

LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

**RÉSULTATS 2007
PRÉVISIONS 2008**

**RAPPORT
juin 2008**

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

Rédaction
Pour la direction de la Sécurité sociale

Nadia AMER	Charlotte LESPAGNOL
Didier BALSAN	Anton MANGOV
Sandra BERNARD	Myriam MIKOU
Éric BONNET	Bruno MORIN
Emmanuel BRETIN	Françoise MULET-MARQUIS
Céline CAREL	Christelle PAVILLON
Anne-Gaëlle CASANDJIAN	Julien PERLAT
Marianne CORNU-PAUCHET	Annie PERRAUD
Thomas FILLEUR	Anne-Gisèle PRIVAT
Gérard GROFFE	Béatrice ROLLAND
Sylvain GROGNET	Romain ROUSSEL
David HOYRUP	Raphaël SOULIGNAC
Roman KRAKUS	Nicolas VANNI
Audrey LAFON	Damien VERGÉ
Éric LEFEBVRE	Jean-Luc VIEILLERIBIERE
Sabine LEGRAND	Benjamin VOISIN

Pour l'ACOSS

Emmanuel CHION et David JACQUIN

Pour la DGFIP

Patrick AUGERAUD

Pour la MCP

Cécile VANDAMME, Laurent PASSELERGUE, Claudine BISSON et Éric VAQUIER

Organisation : Françoise Halbutier, Marie-Gérard Louis-Philippe, Thierry Manuel pour la 6^e sous-direction et la COBI DSS

Ont également contribué à la rédaction :

Pour la DSS : Jonathan Bosredon, Monique Haenel, Guy Janssen, Philippe Laffon

Pour le Conseiller social à Londres : Vincent Chevrier

Pour la Conseillère sociale en Italie : Florence Sautejeau et Vito Mose Pierro

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

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

TABLE DE MATIERES

Synthèse.....	7
Un deficit du régime général proche de 9 Md€ depuis 2006	8
Thème 1 Cadrage économique général.....	19
Cadrage économique général.....	20
Thème 2 Vue d'ensemble des recettes du régime général.....	23
Vue d'ensemble des recettes	24
Thème 3 Les cotisations et impôts affectés au régime général et aux fonds ...	29
Les cotisations.....	30
La CSG.....	32
Les autres ITAF	36
Thème 4 Les contributions publiques.....	41
Les prises en charge de cotisations par l'Etat.....	42
Les prises en charge de prestations par l'Etat.....	44
Thème 5 Les transferts	47
Vue d'ensemble sur les transferts	48
Les transferts reçus	50
Les transferts versés	52
Thème 6 Analyse et éclairages recettes.....	55
Les prélèvements sur les revenus d'activité	56
Les créances sur les cotisants des Urssaf.....	64
Les dispositifs d'exonération en faveur de l'emploi.....	66
Bilan comptable du transfert de recettes fiscales en compensation des allègements généraux de cotisations et de l'exonération des heures supplémentaires	72
Les taxes sur le tabac et l'alcool	76
Les prélèvements sur les revenus de patrimoine et de placement.....	80
Les exemptions de l'assiette des cotisations de sécurité sociale	86
Thème 7 Les relations de trésorerie Etat – sécurité sociale	91
Les modalités du remboursement par l'Etat des exonérations et des prestations	92
Créances des régimes de sécurité sociale sur l'Etat	96
Thème 8 Les prestations maladie et AT.....	101
L'ONDAM 2007	102
L'ONDAM 2008	106
La consommation de soins de ville du régime général	110
Les prestations maladie et AT-MP hors ONDAM du régime général	116
Thème 9 Eclairages maladie.....	123
L'offre de soins de premier recours au regard des besoins.....	124
Les cures thermales	128
La dynamique du transport des malades	132
T2A : passage à 100% et conséquences pour les établissements	134
La dynamique de la masse salariale dans les établissements de santé publics	136
Analyse comparée du financement des médicaments onéreux à l'hôpital en Europe	140
ALD : effectifs et dépenses	144
Bilan 2005-2007 de la politique du médicament	148
La croissance des pensions d'invalidité	152
Thème 10 Les prestations vieillesse.....	157
Contexte démographique	158
L'évolution des prestations de retraite	160

Thème 11 Eclairages vieillesse	163
Bilan de la surcote au régime général.....	164
Evolution de l'âge moyen de liquidation à la CNAV.....	166
Thème 12 Les prestations famille	171
Contexte démographique et juridique des prestations familiales	172
Les prestations familiales.....	176
Thème 13 Eclairages famille	183
L'aide personnalisée au logement	184
Thème 14 Les organismes concourant au financement du régime général....	193
Le FSV	194
Le FRR	200
La CNSA	202
Thème 15 Les comptes du régime général	209
CNAM – maladie	210
Le passage des dépenses du champ de l'ONDAM aux prestations maladie-maternité de la CNAM	216
CNAM – ATMP	218
CNAV	222
CNAF.....	226
Du résultat comptable à la variation de trésorerie	230
Les charges et produits financiers de l'ACOSS	234
Du résultat comptable du régime général au solde de financement des ASSO	236
Les reprises de dette par la CADES	240
ANNEXES.....	243

SYNTHESE

UN DEFICIT DU REGIME GENERAL PROCHE DE 9 MD€ DEPUIS 2006

Un déficit du régime général de 8,9 Md€ en 2008

Le déficit du régime général se maintiendrait en 2008 au voisinage de -9 Md€ pour la troisième année consécutive. La prévision actuelle est un déficit de -8,9 Md€, très proche de la prévision associée à la loi de financement (-8,8 Md€).

La relative stabilité du déficit global recouvre des évolutions très contrastées entre les branches : réduction progressive du déficit de l'assurance maladie, creusement rapide de celui des retraites, amélioration du solde de la famille. Pour la première fois depuis 1993, le déficit de la branche retraite serait plus important en 2008 que celui de l'assurance maladie. L'excédent de la branche famille, retrouvé en 2007 après trois années de déficit, se confirmerait en 2008.

Soldes par branche du régime général et du FSV

En milliards d'euros	2005	2006	2007	2008(p)
Maladie	-8,0	-5,9	-4,6	-4,1
Accidents du travail	-0,4	-0,1	-0,5	0,3
Vieillesse	-1,9	-1,9	-4,6	-5,6
Famille	-1,3	-0,9	0,2	0,4
Total régime général	-11,6	-8,7	-9,5	-8,9
FSV	-2,0	-1,3	0,2	1,0
Régime général + FSV	-13,6	-10,0	-9,3	-7,9

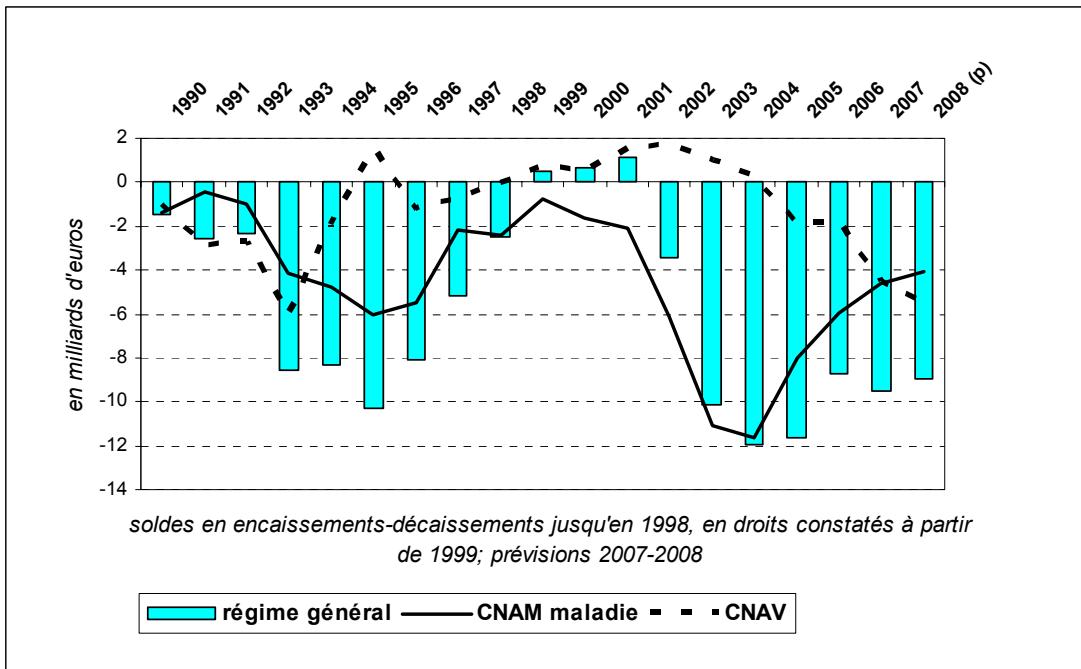
Poursuite du redressement du FSV

Le redressement financier du FSV se poursuit. Le fonds a connu des résultats négatifs sur toute la période 2001-2006, avec un déficit maximal de -2 Md€ en 2005. Son redressement amorcé en 2006 s'est accéléré en 2007 et se poursuivrait en 2008. Il découle pour l'essentiel de l'amélioration de la situation de l'emploi, qui contribue à réduire ses dépenses (liées pour plus de la moitié à l'évolution du chômage) en même temps qu'elle soutient ses recettes de CSG. Le fonds bénéficie également d'importantes attributions de C3S (contribution sociale de solidarité des sociétés) en 2007 et 2008 (respectivement 450 M€ et 900 M€).

Le résultat annuel du FSV est redevenu positif en 2007, et l'excédent de l'exercice 2008 devrait s'élever à 1 Md€. Le déficit cumulé du fonds, qui avait atteint -5 Md€ fin 2006, a commencé de se réduire, mais il serait encore de -3,8 Md€ fin 2008.

Au total, le déficit de l'ensemble constitué par le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse, qui avait atteint -13,6 Md€ en 2005, se réduit de manière continue depuis 2006. Il serait voisin de -8 Md€ en 2008, après -9,3 Md€ en 2007.

Soldes du régime général, de la CNAM maladie et de la CNAV sur la période 1990-2008



Les hypothèses économiques pour 2008

Les hypothèses pour 2008 qui avaient servi de base à la loi de finances et à la loi de financement de la sécurité sociale à la rentrée 2007 ont été actualisées en avril 2008 sur deux points principaux. La croissance du PIB a été révisée à la baisse. La fourchette retenue est désormais de 1,7 à 2 % au lieu de 2 à 2,5 % dans la prévision initiale. Cette révision n'aurait toutefois pas d'incidence sur l'augmentation de la masse salariale privée, dont la prévision est maintenue à 4,8 % (la même progression qu'en 2007) compte tenu de « l'acquis » de début d'année.

La hausse des prix (hors tabac) est quant à elle révisée à la hausse pour tenir compte de l'accélération des prix des produits pétroliers et de l'alimentation depuis la rentrée 2007. L'hypothèse retenue est une augmentation en moyenne annuelle de 2,2 %, contre 1,6 % dans les prévisions associées à la LFSS. L'INSEE publiera prochainement une nouvelle estimation de cette moyenne annuelle.

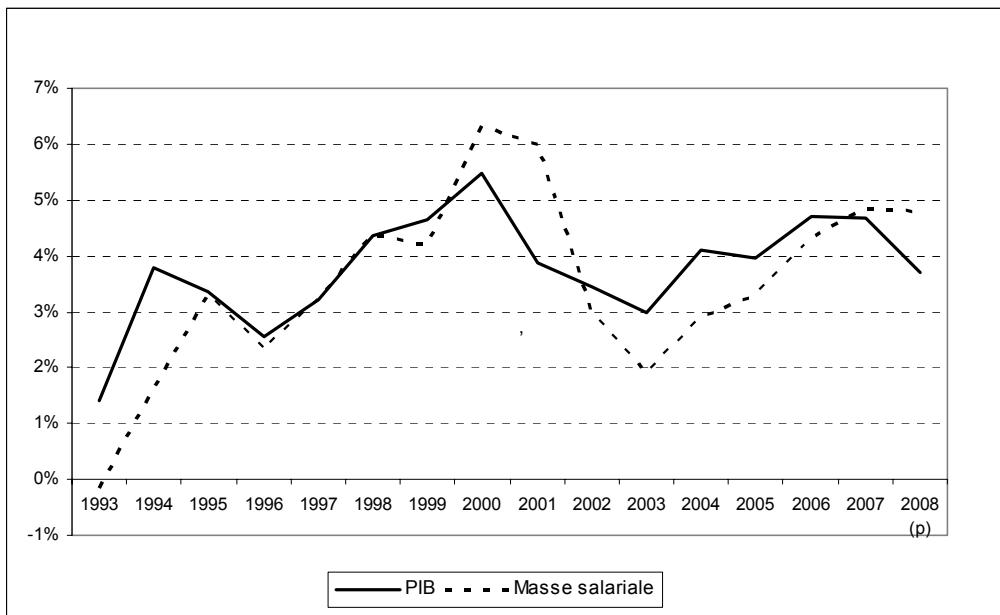
Un découvert de trésorerie très élevé

Le découvert de trésorerie de l'ACOSS a atteint -20,1 Md€ au 31 décembre 2007. Son augmentation (de 7,5 Md€ par rapport à la fin de 2006) a été limitée en 2007 par l'opération d'apurement des dettes de l'Etat pour les années 2006 et antérieures, qui a apporté 5,1 Md€ à l'ACOSS au début du mois d'octobre. En l'absence de cette opération, la variation de trésorerie aurait été de -12,5 Md€ entre la fin 2006 et la fin 2007.

Comme les années précédentes, cette dégradation est supérieure (de 3 Md€ en 2007) au déficit du régime général en droits constatés (-9,5 Md€ en 2007). Un peu plus de la moitié de l'écart (soit 1,7 Md€) s'explique par la reconstitution d'une dette de l'Etat vis-à-vis du régime général en 2007, en raison de l'insuffisance des versements budgétaires au titre de la compensation des exonérations ciblées de cotisations (pour 1,5 Md€) et du remboursement de certaines prestations (pour 0,2 Md€). En revanche, et pour la première fois depuis 2001, le poids des opérations du FSV sur la trésorerie de l'ACOSS s'est un peu réduit en 2007.

La dégradation du solde de trésorerie de l'ACOSS, conjuguée à la hausse des taux d'intérêt à court terme (3,86 % en moyenne en 2007 contre 2,84 % en 2006), se traduit par un alourdissement des charges financières nettes du régime général. Celles-ci se sont élevées à 270 M€ en 2006, à 640 M€ en 2007, et atteindraient 1 Md€ sur l'ensemble de l'année 2008.

Taux de croissance annuel du PIB et de la masse salariale



Une progression des recettes de 4,4 % en 2008 comme en 2007

En 2007 et en 2008, les produits et les charges du régime général connaîtront des évolutions à peu près parallèles qui se traduiront par une quasi-stabilisation du déficit.

Taux de variation des produits et charges du régime général*

	2005	2006	2007	2008 (p)
Produits	5,3%	5,8%	4,4%	4,4%
Charges	4,9%	4,5%	4,6%	4,1%
Ecart	0,4%	1,3%	-0,2%	0,3

*Taux de variation calculés sur les montants de produits et de charges nets et consolidés

La croissance des produits du régime général, qui avait été soutenue en 2005 et 2006 par des hausses de prélèvements et des opérations exceptionnelles, s'est modérée en 2007 et se poursuivrait en 2008 à un rythme de l'ordre de 4,5 %.

En 2007 et 2008, quatre éléments principaux déterminent l'évolution et la structure des recettes du régime général : la progression soutenue de la masse salariale privée, la montée rapide des exonérations de cotisations, les variations des prélèvements sur les revenus du capital et la baisse des transferts en provenance du FSV.

- La masse salariale du secteur privé, qui constitue l'assiette des trois quarts des produits sur revenus d'activité, a augmenté de 4,8 % en 2007 et devrait connaître une croissance du même ordre en 2008. Cette progression soutenue de la masse salariale, nettement supérieure à la moyenne de longue période, entraîne celle des recettes du régime général : les cotisations, les remboursements d'exonérations et la plus grande partie de la CSG lui sont directement liés.
- Les années 2007 et 2008 sont marquées par une forte augmentation des exonérations de cotisations. Les exonérations compensées sous forme de dotations budgétaires ou de recettes fiscales se sont élevées à 25,2 Md€ en 2007, contre 21,6 Md€ en 2006, soit une augmentation de 16,7 %. Elles atteindraient 29,3 Md€ en 2008 (+16,3%) dont 21,9 Md€ pour les allégements généraux et 3,3 Md€ pour l'exonération des heures supplémentaires. Les recettes affectées ont été suffisantes en 2007 pour couvrir ces

allégements, bien que la loi ne l'impose plus pour les allégements généraux depuis 2007. Elles devraient l'être encore en 2008 selon les estimations actuelles. La montée des exonérations freine la croissance des cotisations, qui a été nettement inférieure à celle de la masse salariale en 2007 (3,6 % contre 4,8 %), et le sera plus encore en 2008 (2,9 %). Du fait de sa compensation intégrale, elle n'a pas d'incidence en 2007 et 2008 sur le solde financier du régime général (elle pèse en revanche sur le déficit de l'Etat), mais elle modifie la structure de son financement en y augmentant la part des recettes fiscales. Hors CSG, les impôts et taxes affectés au régime général sont passés de 7,1 Md€ en 2005 à 26,4 Md€ en 2007 et atteindraient 30,8 Md€ en 2008.

Exonérations de cotisations (régime général)

<i>En milliards d'euros</i>	2004	2005	2006	2007	2008
Allégements généraux	16,1	16,5	18,5	20,6	21,9
Exonérations heures supplémentaires				0,6	3,3
Rachat de RTT					0,4
Mesures ciblées compensées	2,3	2,5	3,1	3,9	3,7
Total mesures compensées	18,4	19,0	21,6	25,2	29,3
Mesures non compensées	2,0	2,1	2,4	2,7	2,4
Total exonérations	20,4	21,1	24,0	27,9	31,7

- Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital (composés de CSG pour les trois quarts) ont encore fortement augmenté en 2007 (+11,8 %) grâce au dynamisme des revenus et plus-values concernés et à l'incidence de diverses mesures législatives (notamment l'élargissement de l'assiette « revenus fonciers » consécutive à la réforme de l'impôt sur le revenu). Ces dernières ont permis de compenser la disparition de la recette exceptionnelle qui avait résulté en 2006 de la taxation des plans d'épargne logement. Ces prélèvements continueraient d'augmenter en 2008 sous l'effet de nouvelles évolutions de la réglementation (notamment la mise en place d'un prélèvement à la source sur les dividendes).
- En revanche, d'autres postes de recettes du régime général ont connu des évolutions moins favorables, notamment en 2007 : les transferts provenant du FSV, dont une part importante est liée à l'évolution du chômage, ont diminué de 3,6 % en 2007 ; les impôts et taxes affectés (hors CSG et « paniers » finançant les allégements de cotisations) ont reculé de 6,1 % en 2007 en raison d'un moindre rendement des taxes sur les médicaments et des droits de consommation sur les tabacs, mais ils augmenteraient en 2008 grâce à de nouvelles recettes prévues en LFSS (contributions à la CNAV pour 380 M€ et prélèvement sur les stock-options, affecté à la CNAM, pour 250 M€).

