35,16	--	0,00	--
V - CHARGES FINANCIÈRES	0,01	2,22	++	0,64	--	0,00	--
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	1,03	0,99	-3,8	0,98	-1,0	0,99	1,2
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	18,07	0,02	--	0,00	--	0,00	--
PRODUITS NETS	9 776,2	14 046,7	43,7	14 713,4	4,7	16 556,6	12,5
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	9 774,36	14 044,80	43,7	14 711,01	4,7	16 556,60	12,5
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	9 774,18	14 022,56	43,5	14 704,58	4,9	16 556,34	12,6
Cotisations prises en charge par l'État	1,63	-0,99	--	0,04	--	0,04	0,0
Contributions, impôts et taxes	9 772,55	14 023,55	43,5	14 704,53	4,9	16 556,29	12,6
CSG et autres contributions	9 472,55	10 309,52	8,8	11 355,66	10,1	12 686,73	11,7
CSG nette	9 280,38	9 630,81	3,8	10 055,35	4,4	10 561,94	5,0
CSG	9 384,27	9 669,94	3,0	10 137,76	4,8	10 659,31	5,1
reprises nettes et ANV CSG	-103,89	-39,13	--	-82,41	++	-97,36	18,2
Contributions sociales diverses	192,17	678,71	++	1 300,30	++	2 124,79	++
Forfait social	0,00	458,02	--	935,60	++	1 785,50	++
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	95,04	95,34	0,3	223,77	++	208,19	-7,0
sur avantages de retraite (L. 137-5, L. 137-12 du CSS)	93,65	5,75	--	6,58	14,5	6,11	-7,1
sur avantages de préretraite (L. 137-10 du CSS et pénalités)	1,39	-0,14	--	-0,04	--	0,00	--
sur retraite chapeau (L. 137-11, L. 137-11-1 du CSS)	0,00	89,73	--	217,24	++	202,08	-7,0
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	41,56	48,26	16,1	52,68	9,1	52,90	0,4
Prélèvement social sur les revenus des placements	55,57	67,29	21,1	77,38	15,0	68,40	-11,6
Autres cotisations et contributions sociales diverses	0,00	9,80	--	10,88	11,0	9,80	-9,9
Impôts et taxes	300,00	3 714,03	++	3 348,87	-9,8	3 869,56	15,5
C.S.S.S. nette	300,00	617,44	++	308,16	--	704,84	++
C.S.S.S.	300,00	972,88	++	354,90	--	751,57	++
reprises nettes et ANV	0,00	-355,44	--	-46,74	--	-46,74	0,0
Contribution additionnelle à la CSSS nette	0,00	1 001,07	--	1 040,45	3,9	1 060,17	1,9
Contribution additionnelle à la CSSS (art. L. 245-13 du CSS)	0,00	1 046,48	--	1 040,45	-0,6	1 060,17	1,9
reprises nettes et ANV	0,00	-45,4	--	--	--	--	--
Redevance au titre de l'utilisation des fréquences (licence UMTS)	0,00	137,69	--	-18,41	--	57,00	--
Taxe sur les salaires	0,00	1 957,82	--	2 018,67	3,1	2 047,55	1,4
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	0,11	0,04	--	0,26	++	0,26	0,0
V - PRODUITS FINANCIERS	0,07	22,20	++	6,18	--	0,00	--
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,14	0,04	--	0,02	-49,1	0,02	1,2
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	1,72	1,88	9,4	2,41	28,3	0,00	--
Sur opération de gestion courante	0,00	0,01	++	0,01	++	0,00	--
Sur opérations de gestion technique	1,72	1,86	8,2	2,40	29,0	0,00	--
Sur autres opérations	0,00	0,01	--	0,00	--	0,00	--
Résultat net	-4 069,81	-3 449,5	+	-4 137,7	-	-3 025,3	+

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

Tableau 2 – Contribution des facteurs à l'évolution des charges et des produits nets

FSV	2011	2012	2013
Charges nettes	26,4	7,7	3,9
PEC cotisations chômage	0,1	4,5	4,6
Autres PEC de cotisations	4,9	0,4	0,0
PEC du minimum vieillesse	0,7	0,4	-0,3
PEC des majorations de pensions (net du transfert de la CNAF)	-4,6	0,0	0,0
Pec du minimum contributif	25,3	2,3	0,0
Autres charges nettes	0,0	0,2	-0,5
Produits nets	43,7	4,7	12,5
CSG nette	3,6	3,0	3,4
C.S.S.S. nette	3,2	-2,2	2,7
Contribution sur avantages de retraite et de préretraite (hors retraites chapeau)	-0,9	0,0	0,0
Prélèvement social sur les revenus du capital	0,2	0,1	-0,1
Licence UMTS et sommes en désérence	1,5	-1,1	0,5
Recettes loi retraite	35,9	5,0	6,0
dont forfait social	4,7	3,4	5,8
dont contribution sur retraite chapeau	0,9	0,9	-0,1
dont contribution additionnelle sur la CSSS nette	10,2	0,3	0,1
dont taxe sur les salaires	20,0	0,4	0,2
Autres produits nets	0,2	-0,1	-0,1

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

11.2. Le FRR

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, afin de gérer les réserves financières destinées à soutenir les régimes de retraite à l'horizon 2020.

Dans le contexte du transfert à la CADES, dans la limite globale de 62 Md€, des déficits de la CNAV et du FSV sur la période 2011-2018, la LFSS pour 2011 a prévu la mobilisation du fonds : d'une part, le produit de 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital a été réaffecté à la CADES à compter de 2011 ; d'autre part, le FRR effectue des versements annuels – depuis 2011 et jusqu'en 2024¹ – à hauteur de 2,1 Md€ au titre de la réalisation progressive de ses actifs.

En outre, et ce depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le FRR a pour mission de gérer pour le compte de la CNAV, jusqu'en 2020, 40 % de la soulte versée au régime général par la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) en contrepartie de son adossement.

Au 31 décembre 2012, la valeur des actifs du FRR était de 36,6 Md€

Au 31 décembre 2012, après le deuxième décaissement de 2,1 Md€ intervenu en faveur de la CADES, la valeur de marché des actifs du FRR s'établit à 36,6 Md€, dont 3,87 Md€ correspondent à la soulte des industries électriques et gazières. La valeur des actifs du fonds était de 35,1 Md€ un an auparavant (cf. tableau 1). Cette hausse de l'actif net du fonds s'explique par la performance des actifs de couverture et de performance. L'augmentation de l'actif net corrigée du décaissement s'élève à 3,7 Md€ en 2012.

Le ratio de financement du FRR, qui est calculé en rapportant la valeur de marché de ses actifs à la valeur actualisée de son passif et traduit la capacité du fonds à honorer ses engagements vis-à-vis de la CADES² et de la CNAV au titre de la soulte IEG, s'établit à 135,4 % au 31 décembre 2012. L'actif net du FRR permettrait ainsi de payer 1,35 fois le passif.

Pour l'année 2012, la performance du FRR atteint 10,5%

Pour répondre à ses engagements vis-à-vis de la CADES, le fonds a mis en œuvre, depuis décembre 2010, une politique d'investissement fondée sur une nouvelle allocation stratégique. Le portefeuille est structuré en une poche dite « de couverture », composée d'actifs obligataires, organisant un adossement partiel au passif, et une poche dite « de performance » regroupant des actifs diversifiés visant un surcroît de rendement.

Le portefeuille au 31 décembre 2012 se compose, pour 41,4%, d'actifs de performance, dont plus de la moitié sont des actions, et pour 58,6%, d'actifs obligataires de couverture, dont près de 70 % sont des titres d'émetteurs souverains.

L'importance de la poche de couverture se confirme cette année avec une performance qui s'établit à 10,1% (contre 4,5% en 2011), en raison de la recherche en 2012 par les investisseurs comme en 2011 – dans un contexte d'aversion au risque – de placements de qualité. Par ailleurs, la performance en forte hausse à 12,7% de la poche de performance, contre une performance négative de -5,9% en 2011, a permis au FRR d'enregistrer une performance globale positive de 10,5% sur l'année, contre 0,4% l'année dernière.

Dans ces conditions, la performance globale en moyenne annuelle du fonds depuis sa création s'élève à 3,5%, en hausse par rapport à celle constatée à fin 2011 (2,6%).

Le résultat financier du FRR s'établit à environ 1,35 Md€ en 2012

En 2012, le FRR a dégagé un résultat financier de 1 349 M€, après 369 M€ en 2011 (cf. tableau 2).

¹ La date de ce dernier versement excède dorénavant l'horizon d'extinction de la CADES, prévu en 2023.

² Compte tenu du 2^{es} versement intervenu en 2012, le passif est constitué des 12 flux annuels restants de 2,1 Md€ chacun.

Cette hausse est principalement due au résultat positif sur les cessions des valeurs mobilières qui explique 80% de la performance de l'actif du FRR en 2012. En effet, à l'inverse de l'année 2011 où le renouvellement, en application du code des marchés publics, de 12 mandats de gestion arrivés à échéance, avait conduit à une moins-value de 379 M€ sur la vente de titres mobiliers, la vente de titres a donné lieu, en 2012, à des plus-values de 922 M€.

Les opérations de change, qui permettent au FRR, conformément aux dispositions de son allocation stratégique, de couvrir au moins 90 % de son portefeuille libellé en devises contre le risque de dépréciation, ont dégagé cette année encore une perte de 311 M€ du fait de la tendance à la dépréciation de l'euro face aux devises étrangères.

Les revenus de valeurs mobilières de placement sont, pour leur part, positifs même s'ils ont enregistré une légère baisse des gains à 878 M€ en 2012 (contre 938 M€ en 2011).

Enfin, les instruments financiers à terme du FRR ont également enregistré des gains en légère baisse pour un montant de 64 M€, contre 71 M€ en 2011. Ce type de produits apporte au fonds la souplesse nécessaire à la gestion de court terme de ses actifs, en lui permettant d'ajuster les parts respectives des grandes catégories d'actifs (actions, obligations) plus rapidement qu'en modifiant les portefeuilles physiques. En 2012, ces instruments ont été mobilisés afin d'ajuster le portefeuille en fonction des fluctuations des marchés résultant des incertitudes affectant la zone euro.

Tableau 1 – Valeur de marché de l'actif du FRR au 31 décembre et performance annuelle des placements

	2010	2011	2012
Actifs du FRR au 31/12	37,0 Md€	35,1 Md€	36,6 Md€
dont soulté IEG	3,5 Md€	3,5 Md€	3,8 Md€
Performance annuelle des placements	4,2 %	0,37 %	10,5%

Source : DSS / FRR

Tableau 2 – Résultat du FRR depuis 2010

En M€	2010	2011	2012
Résultat de l'exercice	603	321	1 271
Résultat financier	662	369	1 349
dont cessions de valeurs mobilières	774	-379	922
Gains	1 994	1360	1242
Pertes	-1 219	-1739	-320
dont revenus de valeurs mobilières	842	938	878
dont change	-753	-229	-311
Gains	902	893	429
Pertes	-1 655	-1122	-740
dont instruments financiers	-74	70,5	64
Gains	512	594,6	582
Pertes	-586	-524,1	-517
dont solde sur autres opérations financières	-126,5	-30,8	-204,7
Frais de fonctionnement	-59	-52	-78
dont commissions de gestion	-29	-30	-55
Résultat exceptionnel		4	0

Source : DSS / FRR

NB : Le résultat présenté ci-dessus ne prend en compte que les gains et pertes effectivement réalisés sur les cessions de titres. Il n'intègre donc pas les plus ou moins values latentes.

11.3. La CNSA

Malgré une sous-consommation de l'objectif global des dépenses (OGD) en 2012, la CNSA a été déficitaire

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA, cf. encadré 1) a été déficitaire en 2012 à hauteur de 22 M€. Au sein des produits et charges nets, les transferts entre la CNSA et les régimes d'assurance maladie sont déterminants.

Les **charges nettes** se sont montées à 20,2 Md€, en hausse de 5,1 % par rapport à 2011. Les versements aux régimes d'assurance maladie au titre des prestations relatives aux établissements et services médico-sociaux représentent 17,5 Md€, soit 87 % des charges nettes. Ces dépenses sont financées en majorité (94%) par les régimes d'assurance maladie, qui ont versé près de 16,5 Md€ au titre de l'ONDAM médico-social (cf. encadré 2). Le complément, soit 966 M€, est financé par les ressources propres de la CNSA. Les dépenses ont été inférieures de 172 M€ à celles qui avaient été fixées dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD)¹⁰⁷ d'un montant de 17,6 Md€. Cet écart entre les crédits délégués à la CNSA et les dépenses effectivement réalisées provient d'une sous-consommation sur le secteur des personnes âgées (-189 M€), et d'une sur-consommation sur celui des personnes handicapées (+16 M€).

Le financement par la CNSA des plans d'aide à l'investissement des établissements (101,7 M€) a fortement progressé par rapport à 2011. Les concours aux départements au titre des dépenses d'APA et de PCH, et du fonctionnement des MDPH ont crû de 1,8%, s'établissant à 2,3 Md€. Ces concours se répartissent comme suit : 73% ont été versés au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 1,7 Md€ et 545 M€ l'ont été pour la prestation de compensation du handicap (PCH) et 60 M€ pour le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

L'année 2012 a été marquée par le financement de 123 maisons pour l'accueil et l'intégration des maladies Alzheimer (MAIA) dont 88 nouvelles pour un montant de 27,6 M€. Ce financement rentre dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012.

Les produits nets de la CNSA se sont élevés à 20,1 Md€ en 2012, en hausse de 3,8% par rapport à 2011. La recette principale de la CNSA (82% des produits nets) est constituée de la contribution des régimes d'assurance maladie, qui correspond à l'ONDAM médico-social voté en LFSS. Hormis cette contribution, la CNSA dispose aussi de recettes propres, à savoir la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et un prélèvement de 0,1 point de CSG. La CSA nette¹⁰⁸ perçue en 2012 a atteint 2,4 Md€, soit une progression de 2,2% par rapport à 2011, et la CSG nette a augmenté de 2,6% pour s'établir à 1,2 Md€.

¹⁰⁷ 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 (cf. encadré 1).

¹⁰⁸ Montant brut diminué des atténuations de recettes.

Encadré 1 : Présentation générale de la CNSA

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. La CNSA répartit également des concours financiers nationaux entre les départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) et finance une majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour les familles monoparentales. Elle assure aussi un rôle d'expertise sur les questions liées à l'évaluation et à la prise en charge de la perte d'autonomie et anime, avec les conseils généraux qui en ont la responsabilité, le réseau des maisons départementales des personnes handicapées.

Depuis 2006, l'ensemble des dépenses médico-sociales est intégré dans les comptes de la CNSA via des dotations ONDAM de la sécurité sociale¹⁰⁹ : chaque année est arrêté un objectif global de dépenses (OGD) délégué à la CNSA. Il est financé par le montant d'ONDAM transféré de l'assurance maladie et par l'apport propre de la CNSA.

Encadré 2 - 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 dit « objectif global de dépenses » (OGD). Cet objectif est fixé chaque année par arrêté ministériel, et son montant 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. Ce montant peut s'écarter de celui des sous-objectifs relatifs aux dépenses pour personnes âgées et pour personnes handicapées voté dans la loi de financement : des opérations dites de « fongibilité » intervenant après le vote de la LFSS conduisent en effet à prendre en compte des transferts de dépenses internes à l'ONDAM liés à des changements de statut de certaines structures. Par exemple, des établissements de santé se transformant en EHPAD conduisent à revoir à la hausse le besoin de financement pour les personnes âgées tandis que les dépenses hospitalières sont minorées d'autant ;

2° une part (52%) 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.

¹⁰⁹ A l'exception de quelques structures relatives notamment à l'addictologie qui n'entrent pas dans le champ de la CNSA.

En 2013, la CNSA présenterait un solde déficitaire de 230 M€, mais son résultat cumulé demeurerait positif

La prévision du solde 2013 de la CNSA est établie sous l'hypothèse d'un respect¹¹⁰ de l'objectif de dépenses médico-sociales (OGD).

En 2013, les **charges nettes** de la CNSA augmenteraient de 4,4% par rapport à 2012. La prévision de l'OGD est fixée à 18,3 Md€, et la composante financée par l'ONDAM médico-social représenterait 17,1 Md€. L'apport de la CNSA s'élèverait ainsi à 1,1 Md€.

La CNSA financerait les plans d'aide à l'investissement à hauteur de 189 M€. Les concours aux départements dédiés essentiellement aux dépenses d'APA et PCH devraient s'accroître de 2,4%, plus rapidement que l'évolution des recettes propres de la CNSA (1,5%). Toujours dans le cadre du plan Alzheimer, la CNSA continuerait à financer, à hauteur de 46,6 M€, 173 maisons pour accueil et l'intégration des maladies Alzheimer (MAIA).

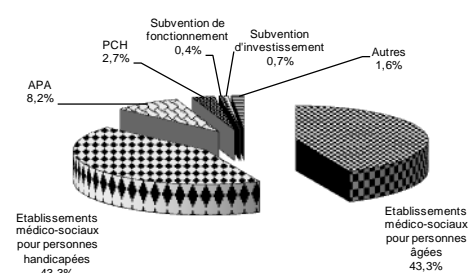
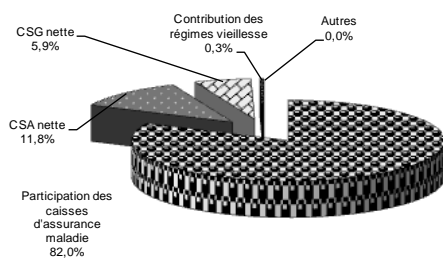
Les **produits nets** de la CNSA augmenteraient de 3,4% en 2013. La participation des caisses d'assurance maladie connaîtrait une progression de 3,9%, atteignant un montant de 17,1 Md€. Les recettes propres de la CNSA s'élèveraient à 3,6 Md€, soit une hausse de 1,5%, une évolution plus faible que celle de 2012 (+2,8%). Le produit de la CSG dont bénéficie la CNSA enregistrerait exceptionnellement sur 2013 une contraction de 34,5%, qui a sa contrepartie dans l'inscription d'un produit de 450 M€ au titre de la nouvelle contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, assise sur les revenus de remplacement¹¹¹.