Les dépenses : des évolutions très différentes selon les branches

La croissance des prestations du régime général (4,7% en 2007 et 4,2% en 2008) est la résultante d'évolutions très contrastées : forte augmentation des retraites, modération des prestations de la branche famille, évolution intermédiaire, et moins régulière, des dépenses d'assurance maladie.

Croissance des prestations du régime général par branche

	2005	2006	2007	2008 (p)
Maladie	4,1 %	3,7 %	4,1 %	3,8 %
Retraite	5,9 %	5,9 %	6,1 %	5,9 %
Famille	4,4 %	4,5 %	3,0 %	2,1 %
Régime général	5,4 %	4,4 %	4,7 %	4,2 %

Une croissance des prestations de retraite de 6 % par an

Les prestations de retraite servies par la CNAV augmentent depuis 2005 à un rythme moyen de 6 % par an. Cette progression est portée principalement par des effets démographiques. Le flux de personnes atteignant 60 ans est passé de 550 000 environ pour les générations nées pendant la deuxième guerre mondiale à 800 000 par an pour les générations nées à partir de 1946.

Le nombre de départs à la retraite au régime général a été de 760 500 en 2007 et atteindrait 770 000 en 2008 en supposant la reproduction des comportements de 2007 (notamment sans effet supplémentaire de la surcote). Compte tenu des décès, le nombre de retraités augmente d'environ 400 000 par an en 2007 et 2008 (soit de 3,8 % par an).

Les retraites anticipées pour carrière longue, qui ont fortement accru les flux de départs sur la période 2004-2008, continuent de monter en charge. Le nombre de départs intervenus dans ce cadre a été de 107 700 en 2006, 116 800 en 2007 et atteindrait 119 000 en 2008. Le coût du dispositif a été de 1,8 Md€ en 2006, 2,1 Md€ en 2007 et s'élèverait à 2,5 Md€ en 2008. En 2007 et 2008, son augmentation contribue pour 0,4 point chaque année à celle des droits propres.

En 2008, la croissance des prestations est estimée à 5,9%. Les droits propres augmenteraient de 6,2 % contre 6,5 % en 2007, l'écart s'expliquant notamment par une revalorisation moins élevée qu'en 2007 (+1,4% en moyenne annuelle 2008, contre +1,8% en 2007).

Un net ralentissement des prestations familiales

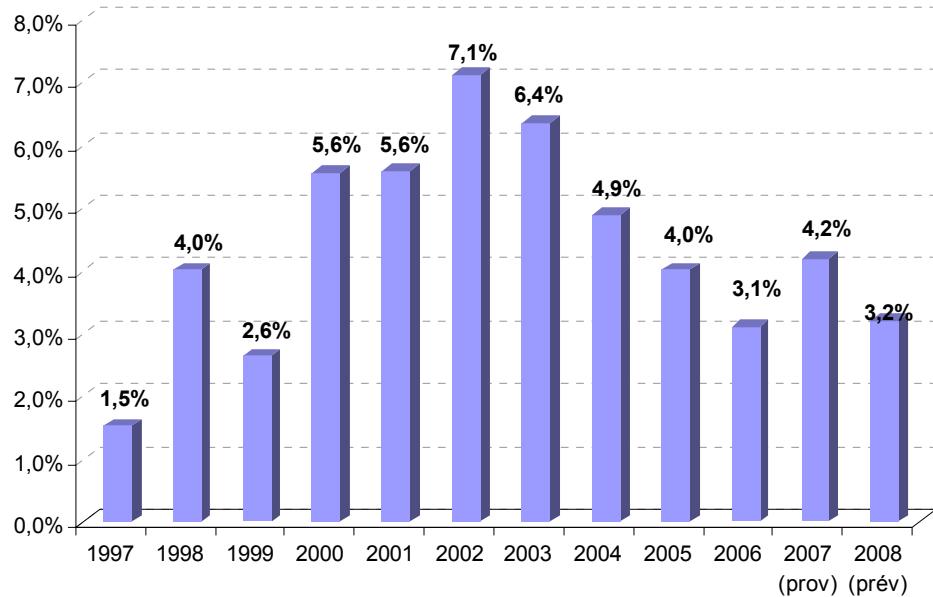
Les prestations familiales avaient augmenté de près de 4,5 % par an entre 2003 et 2006, entraînant un déficit de la branche famille pendant trois ans (2004-2006). Leur progression s'est nettement ralentie en 2007 (3,0 %) et continuerait de décliner en 2008 (2,1 %). La principale explication de ce ralentissement est la fin de la montée en charge de la PAJE (prestation d'accueil du jeune enfant) pour les enfants de moins de trois ans en 2007 ; y contribuent aussi une légère baisse de la natalité en 2007 et, en 2008, la faible revalorisation de la BMAF en début d'année.

Un nouveau dépassement de l'ONDAM en 2008

En 2007, les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM se sont élevées à 147,8 Md€. Ce montant correspond à un dépassement très important (3 Md€, et 3,1 Md€ sur les seuls soins de ville) de l'objectif fixé par la loi de financement, dépassement qui a entraîné le déclenchement de la procédure d'alerte en mai 2007 et la mise en œuvre d'un plan d'économies en juillet.

La croissance des dépenses a été de 4,2 % en 2007, en accélération par rapport à la progression modérée de 2006 (3,1 %) qui faisait suite à quatre années de ralentissement. Cette accélération a porté surtout sur les soins de ville (4,6 % en 2007 après 2,6 % en 2006), mais elle a concerné aussi les établissements de santé (3,3 % contre 3,0 %). Au sein des soins de ville, les dépenses faisant l'objet de prescriptions ont connu les augmentations les plus fortes (indemnités journalières, produits de santé, honoraires paramédicaux).

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM sur la période 1997-2008



Pour 2008, la loi de financement de la sécurité sociale a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 152,0 Md€. Ce montant représentait une augmentation de 2,8 % par rapport aux dépenses de l'année 2007 telles qu'elles étaient estimées à la rentrée 2007 dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale. Les taux de progression étaient respectivement de 1,9 % pour les soins de ville et de 3,1 % pour les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé.

Évolution des dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Soins de ville	1,8%	5,6%	3,7%	7,8%	7,2%	8,0%	6,2%	4,3%	3,1%	2,6%	4,6%	2,4%
Etablissements sanitaires publics et privés	1,0%	1,8%	1,7%	3,2%	3,6%	6,3%	5,5%	4,5%	4,4%	3,0%	3,3%	3,4%
Médico-social	2,8%	6,4%	2,5%	5,7%	6,3%	7,9%	9,0%	9,3%	7,8%	6,4%	6,7%	6,4%
ONDAM	1,5%	4,0%	2,6%	5,6%	5,6%	7,1%	6,4%	4,9%	4,0%	3,1%	4,2%	3,2%

Cependant, les dépenses relatives à l'année 2007 se sont révélées plus élevées que prévu pour les soins de ville (de 330 M€), et en revanche moins élevées pour les établissements de santé (-170 M€). Par rapport à ces nouvelles estimations des dépenses de 2007, le montant retenu comme objectif pour les soins de ville en 2008 correspond désormais à une augmentation de 1,4 %.

Sur les quatre premiers mois de 2008, les remboursements de soins de ville sont en augmentation de 1,5 % par rapport à la même période de 2007 en données corrigées des jours ouvrables (et de 3,6 % en données brutes). Cette modération traduit les effets conjugués sur les premiers mois de 2008 du plan d'économies de l'été 2007, dont le rendement est estimé à 950 M€ en année pleine, et de la mise en place des franchises au 1^{er} janvier 2008, qui devrait entraîner une économie annuelle de 850 M€ pour l'assurance maladie.

Cependant, la prise en compte du « surdépassement » constaté en 2007 et l'évaluation au printemps 2008 de la réalisation des hypothèses retenues pour la construction de l'ONDAM 2008 conduisent à prévoir un dépassement substantiel de l'objectif 2008 que le comité d'alerte a récemment estimé entre 700 et 900 M€ pour les soins de ville, et entre 500 et 900 M€ pour l'ensemble des dépenses.

La prévision ici retenue est un dépassement de 700 M€, qui correspondrait à une augmentation de 3,2 % pour l'ensemble des dépenses.

Les résultats par branche : un déficit rapidement croissant de la CNAV

La CNAV est passée en trois ans d'un léger excédent en 2004 à un lourd déficit en 2007 (-4,6 Md€). Celui-ci s'est particulièrement creusé entre 2006 et 2007 en raison d'un écart très important entre l'augmentation des charges (6,4 %) et celle des produits (3,3 %), ces derniers étant freinés par une baisse des transferts du FSV et par une régularisation d'AVPF au profit de la CNAF. Le déficit s'aggraverait encore en 2008 (-5,6 Md€) malgré une croissance des produits de 5 % plus conforme à celle de la masse salariale. Les charges conserveraient une tendance voisine de 6 %. Les déficits accumulés, ainsi que l'incidence sur la trésorerie de la CNAV des retards de paiement du FSV, se traduisent par des charges financières croissantes qui s'élèveraient à 720 M€ en 2008.

Les transferts reçus du FSV par la CNAV représentent 85 % des dépenses du fonds. L'addition des résultats financiers des deux organismes permet de suivre l'évolution de la branche retraite du régime général au sens large. Le solde agrégé reste très déficitaire en 2008, mais il se dégrade moins rapidement que celui de la CNAV compte tenu du redressement récent du FSV.

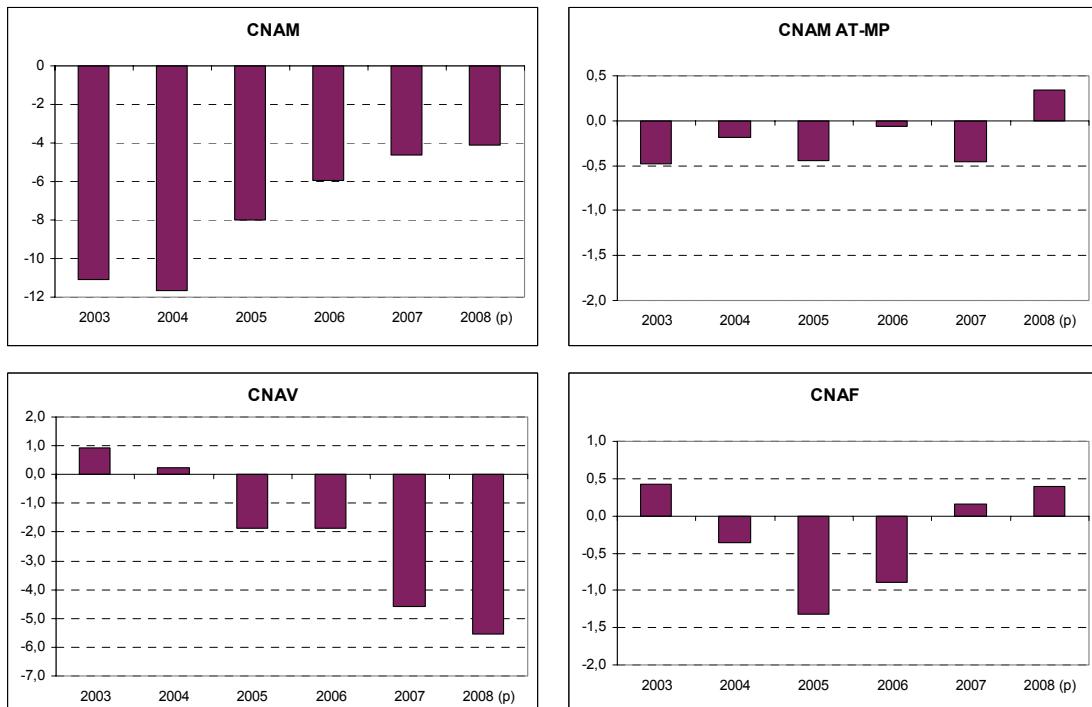
<i>En milliards d'euros</i>	2005	2006	2007	2008 (p)
Solde CNAV + FSV	-3,9	-3,2	-4,4	-4,6

Le déficit de la **CNAM** a été réduit de 7 Md€ en trois ans, passant de -11,6 Md€ en 2004 à -4,6 Md€ en 2007, grâce au ralentissement des dépenses d'assurance maladie et à un apport substantiel de recettes. En 2007, l'amélioration du solde a reposé sur une progression soutenue des produits (4,9 %), qui a compensé l'accélération des prestations. La poursuite de la réduction du déficit en 2008 suppose qu'aucun dépassement supplémentaire n'intervienne sur les dépenses.

La **CNAM AT-MP** passerait d'un déficit de -0,5 Md€ en 2007, alourdi par de nouvelles écritures comptables, à un excédent substantiel en 2008, pour la première fois depuis 2001. Ses produits, qui sont dynamiques sur toute la période, sont accrus en 2008 par la suppression des exonérations générales sur les cotisations « accidents du travail ».

La **CNAF** a retrouvé l'équilibre en 2007 après trois années de déficit. Elle dégagerait un excédent de 0,4 Md€ en 2008. Cette amélioration du solde est due en premier lieu au ralentissement de la croissance des prestations ; elle a été accélérée en 2007 par la baisse d'autres dépenses (financement du FNAL, régularisation d'AVPF). Les recettes de la branche, composées pour l'essentiel de cotisations et de CSG, augmentent d'environ 4 % par an sur la période.

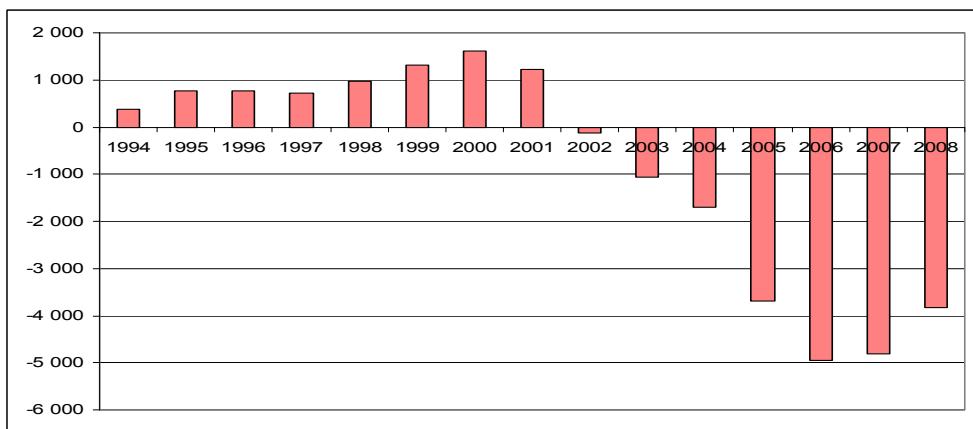
Evolution des soldes des branches sur la période 2003-2008
(en milliards d'euros ; échelles différentes)



Les écarts à la prévision associée à la loi de financement pour 2008

Par rapport à la loi de financement, la prévision de déficit de la **CNAV** est dégradée de 400 M€ en 2008 (-5,6 Md€ au lieu de -5,2) en raison d'une révision à la hausse des dépenses due à une modification des hypothèses relatives aux comportements de départ des assurés et à la revalorisation des pensions de 0,8 % au 1^{er} septembre. Pour la **CNAM**, la nouvelle prévision de solde est légèrement améliorée (-4,1 Md€ au lieu de -4,2) malgré la révision à la hausse des charges liée au dépassement de l'ONDAM ; les produits sont en effet relevés davantage que les charges en raison, pour l'essentiel, d'un effet de base (des produits constatés en 2007 plus élevés que les estimations associées à la loi de financement). Les soldes des deux autres branches, famille et accidents du travail, sont légèrement améliorés (de 100 M€ chacun).

Solde cumulé du FSV



Régime général et FSV 2005-2008

Régime général

	2005	2006	%	2007	%	2008	En millions d'euros	%
CNAM MALADIE								
Charges	135 715	152 640	12,5	161 532	5,8	165 860	2,7	
Produits	127 707	146 704	14,9	156 903	7,0	161 753	3,1	
Résultat	-8 009	-5 936		-4 629		-4 107		
CNAM AT								
Charges	9 788	10 263	4,9	11 436	11,4	11 071	-3,2	
Produits	9 350	10 204	9,1	10 981	7,6	11 408	3,9	
Résultat	-438	-59		-455		337		
CNAV								
Charges	81 420	85 616	5,2	92 136	7,6	96 254	4,5	
Produits	79 543	83 761	5,3	87 564	4,5	90 703	3,6	
Résultat	-1 876	-1 855		-4 572		-5 551		
CNAF								
Charges	52 060	54 172	4,1	56 783	4,8	57 105	0,6	
Produits	50 745	53 281	5,0	56 939	6,9	57 498	1,0	
Résultat	-1 315	-891		156		393		
Régime général consolidé								
Charges	272 515	296 585	8,8	315 884	6,5	323 821	2,5	
Produits	260 878	287 845	10,3	306 384	6,4	314 894	2,8	
Résultat	-11 638	-8 741		-9 500		-8 927		
FSV								
Charges	14 668	14 811	1,0	14 352	-3,1	14 449	0,7	
Produits	12 664	13 551	7,0	14 503	7,0	15 430	6,4	
Résultat	-2 005	-1 259		151		980		

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

Régime général 2005–2008 : produits et charges nets

Régime général		En millions d'euros						
		2005	2006	%	2007	%	2008	%
	CNAM MALADIE							
	Charges nettes	130 341	135 317	3,8	140 404	3,8	145 684	3,8
	Produits nets	122 333	129 381	5,8	135 774	4,9	141 577	4,3
	Résultat	-8 009	-5 936		-4 629		-4 107	
	CNAM AT							
	Charges nettes	9 430	9 727	3,2	10 682	9,8	10 605	-0,7
	Produits nets	8 992	9 669	7,5	10 227	5,8	10 943	7,0
	Résultat	-438	-59		-455		337	
	CNAV							
	Charges nettes	80 796	84 947	5,1	90 396	6,4	95 625	5,8
	Produits nets	78 920	83 092	5,3	85 824	3,3	90 074	5,0
	Résultat	-1 876	-1 855		-4 572		-5 551	
	CNAF							
	Charges nettes	51 646	53 692	4,0	54 784	2,0	56 679	3,5
	Produits nets	50 332	52 801	4,9	54 940	4,1	57 072	3,9
	Résultat	-1 315	-891		156		393	
	Régime général consolidé							
	Charges nettes	265 746	277 578	4,5	290 264	4,6	302 125	4,1
	Produits nets	254 108	268 837	5,8	280 764	4,4	293 198	4,4
	Résultat	-11 638	-8 741		-9 500		-8 927	

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

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

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

Les transferts entre la CNSA et la CNAM (maladie et AT-MP) portant sur l'ONDAM médico-social sont également neutralisés ainsi que les écritures exceptionnelles liées à l'apurement de la dette de l'Etat intervenu en 2007

Principales hypothèses pour la prévision

	Evolution en moyenne annuelle		
	2006	2007	2008 (p)
Produit intérieur brut (PIB)			
PIB en volume	2,2%	2,2%	1,85%
PIB en valeur	4,7%	4,7%	3,7%
Masse salariale			
Secteur privé en comptabilité nationale (1)	4,3%	4,8%	4,9%
<i>dont</i> <i>Emploi</i>	1,2%	1,5%	1,2%
<i>Salaire moyen</i>	3,1%	3,3%	3,7%
Secteur privé champ URSSAF	4,3%	4,8%	4,8%
<i>dont</i> <i>masse salariale plafonnée</i>	4,6%	4,9%	4,7%
Plafond de la sécurité sociale			
Montant annuel en euros	31 068	32 184	33 276
<i>Variation en %</i>	2,9%	3,6%	3,4%
Hausse des prix et taux de revalorisation			
Prix hors tabac	1,7%	1,5%	2,2%
Revalorisation des pensions	1,8%	1,8%	1,37%*
Revalorisation de la BMAF	1,8%	1,7%	1,0%

(1) Secteurs EB-EP

* Revalorisation des pensions vieillesse de 1,1% au 1^{er} janvier 2008 et de 0,8% au 1^{er} septembre 2008

Source : INSEE / ACOSS / DSS

THEME 1
CADRAGE ECONOMIQUE GENERAL

CADRAGE ÉCONOMIQUE GÉNÉRAL

Une croissance un peu supérieure à 2 % l'an jusqu'au 1^{er} trimestre

Le produit intérieur brut a augmenté de 0,6 % au 1^{er} trimestre 2008. Son augmentation en glissement annuel (du 1^{er} trimestre 2006 au 1^{er} trimestre 2007) est identique à la croissance enregistrée en moyenne annuelle en 2007 et en 2006, soit 2,2 %. Au-delà des fluctuations de court terme, l'économie française a donc connu au cours des deux dernières années une croissance assez régulière un peu supérieure à 2 %, proche de sa tendance de long terme.

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

2007				2008	4 derniers trimestres
1 ^{er} trim	2 ^{ème} trim	3 ^{ème} trim	4 ^{ème} trim	1 ^{er} trim	
0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,3 %	0,6 %	2,2 %

Source : INSEE, comptes nationaux trimestriels

Comme déjà les années précédentes, la croissance de l'année 2007 a reposé sur la demande intérieure, alors que les pertes de parts de marché à l'exportation et la pénétration accrue des importations se sont traduits par une contribution négative des échanges extérieurs estimée à -0,7 point.

Pour la seconde année consécutive, la croissance française a été sensiblement inférieure à celle de l'Allemagne et à la moyenne de la zone euro en 2007.

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

	2004	2005	2006	2007
France	2,5 %	1,9 %	2,2 %	2,2 %
Allemagne	1,1 %	0,8 %	2,9 %	2,5 %
Zone euro	2,1%	1,6%	2,8%	2,6%

Source : Eurostat ; INSEE pour la France

Une conjoncture en voie de ralentissement

La zone euro a connu en 2006 et 2007 une forte croissance qui s'est prolongée au 1^{er} trimestre 2008 dans la plupart des pays. Cette phase touche à sa fin. Si l'on en juge par les enquêtes de conjoncture les plus récentes et les indicateurs relatifs au marché du logement, un ralentissement devrait se dessiner dès le 2^{ème} trimestre 2008. Il serait la conséquence de du durcissement des conditions de financement, de la hausse du prix du pétrole et du niveau très bas du dollar.

Selon la Commission européenne (et l'OCDE), la croissance moyenne de la zone euro serait de 1,7 % en 2008, soit un ralentissement d'environ un point par rapport à 2007.

Pour la France, le gouvernement a revu à la baisse sa prévision de croissance pour 2008. Celle-ci est désormais comprise entre 1,7 et 2 % (au lieu de 2 à 2,5 % à l'automne dernier).

La masse salariale et les prix

Une progression toujours soutenue de la masse salariale

La croissance de la masse salariale du secteur privé a été de 4,3 % en 2006 et de 4,85 % en 2007 sur le champ de recouvrement des URSSAF. Ces taux d'augmentation sont supérieurs à la tendance de long terme estimée autour de 4 %.

L'accélération de la masse salariale constatée en 2007 a porté à la fois sur les effectifs salariés et sur le salaire moyen. L'emploi salarié des secteurs marchands a augmenté de 1,5 % en moyenne annuelle, contre 1,2 % l'année précédente. Du début à la fin de l'année, les créations nettes d'emplois ont atteint 310 000. La hausse du salaire moyen a été de 3,3 % en 2007 contre 3,1 % en 2006.

L'augmentation des effectifs s'est poursuivie à un rythme soutenu au 1^{er} trimestre 2008 (57 000 créations dans les secteurs marchands soit + 0,4 %). Cette évolution se traduit par un « acquis de croissance » important qui devrait à nouveau assurer une progression soutenue de la masse salariale en moyenne annuelle 2008, même si la tendance s'infléchit dans la seconde moitié de l'année.

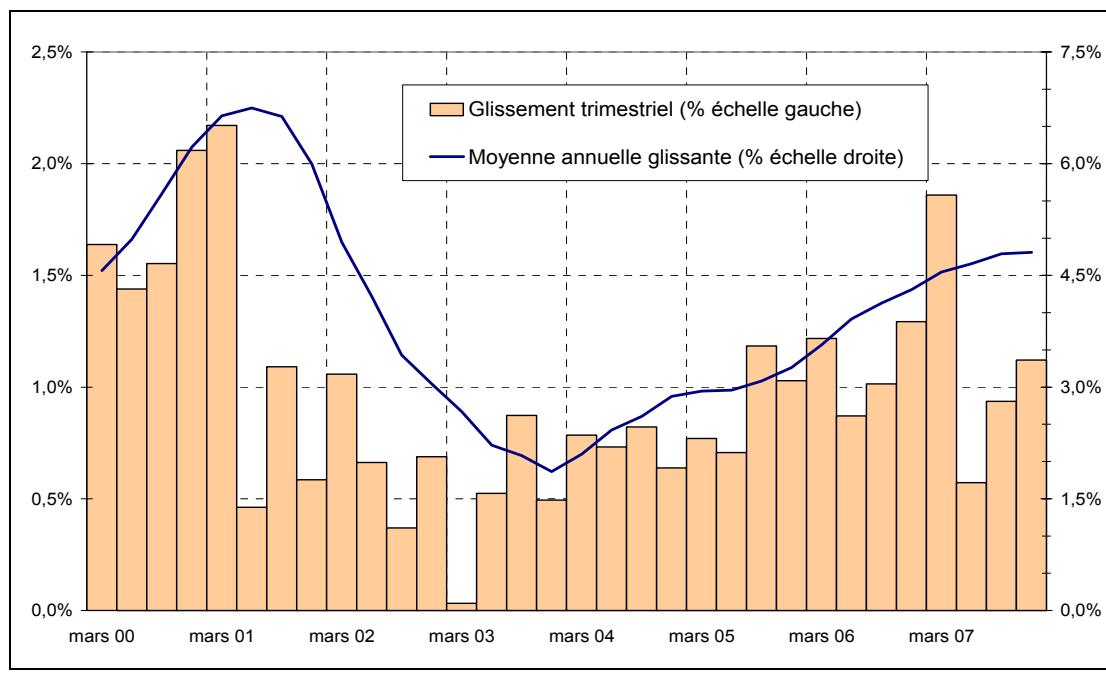
Dans ces conditions, l'augmentation de la masse salariale (champ URSSAF) devrait être sensiblement la même en 2008 qu'en 2007 (de l'ordre de 4,8 %).

Une forte accélération de la hausse des prix

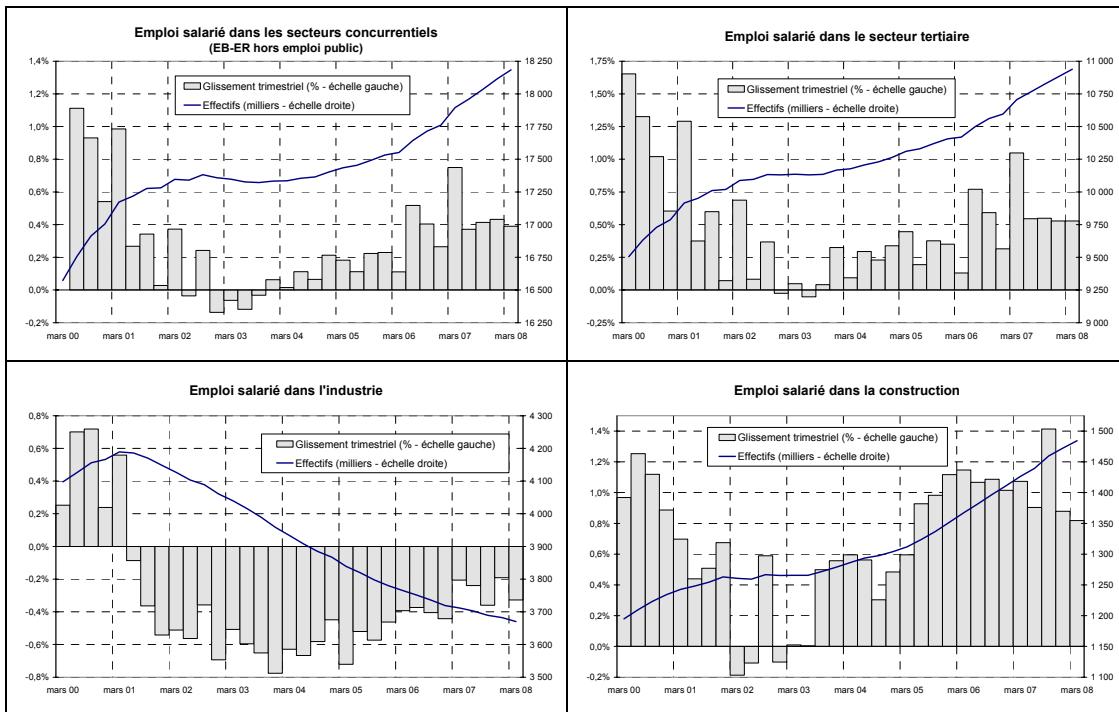
La hausse des prix à la consommation, qui était encore inférieure à 1,5 %, en glissement annuel, au début de l'été 2007, s'est fortement accélérée par la suite. En mai 2008, elle atteint 3,3 % sur un an. Cette forte augmentation (la plus élevée depuis juillet 1991) reflète avant tout celles des produits pétroliers (+ 22,4 % sur un an) et de l'alimentation (+ 5,7 %). Hors énergie, le glissement annuel des prix est de 2,3 %.

L'hypothèse d'une hausse des prix (hors tabac) de 1,6 % en moyenne annuelle, qui avait été associée à la LFSS pour 2008, a été relevée à 2,2 % en avril dernier.

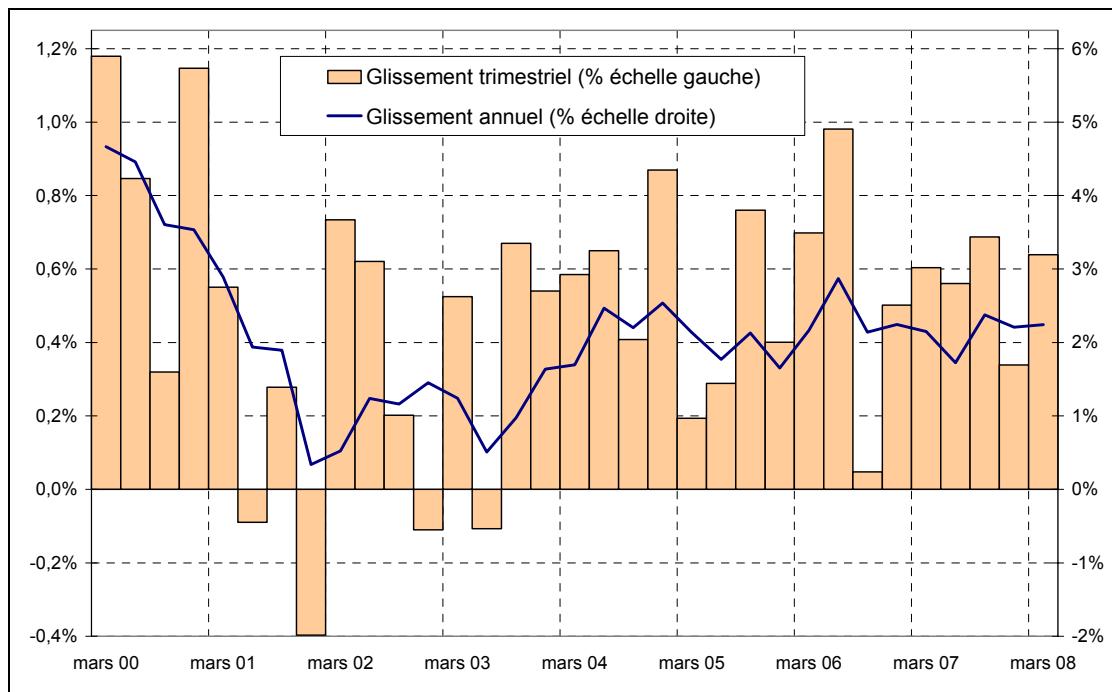
**Evolution de la masse salariale du secteur privé depuis 2000
(données CVS)**



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



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



Source : INSEE, comptes nationaux trimestriels

THEME 2
VUE D'ENSEMBLE DES RECETTES DU REGIME
GENERAL

VUE D'ENSEMBLE DES RECETTES

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

Les cotisations affectées au régime général¹ se sont élevées à 164,3 Md€ en 2007

Compte tenu d'une hypothèse de croissance de la masse salariale de 4,8%, ce montant devrait atteindre 169,1 Md€ en 2008 (+2,9%).

Ces ressources représentent, en 2007, 53%² des recettes du régime général. Les cotisations sont affectées en majorité aux branches maladie et vieillesse à hauteur respectivement de 65,4 Md€ (soit 40% de l'ensemble des cotisations – hors exonérations ou prises en charge par un tiers) et 59,8 Md€ (36% des cotisations). Viennent ensuite les branches famille avec 31,4 Md€ (19%) et accidents du travail avec 7,8 Md€ (voir tableau 1 et graphiques 1 et 2).

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

87,9 Md€ d'impôts et taxes ont été affectés au régime général en 2007 et 14 Md€ aux fonds de financement

Les recettes du régime général et des fonds provenant des impôts et taxes ont augmenté fortement en 2007 pour atteindre 101,8 Md€ (+6,9%), en raison de l'affectation de recettes fiscales destinées à compenser les exonérations de cotisations³ et de la forte augmentation de la CSG perçue sur les revenus du capital (voir fiche 6-6). En 2008, ces recettes devraient s'élever à 109,8 Md€ (+7,8%) – voir tableau 2.

Ces produits représentent 28% des recettes du régime général en 2007. La branche maladie du régime général est la première bénéficiaire de ces recettes (72% des recettes hors fonds). En effet, la majeure partie de la CSG lui est affectée (les autres attributaires dans le champ de la CCSS, hormis les autres régimes maladie, étant la branche famille et le FSV) et elle est la principale bénéficiaire des autres recettes fiscales.

Les impôts et taxes affectés à la branche vieillesse du régime général sont constitués du panier de recettes fiscales en compensation des exonérations et du prélèvement de 2% sur les revenus du capital, dont la CNAV perçoit 15% du rendement total (le reste étant partagé entre le FSV et le FRR). Le FSV perçoit également le solde de CSSS, une fois déduites les parts revenant au régime social des indépendant (RSI).

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

¹ Les recettes des fonds de financement (FSV, FRR) ne comprennent pas de cotisations.

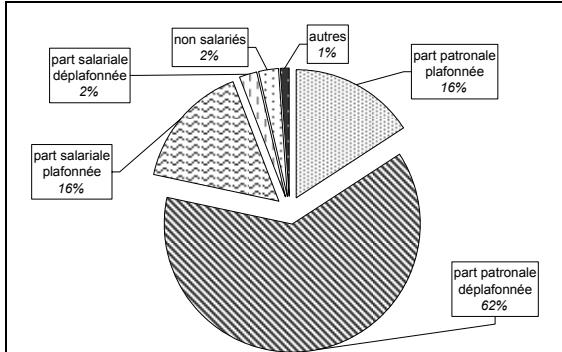
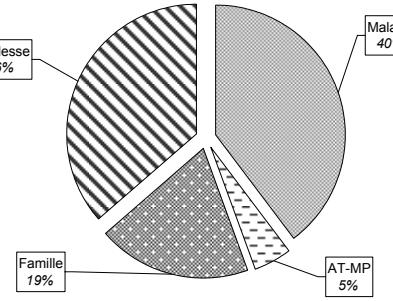
² Ces taux sont calculés en pourcentage de l'ensemble des recettes. Ils sont donc potentiellement impactés par certaines écritures comptables majorant artificiellement les produits et les charges. C'est le cas, en particulier en 2007 où la reprise de dette de l'Etat majore les produits et les charges du régime général de 5,1 Md€.

³ Le montant des recettes fiscales perçues par le régime général et destinées à compenser les exonérations de cotisations sociales s'élève à 18,9 Md€ en 2006 et 21,4 Md€ en 2007 (+13,6%).

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

	2005	2006	%	2007	%	2008 (p)	%
Maladie	61 009	63 117	3,5	65 351	3,5	67 643	3,5
AT-MP	7 060	7 519	6,5	7 781	3,5	8 549	9,9
Famille	29 321	30 450	3,8	31 384	3,1	32 566	3,8
Vieillesse	54 831	57 545	5,0	59 777	3,9	60 325	0,9
Total régime général	152 221	158 630	4,2	164 294	3,6	169 083	2,9

Source: DSS/SDEPF/6A

Graphique 1 – Répartition par assiette en 2007**Graphique 2 – Répartition par risque en 2007**

Source : DSS/SDEPF/6A

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

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

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

	2005	2006	%	2007	%	2008 (p)	%
Maladie	49 678	60 048	20,9	63 152	5,2	66 407	5,2
AT-MP	158	1 620	++	1 829	12,9	1 985	8,6
Famille	10 760	14 578	35,5	15 602	7,0	16 372	4,9
Vieillesse	863	6 144	++	7 296	18,7	10 108	38,5
Total régime général	61 459	82 390	34,1	87 879	6,7	94 872	8,0
Fonds	11 827	12 880	8,9	13 965	8,4	14 887	6,6
Ensemble	73 286	95 270	30,0	101 843	6,9	109 759	7,8

Source: DSS/SDEPF/6A

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

Les contributions de l'Etat aux recettes du régime général se sont élevées à 11 Md€ en 2007

On peut distinguer deux grandes catégories de contributions publiques : les prises en charge de cotisations en compensation des exonérations spécifiques de cotisations (voir fiche 4-1) et les prises en charge de prestations (voir fiche 4-2).

Après la forte diminution enregistrée en 2006 suite à la substitution d'impôts et taxes aux dotations budgétaires de l'Etat pour le financement des allègements généraux de cotisations, les prises en charges de cotisations repartent à la hausse en 2007 (+17,6%, soit 3,9 Md€). Cette progression soutenue s'explique entièrement par celles des dispositifs d'exonérations (voir fiche 6-3), puisque les dotations de l'Etat compensent exactement la perte de recettes pour la sécurité sociale. En 2008, les prises en charge de cotisations devraient augmenter de 7,3% pour atteindre 4,2 Md€, sous l'effet d'une nouvelle exonération sur le rachat des journées de RTT.

Par ailleurs, la sécurité sociale assure la gestion de plusieurs prestations pour le compte de l'Etat. Certaines d'entre elles sont suivies dans les comptes de la sécurité sociale et représentaient en 2007 un montant de 6,8 Md€. Il s'agit principalement de l'allocation aux adultes handicapés, de l'allocation parent isolé et d'avantages servis au titre de l'invalidité.

Les transferts en provenance d'organisme tiers représentent 25 Md€ de recettes pour le régime général en 2007

Ces recettes sont en hausse modérée de 2% par rapport à 2006 et devraient augmenter de 5,1% pour atteindre 26,2 Md€ en 2008 (voir fiches 5-1 et 5-2).