Sous ces hypothèses, le solde comptable de la CNSA serait déficitaire de 230 M€, mais le résultat cumulé resterait positif pour s'établir à 218 M€.

¹¹⁰ La prévision présentée reprend les charges prévues lors du conseil du 23 avril 2013. Les produits de CSA et CSG prennent en revanche en compte les dernières hypothèses macro-économiques et peuvent donc s'écarter légèrement des montants inscrits dans les derniers budgets actualisé et prévisionnel de la CNSA.

¹¹¹ Cette nouvelle recette est destinée à financer les dépenses de la CNSA liées à la dépendance, mais cette recette est exceptionnellement transférée en 2013 au FSV, via une minoration de 0,036 point de la fraction de CSG dont bénéficie la CNSA au profit du FSV.

Répartition des produits et charges nets de la CNSA en 2012



Charges et produits nets de la CNSA

En millions d'euros

CNSA	2010	2011	%	2012	%	2013 (p)	%
Charges nettes	18 800,0	19 173,4	2,0	20 155,0	5,1	21 048,6	4,4
Charges techniques nettes	18 711,8	19 159,3	2,4	19 945,4	4,1	20 956,7	5,1
Prestations extralégales nettes	206,4	110,4	-46,5	184,4	67,1	332,5	80,3
Subvention fonctionnement nette	76,2	81,7	7,2	82,7	1,2	143,6	73,6
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	60,9	63,1	3,6	47,2	-25,2	72,1	52,9
Plan ALZHEIMER (financement des MAIA)	6,9	12,6	84,1	27,6	++	46,6	69,2
Subvention d'investissement nette	130,2	28,7	-78,0	101,7	++	189,0	85,8
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes âgées*	100,4	30,1	-70,0	66,4	++	122,5	84,4
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes handicapées*	29,8	-1,4	--	35,3	--	66,5	88,3
Transferts entre organismes	16 366,3	16 785,4	2,6	17 455,5	4,0	18 261,9	4,6
Prise en charge de prestations par la CNSA (OGD)	16 354,7	16 779,3	2,6	17 455,4	4,0	18 261,4	4,6
OGD - Personnes âgées	7 953,5	8 301,5	4,4	8 736,0	5,2	9 260,5	6,0
Financement CNSA	783,1	714,5	-8,8	691,0	-3,3	872,0	26,2
Financement ONDAM	7 170,4	7 587,0	5,8	8 045,0	6,0	8 388,5	4,3
OGD - Personnes handicapées	8 401,2	8 477,8	0,9	8 719,3	2,8	9 000,9	3,2
Financement CNSA	454,1	225,8	-50,3	275,3	21,9	265,0	-3,7
Financement ONDAM	7 947,1	8 252,0	3,8	8 444,0	2,3	8 735,9	3,5
Autres prises en charge (AEEH et allocation de soutien familial)	11,6	6,1	-46,8	0,2	-97,0	0,5	++
Subventions nettes aux fonds et organismes	2 124,8	2 248,9	5,8	2 290,3	1,8	2 346,5	2,5
Concours versés aux départements	2 098,1	2 221,3	5,9	2 261,1	1,8	2 315,8	2,4
APA	1 536,2	1 632,1	6,2	1 656,4	1,5	1 697,5	2,5
PCH	501,9	529,3	5,5	545,0	3,0	558,3	2,4
MDPH	60,0	59,9	-0,2	59,8	-0,1	60,0	0,3
Autres financements (GEM, ANESM, ANAP, ATIH)	26,7	27,7	3,8	29,1	5,2	30,7	5,6
Frais de gestion sur les recouvrements	14,3	14,6	1,9	15,2	4,4	15,8	3,6
Charges de gestion courante	13,3	14,0	5,9	14,5	3,5	16,9	16,5
Personnel	7,9	7,9	0,0	9,0	13,7	9,8	8,9
Fonctionnement	5,4	6,1	14,6	5,5	-9,5	7,1	28,8
Charges exceptionnelles	75,0	0,0	--	195,0	-	75,0	-61,5
Produits nets	18 508,4	19 396,6	4,8	20 133,2	3,8	20 818,2	3,4
Cotisation, impôts et produits affectés nets	3 314,0	3 464,1	4,5	3 545,4	2,3	3 597,3	1,5
CSA nette	2 214,7	2 314,1	4,5	2 366,1	2,2	2 380,2	0,6
CSA brute	2 239,0	2 333,5	4,2	2 389,2	2,4	2 403,3	0,6
Atténuation de recettes	24,3	19,4	-20,1	23,1	19,1	23,1	0,2
CSG nette	1 099,3	1 149,9	4,6	1 179,3	2,6	772,8	-34,5
CSG brute	1 121,6	1 156,6	3,1	1 189,5	2,8	782,6	-34,2
Atténuation de recettes	22,3	6,6	--	10,2	54,0	9,8	-3,7
CASA nette						444,3	
CASA Brute						450,0	
Atténuation de recettes						5,7	
Dotation ONDAM	15 117,5	15 839,0	4,8	16 489,0	4,1	17 124,4	3,9
Contribution des régimes Vieillesse	66,6	67,6	1,5	68,7	1,7	70,0	1,8
Contribution de l'Etat au fonds d'aide à domicile	-	-	-	25,0	-	25,0	0,0
Produits financiers	9,8	10,8	10,6	3,6	-66,8	1,6	-55,4
Produits exceptionnels	0,5	15,1	++	1,5	-89,8	0,0	--
Résultat net	-291,6	223,2	-	-21,7	-	-230,4	-
Résultat cumulé	247,4	470,6	-	448,8	-	218,4	-

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

Les montants présentés sont nets des reprises sur provisions. Ainsi, la dépense apparaît l'année où la provision est constituée. En revanche, les dépenses versées dans l'année, mais déjà provisionnées, sont consolidées.

11.4. La CADES

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été créée par l'ordonnance du 24 janvier 1996 afin d'amortir sur une durée limitée, grâce à des ressources dédiées, les dettes sociales qui lui sont transférées par la loi.

La date de son extinction, qui s'établit d'après les estimations de la caisse à 2023, fait l'objet, de façon tout à fait spécifique, d'une garantie de rang organique en application de l'article 4 bis introduit à l'occasion de la réforme de 2005 dans l'ordonnance précitée. Chaque transfert de dette doit ainsi être accompagné d'un transfert de ressources permettant de ne pas repousser l'horizon d'amortissement de la dette sociale. La réforme organique de 2010 a durci cette règle de fond en prévoyant que les ressources mobilisées doivent être assises sur l'ensemble des revenus perçus par les contribuables (personnes physiques).

Au 31 décembre 2013, le montant global des reprises opérées par la CADES depuis sa création atteindra près de 217 Md€. A cette date, la Caisse devrait avoir amorti 84 Md€, soit 39 % de la dette reprise. Il lui resterait ainsi 133 Md€ à rembourser (soit l'équivalent de 6 points de PIB).

En 2012, la CADES a repris 6,6 Md€ de dette et en a amorti 11,9 Md€

La LFSS pour 2011 a organisé le transfert, à compter de 2012, des déficits 2011 à 2018 de la CNAV et du FSV, dans la limite de 10 Md€ par an et de 62 Md€ au total.

Le montant prévisionnel des déficits vieillesse 2011 à transférer en 2012 a été fixé par décret à 9,7 Md€, sur la base des prévisions retenues en LFSS pour 2012. Du fait de la régularisation de 3,1 Md€ opérée au titre du transfert 2011¹¹², la caisse a repris 6,6 Md€ en 2012.

A la fin de l'année 2012, le montant des dettes reprises par la CADES depuis sa création s'élevait ainsi à 209 Md€.

Les recettes de la caisse se sont élevées à 16 Md€ pour l'année 2012, ce qui lui a permis d'amortir 11,9 Md€ de dette, soit 0,8 Md€ de plus que l'objectif fixé en LFSS pour 2012 (11,1 Md€).

A fin 2012, la dette amortie par la CADES depuis sa création atteignait ainsi 71,6 Md€, soit 3,4 points de PIB. La dette restant à amortir au 31 décembre 2012 s'élevait quant à elle à 137,5 Md€.

A fin 2013, la CADES aura amorti un montant total de 84 Md€

Toujours en application de la LFSS pour 2011, seront transférés en 2013 à la CADES les déficits 2012 de la CNAV et du FSV, soit 8,9 Md€ (respectivement 4,8 Md€ et 4,1 Md€). Compte tenu d'une nouvelle régularisation à hauteur de 1,2 Md€ des montants transférés au titre de l'exercice 2011, la CADES reprendra un montant global de 7,7 Md€ en juin 2013. Dans ces conditions, la dette totale reprise par la CADES, depuis sa création jusqu'à fin 2013, s'établira à 216,7 Md€.

Le dynamisme des ressources affectées à la CADES (cf. encadré 1), associé aux opérations de reprise de dette mentionnées ci-dessus, devrait conduire à un résultat de la caisse, correspondant à l'amortissement de sa dette, de 12,4 Md€ en 2013. Cela porterait le montant total de la dette amortie à fin 2013 à 83,9 Md€. Ainsi le montant de dette restant à rembourser sera de 132,7 Md€ à la fin de cette même année.

¹¹² Régularisation faite à partir des comptes définitifs 2010 et des soldes prévisionnels 2011 actualisés en LFSS 2012.

Tableau 1 – Reprises de dette par la CADES depuis l'origine

	Référence	Régime général	Etat	CANAM	Champ FOREC	Exploitants agricoles	TOTAL
1996	Ord. N°96-50 du 24 janvier 1996	20,9	23,4	0,5			44,7
1998	Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997	13,3					13,3
2003	Loi n° 2002-1467 du 20 décembre 2002				1,3		1,3
2004	Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 et 2004-810 du 13 août 2004	35,0			1,1		36,1
2005	Loi n° 2004-810 du 13 août 2004	6,6					6,6
2006	Loi n° 2004-810 du 13 août 2004	5,7					5,7
2007	Loi n° 2004-810 du 13 août 2004	-0,1					-0,1
2008	Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008	10,0					10,0
2009	Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008	17,0					17,0
2011	Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 et 2011-1906 du 21 décembre 2011	65,3				2,5	67,8
2012	Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010	6,6					6,6
2013	Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010	7,7					7,7
au 31/12/2013		188,0	23,4	0,5	2,4	2,5	216,7

Source : DSS

Encadré 1 - Ressources de la CADES

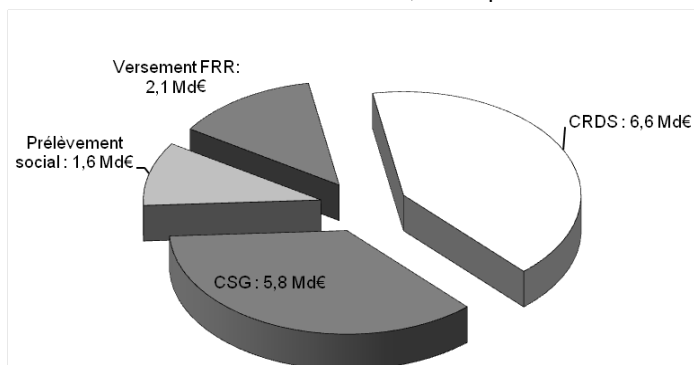
La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) a été jusqu'en 2008 la ressource exclusive et quasi-unique de la CADES. Son taux est de 0,5%.

Pour satisfaire aux exigences de la loi organique du 2 août 2005 qui impose que toute nouvelle opération de reprise de dette par la CADES soit accompagnée de l'affectation de recettes nouvelles permettant de ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale, une fraction de 0,2 point de CSG, auparavant attribuée au FSV, a été en outre affectée à la CADES à compter du 1^{er} janvier 2009.

La reprise de dette votée en LFSS pour 2011 s'accompagne également d'une affectation à la CADES de recettes nouvelles permettant, conformément à la loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, de ne pas prolonger au-delà de quatre années l'horizon prévisionnel d'amortissement de la dette sociale. Il s'agit de :

- 0,28 point de CSG supplémentaire, auparavant affecté à la branche famille du régime général, portant le total de CSG affectée à la CADES à 0,48 point ;
- 1,3 point du prélèvement social sur les revenus du capital, antérieurement affecté au FRR ;
- Un versement annuel par le FRR de 2,1 Md€ sur la période 2011-2024.

Au total, les ressources de la caisse se sont élevées à 16,1 Md€ pour l'année 2012 :



La politique d'émission de la CADES en 2013

Au 30 avril 2013, le taux de refinancement de la CADES s'établit, compte tenu de l'abondance de liquidités sur les marchés ainsi que de l'intérêt des investisseurs pour des actifs considérés comme sûrs, à un niveau historiquement bas : 2,68 %, contre 2,9 % au 30 avril 2012 (cf. graphique). L'abaissement en début d'année 2012 par Standard & Poors – dans le prolongement de la décision prise sur la dette de l'Etat français – de la notation de la caisse pour ses emprunts de moyen / long terme n'a pas eu d'impact sur le coût de refinancement de la dette sociale.

Le programme de financement de la CADES pour l'année 2013 intègre comme l'année passée un important volet d'emprunts à court terme (pour un montant prévisionnel de 10 Md€ au 31 décembre 2013), de nature notamment à assurer les reprises de dette prévues par le législateur. La caisse réalisera également des emprunts à moyen et long termes pour 20 Md€. Ce programme de 30 Md€ s'effectue pour deux tiers sur le marché de l'euro, le reste étant réalisé en devises étrangères. Les émissions en dollar américain constituent la deuxième source de financement de la caisse, la CADES ayant réussi à revenir sur ce marché qui s'était fermé au second semestre 2011. En outre, conformément à sa stratégie de diversification géographique sous contrainte de couverture de ses risques de change, la CADES a également eu recours à des emprunts en livre sterling et en yen.

Perspectives d'amortissement

Un nouveau transfert de dette est programmé en 2014 en application de la LFSS pour 2011 : il s'agit de la reprise des déficits 2013 de la CNAV et du FSV. Le transfert opéré en 2013 ne devrait pas donner lieu à une régularisation en 2014, la reprise ayant été effectuée à partir de chiffres définitifs.

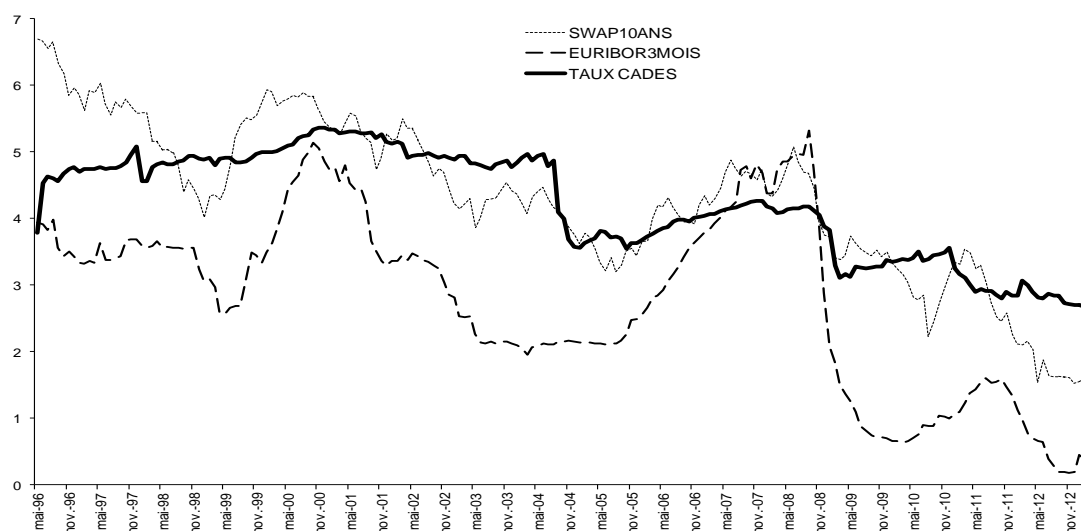
Par conséquent, la dette transférée à la CADES depuis sa création devrait atteindre 223 Md€ fin 2014, sachant que 98 Md€ auront été amortis à cette même date.

Les simulations réalisées par la CADES indiquent que l'intégralité de la dette transférée en application de la loi devrait être remboursée en 2023 alors que la date d'extinction de la caisse était estimée à 2025 dans les prévisions réalisées à l'occasion des LFSS pour 2011 et 2012. En effet, le rendement des recettes affectées à la CADES, le niveau des déficits effectivement transférés – inférieur aux montants maximaux dont l'amortissement a été financé en application des lois de financement –, la baisse des taux d'intérêt ainsi que la gestion active de la dette ont permis à la caisse de réduire la durée prévisionnelle d'accomplissement de sa mission.