Elles comprennent principalement :

- des transferts en provenance d'autres régimes de base de sécurité sociale (représentant 2,1 Md€ en 2007, +3,7% par rapport à 2006) : les transferts de compensation, les cotisations et la soulté versés par le régime des Industries électriques et gazières suite à son adossement financier à la CNAV, le reversement de cotisations des régimes spéciaux, 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 du FSV vers la CNAV (soit 12,1 Md€ en 2007, en baisse de 3,6% par rapport à 2006), qu'il s'agisse de la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs ou du remboursement des majorations de pensions de retraite (60% des majorations pour enfant sont ensuite remboursées au FSV par la branche famille) et du minimum vieillesse ;
- un transfert vers le régime général au titre de la prise en charge par la CNSA, à compter de 2006, des dépenses en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (soit 10,7 Md€ en 2007, +8,8% par rapport à 2006).

Tableau 3 – Evolution 2005-2008 des recettes du régime général (en M€)

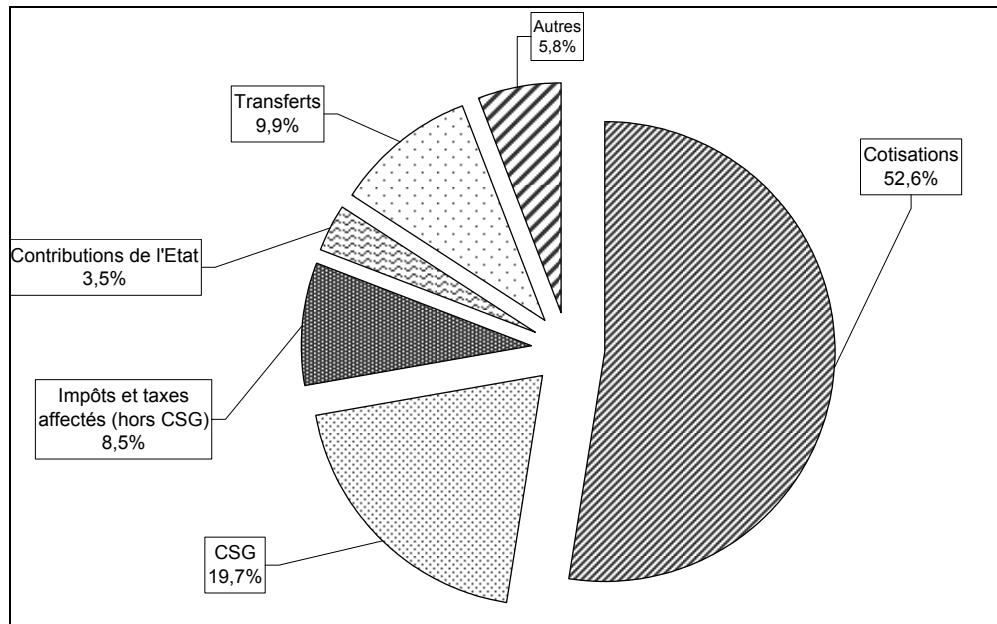
	2005	2006	%	2007	%	2008 (p)	%
Cotisations	152 221	158 630	4,2	164 294	3,6	169 083	2,9
CSG	54 400	58 223	7,0	61 450	5,5	64 035	4,2
Impôts et taxes affectés (hors CSG)	7 058	24 167	++	26 429	9,4	30 837	16,7
Contributions de l'Etat	23 952	10 158	--	11 020	8,5	11 382	3,3
d ^{ont} exonérations compensées	17 421	3 314	--	3 897	17,6	4 182	7,3
d ^{ont} prises en charge de prestations	6 264	6 560	4,7	6 849	4,4	6 917	1,0
Transferts à la charge d'organismes tiers	14 684	24 471	++	24 966	2,0	26 243	5,1
d ^{ont} autres régimes de base	1 831	2 058	12,4	2 134	3,7	1 801	-15,6
d ^{ont} FSV	12 448	12 558	0,9	12 107	-3,6	12 177	0,6
d ^{ont} CNSA	406	9 855	++	10 726	8,8	12 265	14,4
Autres	8 562	12 195	++	18 225	49,4	13 317	-26,9
Ensemble des produits consolidés	260 878	287 844	10,3	306 383	6,4	314 898	2,8
Transferts internes au régime général	6 466	6 107	-5,6	6 003	-1,7	6 468	7,8
Ensemble des produits	267 345	293 951	10,0	312 386	6,3	321 366	2,9

Source : DSS/SDEPF/6A

Notes :

- la ligne « autres » comprend principalement les reprises de provisions sur prestations maladie ; cette série est heurtée sur les derniers exercices en raison de l'effet du passage à la T2A en 2004 sur les provisions inscrites en 2005 et les reprises sur provisions de 2006 (les chocs sur les dotations aux provisions sur prestations maladie se retrouvent avec un an de décalage sur les reprises, puisque les reprises comptabilisées en N+1 sont égales aux dotations comptabilisées en N).
- La forte hausse sur cette ligne en 2007 est due à l'écriture comptable (5,1 Md€, en charges et en produits exceptionnels) du montant de la dette de l'Etat constatée au 31 décembre 2006 à l'égard du régime général et qui a fait l'objet d'une opération d'apurement en octobre 2007 ;
- la forte augmentation des recettes du régime général en 2006 (+10,3%) résulte pour une large part du traitement comptable du financement des dépenses médico-sociales (augmentant artificiellement les charges et les produits de la CNAM de 9,4 Md€ en 2006, soit la part régime général de l'ONDAM médico-social – voir fiches 13-3 et 14-1).

Graphique 3 – Structure des recettes consolidées du régime général en 2007



Source : DSS/SDEPF/6A

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

3-1

LES COTISATIONS

Le montant total des produits de cotisations du régime général, hors cotisations prises en charge, s'élève à 164,3 Md€ pour l'exercice 2007

Ce montant est en augmentation de 3,6% par rapport à 2006 et devrait atteindre 169,1 Md€ en 2008, soit une progression de +2,9%. La croissance des cotisations est inférieure à celle de la masse salariale du secteur privé en 2007 et surtout en 2008⁴ en raison du fort dynamisme des dispositifs d'exonérations existants et de la nouvelle exonération sur les heures supplémentaires entrée en vigueur en octobre 2007 (voir fiche 6-1).

Malgré la montée en charge des différentes mesures d'exonérations de charges, les cotisations patronales constituent l'essentiel des cotisations, représentant 78,2% de leur ensemble en 2007 (128,5 Md€), contre 18,3% pour les cotisations salariales (30,1 Md€), le reste recouvrant principalement les cotisations des non salariés.

En 2007, un point de cotisation déplafonné représente 4,75 Md€ sur le champ du secteur salarié privé

Le rendement d'un point de cotisation retraite plafonnée sur le même champ s'élève à 3,9 Md€.

Le champ des assurés relevant de la branche maladie est plus large que celui des assurés des branches AT et vieillesse, car il intègre la plupart des salariés ne relevant pas du secteur privé (notamment les fonctionnaires civils). Cela explique que le rendement du point de cotisation pour la branche maladie soit plus élevé (5,9 Md€). La branche famille couvrant l'ensemble des assurés (y compris les indépendants et le secteur agricole), le rendement du point de cotisation s'élève à 6,7 Md€.

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

En millions d'euros

Valeur du point par branche	2005	2006	2007	2008 (p)
AT et vieillesse déplafonnée (1)	4 300	4 520	4 750	5 000
Vieillesse plafonnée (1)	3 580	3 740	3 940	4 130
Maladie (2)	5 370	5 650	5 930	6 200
Famille (3)	6 140	6 400	6 690	6 980

Source : DSS/SDEPF/6A

Champ :

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

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

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

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

⁴ La croissance de la masse salariale du secteur privé a été de 4,8% en 2007 et est également estimée à 4,8% en 2008.

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

	2005	2006	%	2007	%	2008 (p)	%
Ensemble du régime général							
Cotisations sur revenus d'activité	150 586	156 923	4,2	162 440	3,5	167 150	2,9
salariés	147 232	153 308	4,1	158 570	3,4	163 199	2,9
<i>part patronale</i>	119 946	124 462	3,8	128 506	3,2	133 849	4,2
<i>part salariale</i>	27 286	28 846	5,7	30 064	4,2	29 350	-2,4
non salariés	3 354	3 616	7,8	3 869	7,0	3 951	2,1
Cotisations sur revenus de remplacement	456	503	10,2	524	4,2	540	3,1
Autres cotisations	712	687	-3,4	817	18,8	869	6,4
Majorations et pénalités	468	517	10,5	514	-0,6	524	1,9
Total	152 221	158 630	4,2	164 294	3,6	169 083	2,9
CNAM - Maladie							
Cotisations sur revenus d'activité	60 164	62 261	3,5	64 437	3,5	66 705	3,5
salariés	60 116	62 112	3,3	64 165	3,3	66 489	3,6
<i>part patronale</i>	56 826	58 679	3,3	60 598	3,3	63 150	4,2
<i>part salariale</i>	3 290	3 433	4,3	3 567	3,9	3 339	-6,4
non salariés	48	149	208,9	272	82,4	216	-20,7
Cotisations sur revenus de remplacement	456	503	10,2	524	4,2	540	3,1
Autres cotisations	215	161	-25,2	199	24,0	204	2,4
Majorations et pénalités	174	192	10,4	191	-0,8	194	1,8
Total	61 009	63 117	3,5	65 351	3,5	67 643	3,5
CNAV							
Cotisations sur revenus d'activité	54 169	56 832	4,9	58 976	3,8	59 472	0,8
salariés	54 133	56 795	4,9	58 933	3,8	59 428	0,8
<i>part patronale</i>	30 138	31 382	4,1	32 436	3,4	33 417	3,0
<i>part salariale</i>	23 996	25 413	5,9	26 497	4,3	26 012	-1,8
non salariés	36	37	2,1	43	16,7	44	2,1
Autres cotisations	493	523	6,1	614	17,3	661	7,7
Majorations et pénalités	168	190	13,0	188	-1,0	192	2,2
Total	54 831	57 545	5,0	59 777	3,9	60 325	0,9
CNAF							
Cotisations sur revenus d'activité	29 220	30 340	3,8	31 274	3,1	32 454	3,8
salariés	25 951	26 911	3,7	27 719	3,0	28 763	3,8
<i>part patronale</i>	25 951	26 911	3,7	27 719	3,0	28 763	3,8
non salariés	3 270	3 430	4,9	3 554	3,6	3 691	3,9
Majorations et pénalités	101	109	8,4	110	0,7	112	1,5
Total	29 321	30 450	3,8	31 384	3,1	32 566	3,8
CNAM - AT							
Cotisations sur revenus d'activité	7 032	7 490	6,5	7 753	3,5	8 519	9,9
salariés	7 032	7 490	6,5	7 753	3,5	8 519	9,9
<i>part patronale</i>	7 032	7 490	6,5	7 753	3,5	8 519	9,9
Autres cotisations	3	3	5,9	4	7,8	4	7,0
Majorations et pénalités	25	26	3,4	25	-2,3	26	2,5
Total	7 060	7 519	6,5	7 781	3,5	8 549	9,9

Source : DSS/SDEPF/6A

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

Les cotisations reversées par le régime des Industries électriques et gazières à la CNAV sont considérées dans ce rapport comme des transferts (voir fiche 5-2). Ainsi, les cotisations perçues par la CNAV sont inférieures d'environ 850M€ aux montants qui figuraient dans le rapport de juillet 2007.

3-2

LA CSG

Le rendement de CSG s'est élevé à 80,5 Md€ en 2007 (+5,3% par rapport à 2006). Plus des trois quarts de ce montant ont été affectés au régime général (CNAM et CNAF), près de 14% au FSV, un peu moins de 9% aux autres régimes d'assurance maladie et 1% à la CNSA. En 2008, la croissance de la CSG ralentirait légèrement (+4,2%).

Encadré 1 - Une source de financement importante pour le régime général

Parmi les impôts et taxes affectés au régime général, la CSG est le plus important (près de 70% des impôts et taxes perçus par le régime général en 2007⁵) dans le financement du régime général. Elle représente à elle seule 22% des recettes du régime général⁶.

En outre, la CSG affectée au FSV permet de financer des charges du régime général : sous l'hypothèse d'une répartition des produits du FSV proportionnelle au poids des différents régimes dans les dépenses du fonds, la part de CSG du FSV servant du fait au financement du régime général (plus de 85%) représente 9,5 Md€ en 2007.

Au total, ce sont donc près de 71 Md€ de CSG qui ont financé, directement ou indirectement, le régime général en 2007, soit plus de 88 % du total de la contribution.

Toutes les composantes de la CSG ont été dynamiques en 2007

La CSG assise sur les revenus d'activité a progressé de +4,2%, tirée par la croissance de la masse salariale du secteur privé (+4,8%). Il est à noter, toutefois, que contrairement aux années précédentes, les éléments non salariaux de la rémunération des salariés (intéressement, participation...) soumis à la CSG mais pas aux cotisations n'ont pas progressé plus vite que les salaires, de sorte que, dans le champ du secteur salarié privé, l'assiette de CSG a crû au même rythme que celle des cotisations en 2007 (en 2006, il existait un différentiel positif compris entre 0,3 et 0,4 point). Ce différentiel était de l'ordre de 0,2 point les années antérieures – source ACOSS).

La CSG sur les revenus de remplacement a augmenté de +4,2%, entraînée par le dynamisme des pensions de retraite (en raison notamment du choc démographique – voir fiches 10-1 et 10-2).

La CSG assise sur les revenus du capital est également très dynamique (+12,6%) en 2007, en dépit des effets non reconductibles de la taxation des PEL de plus de 10 ans intervenue en 2006. Deux mesures nouvelles permettent d'anticiper ponctuellement les prélèvements⁷ (prélèvement à la source de la CSG et modification des règles d'acompte sur les produits d'épargne à taux fixe), et une mesure élargit l'assiette des revenus fonciers. Par ailleurs, l'évolution spontanée de l'assiette est proche de 10% (voir fiche 6.6).

⁵ Voir fiche 3-3 sur les autres impôts et taxes affectés.

⁶ Produit de CSG rapporté aux produits nets du régime général consolidé.

⁷ Ces mesures conduisent à élargir l'assiette des revenus de placement en N au détriment de celle des revenus du patrimoine en N+1.

Tableau 1 – La modification des taux de CSG assise sur les revenus du patrimoine et des placements pour 2007

	2006	2007	2008
MALADIE	5,95	5,99	5,95
FAMILLE	1,10	1,08	1,10
VIEILLESSE (FSV)	1,05	1,03	1,05
CNSA	0,10	0,10	0,10
Total CSG	8,20	8,20	8,20

Tableau 2 – CSG par type d'assiette (régimes maladie, CNAF, FSV et CNSA)

CSG (tous régimes)	montants en millions d'euros et évolution en %						
	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Contribution sociale généralisée	71 701	76 441	6,6	80 489	5,3	83 866	4,2
Sur les revenus d'activité	51 655	54 019	4,6	56 294	4,2	58 719	4,3
Sur les revenus de remplacement	11 469	11 910	3,8	12 411	4,2	12 934	4,2
Sur majorations et pénalités	169	201	19,4	207	2,9	212	2,5
Sur les revenus du capital	7 896	9 792	24,0	11 025	12,6	11 453	3,9
<i>Sur revenus patrimoine</i>	4 614	4 550	-1,4	5 570	22,4	5 585	0,3
<i>Sur revenus placement</i>	3 282	5 243	59,7	5 455	4,1	5 868	7,6
Sur les jeux	512	518	1,2	552	6,6	548	-0,8

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

Une croissance encore soutenue du rendement de la CSG en 2008

En 2008, la CSG atteindrait 83,9 Md€ (+4,2%). Le régime général bénéficierait de 64,2 Md€ (+4,7%). La dynamique du rendement de la CSG serait portée par la croissance des assiettes sur les revenus d'activité et de remplacement (respectivement +4,3% et +4,2%) et dans une moindre mesure par les revenus du capital (+3,9%). La moindre progression de la CSG sur le capital en 2008 s'explique par deux effets contraires :

- Une évolution spontanée des assiettes moins dynamique que les années précédentes en raison notamment de la contraction des revenus boursiers. Cet effet s'ajoute au contrecoup négatif sur la recette des mesures d'anticipation prises en 2007.
- Le prélèvement à la source de la CSG sur les dividendes plutôt que sur rôle conduit sur l'année 2008 à doubler la recette perçue au titre de ces revenus en anticipant ponctuellement près d'un milliard de CSG (voir fiche 6.6). Cette seconde mesure a pour effet de déformer le partage entre assiette des revenus de placements et assiette des revenus du patrimoine au profit de la première.

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

Avant 2005, compte tenu des règles d'affectation de la CSG aux régimes d'assurance maladie autres que la CNAM, ces régimes ont bénéficié d'augmentations de CSG plus fortes que celles de la CSG maladie prise dans son ensemble. En conséquence, la CSG affectée à la CNAM a progressé comparativement moins vite. A partir de 2005, cette situation s'est inversée : la CSG affectée à la CNAM a augmenté beaucoup plus vite que celle des autres régimes d'assurance maladie notamment du fait des mesures introduites par la réforme de l'assurance maladie⁸.

Ainsi, en 2007, la CSG maladie affectée à la CNAM a crû de +5,6% contre +3,8% pour les autres régimes d'assurance maladie. En 2008, le différentiel de croissance la CSG affectée à la CNAM et celle affectée aux autres régimes maladie se réduirait sensiblement (respectivement +4,2% et +3,8%⁹).

⁸ Voir les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale de juillet et de septembre 2007. Le mécanisme de répartition de la CSG entre les régimes d'assurance maladie ne tient compte que de l'évolution de l'assiette des revenus d'activité et de remplacement. En particulier, elle ne tient pas compte de l'évolution des revenus du capital : en conséquence, les mesures impactant le rendement de la CSG assise sur le capital n'affectent que les recettes de la CNAM et pas celles des autres régimes maladie.

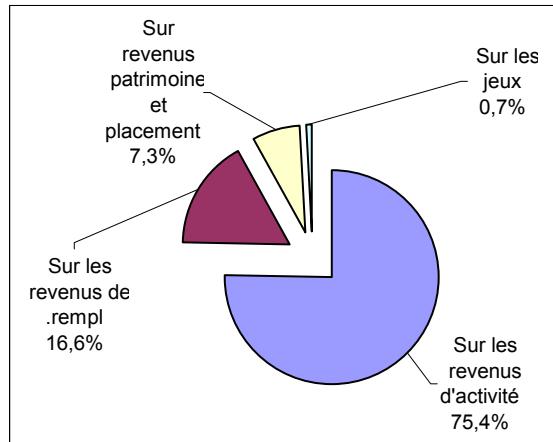
⁹ A partir de 2008 du fait de son intégration au régime général, le régime maladie de la Banque de France ne participe plus à la ventilation de la CSG entre les régimes d'assurance maladie ce qui augmente mécaniquement la part de la CNAM.

Tableau 3 – CSG par attributaire (Tous régimes)

	montants en millions d'euros et évolution en %						
	2005	2006	%	2007	%	2008	%
CNAM	43 967	47 139	7,2	49 793	5,6	51 875	4,2
CNAF	10 432	11 084	6,2	11 657	5,2	12 160	4,3
Régime général	54 399	58 223	7,0	61 450	5,5	64 035	4,2
Autres régimes maladie	6 439	6 625	2,9	6 876	3,8	7 136	3,8
FSV	9 922	10 572	6,6	11 086	4,9	11 572	4,4
CNSA	940	1 021	8,6	1 078	5,6	1 123	4,2
Total	71 701	76 441	6,6	80 489	5,3	83 866	4,2

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

Graphique 1 – Répartition par assiette en 2007



Graphique 2 – Répartition par attributaires en 2007

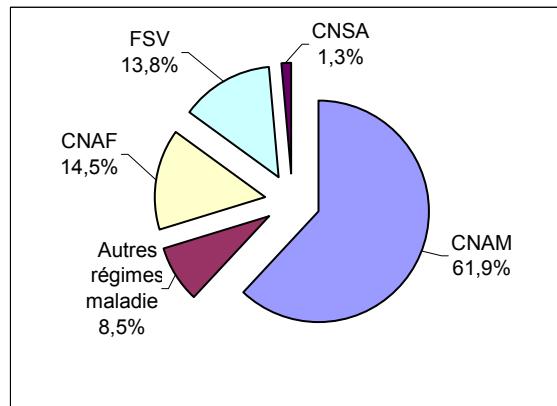


Tableau 4 – Valeur de point par type d'assiette

CSG	montants en millions d'euros et évolution en %						
	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Contribution Sociale généralisée	9 688	10 307	6,4	10 842	5,2	11 298	4,2
Sur les revenus d'activité	6 892	7 208	4,6	7 511	4,2	7 835	4,3
Sur les revenus de remplacement	1 756	1 824	3,9	1 901	4,2	1 981	4,2
Sur majorations et pénalités	22	27	19,4	28	2,9	28	2,5
Sur revenus patrimoine et placement	963	1 194	24,0	1 345	12,6	1 397	3,9
Sur les jeux	54	55	1,2	58	6,6	58	-0,8

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

3-3

LES AUTRES ITAF

Cette fiche analyse les impôts et taxes, hors CSG, affectés au régime général et présente ceux affectés aux organismes qui contribuent à son financement (FSV et FRR) et à la CNSA.

La forte croissance des ITAF modifie sensiblement la structure de financement du régime général

Jusqu'au 1^{er} janvier 2006, les différentes exonérations de cotisations sociales étaient compensées par l'Etat via des dotations budgétaires. Depuis le transfert du financement des exonérations générales par affectation de recettes fiscales, le nombre d'impôts et taxes affectés au régime général n'a cessé d'augmenter (voir encadré). Ainsi, entre 2005 et 2008, le montant des ITAF, hors CSG, du régime général devrait être multiplié par plus de quatre.

En 2007, le montant de ces produits augmente de 9,4% en raison de l'affectation de nouvelles recettes fiscales : 1,4 Md€ de nouvelles recettes ont été intégrées en 2007 dans le « 1^{er} panier » en compensation des allégements généraux de cotisations et 0,6 Md€ ont été perçus dans le « 2^{ème} panier » en compensation des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires (voir fiche 6-3).

Le montant total des ITAF, hors CSG, s'élève à 26,4 Md€ en 2007. Ils représentent 8,5% de l'ensemble des produits du régime général (contre 8,2% en 2006 et 2,5% en 2005). En 2008, la part des ITAF (hors CSG) dans le financement du régime général devrait continuer à croître pour atteindre 9,6% en raison de l'impact, en année pleine, de la création du 2^{ème} panier fiscal. Cela aurait pour conséquence d'accélérer le rendement des ITAF qui atteindrait 30,8 Md€ (+16,7%).

La moitié des impôts et taxes perçus par le régime général sont affectés à la branche maladie

La CNAM bénéficie de 51% des ITAF affectés au régime général en 2007 (13,4 Md€, +3,5% par rapport à 2006). Cela s'explique essentiellement par le fait que 90% des recettes fiscales « hors panier » lui sont attribuées¹⁰. Ces produits affectés à la CNAM diminuent en 2007 de 8,7% en raison de la baisse de rendement des taxes sur les médicaments et dans une moindre mesure de la diminution de la part des droits tabacs affectés à la CNAM qui passe de 32,46% à 30% (voir fiche 6-5). La CNAM est également la première bénéficiaire des recettes relevant du 1^{er} panier fiscal (42% lui sont attribués). En revanche, elle ne perçoit que 18% des recettes du second panier, car les exonérations sur les heures supplémentaires portent aux trois-quarts environ sur les cotisations salariales et concernent donc majoritairement la branche retraite.

La CNAV perçoit 7,3 Md€ de recettes fiscales en 2007, soit 28% du total : 75% du second panier lui sont attribués et 31% du premier. En 2008, ses ITAF devraient augmenter de 39% pour atteindre 10,1 Md€ portés par le dynamisme des recettes compensant les exonérations sur les heures supplémentaires, mais également par l'affectation de deux recettes nouvelles, d'un montant estimé à 380 M€ : une contribution sur les indemnités de mise à la retraite instaurée par la LFSS 2008 et le transfert de la contribution sur les préretraites d'entreprise que percevait auparavant le FSV, dont le taux a été majoré.

La CNAF et la CNAM-AT reçoivent respectivement 15% et 7% du montant total des recettes fiscales (soit un montant de 3,9 Md€ et 1,8 Md€ en 2007).

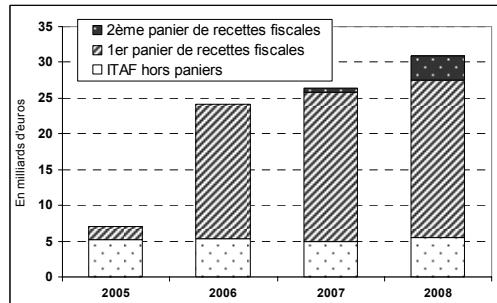
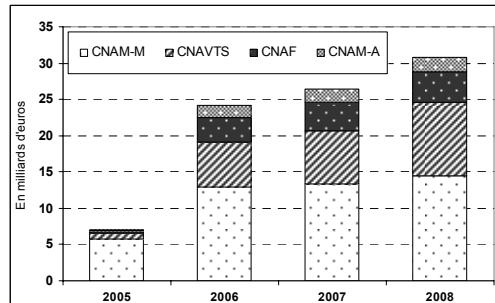
¹⁰ Les seules recettes hors paniers qui ne bénéficient pas à la CNAM en 2007 sont le prélèvement social de 2% qui est attribué à la CNAV et une fraction des droits tabacs affectés au régime général en 2007 pour compenser les frais financiers induits par la dette de l'Etat (143 M€ sont répartis entre les caisses).

Tableau 1 – Les ITAF affectés au régime général, par type d'assiette

En millions d'euros

	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	3	2 596	++	2 737	5,5	4 511	++
Taxes tabacs	3 376	6 016	++	6 759	12,3	6 774	0,2
Taxes médicaments	762	3 777	++	3 671	-2,8	3 743	2,0
ITAF acquittés par des personnes morales	794	11 417	++	12 855	12,6	15 389	19,7
Autres ITAF	2 123	362	--	407	12,6	420	3,1
Ensembles des ITAF (hors CSG)	7 058	24 167	++	26 429	9,4	30 837	16,7

Source: DSS/SDEPF/6A

Graphique 1 – Les ITAF affectés au régime général, par type de destination**Graphique 2 – Les ITAF affectés au régime général, par branche****Encadré 1 – Composition des paniers de recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations**

Les **allégements généraux de cotisations sociales patronales sur les bas salaires**, dits allégements « Fillon » (voir fiche 6-3) sont financés, depuis le 1^{er} janvier 2006, par des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale. Un panier de recettes fiscales a alors été constitué. Son champ a été élargi en 2007 pour que les recettes s'ajustent à la dynamique des exonérations (voir fiche 6-4). Ce « 1^{er} panier fiscal » se compose des taxes suivantes :

- Taxe sur les salaires (la part de cette taxe affectée au panier est passée de 95% à 100% en 2007) ;
- Droit de consommation sur les alcools ;
- Droit sur les bières et boissons non alcoolisées ;
- Droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels ;
- Droit de consommation sur les produits intermédiaires ;
- Droit de consommation sur les tabacs (dont la part affectée au panier a augmenté de 5,21 points en 2007) ;
- Droit de licence sur les débitants de tabacs (transféré dans le panier en 2007) ;
- TVA brute sur les tabacs ;
- Taxe de prévoyance ;
- Taxe sur les primes d'assurance automobile ;
- TVA brute sur les produits pharmaceutiques.

Le **dispositif d'exonération des heures supplémentaires** entré en vigueur le 1^{er} octobre 2007, est également financé par un transfert de recettes fiscales à la sécurité sociale qui constituent ainsi un « 2^{ème} panier fiscal » :

- TVA brute sur les producteurs d'alcools ;
- Taxe sur les véhicules des sociétés ;
- Contribution sociales sur les bénéfices des sociétés.

Les recettes fiscales finançant des allègements de cotisations ont augmenté de près de 14% en 2007 et devraient croître de 18% en 2008

Cette croissance soutenue est essentiellement due à une extension du champ des recettes affectées à ce titre. 2Md€ de recettes nouvelles sont perçues en 2007¹¹ expliquant les trois quarts de l'augmentation des recettes affectées en compensation des exonérations. En 2008, ces impôts et taxes devraient augmenter de 18,4%, principalement en raison du dynamisme des exonérations sur les heures supplémentaires qui joue en année pleine en 2008.

Ce second panier fiscal rapporte 0,6 Md€ en 2007 (voir tableau 2) et devrait atteindre 3,3 Md€ en 2008. Son montant compense à l'euro l'euro les exonérations (voir fiche 6-3).

Le panier de recettes affectées à la compensation des allègements généraux augmente de 10,5% en 2007. A champ constant, le panier n'aurait augmenté que de 3,7%, mais il bénéficie de l'affectation de recettes nouvelles pour un montant de 1,4 Md€¹² : il s'agit principalement d'une fraction des droits tabacs (voir fiche 6-5) pour 0,8 Md€ et d'une augmentation de la part de la taxe sur les salaires affectée au panier qui passe de 95% à 100%. Cela explique en partie le dynamisme de cette taxe en 2007 (+10,7%) qui représente à elle seule 38% du montant total des ITAF (hors CSG) et près de la moitié du 1^{er} panier fiscal. En 2008, la taxe sur les salaires devrait encore croître à un rythme soutenu (+8,4%, dont une partie est due à des effets comptables).

La TVA brute sur les produits pharmaceutiques est également très dynamique en 2007 (+6,7%), mais devrait ralentir en 2008. Les autres recettes du panier ont une progression moins rapide, c'est le cas notamment des taxes sur l'alcool et de la TVA sur les tabacs (voir fiche 6-5).

En 2008, la croissance globale du 1^{er} panier fiscal est estimée à 6% et les recettes s'élèveraient alors à 22,1 Md€. L'affectation au panier d'environ 150 M€ de droits tabacs supplémentaires explique pour partie cette hausse (voir fiche 6-3). A champ constant, les recettes du panier auraient augmenté de 5,3%, sous l'effet de la progression rapide des ITAF acquittées par les personnes morales.

Les ITAF hors paniers ont diminué de 6,1% en 2007 mais augmenteront en 2008 grâce à de nouvelles recettes

La baisse de 300 M€ en 2007 des ITAF hors paniers (voir tableau 3) est due principalement à la chute du rendement des taxes sur les médicaments. En particulier, la contribution sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique diminue de moitié car l'augmentation du taux de cette taxe en 2006 (de 0,76% à 1%) n'a pas été reconduite en 2007. En 2008, les recettes portant sur l'industrie du médicament devraient augmenter globalement de 1,5%.

Les droits de consommation sur les tabacs (hors panier) diminuent de 4,3% en 2007 et de 7,8% en 2008¹³. Le prélèvement social de 2%, assis sur les revenus du capital, a augmenté de près de 13% en 2007 en raison d'évolutions réglementaires (voir fiche 6-6) et devrait progresser de 3,3% en 2008. La contribution additionnelle à la CSSS, assise sur le chiffre d'affaire des entreprises, est également dynamique (+7,3% en 2007 et +5,3% prévu en 2008).

La conjonction de ces différents effets aurait conduit à une évolution globalement stable des recettes fiscales hors paniers en 2008, à champ constant. Les nouvelles recettes prévues par la LFSS 2008, estimées globalement à près de 700 M€, expliquent à elles seules la hausse de 9,4% des ITAF hors paniers : outre les contributions bénéficiant à la CNAV (voir *supra*), le prélèvement instauré sur les *stocks options* devrait rapporter 250 M€ à la CNAM en 2008. Au total, les ITAF « hors paniers » augmenteraient de 9,4% en 2008.

¹¹ 1,9 Md€ en corrigeant des produits à recevoir (PAR) comptabilisés en 2006 sur ces recettes.

¹² 1,3 Md€ en corrigeant des PAR enregistrés en 2006.

¹³ Cette forte diminution étant expliquée à la fois par la baisse de la consommation attendue en 2008 et par le transfert vers le 1^{er} panier fiscal de la fraction des droits tabacs affectés en 2007 au régime général en compensation des frais financiers induits par la dette de l'Etat (voir fiche 6-5 et *supra*).

Tableau 2 –Les ITAF destinés à financer les allégements de cotisations, par type d'assiette

	2005	2006	%	2007	%	2008	%
"1^{er} panier fiscal" compensant les exonérations générales de cotisations							
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	2 594	-		2 524	-2,7	2 552	1,1
Droit de consommation sur les alcools	119	-		109	-7,8	-	-
Droit de circulation sur les vins, cidre, poirés et hydromels	114	-		115	0,5	-	-
Droit sur les bières et boissons non alcoolisées	385	-		370	-3,9	-	-
Droit de consommation sur les produits intermédiaires	1 976	-		1 930	-2,3	-	-
Taxes tabacs	2 875	-		3 753	30,6	4 002	6,6
Droit de consommation sur les tabacs	29	-		841	++	906	7,8
TVA brute sur les tabacs	2 846	-		2 891	1,6	2 809	-2,8
Droit de licence sur les débitants de tabacs	0	-		22	++	287	++
ITAF acquittés par des personnes morales	10 563	-		11 538	9,2	12 453	7,9
Taxe sur les salaires	9 047	-		10 017	10,7	10 859	8,4
Taxe sur les contributions à la prévoyance	582	-		601	3,3	641	6,7
Taxe sur les primes d'assurance automobile	934	-		920	-1,4	952	3,5
Taxes sur les médicaments	2 820	-		3 009	6,7	3 072	2,1
TVA brute sur les produits pharmaceutiques	2 820	-		3 009	6,7	3 072	2,1
Autres impôts et taxes affectés*	1 831	0	-	0	-	0	-
Rendement total du 1^{er} panier fiscal	1 831	18 852	++	20 824	10,5	22 077	6,0
"2^{ème} panier fiscal" compensant les exonérations sur les heures supplémentaires							
TVA brute sur les producteurs d'alcools			-	213	++	1 960	++
Taxe sur les véhicules des sociétés			-	248	++	562	++
Contribution sociales sur les bénéfices des sociétés			-	152	++	779	++
Rendement total du 2^{ème} panier fiscal				613	++	3 300	++
Rendement total des paniers fiscaux	1 831	18 852	++	21 437	13,7	25 378	18,4

Source: DSS/SDEPF/6A

*1,8 Md€ ont été comptabilisés dès 2005 sur la ligne « autres impôts et taxes affectés », faute d'avoir pu modifier à temps le plan comptable unique.

Tableau 3 – Les ITAF affectés au régime général, par type d'assiette (hors ceux finançant les allégements généraux)

	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Taxes alcools, boissons non alcoolisées							
Taxe sur les premix	3	2	--	0	--	0	-
Taxes tabacs	3 376	3 141	-6,9	3 006	-4,3	2 772	-7,8
Droit de consommation sur les tabacs	3 376	3 141	-6,9	3 006	-4,3	2 772	-7,8
ITAF acquittés par des personnes morales	794	855	7,6	917	7,3	1 596	++
Contribution additionnelle à la CSSS	794	855	7,6	917	7,3	966	5,3
Contribution sur les indemnités de mise à la retraite et les préretraites						380	++
Taxe sur les stocks options						250	++
Taxes médicaments	762	956	25,5	662	-30,8	672	1,5
Contribution à la charge des grossistes (L 138-1 CSS)	314	313	-0,3	264	-15,5	258	-2,3
Contribution sur les dépenses de publicité (L 245-1 CSS)	300	241	-19,9	171	-28,8	185	8,3
Contribution sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharma. (L 245-6 CSS)	143	390	++	213	--	215	0,7
Contribution sur la promotion des dispositifs médicaux (L 245-5-1 CSS)	4	13	++	13	-2,3	13	0,7
Autres ITAF	292	362	23,7	407	12,6	420	3,1
Prélèvement social de 2%	292	358	22,6	406	13,4	420	3,3
Autres ITAF	0	3	++	1	--	0	--
Rendement total des ITAF "hors paniers"	5 227	5 316	1,7	4 992	-6,1	5 459	9,4

Source: DSS/SDEPF/6A

Tableau 4 – Les impôts et taxes affectés au FSV, au FRR et à la CNSA

	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Impôts et taxes affectés au FSV							
Contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS)*	200	240	20,0	450	++	900	++
Prélèvement social de 2%	388	477	22,9	538	12,8	549	2,1
Contribution sur les avantages de retraite et de préretraite	45	52	16,8	110	++	28	--
Impôts et taxes affectés au FRR	1 271	1 537	20,9	1 782	15,9	1 869	4,9
Prélèvement social de 2%	1 271	1 537	20,9	1 782	15,9	1 869	4,9
Impôts et taxes affectés à la CNSA	1 969	2 085	5,9	2 220	6,5	2 342	5,5
Contribution de solidarité autonomie (rev. d'activité et de remplacement)	1 682	1 772	5,4	1 844	4,1	1 922	4,2
Contribution de solidarité autonomie (revenus du capital)	287	313	9,1	376	20,0	420	11,7

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.

THEME 4
LES CONTRIBUTIONS PUBLIQUES

4-1

LES PRISES EN CHARGE DE COTISATIONS PAR L'ETAT

Une analyse exhaustive des mesures d'exonérations de cotisations sociales en faveur de l'emploi est développée dans la fiche 6-3, couvrant à la fois les allègements compensés par l'Etat (via dotations budgétaires ou affectation de recettes fiscales) et les exonérations qui ne donnent pas lieu à une compensation de la perte de recettes pour la sécurité sociale.

Le champ de cette fiche s'étend exclusivement aux mesures d'exonérations spécifiques de cotisations donnant lieu à une compensation par dotation budgétaire de l'Etat¹⁴.

Très forte progression des exonérations spécifiques en 2007 et en 2008 sous l'effet de la nouvelle exonération sur les rachats de journées de RTT

Les cotisations prises en charges par l'Etat connaissent une croissance très rapide : elles ont augmenté de 17,6% en 2007 pour atteindre 3,9 Md€ et s'accroîtraient de 7,3% en 2008.

Cette progression 2007 est pourtant atténuée par l'intégration dans les comptes d'une écriture négative de 124 M€ corrigéant une prise en charge inscrite à tort en 2006 au titre de la compensation de l'exonération sur la dotation des entreprises au CESU¹⁵. Ainsi, sans cet effet comptable, la croissance des exonérations spécifiques est de 26% en 2007.