Tableau 2 – Amortissement de la dette sociale (en M€)

Année de reprise de dette	Dette reprise cumulée	Amortissement annuel	Amortissement cumulé	Situation nette de l'année
1996	23 249	2 184	2 184	-21 065
1997	25 154	2 907	5 091	-20 063
1998	40 323	2 444	7 535	-32 788
1999	42 228	2 980	10 515	-31 713
2000	44 134	3 226	13 741	-30 393
2001	45 986	3 021	16 762	-29 224
2002	48 986	3 227	19 989	-28 997
2003	53 269	3 296	23 285	-29 984
2004	92 366	3 345	26 630	-65 736
2005	101 976	2 633	29 263	-72 713
2006	107 676	2 815	32 078	-75 598
2007	107 611	2 578	34 656	-72 955
2008	117 611	2 885	37 541	-80 070
2009	134 611	5 260	42 801	-91 810
2010	134 611	5 135	47 936	-86 675
2011	202 378	11 678	59 614	-142 764
2012	209 026	11 949	71 563	-137 463
2013	216 745	12 429	83 992	-132 753
2014 (prévisionnel)	223 472	14 153	98 145	-125 326

Graphique - Evolution du taux de refinancement de la CADES

**Encadré 2 - Stratégie de financement de 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 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 dollar américain, livre sterling, yen...), le risque de change étant cependant neutralisé ;
- un élargissement de la base d'investisseurs (émissions à moyen long terme structurées, titres distribués aux investisseurs japonais....).

12. LES COMPTES DU REGIME GENERAL

12.1. CNAM – maladie

Grâce à la maîtrise des dépenses et à l'affectation de nouvelles recettes, le solde de la CNAM s'améliore de 2,7 Md€ en 2012, pour s'établir à -5,9 Md€ (cf. tableau 1). En 2013, en revanche, malgré une prévision de dépenses dans le champ de l'ONDAM toujours contenue, le déficit devrait augmenter de 2 Md€ sous l'effet de la dégradation de la conjoncture économique, pour atteindre 7,9 Md€.

La faible progression des dépenses relevant du champ de l'ONDAM permet de limiter la croissance des charges de la CNAM

Les dépenses du champ de l'ONDAM représentent 87% des charges nettes de la CNAM. Leur évolution comptable est donc le principal moteur de progression des charges. En 2012, elle explique 2,4 points sur les 2,6% de croissance des charges nettes et 2,5 points sur 3% d'évolution globale des charges nettes en 2013 (cf. tableau 2).

Le périmètre des dépenses de la CNAM s'accroît en 2012 et en 2013 sous l'effet de la mise en place du fonds d'intervention régional

En 2012, les prestations de la branche maladie dans le champ de l'ONDAM ont progressé de 2,8%, et ne sont qu'en très léger ralentissement par rapport à 2011 (+2,9%) malgré une sous-consommation des dépenses sur l'ensemble des régimes maladie de 0,9 Md€ qui se traduit par une évolution globale de l'ONDAM de 2,4% en 2012 (cf. fiche 7.1). Parmi les effets expliquant ces différences d'évolution, qui sont détaillés dans la fiche 7.3, il est à noter cette année de très fortes régularisations sur les années passées pour les soins des Français à l'étranger. L'évolution de ces dépenses contribue pour 0,2 point à la croissance des charges de la CNAM en 2012, et devrait avoir un impact inverse en 2013. D'autre part, le traitement comptable des dépenses gérées par le fonds d'intervention régional (FIR) se traduit à partir de 2012 par la comptabilisation dans les charges de la CNAM des dépenses de l'ensemble des régimes de base. En contrepartie, la CNAM inscrit en produit un transfert des autres régimes maladie (0,13 Md€ en 2012 et 0,45 Md€ en 2013). Ce changement de périmètre des dépenses de la CNAM contribue pour 0,1 point à la croissance des charges en 2012, et pour 0,2 point en 2013, en raison de l'extension du périmètre du FIR (cf. fiche 7.1).

Les dépenses de soins de ville progressent en 2012 de seulement 1,8%, bénéficiant de l'impact d'un sur-provisionnement des dépenses en 2011 (0,2 Md€) et de la baisse des indemnités journalières en 2012. En 2013, la croissance comptable des prestations de soins de ville serait de 3,4% sous l'hypothèse d'une sous-consommation de l'ONDAM de 210 M€ sur l'ensemble des dépenses, dont 230 M€ sur les prestations de soins de ville de l'ensemble des régimes maladie. Les dépenses comptables des établissements progressent de 3,2% en 2012 et augmenteraient de 3% en 2013 contribuant pour 1,4 point à la croissance des charges (1,2 point en neutralisant l'effet de périmètre lié à l'extension du FIR).

Les prestations hors ONDAM sont portées par la croissance des dépenses d'invalidité

Les prestations maladie-maternité hors ONDAM représentent 6,4% des charges nettes de la CNAM en 2012 et contribuent pour 0,3 point à la croissance des charges, en 2012 comme en 2013. Le dynamisme de ces prestations est dû essentiellement à celui des prestations d'invalidité (+8,4% en 2012 et +4,9% en 2013) qui intègre l'effet mécanique du recul de l'âge légal de départ à la retraite, accroissant la durée passée en invalidité (cf. fiche 7.5).

Les autres dépenses de ce poste sont relativement atones à l'exception des soins des étrangers (+11% en 2012) et des dépenses médico-sociales à la charge de la CNSA qui progressent de 16,5% en 2013 car l'objectif de dépenses (OGD) croîtrait plus vite que la participation des régimes maladie votée en LFSS (cf. fiche 11.3). Cependant, ces charges sont neutres sur le solde de la CNAM car elles font l'objet d'un remboursement intégral par les régimes étrangers pour les unes et par la CNSA pour les autres.

Tableau 1 : Evolution des charges et des produits nets de la CNAM

CNAM-Maladie	2010	2011	%	2012	%	2013	%
Charges nettes	153 438	156 641	2,1	160 760	2,6	165 615	3,0
Prestations sociales nettes	142 058	145 926	2,7	150 126	2,9	154 615	3,0
Prestations ONDAM nettes "maladie - maternité"	132 222	136 026	2,9	139 828	2,8	143 915	2,9
Prestations légales "maladie" nettes	128 377	132 342	3,1	136 090	2,8	140 123	3,0
Soins de ville	57 948	59 448	2,6	60 541	1,8	62 582	3,4
Prestations en nature	51 662	53 080	2,7	54 311	2,3	56 122	3,3
Prestations en espèce	6 287	6 368	1,3	6 230	-2,2	6 460	3,7
Etablissements	69 870	72 436	3,7	74 765	3,2	77 001	3,0
Etablissements publics (hors MIGAC et FIR)	40 452	41 894	3,6	42 989	2,6	43 769	1,8
Cliniques privées (hors MIGAC et FIR)	9 677	9 958	2,9	10 310	3,5	10 642	3,2
MIGAC et FIR	6 504	6 685	2,8	6 996	4,6	7 523	7,5
Etablissements médico-sociaux	13 238	13 899	5,0	14 470	4,1	15 066	4,1
Soins des français à l'étranger nets	558	458	-17,9	785	71,2	541	-31,1
Prestations légales "maternité" nettes	3 845	3 683	-4,2	3 738	1,5	3 791	1,4
Soins de ville	894	887	-0,8	889	0,2	923	3,8
Etablissements publics (hors MIGAC et FIR)	2 115	1 992	-5,8	2 064	3,6	2 125	3,0
Cliniques privées (hors MIGAC et FIR)	511	498	-2,6	490	-1,5	506	3,2
MIGAC	325	307	-5,7	295	-3,7	237	-19,6
Prestations hors ONDAM nettes "maladie - maternité"	9 836	9 901	0,7	10 297	4,0	10 700	3,9
Etablissements médico-sociaux à la charge de la CNSA	1 078	757	-29,8	784	3,6	914	16,5
IJ maternité et paternité	2 979	2 973	-0,2	2 974	0,0	2 991	0,6
Prestations invalidité	4 292	4 513	5,2	4 892	8,4	5 131	4,9
Prestations légales décès	164	166	1,5	176	5,8	160	-8,8
Prestations extralégales et actions de prévention (yc FIR)	527	520	-1,4	467	-10,2	508	8,8
Soins des étrangers (conventions internationales)	684	741	8,2	823	11,0	850	3,3
Autres prestations (etabl. médico-sociaux hors OGD notamment)	32	27	-	32	++	33	2,5
Pertes et provisions nettes sur prestations	79,0	204,2	++	149,9	-26,57	113,0	-24,67
Autres charges nettes	11 380	10 715	-5,8	10 635	-0,7	11 000	3,4
Transferts vers les régimes de base	3 577	2 928	-18,1	2 800	-4,4	2 745	-2,0
Compensations démographiques	2 116	1 678	-20,7	1 604	-4,4	1 549	-3,4
Transferts d'équilibrage	1 195	995	-16,7	916	-7,9	910	-0,6
Régimes des salariés agricoles	715	619	-13,4	463	-25,3	532	15,1
Régimes des exploitants agricoles	223	0	--	79	++	0	--
ENIM - CAVIMAC	257	376	++	375	-0,2	378	0,9
Prises en charge des cotisations famille des PAM	266	255	-4,0	280	9,7	286	2,0
Autres transferts	1 597	1 707	6,9	1 741	2,0	2 122	21,9
Financement de fonds et organismes du champ de l'ONDAM	569	753	32,4	622	-17,5	902	45,0
OGDPC	0	0	-	81	++	113	40,2
Autres participations et contributions	413	269	-34,8	272	1,0	313	15,1
Prises en charge des cotisations vieillesse supp. des PAM	357	395	10,6	406	2,8	454	11,9
Dépassement forfait CMU-C	206	250	21,2	269	7,5	249	-7,5
Déficit AME - soins urgents	51	39	-23,5	91	++	91	0,0
Autres charges techniques nettes	132	132	-0,4	186	41,0	187	0,9
Charges financières	161	76	-	7	--	20	++
Charges de gestion courante	5 897	5 858	-0,7	5 884	0,4	5 907	0,4
Charges exceptionnelles	16	14	-14,4	18	26,6	18	0,0
Produits nets	141 834	148 044	4,4	154 908	4,6	157 763	1,8
Cotisations sociales nettes	68 154	70 869	4,0	72 577	2,4	74 125	2,1
Cotisations prises en charge par l'Etat	1 479	1 082	-26,8	1 066	-1,5	1 294	21,3
CSG nette	50 518	52 775	4,5	54 897	4,0	55 121	0,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	16 161	18 734	15,9	21 431	14,4	21 542	0,5
Contributions sociales	1 256	1 874	49,3	2 743	46,3	2 416	-11,9
Forfait social	943	1 306	38,5	1 405	7,6	1 701	21,1
Prélèvement social sur les revenus du capital	0	92	++	802	++	0	--
Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'actions	185	263	42,7	312	18,6	486	++
Contribution sur les jeux et paris	128	213	++	222	4,5	229	2,8
Impôts et taxes nets	14 905	16 859	13,1	18 689	10,9	19 126	2,3
Impôts et taxes du panier TEPA	528	537	1,7	433	-19,3	178	--
Autres impôts et taxes (ancien panier Fillon et IT affectés)	14 434	16 244	12,5	18 241	12,3	18 967	4,0
IT sur les boissons	0	0	++	135	++	0	--
Droit de consommation et droits de licence sur les tabacs	5 030	6 177	22,8	6 362	3,0	8 126	27,7
TVA (TVA sectorielles et TVA nette)	2 673	8 189	++	8 679	6,0	8 768	1,0
Taxe sur les salaires et CSSS additionnelles	5 522	0	--	0	-	0	-
Contributions sur les primes d'assurance automobile	381	969	++	1 016	4,9	0	--
Taxes médicaments	736	732	-0,5	1 042	42,4	1 028	-1,4
Impôts et taxes portant sur les organismes complémentaires	92	176	++	1 005	++	1 045	3,9
Reprise nette des provisions et charges sur IT	-57	78	++	14	--	-19	--
Autres produits	5 521	4 584	-17,0	4 937	7,7	5 681	15,1
Transferts des régimes de base	1 603	1 533	-4,4	1 702	11,1	2 187	28,5
Compensations démographiques	268	136	-49,3	139	2,5	149	7,3
Transfert d'équilibrage	90	146	++	103	-29,4	256	++
CNMSS	90	86	-4,7	103	20,5	81	-21,4
Régime des exploitants agricoles	0	61	++	0	--	175	++
Autres transferts des régimes de base	1 245	1 251	0,5	1 460	16,7	1 782	22,0
Prise en charge nette des cotisations maladie des PAM	160	174	8,6	180	3,5	188	4,3
Transfert AT pour sous-déclaration des accidents du travail	710	710	0,0	790	11,3	790	0,0
Contribution des régimes aux fonds ONDAM (FAC, FICQS, FIR)	39	38	-1,5	158	++	472	++
Autres transferts (congé paternité, régime étudiants...)	336	329	-2,1	332	1,0	332	0,0
Autres transferts	1 201	879	-26,8	927	5,5	1 020	10,0
Contribution nette de la CNSA	1 072	754	-29,7	784	4,0	914	16,6
Contribution nette du FMESPP aux dépenses du FIR	0	0	-	31	++	0	--
Autres transferts	129	126	-2,7	112	-10,9	107	-4,8
Autres produits techniques	2 314	1 785	-22,9	1 904	6,7	2 103	10,5
Recours contre tiers net	643	509	-20,9	466	-8,4	488	4,7
Remboursement des soins des étrangers par le CLEISS	876	737	-15,9	877	19,1	850	-3,1
Remise conventionnelle sur médicaments et DM	236	272	15,6	326	19,8	331	1,4
Excédent de la CMU-C	101	129	27,7	126	-2,3	326	++
Autres	457	138	-69,9	108	-21,8	108	0,0
Produits financiers	10	23	++	6	--	0	--
Produits de gestion courante	314	307	-2,1	312	1,4	313	0,4
Produits exceptionnels	80	58	-27,7	86	48,2	58	-32,7
Résultat net	-11 604	-8 597	+	-5 852	+	-7 852	-

Les autres charges ont légèrement diminué en 2012 mais progresseraient de 3,4% en 2013 sous l'effet de la hausse de la dotation aux fonds hospitaliers

Les charges de gestion courante de la CNAM, qui représentent 3,7% des dépenses, ont augmenté de 0,4% et devraient croître au même rythme en 2013. Les transferts versés aux régimes de base, principalement via les mécanismes de compensation bilatérale, ont diminué de 4,4% en 2012 et devraient encore baisser en 2013. Les dotations aux fonds hospitaliers intégrés dans l'ONDAM ont des évolutions plus heurtées qui dépendent du niveau de la dotation prévue en LFSS. La dotation versée par la CNAM Maladie au FMESPP a été de 202 M€ en 2012 (-18%) et sera de 513 M€ en 2013 en prenant en compte les dépenses intégrées dans le périmètre du FIR.

Le ralentissement de la progression des produits de la CNAM en 2013 explique la hausse du déficit

En 2012, les recettes de la CNAM ont augmenté de 4,6%, notamment grâce à l'affectation de nouvelles recettes fiscales. En 2013, la progression des produits nets ne serait que de 1,8%, et cela malgré le changement de périmètre lié au FIR qui contribue pour 0,2 point à la croissance des produits.

Un coup de frein particulièrement marqué de la CSG en 2013

L'agrégat constitué des cotisations sociales nettes et des recettes compensant les exonérations de cotisations (dotations budgétaires de l'Etat et recettes fiscales du panier TEPA) représente 48% des produits de la CNAM en 2012. Il augmente de 2,2% en 2012, contribuant pour 1,1 point à la croissance des produits, et de 2,1% en 2013 contribuant pour un point à la croissance des produits. Ce dynamisme relatif au vu de la dégradation économique est dû à la fois à la baisse prévue des allègements sur bas salaires et à la mesure de suppression de l'assiette forfaitaire de cotisation dont bénéficiaient les EPM¹ (cf. fiches 3.2 et 3.3).

La CSG nette attribuée à la CNAM représente 35% de ses produits en 2012. Cette recette a progressé de 4% en 2012, notamment grâce à la réduction de l'abattement pour frais professionnels qui élargit l'assiette de la contribution. En 2013 en revanche, la CSG ne progresserait que de 0,4% et ne contribuerait plus que pour 0,1 point, contre 1,4 point en 2012, à la croissance des produits. Ce fort ralentissement s'explique à la fois par le mécanisme de répartition de la CSG, qui amplifie en 2013 l'impact pour la CNAM de la dégradation de la conjoncture économique, et par la contraction de l'assiette des revenus du capital (cf. fiches 3.2 et 3.5).

Les nouvelles recettes fiscales sont moins nombreuses en 2013 qu'en 2012

La CNAM a bénéficié en 2012 d'un apport important de recettes nouvelles, pour un montant total estimé à 2,3 Md€. La hausse de deux points du forfait social, le doublement des taux des prélèvements sur les stock-options à compter de juillet 2012, et l'affectation depuis octobre 2011 de 0,6% de prélèvements sociaux sur les revenus du capital ont apporté un surcroît de contributions sociales d'environ 1 Md€ en 2012. Par ailleurs, le rendement supplémentaire engendré par le doublement du taux de la TSCA (1 Md€), la création d'une taxe sur les boissons sucrées (0,13 Md€) et l'attribution des anciennes taxes médicaments de l'AFFSAPS (0,16 Md€) ont également nourri la hausse des impôts et taxes de la CNAM.

En 2013, le faible dynamisme des prélèvements sociaux (sur le forfait social et les stock options) et des recettes fiscales (sur les tabacs, la TVA et les taxes médicaments) se double d'un apport de recettes nouvelles plus limité (0,4 Md€). La hausse des droits tabacs (1,8 Md€) et l'assujettissement au forfait social des indemnités de rupture conventionnelles (0,3 Md€) s'accompagnent en effet de la perte de la taxe VTM, de la taxe sur les boissons sucrées et de la fraction du prélèvement social qui lui revenait.

¹ La suppression de l'assiette forfaitaire est assortie de la mise en place d'une déduction forfaitaire de cotisation maladie qui est compensée par l'Etat, ce qui explique la forte croissance des cotisations prises en charge (190 M€).

Tableau 2 : Contribution des principaux facteurs à l'évolution des charges et des produits nets

	En points		
	2011	2012	2013
Charges nettes	2,1	2,6	3,0
Prestations sociales nettes	2,5	2,7	2,8
Prestations ONDAM nettes "maladie - maternité"	2,5	2,4	2,5
Prestations légales "maladie" nettes	2,6	2,4	2,5
Soins de ville	1,0	0,7	1,3
Etablissements	1,7	1,5	1,4
Soins des français à l'étranger nets	-0,1	0,2	-0,2
Prestations légales "maternité" nettes	-0,1	0,0	0,0
Prestations hors ONDAM nettes "maladie - maternité"	0,0	0,3	0,3
Prestations d'invalidité	0,1	0,2	0,1
Autres prestations	-0,1	0,0	0,1
Autres charges nettes	-0,4	-0,1	0,2
Transferts vers les régimes de base	-0,4	-0,1	0,0
Financement de fonds et organismes du champ de l'ONDAM	0,1	-0,1	0,2
Autres charges nettes	-0,1	0,1	0,1
Produits nets	4,4	4,6	1,8
Cotisations sociales et compensation des exonérations	1,6	1,1	1,0
CSG nette	1,6	1,4	0,1
Impôts, taxes et autres contributions sociales (hors panier TEPA)	1,8	1,9	0,2
Contributions sociales	0,4	0,6	-0,2
Impôts et taxes nets (hors panier TEPA)	1,3	1,3	0,5
Autres produits	-0,7	0,2	0,5
Transferts des régimes de base	0,0	0,1	0,3
Contribution des régimes maladie au FIR	0,0	0,1	0,2
Autres transferts	0,0	0,0	0,1
Autres produits	-0,6	0,1	0,2

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

Analyse des écarts à la LFSS pour 2013

Le déficit de la CNAM a été plus élevé en 2012 de près de 0,4 Md€ par rapport à la prévision retenue en LFSS. Pour l'année 2013, la prévision est revue à la baisse de 2,6 Md€.

La dégradation économique explique la majeure partie de ces révisions : les recettes sur revenus d'activité (cotisations et CSG) sont plus basses de 0,3 Md€ en 2012 et de 1,4 Md€ en 2013. Les recettes fiscales et prélèvements sur le capital sont également fortement révisées, en 2013 notamment (-1,1 Md€).

Bien que les dépenses du champ de l'ONDAM se soient avérées moins élevées en 2012 de 0,5 Md€ par rapport à la prévision retenue en LFSS, les prestations, agrégées aux participations et contributions aux fonds médicaux et hospitaliers sont plus élevées qu'en prévision. Cela tient à plusieurs facteurs. D'une part, les fortes régularisations sur les soins des Français à l'étranger grèvent les dépenses de 0,3 Md€. D'autre part, la sous-consommation est essentiellement observée sur les dépenses d'indemnités journalières, dont une fraction importante bénéficie à la branche AT-MP. Enfin, la part de la CNAM dans l'ensemble des dépenses des régimes maladie s'est avérée plus forte qu'anticipé. Ainsi, une partie importante de la sous-consommation bénéficie aux régimes agricoles, notamment, et se répercute sur le solde de la CNAM via une baisse du besoin de financement de ces régimes. Les deux derniers mécanismes jouent sur la prévision 2013 et expliquent la légère révision à la hausse des prestations, malgré une prévision de sous-consommation globale des dépenses du champ de l'ONDAM de 0,2 Md€ en 2013.

	En Md€	
	2 012	2 013
Solde LFSS	-5,48	-5,28
Prestations et financement de fonds nets	-0,19	-0,11
Compensations et transferts d'équilibrage	0,24	0,39
Gestion courante nette	0,06	0,11
Recettes sur revenus d'activité	-0,32	-1,42
Recettes fiscales et CSG hors activité	0,16	-1,12
Recours contre tiers	-0,20	-0,21
Autres	-0,12	-0,22
Solde CCSS	-5,85	-7,85
Ecart	-0,37	-2,57

12.2. CNAM - AT-MP

En 2012, le rééquilibrage de la branche se poursuit avec un solde déficitaire de près de 174 M€

Les charges et produits nets de la branche ont conjointement ralenti en 2012, les premières progressant de 1,2% quand les seconds ont augmenté de 1,6%. Le léger différentiel de croissance a conduit à une amélioration du solde de 47 M€, le portant à -174 M€.

L'exercice 2012 est marqué par l'intégration dans les comptes de la branche des dépenses et recettes du FCAATA (cf. fiche 7-5). Cette intégration n'était pas prévue au moment de la LFSS pour 2013. Du fait de la consolidation des comptes du FCAATA dans ceux de la CNAM AT-MP, la dotation au FCAATA est neutralisée et n'apparaît plus dans le compte. A cette charge se sont substituées les dépenses réelles du fonds (allocations ACAATA, prise en charge de cotisations vieillesse base et complémentaires) et une fraction de droit tabac. La créance de la CNAM AT-MP sur le fonds au titre des avances de trésorerie est également neutralisée et la branche ne comptabilise plus de reprise sur les provisions passées au titre de cette créance¹. La gestion pour compte de tiers de la branche présente des écarts de périmètre avec le fonds et la consolidation a eu un impact négatif de 22 M€ sur son solde en 2012². Les nouvelles dépenses et recettes retracées dans le compte étant moindres que celles retracées en 2011, l'intégration a contribué à réduire les charges et produits nets.

L'effet de cette opération qui a pesé pour 0,8 point sur la croissance des charges nettes et une baisse de 25 M€ de la dotation au FIVA ont presque compensé la hausse de 155 M€ des transferts vers la CNAV (pénibilité) et la CNAM (sous-déclaration). La dynamique des charges nettes a donc été voisine de celle des prestations légales nettes qui ont crû de 1% en 2012 après avoir progressé +2,8% en 2011. Dans le détail, la dynamique de ces dépenses a été très contrastée. En hausse de 2,1%, les prestations d'incapacité permanente, revalorisées de 2,1% en moyenne annuelle, ont conservé un volume stable et ont contribué pour 0,8 point à la hausse des charges (cf. tableau 2). Les dépenses en établissements ont augmenté de 16%, cette dynamique étant pour l'essentiel attribuable aux régularisations de 2011 et 2012³ et expliquent 0,7 point de la hausse de l'ensemble des charges. A l'inverse, le recul des dépenses de soin de ville et d'IJ AT (respectivement -1,9% et -3,4%) a contribué à la modération des charges et pesé sur leur croissance pour 0,9 point.

Les cotisations nettes ont progressé comme leur assiette de 2,2% et contribué pour 2 points à la hausse de l'ensemble des produits nets. Les remboursements de cotisations versées par la branche suite à des litiges avec les employeurs se sont réduits en 2012⁴ contribuant à la dynamique des recettes. Cet effet a néanmoins été compensé par le passage d'une provision sur les contentieux de 49 M€ qui alourdi les charges portant sur les cotisations⁵. Les opérations d'apurement du stock de recours contre tiers (RCT) se sont poursuivies en 2012, malgré un niveau de provisionnement accru, les recettes nettes de RCT progressé de 19% et participent pour 0,3 point à la hausse des recettes. Compte tenu des effets de l'intégration du FCAATA (-0,6 point), les produits nets de la branche ont augmenté de 1,6% en 2012.

¹ Ces avances de trésorerie et les provisions qui en découlent se sont faites lorsque le fonds était déficitaire, la CNAM AT-MP a comptabilisé des reprises sur provision lorsque la gestion du fonds est devenue excédentaire.

² Ces écarts portent principalement sur les dépenses gérées par le FCAATA pour lesquelles la CNAM AT-MP comptabilise les appels de trésorerie du fonds, alors que le compte du FCAATA retrace les dépenses exactes. De ces écarts découlent également la différence entre les montants des provisions reprises par la CNAM AT-MP et le solde du FCAATA. Le détail est disponible dans le tableau 4 de la fiche 7-5.

³ Hors les effets de la régularisation de 2011 (-39 M€) et celle de 2012 (+16 M€), la croissance des dépenses en établissement aurait été de +5% en 2012.

⁴ Selon la CNAMTS, le poids des contentieux, particulièrement fort en 2011, serait encore amené à se réduire en 2013, année où la réforme de la tarification AT-MP de 2009 s'appliquera pleinement, cette réforme devant permettre de mieux maîtriser le risque contentieux.

⁵ Ce montant fait suite à la mise en place d'une nouvelle méthode de provisionnement des contentieux relatifs aux cotisations AT-MP et correspond à l'accroissement des provisions en 2012. Il vient compléter une provision de 617 M€ passée au titre des exercices antérieurs passée directement au bilan en 2012.

Tableau 1 : Évolution des charges et produits nets de la CNAM AT-MP

En millions d'euros								
	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
CHARGES NETTES	11 237,3	1,1	11 560,3	2,9	11 698,3	1,2	11 557,5	-1,2
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	10 398,6	1,2	10 680,9	2,7	10 786,3	1,0	10 641,9	-1,3
I - PRESTATIONS SOCIALES NETTES	7 906,2	1,8	8 130,1	2,8	8 773,9	7,9	8 939,8	1,9
Prestations légales nettes	7 703,0	1,7	7 918,7	2,8	7 996,5	1,0	8 196,5	2,5
Prestations d'incapacité temporaire	3 625,2	1,9	3 733,5	3,0	3 718,8	-0,4	3 807,1	2,4
Prestations ONDAM	3 619,6	1,9	3 725,3	2,9	3 707,3	-0,5	3 793,1	2,3
Prestations exécutées en ville	3 039,8	1,6	3 209,8	5,6	3 109,5	-3,1	3 211,1	3,3
Prestations en nature	547,6	-1,7	551,9	0,8	541,3	-1,9	566,3	4,6
Indemnités journalières	2 492,2	2,4	2 657,9	6,6	2 568,1	-3,4	2 644,9	3,0
Prestations exécutées en établissements	579,8	3,2	515,5	-11,1	597,9	16,0	581,9	-2,7
Etablissements sanitaires publics	423,7	6,4	359,3	-15,2	444,9	23,8	423,5	-4,8
Etablissements médico sociaux	45,8	-20,6	44,3	-3,4	41,8	-5,7	43,2	3,4
Cliniques privées	110,3	4,1	112,0	1,6	111,2	-0,7	115,3	3,6
Prestations hors ONDAM	5,6	++	8,2	46,6	11,4	40,0	14,1	22,8
Prestations d'incapacité permanente	4 062,0	1,5	4 160,1	2,4	4 248,1	2,1	4 370,7	2,9
Indemnités en capital	138,6	0,0	136,9	-1,2	135,7	-0,9	134,2	-1,1
Rentes	3 923,5	1,6	4 023,2	2,5	4 112,4	2,2	4 236,5	3,0
ANV et dotations nettes sur indus	15,8	-4,2	25,0	58,3	29,6	18,2	18,7	-36,7
Prestations extralégales	4,5	14,6	4,3	-4,8	3,1	-28,6	3,1	2,5
Autres prestations	198,7	6,4	207,1	4,3	774,4	++	740,1	-4,4
Actions de prévention (INPES et FNPEIS)	150,3	8,5	156,4	4,1	155,9	-0,3	155,9	0,0
Allocations ACAATA	0,0	-	0,0	-	573,3	-	540,2	-5,8
Autres prestations	48,4	0,8	50,7	4,8	45,1	-11,0	44,1	-2,4
II - CHARGES TECHNIQUES	2 472,5	-1,1	2 530,6	2,4	2 008,5	-20,6	1 698,0	-15,5
Transferts entre organismes	1 256,9	-2,8	1 288,4	2,5	1 687,9	31,0	1 576,7	-6,6
Transferts d'équilibrage partiel vers régimes de base	518,4	-5,4	515,5	-0,5	493,0	-4,4	486,8	-1,3
Compensation AT des Mines	407,4	-6,0	400,9	-1,6	375,7	-6,3	368,9	-1,8
Compensation AT des Salariés agricoles	110,9	-3,4	114,6	3,3	117,4	2,4	117,9	0,5
Prises en charge de cotisations	0,0	-	0,0	-	128,9	-	128,1	-0,6
Au titre de l'ACAATA	0,0	-	0,0	-	128,9	-	128,1	-0,6
Prestations prises en charge par la CNAMT AT-MP	28,5	-19,1	62,9	++	168,7	++	67,5	-60,0
Reversement au FCAT par la CNAMTS	28,5	-19,1	27,9	-2,3	23,4	-16,1	20,4	-12,8
Reversement à la CNAV au titre de la pénibilité	0,0	-	35,0	-	145,3	++	47,1	-67,6
Transferts divers entre régimes de base	710,0	0,0	710,0	0,0	790,0	11,3	790,0	0,0
Transfert CNAM-AT vers CNAMTS	710,0	0,0	710,0	0,0	790,0	11,3	790,0	0,0
Transferts avec les régimes complémentaires	0,0	-	0,0	-	107,0	-	104,2	-2,7
Cotisations prises en charge au titre de l'ACAATA	0,0	-	0,0	-	107,0	-	104,2	-2,7
Participation au financement des fonds et organismes	1 215,7	0,7	1 242,4	2,2	320,6	-74,2	121,3	-62,2
Subventions	10,2	26,2	0,9	-90,8	1,0	9,8	0,7	-28,2
Contributions Financement de fonds	1 205,5	0,6	1 241,4	3,0	319,6	-74,3	120,5	-62,3
Fonds médicaux et hospitaliers	9,5	++	10,3	8,0	3,9	-62,5	4,8	24,0
Fonds "Amiante"	1 195,0	0,0	1 230,0	2,9	315,0	-74,4	115,0	-63,5
FCAATA	880,0	0,0	890,0	1,1	0,0	-	0,0	-
FIVA	315,0	0,0	340,0	7,9	315,0	-7,4	115,0	-63,5
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	4,5	-	0,6	-86,3	0,4	-35,7	0,4	-0,1
V - CHARGES FINANCIÈRES	15,4	44,8	19,4	26,4	3,6	-81,7	3,7	3,4
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	836,6	-0,3	877,6	4,9	910,6	3,8	914,3	0,4
Rémunérations et charges de personnel	588,9	-0,1	605,8	2,9	631,5	4,2	634,1	0,4
Transferts FNGA	44,6	1,4	50,3	12,9	50,6	0,4	50,7	0,3
Autres charges de gestion courante	203,2	-1,3	221,4	9,0	228,5	3,2	229,5	0,4
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	2,0	-59,1	1,8	-6,0	1,3	-29,2	1,3	0,0
PRODUITS NETS	10 510,8	1,0	11 339,4	7,9	11 524,5	1,6	11 817,1	2,5
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	10 487,2	1,2	11 318,3	7,9	11 495,9	1,6	11 788,4	2,5
I - COTISATIONS NETTES, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	10 178,5	2,3	11 033,5	8,4	11 261,8	2,1	11 515,7	2,3
Cotisations sociales nettes	8 240,3	3,2	10 725,6	30,2	10 957,8	2,2	11 393,9	4,0
Cotisations patronales non plafonnées	8 682,0	2,6	11 272,6	29,8	11 489,8	1,9	11 839,2	3,0
Remboursements de cotisations suite à litige	-308,0	3,4	-355,0	15,3	-293,2	-17,4	-240,0	-18,1
Cotisations assurés volontaires	3,8	3,1	4,0	6,9	4,4	8,3	4,4	0,0
Majorations et pénalités	22,1	-4,7	25,5	15,4	29,4	15,4	30,3	3,0
Reprises nettes des provisions et ANV	-159,5	-21,8	-221,6	38,9	-272,6	23,0	-240,1	-11,9
Cotisations prises en charge par l'État	23,0	-7,1	4,6	-80,1	1,0	-78,0	0,2	-84,4
Autres exonérations	3,9	-	1,4	-63,0	0,0	-98,0	0,0	-
Produits entité publique autre que l'État	4,9	14,8	7,2	47,9	10,0	38,2	10,0	0,0
Contributions, impôts et taxes	1 910,3	-1,5	296,1	-84,5	293,0	-1,0	111,7	-61,9
Impôts et taxes compensant les heures supplémentaires	71,4	0,2	123,9	73,4	106,6	-14,0	76,3	-28,4
Impôts et taxes affectés à la sécurité sociale	0,0	-	172,3	-	186,5	8,2	35,5	-81,0
II - PRODUITS TECHNIQUES	4,6	-9,0	2,3	-49,9	3,0	31,6	2,6	-15,7
Prestations prises en charge par la CNSA	3,5	-6,2	1,2	-66,5	2,2	87,0	2,2	-0,7
Autres transferts	1,1	-17,0	1,1	4,1	0,8	-26,3	0,4	-55,5
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	303,1	-25,3	281,0	-7,3	230,4	-18,0	270,1	17,2
Recours contre tiers nets	288,8	-21,4	187,9	-34,9	223,7	19,0	263,3	17,7
Autres produits techniques	17,4	-37,2	19,9	14,9	7,3	-63,6	7,3	0,0
Reprises nettes sur autres produits (dont créance/ FCAATA)	-3,1	-	73,1	-	-0,5	-	-0,5	0,0
V - PRODUITS FINANCIERS	1,1	41,8	1,5	46,2	0,6	-61,8	0,0	-
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	16,9	-30,4	15,1	-10,9	21,6	43,2	21,6	0,4
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	6,7	-52,2	6,1	-9,3	7,1	16,0	7,1	0,0
Résultat net	-726,4	-	-220,9	-	-173,8	-	259,6	149,4

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

En 2013, un recul des charges et une augmentation des cotisations permettrait un retour à l'équilibre, la branche serait en excédent de près de 260 M€

En 2013, la progression des dépenses de prestations légales nettes seraient plus rapide avec une hausse prévue à 2,5%. Cette hausse serait portée tant par les prestations d'incapacité temporaire globalement en hausse (+2,4%) que par une sensible accélération des rentes d'incapacité permanente, les effets de la mesure améliorant les majorations tierce personne votée en LFSS pour 2013 (50 M€) compensant pour ces dernières la moindre revalorisation (1,5% en moyenne annuelle contre 2,1% en 2012). Cette accélération serait amplement compensée par un recul de 15,5% des charges techniques sous les effets d'une baisse de 200 M€ de la dotation au FIVA¹ et d'un transfert nul au titre de la pénibilité² qui conjointement pèseraient pour 2,5 points sur la croissance des charges nettes. Dans une moindre mesure, les allocations de préretraite du FCAATA, dont le niveau baisse tendanciellement (cf. fiche 7-5), se réduiraient de 5,8% et contribueraient pour -0,3 point à la progression des charges. Au total, les charges nettes de la branche se contracteraient de 1,2%.