Les exonérations en faveur de zones géographiques augmentent de 33% en 2007, stimulées principalement par la mesure ouvrant le bénéfice de l'exonération sur les zones de revitalisation rurales (ZRR) aux associations et aux organismes d'intérêt général, mise en œuvre en mai 2006 et qui continue de produire ses effets en 2007. La création de nouvelles zones franches urbaines en 2006 se répercute également largement en 2007 (+16%). En 2008, au contraire, ces exonérations devraient diminuer de 7% en raison de la baisse des dispositifs d'allègement dans les DOM et de la diminution des régularisations au titre de la mesure d'exonération en ZRR.

Les exonérations à destination de certaines catégories de salariés augmentent de 9,7% en 2007. Les contrats d'apprentissage et les contrats de professionnalisation contribuent, pour l'essentiel, à la croissance de ces mesures, en raison du rythme élevé des entrées dans ces dispositifs. En 2008, le montant de ces exonérations se réduirait de 9,7% sous l'effet de la suppression de l'exonération spécifique pour les contrats de professionnalisation. Par ailleurs, les exonérations au titre des contrats d'apprentissage, traditionnellement dynamiques, croîtraient modérément en 2008 (+3,4%).

Les exonérations en faveur de l'emploi à domicile, instaurées en 2006, montent encore en charge en 2007 (passant de 200 M€ à 400 M€). En 2008, ces allègements se stabiliseraient, atténués par le passage progressif du dispositif d'exonération actuel (franchise de cotisations dans la limite du SMIC) à l'allègement « Fillon » pour l'emploi par une association, ou une entreprise, d'une aide à domicile auprès d'une personne non fragile.

Parmi, les autres exonérations compensées, on peut noter de nouvelles mesures comme celle sur les indemnités versées dans le cadre d'un accord de GPEC qui entre en vigueur en 2007 et celle sur les micro-entreprises qui s'appliquera en 2008.

Globalement, les exonérations spécifiques seraient en baisse de 5% en 2008. Cependant les prises en charge de cotisations par l'Etat augmenteraient de 7,3% en intégrant 370 M€ d'exonérations au titre des rachats de journées de RTT (voir fiche 6-3).

¹⁴ La nouvelle mesure prévoyant une exonération de cotisations sociales (salariales et patronales) sur les rachats de journées de RTT entre dans ce cadre.

¹⁵ Cette exonération n'est pas compensée par l'Etat (mesure en LFR 2007).

Tableau 1 - Cotisations prises en charge par l'Etat

	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Allègements en faveur de certaines catégories de salariés	1 352	1 421	5,1	1 560	9,7	1 409	-9,7
Apprentissage	678	764	12,7	822	7,6	850	3,4
Contrats de professionnalisation et contrat de qualification	401	430	7,3	518	20,3	346	-33,2
Contrats initiative emploi	80	60	-25,1	46	-23,8	30	-33,9
Paniers repas des salariés des hotels cafés restaurants	149	144	-3,4	157	9,3	160	1,7
Autres allègements	44	23		17		22	31,1
Allègements en faveur de certaines zones géographiques	1 212	1 368	12,9	1 819	32,9	1 689	-7,2
Loi de programme pour l'outre-mer	863	898	4,1	1 029	14,7	991	-3,8
Salariés en Zones Franches Urbaines	280	286	2,2	333	16,4	350	5,3
Créations d'emploi en ZRR	35	157	++	430	++	321	-25,3
Créations d'emploi en ZRU	9	8	-13,7	8	1,6	7	-11,2
Autres allègements	26	20	-20,7	19	-8,5	20	5,7
Allègements en faveur de l'emploi à domicile	0	322	++	277	-13,8	400	++
Abattement de 15 points pour les EPM		44	++	172	++	162	-5,9
Extension du champ des activités exonérées		154	++	229	++	238	3,8
Abondement des entreprises au CESU		124	++	-124	--	0	-
Autres exonérations	179	202	13,3	241	18,8	315	++
Détenus et rapatriés	70	69	-1,3	71	2,2	73	4,0
Jeunes entreprises innovantes	84	96	15,1	107	11,0	106	-0,9
Droit à l'image des sportifs	5	35	++	25	-27,4	29	14,8
Micro-entreprises	0	0	-	0	-	46	++
Indemnités versées dans le cadre d'un accord de GPEC	0	0	-	23	-	42	++
Autres allègements	20	2	--	15	++	19	++
Total des exonérations ciblées prises en charge par l'Etat	2 743	3 314	20,8	3 897	17,6	3 813	-2,2
Allègements généraux	14 677	0	--	0	-	0	-
Exonérations sur les rachats de journées de RTT	0	0	-	0	-	369	++
Ensemble des cotisations prises en charge par l'Etat	17 421	3 314	--	3 897	17,6	4 182	7,3

Source : DSS/SDEPF/6A

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

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

- s'agissant de la branche famille, les montants intègrent les exonérations dont bénéficient les cotisants des régimes agricoles et des régimes spéciaux, contrairement aux montants présentés dans la fiche 6-3 qui ne traite que du champ des Urssaf ;
- ces données intègrent les prises en charge des cotisations des détenus et des rapatriés, qui ne sont pas dans le champ de la fiche 6-3 (ce qui explique une différence d'environ 70 M€ par an) ;
- le montant de 124 M€ au titre de l'abondement des entreprises au CESU qui a été intégré dans les comptes en 2006, puis retiré comptablement en 2007 figure dans la fiche 6-3 en tant qu'exonération non compensée et son montant s'est finalement élevé à 19 M€ en 2006 et 39 M€ en 2007.

LES PRISES EN CHARGE DE PRESTATIONS PAR L'ETAT

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

En 2007, le montant total des prestations prises en charge par l'Etat représente près de 14,2 Md€. Environ la moitié de ces dépenses (soit 6,8 Md€), principalement effectuées au titre de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), figurent dans les comptes de la sécurité sociale. Le reste des prises en charge versées au titre du RMI (prime de Noël) et des aides au logement dont le montant s'élève à 7,3 Md€ en 2007, sont en dehors du champ de la CCSS.

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

Que ces dépenses figurent ou non dans les comptes de la sécurité sociale, les relations de trésorerie qu'elles induisent avec l'Etat sont importantes et peuvent avoir un impact indirect sur les comptes des régimes à travers les éventuelles charges financières associées.

Les prestations dans le champ de la Commission des comptes

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'allocation de parent isolé (API), servies par la CNAF, représentent 6,6 Md€ en 2007, en augmentation de 4,6% (contre 4,8% en 2006).

L'Etat rembourse également au régime général l'allocation supplémentaire au fonds spécial d'invalidité. Cette allocation est servie par la CNAM au titre de l'invalidité et par la CNAV à une partie de ses pensionnés.

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

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

En contrepartie de la gestion des aides au logement, la CNAF reçoit une dotation du Fonds national d'aide au logement (FNAL) destinée à couvrir les frais de gestion et fonction du type d'allocation logement versée (voir note du tableau 1).

En matière d'aides au logement, la branche famille contribue au FNAL en finançant une partie de l'APL (aide personnalisée au logement) - voir l'encadré à ce sujet dans la fiche 12-2. Cette contribution apparaît dans les comptes sous la rubrique « financement FNAL ». La part des aides au logement qui n'est pas financée par la CNAF (une partie de l'APL et de l'ALT ainsi que la totalité de l'ALS – allocation logement à caractère social) n'apparaît pas dans les comptes.

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

Tableau 1 - Montants des prestations à la charge de l'Etat dans le champ CCSS (régime général)

(en M€)	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Prestations Famille	6 004	6 294	4,8	6 581	4,6	6 645	1,0
AAH	5 032	5 230	3,9	5 505	5,3	5 582	1,4
API	972	1 064	9,5	1 075	1,1	1 063	-1,1
Prestations Maladie	250	252	0,8	254	0,8	257	1,2
FSI	250	252		254		257	
Prestations Vieillesse	9	12	33,3	13	8,3	13	0,0
FSI	9	12		13		13	
TOTAL	6 263	6 558	4,7	6 848	4,4	6 915	1,0

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

Tableau 2 - Prestations pour lesquelles des frais de gestion sont facturés à l'Etat (en M€)

Prestation (bénéficiaire entre parenthèses)	Frais de gestion 2005	Frais de gestion 2006	Frais de gestion 2007
<i>FNAL :</i>			
gestion APL (CNAF)	52	188	120
gestion ALS et ALT (CNAF)	80	83	84
<i>FSI :</i>			
gestion minimum invalidité (CNAM)	4	4	4

Source : CNAF

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

- sur la totalité de l'ALS servie par la CNAF pour le compte de l'Etat ;
- sur la partie de l'ALT servie par la CNAF pour le compte de l'Etat (qui correspond à 50% du montant de l'ALT globale) ;
- pour l'APL, jusqu'en 2004 inclus, la prise en charge s'est faite à hauteur du taux de contribution au FNH. A compter de 2006 avec une application rétroactive en 2005, l'Etat prend en charge la totalité des frais relatifs à l'APL

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

Tableau 3 – Montants des prestations à la charge de l'Etat hors du champ CCSS et hors frais de gestion (en M€)

	2005	2006	%	2007	%
Prestations logement	6 911	7 044	1,9	7 062	0,3
ALS + ALT	4 197	4 344	3,5	4 406	1,4
APL	2 714	2 681	-1,2	2 628	-2,0
ALINE		19		28	
RMI (prime de Noël)	289	284		280	
TOTAL	7 200	7 328	1,8	7 342	0,2

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

Allocation d'installation étudiante pour les étudiants boursiers bénéficiaires d'une aide au logement pour la première fois.

THEME 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, ainsi que les transferts internes au régime général. Ils ne comprennent pas les contributions de l'Etat, qu'il s'agisse des remboursements de prestations ou des prises en charge de cotisations (traités dans les fiches 4-1 et 4-2).

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

En 2007, le solde entre les transferts reçus et ceux versés par le régime général est négatif à hauteur de 2,7 Md€ (contre 2,5 Md€ en 2006¹⁶). Ce déséquilibre se réduirait légèrement en 2008 à -2,5 Md€.

Le résultat pour chacune des branches du régime général est contrasté : le solde est positif pour la CNAV (+11,8 Md€) car elle bénéficie de la prise en charge de cotisations et de prestations par le FSV. Cet excédent est en réduction de 900 M€ par rapport à 2006 en raison de la forte diminution du transfert au titre des cotisations des chômeurs et de la régularisation exceptionnelle de 250 M€ en faveur de la CNAF portant sur l'AVPF.

Les autres branches versent davantage de transferts qu'elles n'en reçoivent. Le solde de ces opérations s'élève à -2,3 Md€ pour la CNAM-Maladie en 2007, contre -3,1 Md€ en 2006. Cette amélioration de près de 800 M€ est essentiellement due à des régularisations positives pour la CNAM sur les mécanismes de compensation (pour un solde de +590 M€) et au dynamisme des prestations prises en charge par la CNSA (le transfert net reçu par la CNAM augmente de 210 M€). Le solde des transferts de la CNAM-AT s'élève -2,2 Md€ contre -2,0 Md€ en 2006 en raison notamment de l'augmentation de la dotation au FCAATA. Enfin, la branche famille verse 10 Md€ de transferts nets (10,2 Md€ en 2006) du fait de ses prises en charge de cotisations (AVPF) et de prestations (majorations de pensions), et du financement du FNAL (allocations logement).

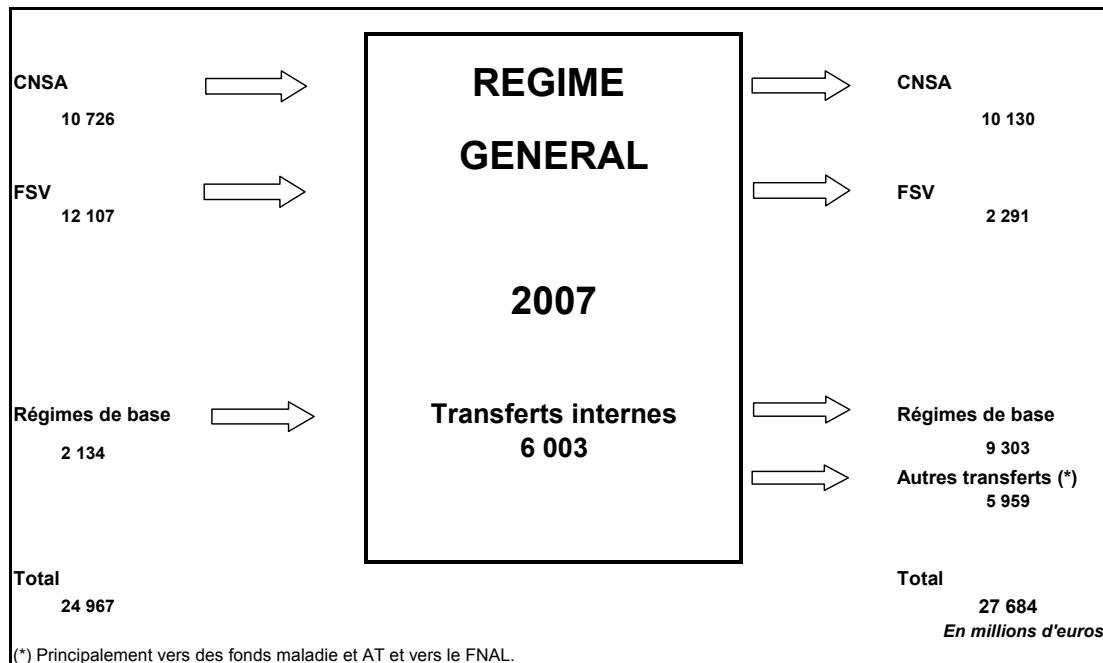
Les transferts internes au régime général atteignent 6 Md€ en 2007

Certains transferts financiers sont internes au régime général : ce sont des versements entre les différentes branches (voir tableau 1), qui sont neutralisés dans le compte consolidé du régime général en charges et en produits, et n'ont donc pas d'impact sur le résultat. Ils ont représenté 6,0 Md€ en 2007 (contre 6,1 Md€ en 2006) soit une diminution de 1,7% par rapport à 2006 en raison de facteurs essentiellement comptables. En 2008, les transferts internes repartiraient fortement à la hausse (+7,8%) pour atteindre 6,5 Md€.

La prise en charge par la CNAF des cotisations des bénéficiaires de l'AVPF est diminuée en 2007 de 250 M€ relatifs à des régularisations au titre d'exercices antérieurs (voir fiche 15-5). Les prises en charge de cotisations maladie des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) par la CNAM ont diminué par rapport à 2006 en raison d'une baisse de la prise en charge des cotisations des dentistes (en contrepartie de revalorisations tarifaires) et de régularisations opérées en 2007 au titre de 2006 (portant sur des cotisations prises en charge à tort sur des dépassements d'honoraires). Le congé de paternité, remboursé par la CNAF à la CNAM, reste dynamique malgré un léger recul de la natalité (voir fiche 8-4). 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 été fixé à 410 M€ en 2007 contre 330 M€ en 2006. Elle restera stable en 2008.

¹⁶ Les cotisations reversées par les IEG à la CNAV entrent ici dans le champ des transferts, ce qui n'était pas le cas dans le rapport à la CCSS de juillet 2007. Ainsi, les montants de transferts reçus cités dans ce rapport diffèrent de ceux de l'année dernière pour la CNAV et le régime général.

Graphique 1 - Résumé des transferts reçus et versés par le régime général en 2007



Graphique 2 – Evolution des soldes des transferts par branche

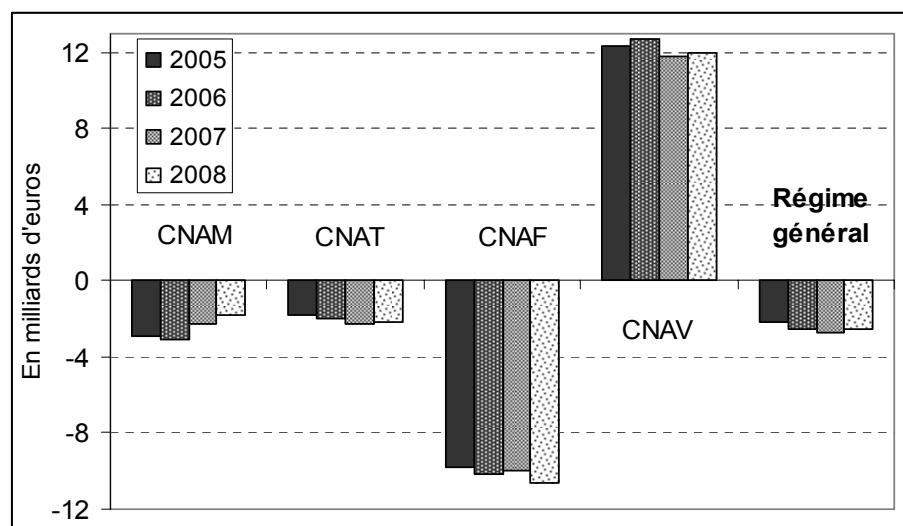


Tableau 1 – Transferts internes au régime général

	En millions d'euros						
	2005	2006	%	2007	%	2008	%
CNAF vers CNAV au titre de l'AVPF	4 224	4 212	-0,3	4 341	3,1	4 429	2,0
CNAF vers CNAV (Régularisations exceptionnelles AVPF)*	265	0	-	-246	-	0	-
interne CNAM au titre des cotis. Maladie des PAM	1 178	1 137	-3,5	1 067	-6,1	1 169	9,5
CNAM vers CNAF au titre des cotis. Famille des médecins	223	231	3,4	226	-2,0	247	9,2
CNAF vers CNAM au titre du congé paternité	187	197	5,2	204	3,6	214	4,6
CNAM-AT vers CNAM au titre de la sous déclaration des AT	330	330	0,0	410	24,2	410	0,0
CNAM et CNAM-AT vers CNAF au titre des travailleuses familiales	59	0	-	0	-	0	-
Total des transferts internes au régime général	6 467	6 107	-5,6	6 003	-1,7	6 468	7,8

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

* correspondant à des régularisations au titre des exercices antérieurs.

5-2

LES TRANSFERTS REÇUS

Les transferts reçus par le régime général représentent 10% des produits comptabilisés par le régime général. Leur montant s'élève à 31 Md€ en 2007, contre 30,6 Md€ en 2006. Cette augmentation modérée (+1,3%) résulte d'évolutions contrastées : le dynamisme des prises en charge de prestations médico-sociales par la CNSA (+8,8%) est en partie compensé par le recul de la prise en charge par le FSV des cotisations retraite des chômeurs (-7,9%). En 2008, le montant des transferts reçus augmenterait de 5,6% pour atteindre 32,7 Md€.

Plus de 80% de ces transferts, soit 25 Md€ en 2007, sont reçus d'organismes tiers : le FSV, la CNSA¹⁷ et les autres régimes de base de sécurité sociale.

Les transferts reçus du FSV diminuent en 2007 et stagneraient en 2008

Le FSV compense à la CNAV des dépenses de prestations (minimum vieillesse et majorations de pensions pour enfants et conjoints à charge), et paie les cotisations retraite de certains assurés, notamment les chômeurs. Ces transferts représentent 39% des transferts reçus par le régime général.

Le montant des cotisations payées au titre des chômeurs est en diminution en 2007 (-7,9%, soit un transfert de 7,1 Md€) et en 2008 (-1,7%, soit 7,0 Md€), cette baisse étant liée à celle du chômage.