Les produits nets de la branche augmenteraient de 2,5% tirée par des cotisations nettes en hausse rapide de 4%. Les cotisations nettes seraient plus dynamiques que leur assiette dont la croissance est prévue à 1,3%. Pour l'essentiel, cette évolution ferait suite à l'augmentation des cotisations AT-MP votée en LFSS pour 2013 qui jouerait pour 2,2 points dans la hausse des cotisations nettes. Dans une moindre mesure, elle résulterait d'une nouvelle baisse des remboursements de cotisations et d'un poids moins important du provisionnement (0,7 point de la hausse des cotisations nettes au total). Les opérations d'apurement des créances pèseraient moins sur le rendement des RCT qui conserveraient une forte croissance et participeraient pour 0,3 point à la hausse des recettes.

Enfin, la branche ne bénéficierait plus en 2013 de la fraction des droits de consommation sur les tabacs qui lui avait été temporairement attribuée en LFSS pour 2011 à l'occasion de la sortie de la branche des allègements généraux. Cette perte pèserait 1,3 point sur la hausse des produits nets.

Les écarts à la LFSS pour 2013

Globalement la réalisation du solde 2012 (-174 M€) et la nouvelle prévision de solde pour 2013 (+260 M€) sont peu différentes des prévisions LFSS. Les moindres dépenses compensant presque les moindres recettes, les soldes ne sont dégradés que de 36 M€ et 23 M€ respectivement (cf. tableau 3).

La réduction des dépenses porte essentiellement sur les prestations d'incapacité temporaire et tout particulièrement sur les IJ AT (-150 M€ en 2012 puis -180 M€ en 2013). Dans une moindre mesure, les rentes ont contribué à la baisse des dépenses (-30 M€ puis -40 M€).

Le moindre rendement des cotisations nettes en 2012 s'explique pour partie par une progression moins rapide que prévu de leur assiette (+2,2% contre une prévision à +2,5%), et par un alourdissement des provisions pour dépréciation passées (cf. *supra*). Par ailleurs, les recours contre tiers ont eu un rendement inférieur de près de 70 M€ à la prévision suite à la poursuite des opérations d'apurement des créances sur RCT de 2011. Au total, les recettes ont été surestimées de 170 M€. La dégradation de la conjoncture économique a conduit à réviser l'hypothèse de croissance de l'assiette des cotisations en 2013 (+1,3% contre une précédente prévision à +2,3%), révision qui explique pour moitié l'écart de 240 M€ sur la prévision des cotisations nettes, l'autre moitié résultant de la reconduction en base des moindres cotisations comptabilisées en 2012. Enfin, une révision à la baisse de 30 M€ du rendement des RCT complète les écarts sur les recettes.

¹ Cette diminution est transitoire et la dotation du FIVA devrait retrouver en 2014 un niveau proche de celui de 2012.

² Le transfert à la CNAV au titre de la pénibilité a été fixé à 0 M€ en LFSS 2013. Du fait d'une montée en charge du dispositif plus lente que prévue, les sommes engagées en 2011 et 2012 suffiraient à couvrir les dépenses prévues pour 2013.

Tableau 2 : Contribution des facteurs à l'augmentation des charges et des produits

	En points			
CNAM AT-MP	2010	2011	2012	2013
Charges nettes	1,1	2,9	1,2	-1,2
Prestations nettes	1,3	2,0	5,6	1,4
prestations incapacité temporaire	0,6	1,0	-0,1	0,8
dont soins de ville (hors IJ)	-0,1	0,0	-0,1	0,2
dont IJ AT	0,5	1,5	-0,8	0,7
dont dépenses en établissements	0,2	-0,6	0,7	-0,1
prestations incapacité permanente	0,5	0,9	0,8	1,0
Allocations ACAATA	0,0	0,0	5,0	-0,3
autres prestations (extra légales et actions de prévention)	0,1	0,2	0,0	-0,1
Charges techniques	-0,2	0,5	-4,5	-2,7
transferts (nets du transfert avec la CNSA)	-0,3	0,3	3,5	-0,9
dont transferts d'équilibrage (yc. FCAT)	-0,3	0,0	-0,2	-0,1
dont cotisation AVV au titre de l'ACAATA	0,0	0,0	1,1	0,0
dont transfert vers la CNAMTS	0,0	0,0	0,7	0,0
dont transfert pénibilité	0,0	0,3	1,0	-0,8
dont cotisation compl. vieillesse au titre de l'ACAATA	0,0	0,0	0,9	0,0
participation au financement des fonds et organismes	0,1	0,2	-8,0	-1,7
dont amiante	0,0	0,3	-7,9	-1,7
Charges de gestion courante	0,0	0,4	0,3	0,0
Autres charges nettes (dont provision /créance FCAATA)	0,1	0,0	-0,1	0,0
Produits nets	1,0	7,9	1,6	2,5
Cotisations sociales nettes des actifs, cotisations prise en charge par l'Etat et IT compensant les exonérations	2,1	6,5	1,9	3,5
cotisations nettes	2,4	23,6	2,0	3,8
dont charges sur cotisations (ANV et dotation nette)	0,4	-0,6	-0,4	0,3
dont remboursements de cotisations suite à litige	-0,1	-0,4	0,5	0,5
PEC Etat	0,0	-0,2	0,0	0,0
IT compensant les heures supplémentaires	0,0	0,5	-0,2	-0,3
IT de l'ancien "panier Fillon"	-0,3	-17,5	0,0	0,0
Impôts et taxes affectés à la sécurité sociale	0,0	1,6	0,1	1,3
RCT	-0,8	-1,0	0,3	0,3
Autres recettes nettes (dont reprise/ créance FCAATA)	-0,4	0,7	-0,7	0,0

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

Tableau 3 : Les écarts à la LFSS pour 2013

En millions d'euros		
Ecarts à la LFSS 2013	2012	2013
Solde LFSS	-138	283
Prestations légales nettes	160	210
dont prestations incapacité temporaire	130	170
dont incapacité permanente	30	40
Actions de prévention		30
Cotisations nettes yc compensation des exonérations	-100	-240
RCT	-70	-30
Intégration FCAATA	-20	
Solde technique	-174	260
<i>Ecart à la prévision LFSS</i>	<i>-36</i>	<i>-23</i>

12.3. CNAV

La réduction du déficit de la CNAV en 2012 se poursuivrait en 2013 sous l'effet de l'affectation des nouvelles recettes fiscales

En 2012, le solde de la CNAV s'est élevé à -4,8 Md€ (contre -6,0 Md€ en 2011), soit une amélioration de 1,2 Md€. Le déficit se réduirait à nouveau en 2013 pour atteindre 3,5 Md€.

Des dépenses moins dynamiques en 2012 qui rebondiraient en 2013, sous l'effet de la montée en charge des réformes

En 2012, les charges nettes ont progressé moins rapidement qu'en 2011 (+3,5% contre +4,0% en 2011) reflétant le ralentissement des prestations nettes. Ces dernières, qui représentent 93% des charges nettes en 2012, ont en effet progressé à un rythme inférieur à celui de 2011 (+3,9% contre +4,7% en 2011) en dépit de la plus forte revalorisation des pensions (+2,1% contre +1,8% en 2011). Cette décélération provient en partie du plein effet du recul de l'âge légal de départ en retraite qui a atténué la dynamique des effectifs de retraités et permis des économies de 1,6 Md€ sur les masses de prestations. A cet effet, vient s'ajouter la baisse des dépenses au titre de la retraite anticipée qui s'est poursuivie en 2012 (-19,5% contre -27,2% en 2011) atteignant 0,9 Md€, et ce malgré l'élargissement du périmètre du dispositif entré en vigueur au 1^{er} novembre 2012. En 2013, les prestations nettes rebondiraient (+4,2%) malgré la moindre revalorisation des pensions prévue (+1,5% contre +2,1% en 2012). Cette évolution tiendrait, d'une part, à la montée en charge irrégulière de la réforme de 2010 qui occasionnerait des flux de départs importants en 2013 (cf. fiche 8-1). En dépit de cet effet, la réforme de 2010 permettrait de dégager 2,4 Md€ d'économies en 2013. Par ailleurs, le coût de la retraite anticipée augmenterait suite à l'assouplissement de la condition de début d'activité à compter du 1^{er} novembre 2012 pour s'établir à 1,3 Md€ (contre 0,9 Md€ en 2012). Dans cette dépense, le nouveau dispositif, en permettant à 60 000 assurés de partir en retraite avant l'âge légal, représenterait 410 M€ de prestations versées. Au total, le dynamisme des prestations nettes soutiendrait pour 3,9 points la croissance des charges nettes en 2013.

Les transferts de compensation généralisée vieillesse, qui représentent 4% des charges nettes en 2012, sont restés à un niveau proche de celui de 2011 avec 4,7 Md€ (+0,4% par rapport à 2011). En 2013, la charge de compensation supportée par la CNAV augmenterait de près de 240 M€, pour s'établir à 4,9 Md€, contribuant pour 0,2 point à l'augmentation des charges. Cette augmentation s'expliquerait en partie par la révision à la baisse des effectifs de cotisants du RSI à partir de 2012 qui induit mécaniquement une hausse de la cotisation de référence versée par les régimes contributeurs tels que la CNAV. Ce choc serait en partie atténué par la baisse de l'emploi salarié estimée par l'INSEE pour 2012 et 2013 (-0,5% et -0,6%) qui réduirait la progression des effectifs de cotisants de la CNAV. Au total, l'effet de ces révisions serait double sur 2013 via la forte régularisation au titre de 2012 (122 M€).

Les transferts d'équilibrage vers les autres régimes se sont élevés à 226 M€ en 2012 (contre 211 M€ en 2011), reflétant essentiellement l'augmentation du besoin de financement de la branche vieillesse des salariés agricoles. En 2013, la forte baisse de ces transferts (-33,0%) s'expliquerait par la fin de l'intégration financière du FSAVCF (fonds spécial d'assurance vieillesse chemins de fer secondaires) décidée en LFSS pour 2013 et par l'amélioration du solde du régime des salariés agricoles qui dégagerait même un excédent de 79 M€ qu'il reverserait alors à la CNAV.

Enfin, les charges financières se sont fortement réduites en 2012, atteignant 13 M€ (contre 93 M€ en 2011) suite à la forte réduction du déficit et à la reprise de dette intervenue en 2012 dans le cadre de la LFSS pour 2011. La faiblesse des taux d'intérêt, l'amélioration prévue du solde en 2013 et la reprise de dette programmée permettraient de maintenir la charge d'intérêt supportée par la CNAV à un niveau proche de celui de 2012.

Tableau 1- Evolution des charges et produits nets de la CNAV

	2 010	2 011	%	2012	%	2013	%
CHARGES NETTES	102 344,33	106 473,6	4,0	110 208,7	3,5	114 732,8	4,1
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	100 981,81	105 104,4	4,1	108 844,5	3,6	113 355,3	4,1
I - PRESTATIONS SOCIALES NETTES	93 779,92	98 149,6	4,7	101 952,6	3,9	106 252,9	4,2
Prestations légales nettes	93 504,13	97 808,4	4,6	101 578,5	3,9	105 878,7	4,2
Prestations légales « vieillesse »	93 388,91	97 816,6	4,7	101 523,2	3,8	105 800,3	4,2
Prestations de base	93 388,91	97 816,6	4,7	101 523,2	3,8	105 800,3	4,2
Droits propres	83 997,78	88 053,3	4,8	91 419,6	3,8	95 300,7	4,2
Droits dérivés	9 421,19	9 759,9	3,6	10 086,8	3,3	10 395,1	3,1
Divers	-30,06	3,5	-	16,8	++	104,5	++
Prestations légales « veuvage »	44,37	46,9	5,6	46,4	-0,9	52,5	13,0
<i>Dotations nettes aux provisions et pertes sur créances</i>	-70,85	-55,1	-	8,9	-	26,0	++
Prestations extralégales nettes	275,78	341,2	23,7	374,1	9,6	374,2	0,0
Prestations extralégales	268,02	347,5	29,6	374,2	7,7	374,2	0,0
<i>Dotations nettes aux provisions pour prestations extralégales</i>	7,76	-6,3	-	-0,1	-	0,0	-
II - CHARGES TECHNIQUES NETTES	7 042,07	6 859,6	-2,6	6 834,0	-0,4	7 045,4	3,1
Transferts entre organismes	7 000,56	6 817,5	-2,6	6 790,9	-0,4	7 001,8	3,1
Compensations	4 605,47	4 659,9	1,2	4 680,0	0,4	4 915,8	5,0
compensation généralisée : acomptes versés par les régimes	4 630,00	4 549,0	-1,7	4 617,0	1,5	4 793,5	3,8
compensation généralisée : régularisation définitive	-24,53	110,9	-	63,0	-43,2	122,3	++
Transferts d'équilibrage	522,84	211,4	-	225,9	6,9	151,4	-33,0
Intégrations financières	487,11	178,5	-	194,7	9,1	151,4	-22,3
CAVIMAC	165,09	160,1	-3,0	155,7	-2,8	151,4	-2,8
MSA - Salariés	322,01	18,4	-	39,1	++	0,0	-
Transferts d'équilibrage partiel vers régimes de base	35,73	32,8	-8,1	31,2	-5,0	0,0	-
Transferts divers entre régimes de base	1 872,26	1 946,2	3,9	1 885,0	-3,1	1 934,6	2,6
Adossement : versement de prestations	1 530,61	1 558,2	1,8	1 583,7	1,6	1 598,6	0,9
Transferts nets de cotisations entre la CNAVTS et les RS	341,65	388,0	13,6	301,3	-22,3	336,1	11,5
Transferts de cotisations entre la CNAVTS et les RS	361,07	365,8	1,3	336,1	-8,1	336,1	0,0
<i>Dotations nettes aux provisions pour transferts</i>	-19,42	22,2	-	-34,8	-	0,0	-
Transferts des régimes de base avec les fonds	41,51	42,1	1,5	43,0	2,2	43,6	1,2
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	1,44	1,6	11,3	44,8	++	45,2	0,8
V - CHARGES FINANCIERES	158,38	93,6	-40,9	13,1	-	11,7	-10,6
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	1 359,02	1 366,6	0,6	1 363,0	-0,3	1 376,3	1,0
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	3,50	2,7	-23,7	1,2	-	1,2	0,0
PRODUITS NETS	93 412,43	100 456,5	7,5	105 422,1	4,9	111 262,8	5,5
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	93 317,70	100 245,0	7,4	105 254,5	5,0	111 138,5	5,6
I - COTISATIONS NETTES, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTES	72 234,47	75 015,7	3,9	78 165,7	4,2	82 829,2	6,0
Cotisations sociales nettes	61 266,17	63 650,1	3,9	66 107,3	3,9	69 584,2	5,3
Cotisations sociales des actifs	61 099,92	63 540,2	4,0	66 003,7	3,9	69 586,9	5,4
cotisations des inactifs	140,49	135,1	-3,8	128,9	-4,6	128,1	-0,6
Autres cotisations sociales	488,18	498,6	2,1	456,7	-8,4	426,6	-6,6
Majorations et pénalités	159,90	159,7	-0,1	178,6	11,8	184,0	3,0
<i>Reprises nettes des provisions sur cotisations et pertes sur créances</i>	-622,31	-683,6	-9,8	-660,7	-3,3	-741,5	-12,2
Cotisations prises en charge par l'État nettes	1 187,62	917,0	-22,8	886,5	-3,3	953,7	7,6
Contributions, impôts et taxes	9 780,68	10 448,6	6,8	11 171,9	6,9	12 291,4	10,0
CSG et autres contributions	960,19	1 064,6	10,9	2 301,4	++	4 911,0	++
Contributions sociales diverses	960,19	1 064,6	10,9	2 301,4	++	4 911,0	++
Forfait social	0,00	0,0	-	217,9	-	1 102,1	++
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	315,54	249,6	-20,9	262,3	5,1	252,3	-3,8
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	644,65	288,1	-	604,6	++	1 454,8	++
Prélèvement social sur les revenus des placements	0,00	526,9	-	1 216,5	++	2 101,8	++
Impôts et taxes	8 820,49	9 384,0	6,4	8 870,6	-5,5	7 380,4	-16,8
Impôts et taxes affectés en compensation des heures supplémentaires	2 265,96	2 412,5	6,5	1 713,3	-29,0	157,2	-
Impôts et taxes de l'ancien panier Fillon	6 554,54	6 971,5	6,4	7 157,7	2,7	7 223,6	0,9
<i>Reprises nettes des provisions sur autres impôts et taxes</i>	0,00	0,0	-	-0,5	-	-0,5	0,0
II - PRODUITS TECHNIQUES	20 965,22	25 103,6	19,7	26 964,4	7,4	28 185,4	4,5
Transferts entre régimes de base	5 845,32	5 989,1	2,5	6 260,7	4,5	6 523,2	4,2
Transferts d'équilibrage	0,00	0,0	-	0,0	-	79,5	-
Prises en charge de cotisations	4 260,80	4 432,0	4,0	4 516,3	1,9	4 751,2	5,2
Cotisations au titre de l'AVPF	4 260,59	4 431,8	4,0	4 516,0	1,9	4 751,0	5,2
Autres prises en charge de cotisations	0,21	0,2	3,4	0,2	3,7	0,2	0,0
Prise en charge de prestations	0,00	35,0	-	145,3	++	47,1	-
Transferts divers entre régimes de base	1 584,52	1 522,1	-3,9	1 599,1	5,1	1 645,4	2,9
Adossement : cotisations	909,14	957,2	5,3	983,8	2,8	1 023,4	4,0
Adossement : soulte	309,43	315,0	1,8	322,2	2,3	329,0	2,1
Transferts de cotisations entre la CNAVTS et les RS	365,96	249,9	-31,7	293,0	17,2	293,0	0,0
Transferts des régimes de base avec fonds concourant au financement	15 119,89	19 114,4	26,4	20 703,7	8,3	21 654,6	4,6
Prises en charge de cotisations par le FSV	9 488,34	10 283,8	8,4	11 317,1	10,0	12 103,5	6,9
Au titre du service national	20,44	20,5	0,3	21,4	4,3	21,4	0,0
Au titre du chômage	8 880,50	9 046,5	1,9	10 015,6	10,7	10 780,2	7,6
Au titre de la maladie	587,40	1 216,8	++	1 280,0	5,2	1 301,9	1,7
Prises en charge de prestations par le FSV	5 631,55	8 830,6	++	9 386,6	6,3	9 551,1	1,8
Au titre du minimum vieillesse	2 113,28	2 171,4	2,8	2 224,6	2,4	2 267,1	1,9
Au titre des majorations de pensions	3 518,27	3 652,7	3,8	3 762,0	3,0	3 884,1	3,2
Au titre du minimum contributif	0,00	3 000,0	-	3 400,0	13,3	3 400,0	0,0
Au titre de la préretraite "amiante"	0,00	6,4	-	0,0	-	0,0	-
Transferts avec les régimes complémentaires	0,00	0,0	-	0,0	-	7,6	-
Contributions publiques	0,01	0,1	++	0,0	-	0,0	0,0
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	114,59	117,0	2,1	122,0	4,2	123,8	1,5
V - PRODUITS FINANCIERS	3,42	8,8	++	2,4	-	0,0	-
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	77,23	68,8	-10,9	66,3	-3,6	67,1	1,1
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	17,50	142,7	++	101,3	-29,0	57,3	-43,4
Résultat net	-8 931,91	-6 017,1	+	-4 786,7	+	-3 470,0	+

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

Des recettes dynamiques en 2012 et 2013 sous l'effet de nouvelles affectations de recettes fiscales

La progression des cotisations sociales nettes est restée dynamique en 2012, évoluant au même rythme qu'en 2011 (+3,9%), en dépit du ralentissement notable de la masse salariale plafonnée (+2,6% en 2012 contre +3,3% en 2011). Cette évolution tient à la conjugaison de plusieurs facteurs favorables. D'une part, la dynamique des recettes de cotisations a été soutenue par la hausse du taux de cotisations de 0,2 point entré en vigueur au 1^{er} novembre 2012 dans le cadre du financement de la retraite anticipée (décret du 2 juillet 2012). Les deux mois d'application de cette mesure ont en effet engendré 150 M€ de recettes de cotisations supplémentaires en 2012. En outre, la suppression des exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires à compter du 1^{er} septembre 2012 a augmenté mécaniquement le montant des cotisations de 700 M€ en 2012. En 2013, le plein effet de ces mesures contribueraient à atténuer l'effet négatif de la dégradation de la masse salariale plafonnée (+1,3% contre +2,6% en 2012) : la hausse du taux de cotisation de 0,2 point et la suppression des exonérations de cotisations induiraient respectivement 900 M€ et 1,6 Md€ de recettes supplémentaires. Au total, les recettes de cotisations sociales rebondiraient (+5,3% contre +3,9%), soutenant pour 3,4 points la progression des produits nets du régime.

Les recettes issues des impôts et taxes se sont élevées à 8,9 Md€ en 2012, en baisse par rapport à 2011 (-5,5%). Ces recettes ne représenteraient plus que 7,4 Md€ en 2013 (soit 1,5 Md€ de recettes en moins), reflétant principalement la suppression des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires entré en vigueur au 1^{er} septembre 2012¹ (cf. infra et fiche 4.4).

Par ailleurs, l'amélioration du solde de la CNAV en 2012 est fortement imputable à l'augmentation des prélèvements sociaux qui se sont élevés à 2,3 Md€ en 2012, soit 1,2 Md€ de recettes supplémentaires affectées à la branche par rapport à 2011. Cette progression tient principalement à l'affectation d'une fraction du forfait social à la CNAV (pour 271 M€) et à la majoration du taux de prélèvement social sur les revenus du capital à compter de juillet 2012 décidées dans le cadre de la LFR d'août 2012 (cf. fiche 4.4). En 2013, ces prélèvements contribueraient à nouveau fortement à la progression des recettes du régime (pour 2,5 points) avec 2,6 Md€ de recettes supplémentaires par rapport à 2012 sous le plein effet de ces mesures. L'affectation d'une fraction du forfait social apporterait un produit de 1,1 Md€ et la hausse du taux de prélèvement social permettrait de dégager 2,2 Md€ de recettes supplémentaires.

En outre, les prises en charge de cotisations par le FSV ont progressé de 10,0% en 2012, portées par le dynamisme des prises en charge au titre du chômage qui se sont élevées à 10 Md€ (contre 9,1 Md€ en 2011). Cette augmentation traduit les effets conjugués de la hausse du nombre de chômeurs au régime général (+5,1%) et d'une modification de la clé de répartition des chômeurs entre le régime général et les salariés agricoles. Au total, l'évolution contra-cyclique des prises en charge au titre du chômage a permis d'atténuer l'effet de la dégradation économique sur le solde du régime, en contribuant pour 1 point à la croissance des produits nets. En 2013, la poursuite de la progression des effectifs de chômeurs au FSV combinée à une augmentation de la cotisation forfaitaire (+2,3%) expliquerait la hausse des cotisations prises en charge par le FSV.

Dans le cadre de la réforme des retraites de 2010, la CNAV bénéficie depuis 2011 d'un transfert au titre de la prise en charge partielle du minimum contributif en provenance du FSV qui a bénéficié des recettes supplémentaires affectées au financement des retraites. En 2012, l'augmentation de cette prise en charge (3,4 Md€ contre 3,0 Md€) décidée en LFSS pour 2012, expliquerait en partie la progression des prestations financées par le FSV (+6,3%). En 2013, ces dépenses progresseraient à un rythme moins soutenu (+1,8%), s'élevant à 9,6 Md€.

¹ Les exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires étaient compensées par l'Etat. Leur suppression entraîne une hausse mécanique des cotisations et une baisse des impôts et taxes affectés de même montant. Son impact est donc neutre sur le solde.

Tableau 2 - Contribution des principaux facteurs à l'évolution des charges et produits nets

	En points		
	2011	2012	2013
Charges nettes	4,0	3,5	4,1
Prestations sociales nettes	4,3	3,6	3,9
Prestations légales nettes	4,2	3,5	3,9
Prestations extralégales nettes	0,1	0,0	0,0
Compensation nette	0,1	0,0	0,2
Transfert d'équilibrage	-0,3	0,0	-0,1
Transferts divers entre régimes de base	0,1	-0,1	0,0
Charge de gestion courante	0,0	0,0	0,0
Charges financières	-0,1	-0,1	0,0
Autres charges nettes	0,0	0,0	0,0
Produits nets	7,5	4,9	5,5
Cotisations sociales nettes et cotisations prises en charge par l'Etat	2,3	2,4	3,4
Contributions sociales, impôts et taxes	0,7	0,7	1,1
Impôts et taxes	0,6	-0,5	-1,4
Impôts et taxes en compensations des heures supplémentaires	0,2	-0,7	-1,5
Impôts et taxes de l'ancien panier Fillon	0,4	0,2	0,1
Contributions sociales diverses	0,1	1,2	2,5
Forfait social	0,0	0,2	0,8
Contributions sur avantages de retraite et de préretraite	-0,1	0,0	0,0
Prélèvement social sur les revenus du patrimoine	-0,4	0,3	0,8
Prélèvement social sur les revenus des placements	0,6	0,7	0,8
Transfert d'équilibrage	0,0	0,0	0,1
Prise en charge de cotisations par le FSV	0,9	1,0	0,7
Au titre du service national	0,0	0,0	0,0
Au titre du chômage	0,2	1,0	0,7
Au titre de la maladie	0,7	0,1	0,0
Prises en charge de prestations par le FSV	3,4	0,6	0,2
Cotisations prises en charge (AVPF)	0,2	0,1	0,2
Transferts divers entre régimes de base	-0,1	0,1	0,0
Produits exceptionnels	0,1	0,0	0,0
Autres produits nets	0,0	0,1	-0,1

Source : Direction de la sécurité sociale

Les écarts à la LFSS pour 2013

Le déficit s'est élevé à 4,8 Md€ en 2012, en amélioration de près de 400 M€ par rapport à la prévision réalisée en LFSS pour 2013. Cette révision tient à la conjugaison de différents facteurs contraires : l'effet négatif de la baisse des recettes sur les revenus d'activité (-311 M€) est plus que compensé par l'impact positif des moindres prestations versées (62 M€) et de la hausse des prises en charge de cotisations au titre du chômage (222 M€) et de l'AVPF (137 M€). Par ailleurs, d'autres révisions favorables amélioreraient le solde du régime pour 250 M€ (transferts nets au titre des validations de services, transferts d'adossement IEG).

La prévision du solde pour 2013 serait également significativement améliorée par rapport à la LFSS (+587 M€), le déficit du régime s'établissant à 3,5 Md€ (contre 4,1 Md€ en prévision LFSS). La perte de recettes sur revenus d'activité (826 M€) seraient plus que compensée par la combinaison d'effets favorables. D'une part, la révision à la baisse des prestations nettes, en lien avec la moindre revalorisation des pensions (+1,50% en moyenne annuelle contre +1,99% en LFSS) et l'introduction de la mesure d'écèlement du minimum contributif, améliorerait le solde de 685 M€ par rapport à la LFSS. A cet effet, viendrait s'ajouter l'augmentation des prises en charge de cotisations au titre du chômage pour (571 M€) et de l'AVPF (164 M€).

Effet sur le solde	En M€	
	2012	2013
Solde LFSS 2013	-5 184	-4 057
Prestations nettes	62	685
Prestations extralégales	-19	-19
Gestion administrative	51	16
Recettes sur revenus d'activité	-311	-826
Recettes fiscales hors CSG activité	68	64
Prise en charge de cotisations chômage	222	571
Prise en charge de cotisations AVPF	137	164
Compensation et transferts d'équilibrage	-64	-283
Charges/produits financiers nets	1	4
Autres	252	210
Solde technique	-4 787	-3 470
Ecart à la prévision LFSS	397	587

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

12.4. CNAF

Le déficit de la CNAF s'est stabilisé en 2012 à 2,5 Md€ grâce à l'apport de nouvelles recettes

Le déficit de la CNAF en 2012 s'est établi à 2,5 Md€ en légère amélioration par rapport au déficit de 2,6 Md€ de 2011 (cf. tableau 1).

Les produits nets de la branche augmentent de 3,5% en 2012. Les cotisations sociales nettes représentent 64% des produits et contribuent pour 2 points à leur croissance (cf. tableau 2). L'évolution des cotisations sociales des salariés est conforme à celle de la masse salariale du secteur privé de 2,2%. Les cotisations des travailleurs indépendants augmentent fortement (+15,1%). Bien que cette hausse soit à mettre au regard de la forte croissance des provisions sur les cotisations, elle comporte d'importantes régularisations au titre d'exercices antérieurs (cf. fiche 4.1) qui contribuent à la croissance des cotisations de la branche.

Le reste de la croissance des produits s'explique par la hausse des produits de contribution sociale généralisée (+4,4%, soit 0,8 point de contribution à la croissance) et des recettes fiscales (+4,6% et 0,7 point de contribution). L'augmentation de la CSG tient essentiellement aux mesures nouvelles. Dans le cadre de la LFSS pour 2012, l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité a été élargie avec la baisse de l'abattement au titre des frais professionnels de 3% à 1,75%. Cette mesure a permis de compenser le ralentissement des revenus d'activité. La LFI pour 2012 a élargi par ailleurs l'assiette de la CSG relative aux revenus de plus-values de cessions immobilières (cf. fiche 4.2).

L'augmentation des recettes fiscales résulte de trois facteurs principaux. Le premier est l'attribution de 0,3 point de prélèvement social sur les revenus du capital à la CNAF suite à la hausse de deux points mise en place avec la LFR d'août 2012 (cf. fiche 4.3). Ce supplément de 350 M€ de recettes est neutre sur le solde de la CNAF car il permet de financer à due concurrence la hausse concomitante de 25% du montant de l'allocation de rentrée scolaire. Le second facteur d'explication est la forte hausse de certaines recettes fiscales (cf. fiche 4.4), notamment la taxe sur les contrats d'assurance maladie (TSCA) et la taxe sur les salaires. Enfin, la baisse de rendement du prélèvement au fil de l'eau sur les contrats d'assurance-vie en euros¹ amoindrit la croissance de l'ensemble des recettes fiscales.

Les charges nettes ont crû de 3,2%, progression moins rapide que celle des produits qui permet la légère amélioration du solde de la branche. Les prestations sociales nettes représentent 79% des charges de la branche en 2012 et de ce fait, leur forte hausse (+3% contre +1,5% en 2011) explique l'essentiel de la croissance des charges nettes (2,8 points). Au sein des prestations sociales, les prestations légales ont fortement augmenté en raison du changement de barème de l'ARS et du coût lié à l'unification des majorations pour âge des allocations familiales. La croissance des prestations légales a cependant été limitée par la sous-indexation de la BMAF en 2012 et le décalage au 1^{er} avril de sa date de revalorisation (cf. fiche 9.1).

Les prestations extralégales² ont augmenté de 8,3% en raison du dynamisme des prestations de service (+6,4%) et de la forte hausse des subventions d'investissement suite au changement de leur mode de comptabilisation (cf. encadré). Enfin, la forte croissance de l'aide personnalisée au logement (cf. fiche 9.2) se reflète dans la dotation de la branche au fonds national des aides au logement (FNAL) qui augmente de 3,7%.

¹ Cette contribution a été affectée à la CNAF en 2011 avec l'exit tax et la TSCA afin de compenser le transfert d'une fraction de CSG à la CADES (cf. fiche 16.4 du rapport CCSS d'octobre 2012).

² Ces prestations correspondent à la dotation au Fonds national d'action social (FNAS) qui finance le fonctionnement des centres d'accueil de jeunes enfants (crèches et centres de loisirs) et l'investissement pour la création de nouvelles places.

Tableau 1. Charges et produits nets de la CNAF
(en millions d'euros)

	2011	%	2012	%	2013	%
CHARGES NETTES	54 839	3,7	56 570	3,2	58 105	2,7
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	42 957	2,3	44 473	3,5	45 618	2,6
Prestations légales nettes	34 999	1,5	36 044	3,0	36 752	2,0
Allocation en faveur de la famille	16 839	0,6	17 460	3,7	17 789	1,9
Allocations pour la garde des enfants	12 774	2,8	12 955	1,4	13 216	2,0
Allocations en faveur du logement	4 217	1,6	4 248	0,8	4 418	4,0
Autres prestations légales	1 160	5,3	1 230	6,0	1 267	3,0
Provisions et pertes nettes des reprises	10	-	150	-	61	-
Prestations extralégales nettes	3 888	7,3	4 209	8,3	4 449	5,7
Financement du FNAL*	4 070	4,3	4 220	3,7	4 417	4,7
TRANSFERTS NETS	9 207	11,5	9 380	1,9	9 743	3,9
Prises en charge des cotisations au titre de l'AVPF	4 432	4,0	4 516	1,9	4 751	5,2
Congé paternité net	309	17,9	281	-9,3	284	1,3
Majorations pour enfants	4 381	21,7	4 498	2,7	4 622	2,8
Autres transferts	85	-36,9	85	-0,5	86	1,2
AUTRES CHARGES NETTES	2 675	1,7	2 717	1,6	2 743	1,0
Charges de gestion courante	2 619	0,7	2 644	1,0	2 670	1,0
Charges financières, charges exceptionnelles et autres	56	91,8	73	-	73	-
PRODUITS NETS	52 249	4,1	54 067	3,5	54 890	1,5
COTISATIONS, IMPÔTS ET TAXES NETS	51 410	4,4	53 197	3,5	54 052	1,6
Cotisations sociales nettes	33 830	3,7	34 851	3,0	35 363	1,5
Cotisations sociales des salariés	30 287	3,4	30 979	2,3	31 654	2,2
Cotisations sociales des non salariés	3 808	-4,9	4 382	15,1	4 265	-2,7
Majorations et pénalités	104	-16,9	141	34,6	145	3,0
Reprises nettes des provisions et pertes	-369	-	-652	-	-701	-
Cotisations prises en charges par l'Etat nettes	528	-21,0	522	-1,1	563	7,8
CSG nette	9 287	-22,9	9 699	4,4	9 749	0,5
Produits de CSG	9 311	-23,4	9 750	4,7	9 803	0,5
Reprises nettes des provisions et pertes	-25	-	-50	-	-54	-
Impôts, taxes et contributions sociales	7 764	98,2	8 125	4,6	8 378	3,1
Impôts et taxes du panier TEPA	117	-3,8	106	-9,2	77	-
Prélèvement au fil de l'eau sur les supports en euros	1 626	-	1 446	-11,1	1 264	-12,6
Prélèvement social sur revenus du capital	0	-	349	-	461	-
Autres recettes fiscales	890	-	1 023	15,0	1 045	2,1
Taxes tabac	1 557	-	1 440	-7,5	1 063	-
Taxe sur les salaires	2 741	38,7	2 924	6,7	3 446	17,9
Taxes sur les primes d'assurance automobile	2	-	4	-	1 023	-
Exit Tax et autres taxes	831	-	832	0,1	0	-
TRANSFERTS NETS	305	-7,9	336	10,4	343	1,9
AUTRES PRODUITS NETS	534	-12,5	533	-0,3	495	-7,2
RESULTAT NET	-2 591		-2 503		-3 215	

Source : DSS (SDEPF/6A).