Le remboursement des prestations a augmenté de 3,3% en 2007 pour atteindre 5 Md€, porté par le dynamisme des prestations vieillesse. En 2008, ces transferts augmenteraient à un rythme légèrement plus élevé (+3,6%), en raison notamment de la prime exceptionnelle de 200 € versée aux allocataires du minimum vieillesse (voir fiche 13-1).

La prise en charge des dépenses médico-sociales par la CNSA connaît une forte augmentation en 2007 et 2008

La participation de la CNSA aux dépenses de la CNAM et de la CNAM-AT au titre des prestations médico-sociales (soit 35% des transferts reçus par le régime général) est en très forte augmentation en 2007 (+8,8%) en raison de la croissance rapide de ces prestations (voir fiche 15-1). En 2008, compte tenu des hypothèses retenues (voir fiche 14-3), ce transfert augmenterait encore davantage (+14,4%) pour atteindre 12,3 Md€.

Les transferts en provenance des autres régimes de base liés à des mécanismes de compensation

Ces transferts s'élèvent à 2,1 Md€ en 2007. Ils comprennent les sommes reçues au titre des compensations et des intégrations financières (régularisations de versements du régime général), les transferts liés à l'adossement financier du régime des industries électriques et gazières en 2005¹⁸, les contributions de la MSA et de la CANAM au financement des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux, ainsi que diverses contributions comme les reversements de cotisations des régimes spéciaux à la CNAV ou les contributions des autres régimes maladie au financement du régime maladie des étudiants.

En 2008, ces transferts diminueraient de 350M€ en raison des mécanismes de régularisation portant sur les compensations maladie¹⁹.

¹⁷ L'essentiel du transfert reçu de la CNSA est néanmoins un simple miroir du transfert ONDAM qui lui est versé par les branches maladie et AT-MP (voir fiche 5-3).

¹⁸ La CNAV perçoit des cotisations des IEG (850 M€) et une soulté annuelle (300 M€).

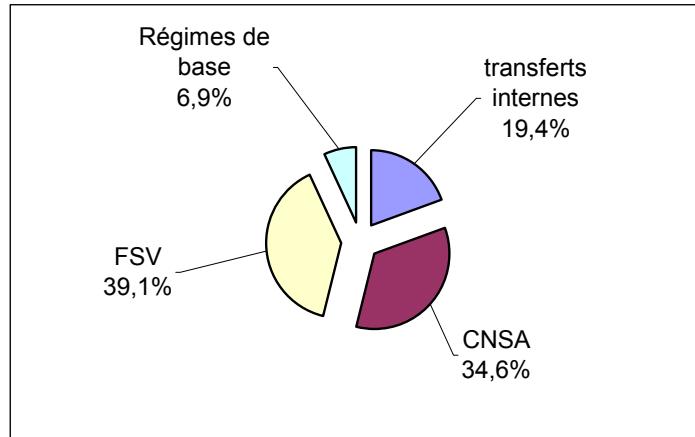
¹⁹ La CNAM a bénéficié de 142 M€ de régularisation sur la compensation généralisée maladie en 2007 qui ne se retrouveront pas en 2008, et de 348 M€ sur les compensations bilatérales (contre 147 M€ prévus en 2008).

Les transferts reçus par le régime général

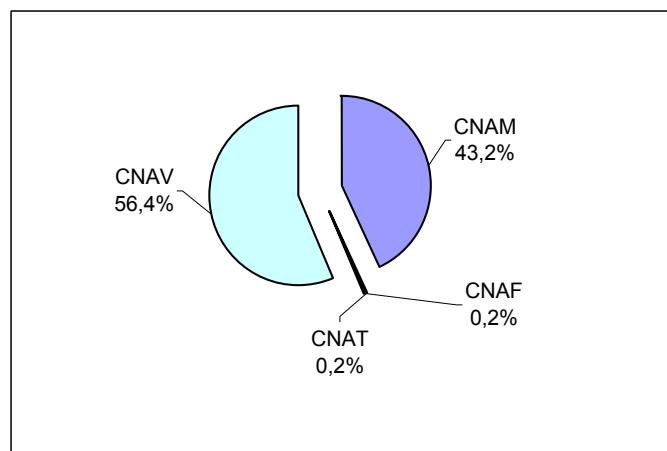
	En millions d'euros						
	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Transferts internes au régime général	6 467	6 107	-5,6	6 003	-1,7	6 468	7,8
Transferts (hors transferts internes)	14 685	24 472	66,6	24 967	2,0	26 244	5,1
<i>Transferts venant des régimes de base</i>	1 831	2 058	12,4	2 134	3,7	1 801	-15,6
compensations démographiques	227	371	63,4	490	32,1	147	--
Intégrations financières	9	2	--	26	++	0	--
Transferts liés à l'adossement des IEG	1 104	1 137	3,1	1 149	1,0	1 164	1,3
Autres transferts venant des régimes de base	491	548	11,5	469	-14,3	490	4,4
<i>Transferts venant du FSV</i>	12 448	12 558	3,4	12 107	-3,6	12 177	0,6
Prise en charge de prestations	4 644	4 872	4,9	5 031	3,3	5 224	3,8
Prise en charge de cotisations	7 804	7 687	-1,5	7 076	-7,9	6 953	-1,7
<i>Transferts venant de la CNSA</i>	406	9 855	++	10 726	8,8	12 265	14,4
Ensemble	21 152	30 579	44,6	30 970	1,3	32 712	5,6

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

Graphique 1 – Les transferts reçus par le régime général en 2007, par nature



Graphique 2 – Les transferts reçus par branche du régime général en 2007



5-3

LES TRANSFERTS VERSES

En 2007, le montant total des transferts versés par le régime général s'est élevé à 33,7 Md€ (contre 33,1 Md€ en 2006), et a représenté plus de 10% de l'ensemble des charges du régime. Hors transferts internes au régime (6 Md€, voir fiche 5-1), les transferts versés par le régime général ont atteint 27,7 Md€ (contre 27 Md€ en 2006). Cette augmentation (+2,5%) est tirée par le dynamisme de la dotation ONDAM versée à la CNSA (voir fiches 5-1 et 14-3) qui conduit à l'inscription d'un transfert de la CNAM et de la CNAM-AT vers la CNSA de 10,1 Md€ en 2007 et de 11,1 Md€ en 2008. Elle est atténuée par une diminution des transferts vers les autres régimes de base au titre de la compensation démographique.

En 2008, les transferts versés (hors transferts internes) augmenteraient de +3,9% pour atteindre 28,8 Md€.

Les transferts versés aux autres régimes de base ont diminué en 2007 et se stabiliseraient en 2008

Le régime général a effectué en 2007 des transferts vers les autres régimes de base au titre de mécanismes de solidarité pour un montant de 9,3 Md€ en diminution de 1,8% par rapport à 2006. Ces transferts ont diminué en raison principalement de la baisse des transferts de compensation démographique (près de 72% du total) et plus précisément de ceux à la charge de la CNAM (-320 M€ dont -170 M€ pour la compensation généralisée et -150 M€ pour la compensation bilatérale). En 2008, les transferts de compensation devraient rester stables (+1,2%).

Le régime général assure par ailleurs l'équilibre des régimes qui lui sont intégrés financièrement : salariés agricoles et cultes en maladie et vieillesse, régime des militaires en maladie. Il verse également, dans la branche AT-MP, un transfert de compensation au régime des salariés agricoles et au régime des mines. En 2007, le régime général a ainsi versé près de 2,1 Md€ (+1,3%) au titre des intégrations financières. Ce transfert diminuerait de -5,3% en 2008 en raison d'une baisse de 110 M€ de la compensation AT-MP versée au régime des mines. Enfin, le régime général opère des versements de cotisations aux régimes spéciaux, pour environ 0,5 Md€ en 2007 et 0,6 Md€ en 2008.

Près de 6 Md€ sont transférés vers des fonds de financement

Ces transferts représentent plus de 18% des transferts versés par le régime général. Ils ont augmenté de +1,6% en 2007.

Le principal transfert est la contribution de la CNAF au financement du FNAL (3,5 Md€ en 2007) au titre des allocations logement (APL et ALT). Ce transfert a diminué de 5,4% en 2007, et devrait repartir à la hausse en 2008. Ces fluctuations sont dues à l'augmentation de la part de l'aide personnelle au logement financée par la CNAF et aux régularisations liées à ce changement (voir fiche 13-1).

Les autres transferts sont constitués de versements à des fonds par la branche maladie (FMESPP, FEH...) et par la branche AT-MP, notamment aux fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA, FCAATA). Les dotations de la branche AT-MP à ces deux fonds ont représenté 1,1 Md€ en 2007 (+9,9% par rapport à 2006) et passeront à 1,2 Md€ en 2008.

Les transferts vers des régimes complémentaires correspondent à la cotisation vieillesse des praticiens et auxiliaires médicaux versée à la CNAVPL au titre du régime ASV. Elle a augmenté de 2,2% pour atteindre 334 M€.

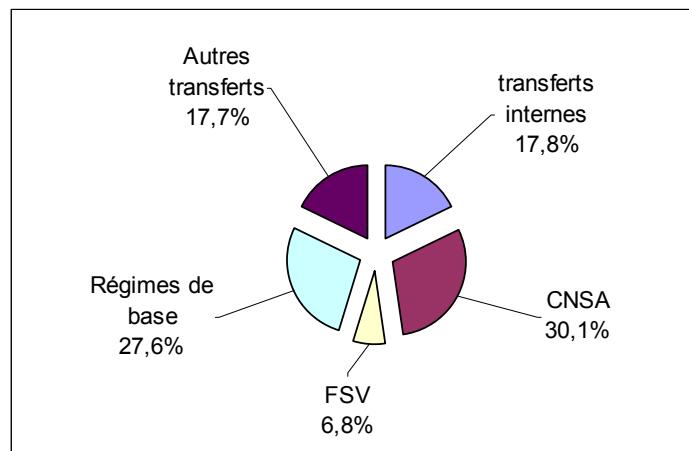
La CNAF verse au FSV un transfert de 2,3 Md€ en 2007, pour financer une partie (60%) des majorations pour enfants prises en charge par le FSV. Ce transfert est dynamique en 2007 comme en 2008, porté par l'augmentation des prestations vieillesse (voir fiche 14-1).

Les transferts versés par le régime général

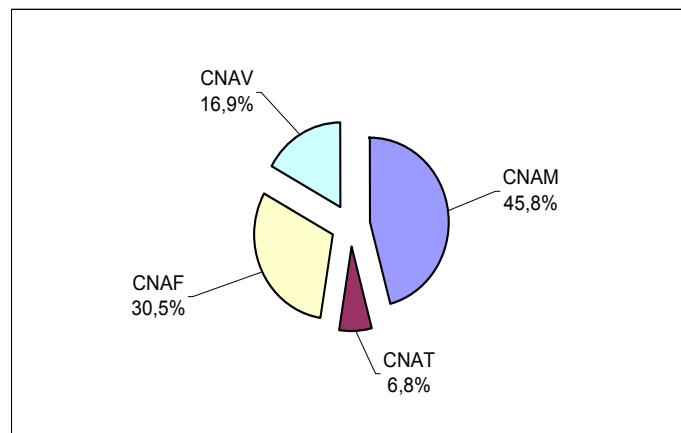
	En millions d'euros						
	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Transferts internes au régime général	6 467	6 107	-5,6	6 003	-1,7	6 468	7,8
Transferts (hors transferts internes)	16 817	26 996	++	27 684	2,5	28 779	4,0
<i>Transferts vers des régimes de base</i>	9 264	9 470	2,2	9 303	-1,8	9 297	-0,1
compensations démographiques	7 250	7 007	-3,4	6 694	-4,5	6 773	1,2
Intégrations financières	1 603	2 052	28,0	2 078	1,3	1 967	-5,3
Autres transferts vers des régimes de base	411	411	0,0	531	29,1	558	5,0
<i>Transfert de la CNAF vers le FSV</i>	2 087	2 185	4,7	2 291	4,9	2 389	4,2
<i>Transferts vers la CNSA</i>	0	9 477	++	10 130	6,9	11 078	9,4
<i>Autres transferts</i>	5 466	5 864	7,3	5 959	1,6	6 015	0,9
Transferts vers des régimes complémentaires	345	326	-5,5	334	2,2	356	6,7
Transferts vers des fonds maladie et AT	1 585	1 739	9,7	2 022	16,3	1 842	-8,9
<i>dont la dotation FIVA-FCAATA</i>	800	1 015	26,9	1 115	9,9	1 165	4,5
Dotation au FNAL	3 491	3 746	7,3	3 544	-5,4	3 752	5,9
Transferts divers	45	53	17,6	59	11,1	65	10,0
Ensemble	23 284	33 103	++	33 686	1,8	35 247	4,6

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

Graphique 1 – Les transferts versés par le régime général en 2007, par nature



Graphique 2 – Les transferts versés par branche du régime général en 2007



THEME 6
ANALYSE ET ECLAIRAGES RECETTES

6-1

LES PRELEVEMENTS SUR LES REVENUS D'ACTIVITE

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

Les produits sur revenus d'activité ont progressé nettement moins vite que la masse salariale du secteur privé en 2007

Dans la mesure où un peu plus des trois quarts (77%) des recettes sur revenus d'activité proviennent du secteur privé, la croissance de la masse salariale de ce secteur est généralement le principal déterminant des évolutions des recettes du régime général assises sur les revenus d'activité²⁰.

La masse salariale du secteur privé (sur le champ de recouvrement des Urssaf et à l'exclusion des particuliers employeurs et des grandes entreprises nationales) a crû de 4,8% en 2007 (soit un demi point de plus qu'en 2006) et conserverait le même rythme de croissance en 2008. Cette accélération en 2007 est principalement portée par l'emploi (+1,6% en 2007 contre +1,25% en 2006) alors que la progression des salaires soutiendrait davantage la croissance de la masse salariale en 2008, l'emploi marquant un certain ralentissement (+1,2% alors que le salaire moyen croîtrait de +3,6% après +3,15 %).

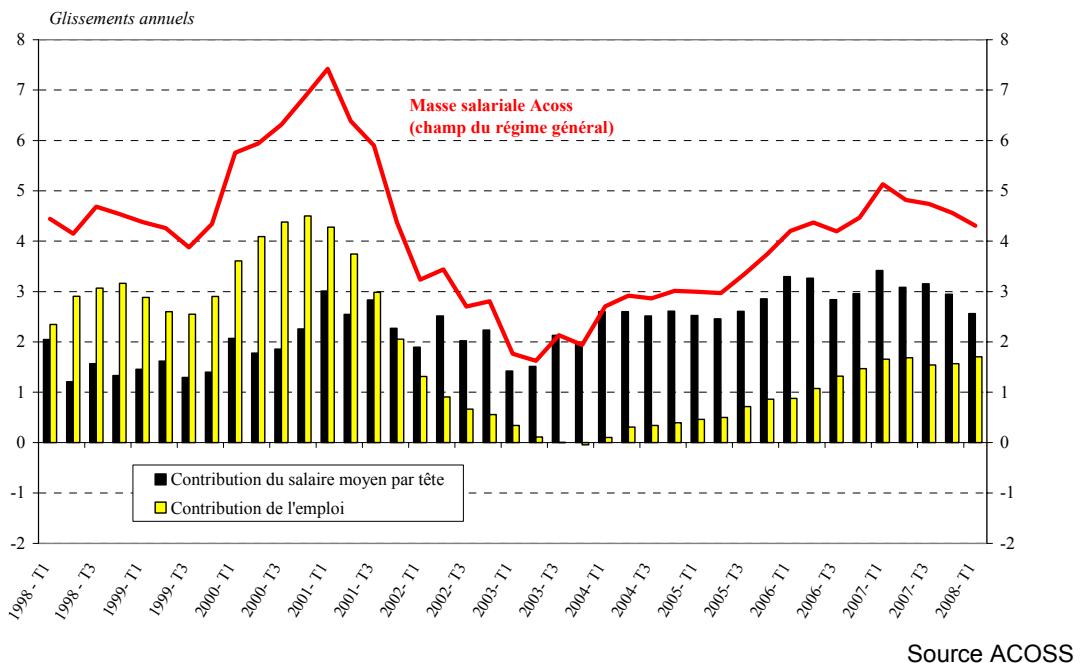
La forte augmentation des exonérations en 2007 et 2008 limite celle des cotisations dues par les employeurs

Malgré le dynamisme de l'assiette du secteur privé, la croissance des produits de cotisations et contributions sur les revenus d'activité serait limitée à 3,6% en 2007 et 3,1% en 2008, principalement en raison de la forte progression des exonérations de cotisations.

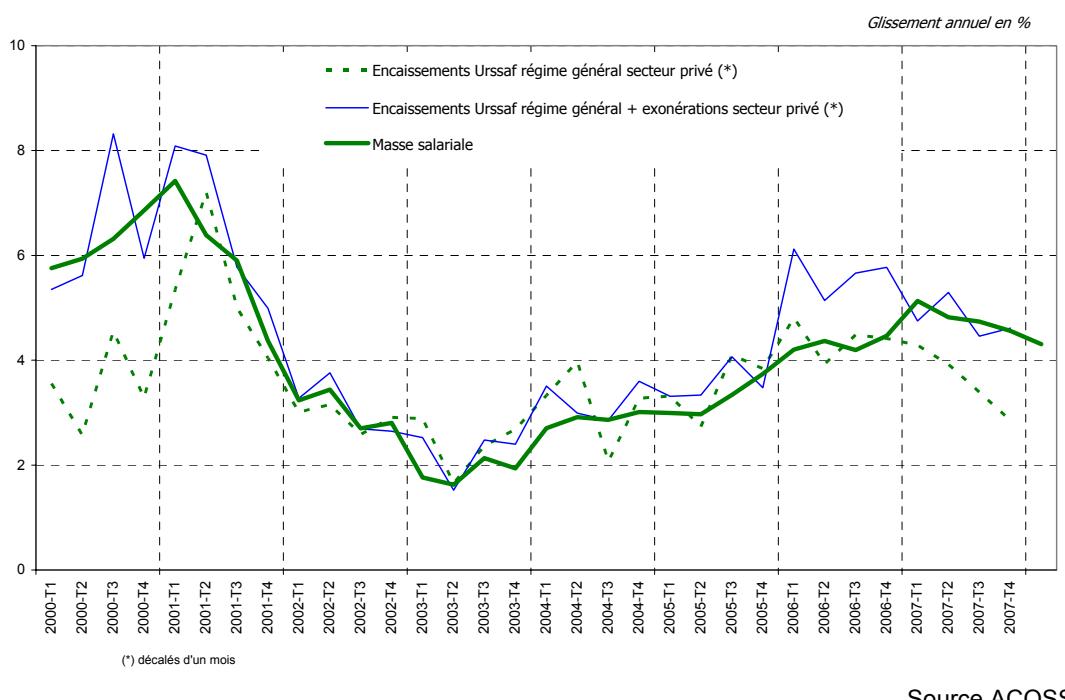
A taux de cotisation et assiette de prélèvement constants, la progression de l'agrégat constitué des produits de cotisations et des exonérations s'approche de celle de la masse salariale (voir graphique 2 – en 2006, les courbes de la masse salariale, d'une part, et des cotisations + exonérations, d'autre part, sont éloignées en raison de la hausse des taux de cotisations au 1^{er} janvier 2006). En revanche, la dynamique des deux termes de cet agrégat, cotisations d'une part, et exonérations d'autre part, peut être très différente comme cela a été le cas en 2007 : la forte augmentation des exonérations (liée à des phénomènes de régularisations portant sur les exonérations générales et à la montée en charge de nouvelles exonérations, notamment celles portant sur les heures supplémentaires et complémentaires, créées par la loi « travail, emploi et pouvoir d'achat » - voir fiches 6-3 et 6-4) freine le rythme de croissance des cotisations dues par les entreprises – les cotisations progressant moins rapidement que l'assiette.