Changement comptable relatif aux prestations extralégales

La CNAF, à travers le fonds national d'action sociale (FNAS), finance des prestations de service, des subventions de fonctionnement et des subventions d'investissement. Parmi, les subventions d'investissement figurent les « plans crèches » destinés à la création de nouvelles places d'accueil en établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE).

Jusqu'en 2011, seules apparaissaient, au compte de résultat de la CNAF, les décaissements au titre de ces « plans crèches ». Suite à une recommandation de la Cour des comptes, l'ensemble des engagements d'investissements futurs signés et non encore décaissés ont été provisionnés au bilan de la CNAF par prélèvement sur le report à nouveau. A compter de 2012, ce sont les engagements d'investissements signés cette même année qui ont un impact sur le compte de résultat de la CNAF. Deux comptabilisations sont possibles : les engagements signés en 2012 et dont le décaissement a lieu en 2012 figurent dans les charges de la branche, les engagements non encore décaissés sont enregistrés en provisions du compte de résultat. Les décaissements pour engagements signés avant 2012 figurent toujours dans les comptes en charges mais n'ont pas d'impact sur le solde car ils sont neutralisés par une reprise sur les provisions constituées fin 2011.

L'impact de ce changement de comptabilisation en 2012 est une hausse des charges de 95 M€, soit la différence entre les engagements signés en 2012 et les décaissements réalisés en 2012.

Le ralentissement de l'économie pèserait sur les recettes de la branche et conduirait à un déficit de 3,2 Md€ en 2013

En 2013, les charges de la CNAF progresseraient plus fortement que ses recettes (+2,7% contre +1,5%) conduisant à une dégradation du solde de 700 M€ qui s'établirait à -3,2 Md€.

Le **ralentissement marqué des produits nets** s'expliquerait principalement par la mauvaise situation conjoncturelle. L'augmentation des cotisations des salariés serait supérieure à celle de la masse salariale du fait d'une moindre progression des exonérations et de mesures législatives décidées dans le cadre de la LFSS pour 2013¹. La baisse des cotisations des non-salariés (-2,7%) recouvre la dégradation économique et le contrecoup des régularisations observées en 2012. La CSG assise sur les revenus d'activité augmenterait peu (+1,1%) en lien avec la faible progression de la masse salariale du secteur privé (estimée à +1,3%). La CSG assise sur les revenus du capital serait quant à elle en forte baisse (-6%).

La principale mesure de la LFSS 2013 pour la CNAF, la clarification de l'assiette de la taxe sur les salaires, compenserait en partie le ralentissement des autres recettes : elle représenterait 0,5 Md€ de recettes supplémentaires et contribuerait pour 1 point à la croissance des produits.

Les charges nettes ralentiraient du fait d'une moindre croissance des prestations sociales (+2,6%). Le faible niveau d'inflation prévu (+1,2%) limite la revalorisation des prestations légales et donc leur augmentation (+2%). La hausse des prestations sociales proviendrait du financement des aides au logement (+4,3%), en lien avec la mauvaise situation conjoncturelle et la hausse du chômage qui l'accompagne, et du dynamisme des prestations extralégales (5,7%) qui tireraient à la hausse les prestations sociales. Bien qu'augmentant toujours rapidement, les prestations extralégales freineraient toutefois légèrement du fait d'une baisse des prévisions d'investissement à provisionner.

Relativement faible en 2012, la prise en charge des cotisations au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) serait en hausse en 2013 (+4,9% contre +1,9% en 2012). Cette augmentation est due à la hausse du SMIC en moyenne annuelle mesurée au 1^{er} juillet 2012 (+4,5%) et à celle du taux de cotisation vieillesse au 1^{er} novembre 2012.

La prévision du solde 2013 serait ainsi nettement revue à la baisse

Le solde prévisionnel pour 2013 a été révisé à la baisse de 0,6 Md€ entre la prévision établie dans le cadre de la LFSS pour 2013 et la prévision actuelle (cf. tableau 3). Le solde issu de l'arrêté des comptes pour 2012 ne s'écarte que de 20 M€ du solde prévu en LFSS.

La conjoncture économique, moins favorable que prévu, se traduit par des recettes sur les revenus d'activité moins importantes en 2012, comme en 2013. Les recettes sur revenus d'activité du secteur privé pâtissent d'une moindre progression de la masse salariale en 2012 (-0,3 point par rapport à la LFSS) et en 2013 (-1 point). Il en résulte 120 M€ de moindres produits en 2012 et 360 M€ en 2013. Le surplus de recettes sur revenus d'activité assises sur les autres assiettes en 2012 (+290 M€) majore ponctuellement les cotisations de la branche. En 2013, ces recettes seraient revues à la baisse suite à la révision de la dynamique des assiettes sous-jacentes et à la hausse des provisions.

Le rendement des recettes fiscales en 2013 serait inférieur de 100 M€ à la prévision. D'un côté, le rendement des taxes tabac serait diminué de 90 M€ et celui de la taxe sur les primes d'assurance automobile de 60 M€, mais de l'autre le rendement des taxes assises sur les revenus du capital serait majoré de 30 M€ et celui de la TSCA de 20 M€.

Le montant des prestations sociales en 2013 serait inférieur de 120 M€ à la prévision de la LFSS. La principale raison est la révision à la baisse de la prévision d'inflation (1,2% contre 1,8% en LFSS) qui diminue de 0,4 point l'évolution en moyenne annuelle de la BMAF. Enfin, le transfert au titre de l'AVPF a été revu à la hausse de 160 M€ en 2013.

¹ Il s'agit notamment du calcul des cotisations sur le salaire réel versé par les particuliers employeurs et de l'élargissement de la couverture sociale des élus locaux.

Tableau 2. Contribution des facteurs à l'évolution des charges et des produits

	En points		
	2011	2012	2013
CHARGES NETTES	3,7%	3,2%	2,7%
Prestations sociales nettes	1,8	2,8	2,0
Prestations légales nettes	1,0	1,9	1,3
Prestations extralégales nettes	0,5	0,6	0,4
Financement du FNAL	0,3	0,3	0,3
Transferts nets vers d'autres régimes de base	1,9	0,3	0,6
AVPF	0,3	0,2	0,4
Prises en charges de prestations	1,6	0,2	0,2
Charges de gestion courante	0,0	0,0	0,0
Autres charges nettes	0,0	0,0	0,0
PRODUITS NETS	4,1%	3,5%	1,5%
Cotisations sociales nettes	2,4	2,0	0,9
Produits de cotisations	1,5	2,5	1,0
Reprises nettes sur cotisations	0,9	-0,5	-0,1
Cotisations prises en charges par l'Etat nettes	-0,3	0,0	0,1
CSG nette	-5,5	0,8	0,1
Impôts, taxes et contributions sociales	7,7	0,7	0,5
Prélèvement au fil de l'eau sur les supports en euros	3,8	-0,3	-0,3
Taxe sur les salaires	1,5	0,3	1,0
Autres taxes et contributions sociales	2,4	0,7	-0,2
Transferts nets	-0,1	0,1	0,0
Autres produits nets	-0,2	0,0	-0,1

Source : DSS (SDEPF/6A).

Tableau 3. Ecart par rapport à la prévision faite pour la LFSS 2013

	En millions d'euros	
	2012	2013
Soldes prévu en LFSS pour 2013	-2 520	-2 620
Prestations sociales nettes	-10	120
Prestations légales nettes	-20	90
Prestations extralégales nettes	30	30
Dotation au FNAL	-20	0
Gestion administrative	0	10
Transferts aux autres régimes de base	-140	-160
Recettes sur revenus d'activité	170	-480
Assises sur les revenus du secteur privé	-120	-360
Recettes assises sur les autres assiettes nettes des provisions	290	-120
Recettes fiscales hors CSG activité	-50	-100
Recettes sur revenus du capital	-60	40
Autres taxes	10	-140
Autres	50	20
Solde CCSS juin 2013	-2 500	-3 210
Ecart au solde précédent	20	-590

Source : DSS (SDEPF/6A).

12.5. Méthodologie pour le passage du compte brut au compte net

Dans l'ensemble de ce rapport, les comptes des branches du régime général sont présentés selon une forme « économique » : les charges et produits issus de la comptabilité de chaque branche du régime général sont retraités pour obtenir des charges nettes et des produits nets. Les différents regroupements d'écritures comptables opérés sont destinés à permettre une analyse économique des évolutions des comptes et sont totalement neutres sur les soldes. Trois types de retraitements sont effectués pour un montant total de près de 42,4 Md€ en 2012 (cf. tableau 2).

La consolidation des provisions et reprises

Les écritures de provisions et d'admission en non valeur (ANV) conduisent à inscrire en charges des opérations relatives aux recettes. Parallèlement, en produits figurent des écritures de reprises sur provisions relatives aux prestations. Ces écritures sont consolidées dans notre présentation économique puisque, par exemple, une provision pour créance n'est pas une charge pour le régime, mais la couverture d'un risque de non recouvrement d'une recette qui sans cette écriture majorerait le résultat comptable. De même, les reprises sur provisions pour prestations et autres charges techniques ne constituent pas, économiquement, un produit pour le régime ; il s'agit d'écritures qui visent à compenser une charge, déjà provisionnée, qui se rattache à l'exercice précédent et qui n'a donc pas à peser sur le résultat de l'exercice¹. Toutes ces écritures se justifient par les règles de procédure comptable, et notamment par le principe de « non-contraction » des produits et des charges. Néanmoins, elles conduisent à augmenter les montants des produits et des charges, sans lien avec l'activité des organismes.

La dégradation de la conjoncture économique en 2012a entraîné une hausse des charges portant sur les produits

Les provisions et reprises consolidées dépassent les 17 Md€ en 2012, soit une hausse de 1,3 Md€ par rapport à 2011. Plus de 13 Md€ correspondent à des reprises de provisions pour charges et 4 Md€ à des provisions et pertes sur créances portant sur des produits.

La dégradation de la conjoncture économique semble être le principal facteur de hausse : les charges sur les produits augmentent de plus de 0,8 M€. Les risques de non recouvrement se révèlent à nouveau très importants alors qu'ils avaient baissé en 2011 : la forte hausse des produits de cotisations des travailleurs indépendants serait assortie d'une forte hausse des restes à recouvrer sur les produits de cotisations et de CSG (+0,5 Md€). A cet effet macroéconomique s'ajouterait la hausse des provisions pour litiges (150 M€) et recours contre tiers (+150 M€). Les perspectives de croissance pour l'année 2013 étant mitigées, il n'est pas prévu d'amélioration du recouvrement et donc *in fine* les charges sur les produits devraient continuer d'augmenter.

Le changement de méthode comptable quant aux subventions d'investissement et de fonctionnement des prestations extralégales de la CNAF (cf. encadré) est l'autre facteur explicatif de la hausse des consolidations.

¹ Les reprises consolidées portent principalement sur la branche maladie. En effet, les prestations maladie sont essentiellement des remboursements et de ce fait, pour être correctement rattachées à la date du soin, elles nécessitent d'importantes écritures de provisions et de charges, particulièrement depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé. Ces reprises représentent 11,6 Md€ en 2012 soit 86% des consolidations pour reprises et provisions de la CNAM et 68% de celles du régime général.

Tableau 1. Présentation détaillée des consolidations

		Position dans les comptes	Consolidation		Description des transferts
			intra- branche	inter- branche	
Pertes, provisions et reprises					
Reprise pour provisions sur prestations sociales	Prestations légales	Produits	x		
	Prestations extralégales				
	CLEISS				
Reprise pour autres charges techniques	Transferts	Produits	x		
	Autres				
Pertes sur créances irrécouvrables portant sur des produits		Charges	x		
Provisions portant sur des produits		Charges	x		
Ecritures symétriques					
Prestations prises en charge par la CNSA		Produits/ Charges	x		Suite à la consolidation, les charges médico-sociales apparaissent en prestations et en produits figure la contribution nette de la CNSA
Avance de trésorerie de la CNAM-AT au FCAATA (jusqu'en 2011)		Produits/ Charges	x		
Transferts entres régimes					
Cotisations des PAM prises en charge par la sécurité sociale	cotisations maladie	Produits/Charges	x		Cotisations prises en charge par les régimes maladie de sécurité sociale au bénéfice de la CNAM
	cotisations famille	Produits/Charges		x	Cotisations prises en charge par les régimes maladie de sécurité sociale au bénéfice de la CNAF
	Majorations de pensions	Produits/Charges		x	Transferts de la CNAF aux régimes de retraite qui passe par le FSV
	Congé de paternité	Produits/Charges		x	Transferts de la CNAF à la CNAM
	Pension retraite pour pénibilité	Produits/Charges		x	Transferts de la CNAM-AT à la CNAV
	Pension retraite pour amiante	Produits/Charges		x	Transferts de la CNAM-AT à la CNAV
Assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)		Produits/Charges		x	Transferts de la CNAF à la CNAV
Transfert de compensation de la sous-déclaration des accidents du travail		Produits/Charges		x	Transferts de la CNAM-AT à la CNAM
Prise en charge des cotisations retraites des préretraités pour exposition à l'amiante		Produits/Charges		x	Transferts de la CNAM-AT à la CNAV

Source : DSS(SDEPF/6A)

Tableau 2. Les consolidations des branche du régime général et du FSV

		En milliards d'euros			
		2010	2011	2012	2013
Maladie	Provisions et reprises	12,9	13,0	13,5	14,2
	Ecritures symétriques	12,9	13,5	14,06	14,6
	Transferts interne à la branche	1,2	1,3	1,4	1,4
	Total	27,0	27,8	29,0	30,2
ATMP	Provisions et reprises	0,6	0,8	0,9	0,8
	Ecritures symétriques	0,0	0,1	0,04	0,0
	Total	0,6	0,9	1,0	0,8
Famille	Provisions et reprises	1,2	0,7	1,3	1,2
Vieillesse	Provisions et reprises	1,1	1,3	1,3	1,2
Total consolidation intrabranches		29,9	30,7	32,6	33,5
<i>dont</i>	<i>Provisions et reprises</i>	<i>15,9</i>	<i>15,8</i>	<i>17,1</i>	<i>17,4</i>
	<i>Ecritures symétriques</i>	<i>12,9</i>	<i>13,6</i>	<i>14,1</i>	<i>14,7</i>
	<i>Transferts internes aux branches</i>	<i>1,2</i>	<i>1,3</i>	<i>1,4</i>	<i>1,4</i>
Transferts entre branches du régime général		8,4	9,3	9,8	9,9
Total des consolidations		38,4	40,0	42,4	43,4
FSV	Provisions et reprises	0,1	0,5	0,1	0,1
	Transferts du FSV consolidés	3,6	4,4	4,5	4,6

Source : DSS(SDEPF/6A)

Les écritures symétriques

Les branches maladie et ATMP procèdent à l'écriture d'une charge qui sera *in fine* compensé par une écriture équivalente en produits. Comme ces doubles écritures n'ont pas d'impact sur le solde et qu'elles gonflent les produits et les charges, elles sont contractées.

Les charges de transfert de l'ONDAM médico-social de l'assurance maladie et de la branche AT-MP) à la CNSA sont consolidés dans les comptes de ces deux branches, pour un montant de 14,1 Md€ en 2012 (contre 13,5 Md€ en 2011). Cette neutralisation permet de ne pas compter deux fois dans les charges du régime général les dépenses médico-sociales qui apparaissent déjà en charges de prestations. Ainsi, l'ensemble des dépenses médico-sociales sont comptabilisées dans les prestations nettes, tandis que la contribution nette de la CNSA au financement de ces dépenses apparaît en produits.

Jusqu'en 2011, une autre écriture symétrique était consolidée pour la branche des accidents du travail : il s'agissait de l'avance de trésorerie au FCAATA. Cette double écriture était de 75 M€ en 2011. En 2012, l'intégration du FCAATA aux comptes de la CNAM-ATMP ne justifie plus cette neutralisation (*cf.* encadré).

La neutralisation des transferts internes au régime général est en hausse

Cette neutralisation consiste à déduire chaque transfert des dépenses de la branche qui le verse et symétriquement à le déduire des produits de la branche qui le reçoit. Cette neutralisation est nécessaire pour éviter que certains montants de dépenses ou de recettes ne soient comptabilisés deux fois. La prise en charge, par une branche, de prestations versées par une autre branche illustre la nécessité de cette neutralisation : si elle n'était pas opérée lors de la consolidation du régime général, les charges de celui-ci comporteraient à la fois les dépenses de prestations d'une des branches et la prise en charge de ces prestations par l'autre branche. Cette opération de neutralisation explique que les recettes et dépenses calculées du régime général ne soient pas égales à la somme des recettes et dépenses des quatre branches prises séparément.

Les transferts neutralisés au sein du régime général sont essentiellement des transferts entre branches. Seul un transfert effectué au sein d'une même branche du régime général est neutralisé : la prise en charge partielle par la CNAM des cotisations dues par les praticiens et auxiliaires médicaux, que la CNAM se verse à elle-même, est neutralisée. La neutralisation des transferts entre branches du régime général est opérée lors du calcul des agrégats de recettes et de dépenses du régime général.

En 2012, les transferts internes au régime général s'élèvent à 11,2 Md€ (+0,6 Md€ par rapport à 2011). L'augmentation s'explique premièrement par la hausse de certains transferts déjà neutralisés en 2011 : hausse de 0,1 Md€ de la prise en charge des cotisations AVPF, hausse de 80 M€ du transfert pour sous-déclaration des accidents du travail, hausse de 80 M€ de la prise en charge des départs dérogatoire à la retraite pour pénibilité, hausse de 0,1 Md€ de la prise en charge des majorations pour enfants. Le second facteur de croissance des transferts internes est l'intégration du FCAATA à la CNAM-ATMP (*cf.* encadré) : la prise en charge des cotisations de retraite des préretraités pour amiante (130 M€) et des départs dérogatoire pour amiante (35 M€) sont désormais des charges figurant explicitement dans les comptes la CNAM-ATMP.

Le FSV reçoit de la CNAF un transfert pour prise en charge des majorations de pension pour enfants et le redistribue entre les différents régimes de vieillesse. Etant donné le caractère symétrique de ce transfert pour le FSV, il est neutralisé dans les comptes de ce dernier.

Les changements comptables en 2012 et leurs effets sur le passage de comptes bruts aux comptes nets

L'intégration du FCAATA dans les comptes de la CNAM-AT modifie dans un premier temps la composition des charges nettes et produits nets : la dotation au FCAATA est remplacée par ses charges et en produits apparaît la taxe tabacs affectés au FCAATA. L'avance de trésorerie disparaît. Cette intégration modifie également le niveau des charges et produits nets du régime général puisque désormais les prises en charge de cotisations vieillesse des préretraités et les prises en charges des départs dérogatoire pour exposition à l'amiante sont consolidés.

Depuis 2012, le compte de résultat de la CNAF fait apparaître des **provisions et des reprises pour prestations extralégales**. Ce changement de méthode comptable est intervenu dans les comptes 2011 avec le provisionnement par imputation directe au bilan de la CNAF de la totalité des décaissements futurs au titre des plans d'investissement en crèches 2011, des opérations d'investissement sur fonds locaux des Caf et des subventions de fonctionnement pluriannuelles déjà conclus au 31 décembre 2011. En 2012, les provisions font apparaître les nouveaux engagements, les reprises font apparaître les décaissements de l'année au titre de ces engagements provisionnés en 2011. Ce changement a un impact sur les comptes de la CNAF puisque les décaissements au titre des investissements passés sont différents des engagements futurs provisionnés. Avant ce changement, seuls les décaissements figuraient au compte de résultat

A compter de 2012, les charges du régime général font apparaître des **frais d'assiette et de recouvrement** au titre de la taxe sur les salaires et du prélèvement social sur le capital. Ces frais étaient déjà facturés auparavant au régime général, mais n'apparaissaient pas dans les comptes car déduits directement du montant des recettes. Ce changement a pour effet de gonfler de manière équivalente les charges et les recettes, tant brutes que nettes.

Les dégrèvements pour admission en non-valeur des recettes assises sur les revenus du capital (CSG et prélèvements social) apparaissent désormais en admission en non valeur (ANV) en charges des régimes et en produits par hausse du montant de ces recettes. Cette écriture n'a pas d'effets sur les comptes nettes puisque les ANV sont neutralisées.

La **création du fonds d'intervention régionale (FIR)** a eu pour conséquence d'augmenter les charges de la CNAM au titre de prestations versées par ce fonds pour les autres régimes maladie. En contrepartie, la CNAM reçoit un transfert des autres régimes en guise de remboursement. Il en résulte une augmentation des charges et des produits de la CNAM. La construction du compte net de l'ensemble des régimes de base conduira à neutraliser le transfert de remboursement des autres régimes maladie à la CNAM.

**Tableau 3. Passage des comptes nets *pro forma* aux nouveaux comptes nets.
Année 2012.**

en milliards d'euros

	Maladie		ATMP		Famille		Vieillesse		Régime général	
	Charges nettes	Produits nets	Charges nettes	Produits nets	Charges nettes	Produits nets	Charges nettes	Produits nets	Charges nettes	Produits nets
Niveau <i>pro forma</i>	160,5	154,7	11,7	11,5	56,5	54,0	110,2	105,4	329,6	316,3
- Création du FIR	0,16	0,16								
- Comptabilisation des frais d'assiette et de recouvrement	0,02	0,02			0,02	0,02	0,02	0,02		
- FMESPP	0,07	0,07								
- Provisions sur prestations extralégales nettes des reprises					0,08					
- Intégration FCAATA			0,03	0,03					-0,16	-0,16
Niveau actuel	160,8	154,9	11,7	11,5	56,6	54,1	110,2	105,4	329,4	316,1

Source : DSS(SDEPF/6A)

Les compte *pro forma* correspondent aux comptes qui auraient été obtenus sans changement des méthodes comptables.

12.6. Du résultat comptable à la contribution du régime général au besoin de financement des ASSO

Les comptes nationaux constituent le langage commun dans lequel s'expriment les conditions de l'équilibre des finances publiques dans leur ensemble. Ils décrivent notamment les évolutions des dépenses, des recettes et du solde des comptes des régimes de protection sociale, et mobilisent à cette fin les comptes des organismes de sécurité sociale et des fonds qui concourent à leur financement. Toutefois, les conventions comptables utilisées par la comptabilité nationale diffèrent du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, et de plus ces conventions ont été révisées à la suite du passage en 2011 à la « base 2005 » des comptes nationaux.

La présente fiche résume les principaux facteurs d'écart entre les soldes du régime général mesurés à partir des comptes des caisses nationales d'une part, et des comptes nationaux d'autre part.

Périmètre des administrations de sécurité sociale 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).

Lors du passage à la base 2005, la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), et le Fonds de réserve pour les retraites (FRR), ont été reclassés du secteur des administrations centrales vers celui des administrations de sécurité sociale dès leur date de création (CADES en 1996 et FRR en 1999).

a) **Les régimes d'assurance sociale** couvrent des risques et des 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. 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, ce sous-secteur exclut les régimes privés d'assurance sociale, les régimes directs d'employeurs (incluant le régime des pensions civiles et militaires de l'État) 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 ressources propres et des versements provenant des caisses de sécurité sociale, qui répartissent les recettes affectées entre les différentes caisses, ou qui gèrent les actifs de réserve et la dette du système de protection sociale (FIVA, CNSA, FSV, CADES, FRR) ;
- 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) et le compte associé du FFIPSA jusqu'en 2008 ;
 - 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 publics et privés à but non lucratif anciennement financés par dotations globales et bénéficiant aujourd'hui de la tarification à l'activité (T2A) ;
 - 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 peut 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 capital¹ (investissement brut, subventions d'investissement et dotations en capital). Pour passer du résultat comptable des organismes sociaux à la capacité de financement au sens de la comptabilité nationale, certains retraitements sont donc nécessaires. Il convient notamment :

- d'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 soins. Ces provisions sont, à ce titre, enregistrées en prestations. Les autres dotations aux provisions (et reprises sur provisions) ne sont pas comptabilisées dans les opérations de comptabilité nationale.

- d'exclure les dotations aux amortissements et de 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.

- de 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.

¹ 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.

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.

- 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 en 2008 en matière de cotisations sociales dues par les travailleurs indépendants qui ont compté pour cinq trimestres dans les comptes des régimes concernés.

L'adossement du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG)

Un dernier facteur d'écart réside dans le traitement de la soulte versée par le régime de retraite des industries électriques et gazières à la CNAV à l'occasion de son adossement, et ce afin de garantir la neutralité financière de cette opération. 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€) donne lieu à des annuités indexées sur les prix, versées à la CNAV, soit 20 annuités de 287 M€ (en euro 2005).

Conformément aux règles comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, les comptes de la CNAV retracent chaque année le montant d'une annuité. En revanche, conformément aux règles européennes, c'est le montant total de la soulte qui a été enregistré en 2005 en comptabilité nationale, soit 7,6 Md€. Il convient donc pour les années suivantes de neutraliser les annuités figurant dans les comptes de la CNAV.

Le tableau 1 synthétise l'ensemble des corrections précédemment évoquées, pour les exercices 2010 à 2012 inclus. Au total, les écarts de mesure des soldes du régime général, entre les comptes des caisses nationales et les comptes nationaux paraissent limités (+0,5 Md€ en 2010, +0,9 Md€ en 2011, -0,4 Md€ en 2012).

**Tableau de passage du résultat comptable à la capacité de financement
pour le régime général (comptabilité nationale)**

	2010	2011	2012
Résultat des organismes du régime général	-23,9	-17,4	-13,1
Dotations et reprises sur provision	1,4	1,0	1,8
Opérations en capital	-0,4	-0,5	-0,5
Plus ou moins-values (sur immobilisations financières)	0,0	0,0	0,0
Corrections de synthèse	-0,3	0,6	-1,8 (*)
Traitement de l'adossement du régime de retraite des IEG	-0,2	-0,3	0,1
<i>Dont : Produits financiers reçus du FRR</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Annulation de l'annuité</i>	-0,3	-0,3	-0,3
<i>Intérêts reçus des IEG</i>	0,1	0,0	0,4
Capacité (+) / besoin (-) de financement du régime général	-23,4	-16,6	-13,5
Capacité (+) / besoin (-) de financement des autres régimes	0,6	5,0	2,5
Capacité (+) / besoin (-) de financement des ODASS	-0,6	-2,4	-2,1
Capacité (+) / besoin (-) de financement des ASSO	-23,3	-14,0	-13,1

(*) Presque la moitié de la correction (-0,7) provient de l'écart entre le résultat actuel, et celui disponible début mars utilisé pour l'élaboration du compte.

13. ANNEXES

ANNEXE 1
DISPOSITIONS LÉGISLATIVES RELATIVES
À LA COMMISSION DES COMPTES
DE LA SÉCURITÉ 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)

Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2010 (Art. 49)

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 ou 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.

La Commission des comptes de la sécurité sociale inclut chaque année dans ses rapports un bilan d'évaluation du respect des engagements financiers contenus dans les conventions conclues par les professions de santé avec l'assurance maladie.

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 RÉGLEMENTAIRES RELATIVES
À LA COMMISSION DES COMPTES
DE LA SÉCURITÉ 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 désignés respectivement par le président de l'Assemblée nationale et par le président du Sénat ;

2° Un membre du Conseil économique, social et environnemental désigné par le président du Conseil économique, social et environnemental ;

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 nationale du régime social des indépendants ;

i) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;

j) 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 ;

k) Le président du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse ;

l) Le président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires ;

m) Le président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraites des cadres ;

n) 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

Le secrétaire général permanent assure l'organisation des travaux ainsi que l'établissement du rapport prévu à l'article D. 1143. Il fait appel à cette fin aux services du ministre chargé de la sécurité sociale.

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 et aux autres membres du comité d'alerte.

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 aux autres membres du comité d'alerte 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 SÉCURITÉ SOCIALE

PRÉSIDENTS

M^{me} Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales et de la Santé

M. Bernard CAZENEUVE, Ministre délégué auprès du Ministre de l'Économie et des Finances, chargé du Budget

M^{me} Michèle DELAUNAY, Ministre déléguée auprès de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie

M^{me} Dominique BERTINOTTI, Ministre déléguée auprès de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, chargée de la Famille

M^{me} Marie-Arlette CARLOTTI, Ministre déléguée auprès de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion

I - PARLEMENTAIRES

DÉPUTÉS

M. Gérard BAPT

Député de Haute-Garonne

M^{me} Linda GOURJADE

Députée du Tarn

M. Pierre MORANGE

Député des Yvelines

M. Christian PAUL

Député de la Nièvre

SÉNATEURS

M. Jean-Pierre CAFFET

Sénateur de Paris

M. Yves DAUDIGNY

Sénateur de l'Aisne

M. Alain MILON

Sénateur du Vaucluse

M^{me} Isabelle PASQUET

Sénatrice des Bouches-du-Rhône

II - CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

M. Thierry BEAUDET

Membre du Conseil économique et social

III - COUR DES COMPTES

M. Jean-Pierre LABOUREIX

Conseiller maître à la Cour des comptes

IV - ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES, SYNDICALES ET SOCIALES

M. Pierre-Yves CHANU	Confédération générale du travail (CGT)
M. Philippe LE CLÉZIO	Secrétaire confédéral de la Confédération française démocratique du travail, section Sécurité sociale – retraite – prévoyance (CFDT)
M. Jean-Marc BILQUEZ	Secrétaire confédéral de la Confédération générale du travail Force Ouvrière (FO) – secteur protection sociale
M ^{me} Isabelle SANCERNI	Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
M. Serge LAVAGNA	Secrétaire national du pôle protection sociale de la Confédération française de l'encadrement (CFE) et de la Confédération générale des cadres (CGC)
M ^{me} Valérie CORMAN	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M. Laurent RABATE	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M. Jean-François PILLIARD	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M ^{me} Geneviève ROY	Vice-présidente de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises en charge des affaires sociales (CGPME)
M. Jean-Bernard BAYARD	Président de la Commission sociale de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA)
M. Jean-Pierre CROUZET	Président de l'Union professionnelle artisanale (UPA)
M. Laurent CLEVENOT	Secrétaire général de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)

V - ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

M. Jean-Eudes TESSON	Président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS)
M. Michel REGEREAU	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
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. Gérard RIVIERE	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
M. Jean-Louis DEROUSSEN	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)
M. Gérard PELHATE	Président du conseil d'administration des Caisses centrales de mutualité sociale agricole (CCMSA)
M. Jacques ESCOURROU	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)
M. Gérard QUEVILLON	Président national du conseil du Régime social des indépendants (RSI)
M. Claude DOMEIZEL	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)
M. Alain VASSELLE	Président du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM)
M. Bernard BILLON	Directeur du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)
M. Philippe PIHET	Président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires (ARRCO)
M. Philippe VIVIEN	Président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC)
M. Etienne CANIARD	Président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

VI - CENTRE NATIONAL DES PROFESSIONS DE SANTÉ

M. Alain BERGEAU Vice Président du centre national des professions de santé (CNPS)

PROFESSIONS DE SANTÉ

M. David TARAC Président de l'ALLIANCE intersyndicale des médecins indépendants de France

M. Michel CHASSANG Président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

M. Jean-Paul HAMON Président de la Fédération médecins de France (FMF)

M. Claude LEICHER Président du syndicat des médecins généralistes (MG France)

M. Roger RUA Président du Syndicat des médecins libéraux (SML)

ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

M. Antoine DUBOUT Président de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP)

M. Gérard VINCENT Délégué général à la Fédération hospitalière de France (FHF)

M. Jean-Loup DUROUSSET Président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

VII - PERSONNES QUALIFIÉES

M. Bruno DURIEUX Président de la Commission des comptes de la santé

M^{me} Olivia EKERT-JAFFÉ Responsable de l'Unité recherche démographique économique – Institut national d'études démographiques (INED)

M. Philippe GAERTNER Président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)

M. François JOLICLERC Secrétaire national de l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) – secteur protection sociale, prévoyance collective

M. Philippe LAMOUREUX Directeur général – Les entreprises du médicament (LEEM)

M. Alain ROUCHÉ Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. François MONIER Conseiller-maître à la Cour des comptes

ADMINISTRATIONS INVITÉES

M. Jean PISANI-FERRY	Commissaire général à la stratégie et à la prospective – CGSP
M. Dominique GIORGI	Président du Comité économique des produits de santé – ministère des Affaires sociales et de la Santé
M. Julien DUBERTRET	Directeur du Budget – ministère de l'Économie et des Finances
M ^{me} Évelyne BONNAFOUS	Chef du bureau du Droit social et de l'environnement fiscal – ministère du Redressement productif
M. Patrick AUGERAUD	Chef du Bureau des comptes nationaux – ministère de l'Économie et des Finances
M. Jean DEBEAUPUIS	Directeur de la Direction générale de l'offre de soins – ministère des Affaires sociales et de la Santé
M. Jean-Yves GRALL	Directeur de la Direction générale de la santé – ministère des Affaires sociales et de la Santé
M. Ramon FERNANDEZ	Directeur général du Trésor – ministère de l'Économie et des Finances
M. Franck VON LENNEP	Directeur de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – ministère des Affaires sociales et de la Santé – ministère de l'Économie et des Finances
M. Thomas FATOME	Directeur de la Sécurité sociale – ministère des Affaires sociales et de la Santé – ministère de l'Économie et des Finances
M. Jean-Luc TAVERNIER	Directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) – ministère de l'Économie et des Finances
M. Éric TISON	Sous-directeur du Travail et de la Protection sociale – ministère de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire
M. Gérard BELET	Chef de la Mission « Financement de la Sécurité sociale et de la Cohésion sociale » au Contrôle général économique et financier – ministère de l'Économie et des Finances
M ^{me} Marie-Laurence PITOIS-PUJADE	Chef de la Mission « Santé- assurance maladie » au Contrôle général économique et financier – ministère de l'Économie et des Finances