²⁰ Le reste de ces recettes se partage entre le secteur public, les travailleurs indépendants, les particuliers employeurs, les grandes entreprises nationales, les salariés agricoles ... (voir tableau 1).

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



Graphique 2 – Evolutions comparées de la masse salariale et des encassemens du secteur privé (régime général)



Cet effet a pesé sur la croissance de l'ensemble des produits du régime général sur les revenus d'activité pour près de 1,4 point en 2007, et se prolongerait en 2008 à hauteur de 1,2 point. Ce sont les recettes sur les revenus d'activité de la branche retraite qui sont les plus marquées par ce phénomène (particulièrement en 2008), comparativement aux autres branches, car elles comprennent une part importante de cotisations salariales, fortement exonérées dans le cadre des nouveaux allègements de charges portant sur les heures supplémentaires. A l'inverse, les produits de cotisations de la branche AT-MP accéléreront fortement en 2008 sous l'effet de la suppression, à compter du 1^{er} janvier, des exonérations ciblées, compensées ou non, sur les cotisations AT-MP.

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

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

La progression des produits de cotisations en 2007 a été légèrement majorée par des erreurs d'estimation des produits à recevoir (PAR)

S'agissant des cotisations, les PAR désignent les cotisations exigibles lors d'un exercice mais correspondant à une période d'emploi d'un exercice antérieur. En pratique, la majeure partie des sommes perçues par les Urssaf pendant le mois de janvier doit être rattachée comptablement à l'exercice précédent. Lors de la clôture des comptes, le montant des PAR ne peut être connu avec certitude ce qui peut entraîner une sur ou sous estimation des produits de l'exercice concerné et de l'exercice suivant. Ce fut notamment le cas en 2006 où les PAR furent sous-estimés (principalement sur la branche retraite). En conséquence une partie des encaissements du début de l'année 2007 dont le fait générateur appartenait à 2006 ont été de fait rattachés (à tort) à 2007 : les produits 2006 du régime général s'en trouvèrent légèrement sous-estimés par rapport à la croissance de l'assiette et, à l'inverse, les produits de cotisations 2007 enregistrés dans les comptes se retrouvent majorés d'autant. Cet effet aurait contribué à la croissance des produits pour 0,15 point en 2007.

La branche maladie du régime de la Banque de France est intégrée au régime général à compter de 2008

Les charges et produits de ce régime seront désormais retracés dans les comptes de la CNAM maladie. Ce changement de périmètre contribue à la croissance des produits sur les revenus d'activité de la CNAM en 2008 : environ 70 M€ de cotisations et 45 M€ de CSG en plus en contrepartie de charges supplémentaires de prestations maladie de l'ordre de 100 M€ et de la perte de la recette de compensation bilatérale versée par la Banque de France pour 15 M€.

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

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

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

	Poids	2005	2006	2007	2008
Secteur salarié privé (hors secteur agricole)	77%	3,5%	4,3%	3,3%	3,1%
Secteur public	15%	2,6%	4,6%	4,8%	3,3%
Travailleurs indépendants	4%	5,4%	6,8%	3,4%	3,2%
Particuliers employeurs	1%	13,5%	4,7%	12,9%	9,7%
Grandes entreprises nationales	1%	2,9%	-0,8%	-0,4%	4,1%
Autres (dont salariés agricoles)	1%	4,0%	2,7%	4,4%	1,6%
Ensemble	100%	3,6%	4,4%	3,6%	3,2%

Source : DSS

Note : la progression significativement plus forte des produits en provenance des grandes entreprises nationales en 2008 s'explique par l'intégration de la Banque de France au régime général.

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

	(taux de croissance en %)	2006	2007	2008
croissance de la masse salariale du secteur privé		4,3	4,8	4,8
effet hausse de taux (retraite +0,2 et AT-MP +0,1 au 01/01/06)	0,63			
effet intégration Banque de France				0,06
effet exonérations	-1,03	-1,39	-1,24	
<i>dont exonérations compensées par dotations budgétaires</i>	-0,17	-0,34	0,01	
<i>dont exonérations générales</i>	-0,75	-0,64	-0,15	
<i>dont exonérations heures supplémentaires</i>	0,00	-0,31	-1,29	
<i>dont exonérations non compensées</i>	-0,11	-0,10	0,19	
effet erreurs de PAR	-0,09	0,15	-0,05	
effet plafond	0,06	0,01	-0,01	
effet répartition et assiette CSG	0,08	0,02	0,06	
effet autres catégories de cotisants	0,33	0,07	-0,40	
<i>dont effet secteur public (agents titulaires et non titulaires)</i>	0,05	-0,01	-0,24	
autres effets (contrôles, tarification AT-MP ...)	0,08	-0,05	-0,01	
croissance des produits sur les revenus d'activité (régime général)	4,4	3,6	3,2	
masse des cotisations et contributions (en Md€)	198,1	205,3	211,8	

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

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

- les crédits non répartis : ces montants correspondent à des versements pour lesquels le bordereau récapitulatif de cotisations (support déclaratif associé au versement des cotisations) n'a pas été reçu ou n'a pu être exploité, empêchant la répartition des versements entre les attributaires au moment de l'encaissement. Ces crédits font l'objet d'une répartition statistique dans la comptabilité des caisses nationales, une fois par an, avant la clôture des comptes. Cette répartition peut être un peu différente de la juste répartition obtenue une fois la pièce déclarative définitive connue et peut conduire à ce que des produits soient provisoirement mal répartis entre certains attributaires (en particulier entre le régime général et les organisme tiers (FNAL, IRCEM, Unédic...) pour lesquels les Urssaf assurent des opérations de recouvrement) ;
- les régularisations : des régularisations tardives peuvent être apportées par les cotisants dans leur déclaration, apparaissant dans les comptes de l'exercice où elles sont connues des Urssaf, exercice qui peut-être différent de celui du fait générateur « économique » du paiement.
- la tarification des AT-MP : les mécanismes de fixation des taux de prélèvement d'une année à l'autre sont fondés sur les dépenses passées ce qui distend leur lien avec la croissance de la masse salariale.

L'assiette CSG sur les revenus d'activité comprend l'assiette salariale à laquelle s'ajoutent essentiellement les primes liées à la participation et l'intéressement ainsi que les contributions au financement des prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire. Sur les années récentes, ces derniers éléments ont crû plus rapidement que la masse salariale, qui ne mesure que l'assiette soumise à cotisations.

De manière non anticipée, ce phénomène ne semble pas s'être produit en 2007, l'écart entre les taux de croissance de ces assiettes étant négligeable (selon une mesure directe de l'ACOSS sur la base des bordereaux récapitulatifs de cotisations).

La prévision 2008 retient l'hypothèse d'un différentiel de 0,2 point entre l'assiette de CSG sur les revenus d'activité du secteur salarié privé et celle des cotisations.

Par ailleurs, depuis 2000, les montants annuels de CSG que doit percevoir chaque régime d'assurance maladie autre que la CNAM sont établis de manière définitive au début de chaque année, la CNAM percevant le solde entre le montant comptable total de CSG recouvrée et les sommes attribuées aux autres régimes²¹.

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

Ce différentiel a pu avoir un effet significatif par le passé, particulièrement en cas de retournement conjoncturel brutal. Depuis 2005, dans un contexte d'accélération progressive de la masse salariale, cet effet est demeuré très limité. Il devrait en être de même en 2008.

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

Le plafond de la sécurité sociale a été revalorisé de 3,6% au 1er janvier 2007, soit 0,4 point de plus que la croissance du salaire moyen. Ce différentiel a contribué à une légère accélération de la masse salariale plafonnée par rapport à la masse salariale totale (+4,9% contre +4,8%).

Au 1er janvier 2008, le plafond a été revalorisé de 3,4% soit 0,2 point de moins que l'hypothèse de croissance du salaire moyen pour 2008 (+3,6%). En l'absence de distorsion significative de l'échelle des salaires, on s'attend à ce que la masse salariale sous plafond progresse cette fois légèrement moins vite que la masse salariale totale (+4,7% contre +4,8%).

²¹ Elles sont calculées à partir des montants affectés lors de l'exercice précédent que l'on fait évoluer en fonction du dernier taux de croissance connu de l'assiette de la CSG maladie sur les revenus d'activité et de remplacement (taux de croissance entre les exercices N-3 et N-2).

Encadré 1 - La revalorisation du plafond de la sécurité sociale

La procédure de fixation du plafond de la sécurité sociale est définie par les articles D.242-16 à D.242-19 du Code de la sécurité sociale. L'indice utilisé depuis 1984 pour la revalorisation du plafond au 1^{er} 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.

En 2008 le plafond de la sécurité sociale s'établit à 33 276 euros pour l'ensemble de l'année, contre 32 184 euros en 2007, soit une augmentation de 3,4%. Il a été fixé en tenant compte de l'estimation effectuée à la rentrée 2007 du salaire moyen par tête (SMPT) pour 2007, soit +3,3% et d'une régularisation au titre de 2006 de +0,1 point, qui correspond à l'écart entre l'estimation à cette date du taux de croissance du SMPT en 2006 (+3,4%) et celle qui figurait dans le RESF annexé au projet de loi de finances de fin 2006 (+3,3%).

Tableau 3 - Evolution des cotisations et contributions sur revenus d'activité pour les différentes branches du régime général (hors exonérations)

	Poids	2005	2006	2007	2008
Maladie	48%	4,3%	4,1%	3,7%	3,8%
AT-MP	4%	2,3%	6,5%	3,5%	9,9%
Famille	19%	3,7%	4,0%	3,3%	3,9%
Retraites	29%	2,5%	4,9%	3,8%	0,8%
Régime général	100%	3,6%	4,4%	3,6%	3,2%

Source : DSS

Les produits de cotisations et de la CSG sur revenus d'activité du régime général ont ralenti en 2007 (-0,8 point de croissance par rapport à 2006). Cette décélération résulte de nombreux facteurs qui ont des impacts contrastés sur les comptes :

- la progression de la masse salariale du secteur privé, plus élevée de 0,5 point en 2007 qu'en 2006 (+4,8% contre +4,3%) ;
- le contrecoup de la hausse des taux de cotisations des branches AT-MP et retraite au 1^{er} janvier 2006 qui avait majoré la croissance des produits 2006 de 0,6 point ;
- la vive croissance des exonérations compensées ou non qui a pesé encore davantage sur les cotisations encaissées en 2007 (-1,4 point) qu'en 2006 (-1,0 point) ;
- les cotisants hors secteur salarié privé ne tirent plus la croissance de l'ensemble des produits sur revenus d'activité en 2007 (contribution inférieure à 0,1 point à la croissance des produits) comme ils l'ont fait en 2006 (contribution d'un tiers de point).

En 2008, les produits sur revenus d'activité ralentiraient encore, s'établissant à 3,2% sur le champ du régime général :

- la croissance de la masse salariale demeurerait au niveau de 2007, à +4,8% ;
- la progression des exonérations (dynamisée par la montée en charge des exonérations de la loi « TEPA » qui pèse essentiellement sur les cotisations de la CNAV - voir fiches 6-3 et 6-4) limiterait pour près de 1,3 point la croissance des cotisations et contributions ;
- les produits des cotisants hors secteur salarié privé, principalement du secteur public, moins dynamiques que ceux du secteur privé, pèseraient sur la croissance globale des produits (-0,4 point).

Les produits sur revenu d'activité des autres cotisants

Les produits de cotisations et contributions du secteur public (agents titulaires et non titulaires des trois fonctions publiques) ont progressé de 4,8% en 2007 (après 4,6% en 2006). Les prévisions retiennent une progression plus modérée de 3,3% en moyenne en 2008, recouvrant des hypothèses d'évolutions hétérogènes par catégorie (de -1,9% pour les agents de l'Etat à +6,8% pour les agents des collectivités territoriales, notamment en raison de transferts de personnels entre Etat et collectivités locales).

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

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

Les cotisations et la CSG des travailleurs indépendants – environ 4% des produits du régime général sur les revenus d'activité – ont crû de 3,4% en 2007, soit deux fois moins rapidement qu'en 2006 (+6,8%).

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

Ainsi le ralentissement observé en 2007 s'explique avant tout par le dynamisme exceptionnel des cotisations 2006 reposant sur deux phénomènes ponctuels qui ont disparu en 2007 :

- les derniers effets de modification du calendrier de recouvrement des cotisations en 2004 (suppression de l'ajustement) ; une partie des cotisations qui auraient été recouvrées fin 2004 et début 2005 dans l'ancien schéma, l'ont été effectivement en 2006, compte tenu du nouveau²² ;
- une diminution des prises en charge des cotisations des dentistes (mesure prise parallèlement à des revalorisations de certains actes), qui a augmenté mécaniquement les cotisations dues par ces cotisants (cela joue pour 1,2 point dans la croissance des produits de cotisations et contributions des ETI en 2006).

Les produits de cotisations et de CSG des indépendants croîtront en 2008 à un rythme comparable à celui de 2007 : +3,2%.

Les cotisations et contributions des particuliers employeurs, qui représentent environ 1% des produits du régime général sur revenu d'activité, ont enregistré une progression de 12,9% en 2007.

²² Pour une explication plus détaillée des effets de la suppression du mécanisme d'ajustement, se reporter aux fiches 6-1 des rapports à la CCSS précédents.

Tendanciellement, les produits assis sur les revenus de cette catégorie de cotisants sont stimulés par le dynamisme du secteur de la garde des enfants, lui-même entraîné par :

- une natalité forte (une moyenne de 807 000 naissances par an depuis 2000 contre 762 000 entre 1994 et 1999) ;
- les effets de la prestation d'accueil du jeune enfant qui facilite le recours aux services d'une assistante maternelle ou d'une garde à domicile en proposant une aide financière accrue aux parents d'enfants de moins de 3 ans²³ (voir fiches 11-2) ;
- un ensemble de dispositions fiscales favorables en cas de recours à un mode de garde payant.

L'accélération des produits de cotisations observée en 2007 s'explique en outre par une hausse de 0,1 point du taux de cotisations AT-MP des assistantes maternelles au 1^{er} janvier 2007, d'une part, et par la dynamique des exonérations de ce secteur d'autre part. Ces emplois bénéficient de l'exonération dite « emplois familiaux » (non compensée) et d'un abattement de 15 points des cotisations dues par les particuliers employeurs mis en place en 2006 (compensé par l'Etat)²⁴.

Au total ces deux dispositifs avaient réduit la croissance des cotisations et contributions des EPM d'environ 6,3 points en 2006 alors que cet effet est pratiquement nul en 2007.

En 2008, la prévision retient une hypothèse de croissance de l'assiette de +8,0%. Compte tenu du faible accroissement anticipé des exonérations, qui serait limité à 0,7% (voir tableau 4), les produits de cotisations et CSG progresseraient plus vite que l'assiette (+9,7%).

Tableau 4 – Exonérations en faveur des particuliers employeurs

	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Emplois familiaux (non compensé)	799	889	11,3	955	7,4	954	-0,1
Abattement de 15 points (compensé)	0	153		229	++	238	3,9
Total	799	1 042	30,4	1 184	13,6	1 192	0,7

Source : ACOSS

²³ Les prises en charge de cotisations pour l'emploi d'une assistante maternelle ou d'une garde à domicile par les CAF se matérialisent par des encaissements dans les Urssaf, les CAF se substituant aux particuliers employeurs pour le paiement de ces cotisations.

²⁴ D'autres exonérations non compensées existent pour favoriser les emplois de services aux particuliers (exonérations « aide à domicile », chèque emploi service universel) mais elles bénéficient à des entreprises ou associations salariant les aidants à domicile mis à disposition des particuliers. Leurs cotisations ne sont pas intégrées à celles des particuliers employeurs mais fondues dans celles du secteur salarié privé.

6-2

LES CREANCES SUR LES COTISANTS DES URSSAF

En cas de retard de paiement des cotisations dues aux Urssaf, des créances égales aux montants impayés sont constatées en fin d'exercice comptable et provisionnées²⁵.

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

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

Le taux de restes à recouvrer du dernier exercice a été de 0,95% en 2007

Il diminue légèrement par rapport à 2006 (-0,02 point), dans le sillage du taux calculé sur le secteur salarié privé, dont le poids est le plus important, en baisse de 0,03 point. Cette amélioration provient des entreprises de plus de 9 salariés (-0,03 point) alors que, pour la deuxième année consécutive, le taux de restes à recouvrer des petites entreprises augmente (+0,09 en 2007 après +0,15 en 2006).

La hausse du taux de restes à recouvrer en 2007 pour l'ensemble des travailleurs indépendants (+0,15 point) résulte de celle du taux des cotisants trimestriels que ne compensent pas la baisse de celui des cotisants mensuels et l'accroissement de la part de ces derniers parmi les indépendants (le mouvement de mensualisation des cotisants améliore le recouvrement toutes choses égales par ailleurs puisque les taux de reste à recouvrer des cotisants mensuels sont plus faibles).

Les charges nettes liées aux opérations sur créances ont augmenté de 52 M€ en 2007, s'établissant à 1,55 Md€

Cette hausse s'explique principalement par celle des dotations nettes aux provisions (+45 M€ entre 2006 et 2007) qui résulte de plusieurs effets contrastés :

- une dégradation du solde entre le reprovisionnement du stock de créances anciennes et reprises pour encaissements sur exercices antérieurs : ce phénomène peut s'interpréter comme la conséquence d'une amélioration du recouvrement à court terme (qui traduit la baisse tendancielle du taux de restes à recouvrer de l'exercice 0) qui élimine du stock, plus rapidement qu'auparavant, les créances les moins douteuses, augmentant le poids de celles dont le recouvrement est le plus difficile (et provisionnées à un taux plus élevé) ;
- une stabilité des reprises pour annulations découlant mécaniquement de celle des annulations de créances (les annulations demeurent en 2007 au niveau de 2006, atteignant 1,6 Md€) ;
- une diminution des dotations pour nouvelles créances en 2007 (qui ne suffit toutefois pas à compenser le premier effet), en raison de l'amélioration du recouvrement (baisse du taux de reste à recouvrer du dernier exercice) ;

²⁵ Pour une description détaillée des différentes écritures comptables liées aux créances sur cotisations ainsi que la présentation de la méthode statistique de provisionnement utilisée par l'Acoss, se reporter à la fiche 7-3 du rapport de mai 2003 de la Commission des comptes.

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

(sur les seules cotisations)	2003	2004	2005	2006	2007
Secteur privé	1,09%	0,95%	0,87%	0,89%	0,86%
Moins de 10 salariés	3,36%	3,15%	3,10%	3,25%	3,34%
Plus de 9 salariés	0,65%	0,54%	0,46%	0,47%	0,44%
Taxe pharmaceutique + contribution FCAATA			1,16%	0,34%	0,37%
Secteur public	0,10%	0,09%	0,11%	0,08%	0,07%
Employeurs et travailleurs indépendants	7,26%	6,08%	5,78%	5,72%	5,87%
à échéance mensuelle	1,93%	1,00%	1,35%	1,54%	1,19%
à échéance trimestrielle	10,35%	9,59%	9,16%	9,20%	10,17%
Employeurs et personnels de maison	0,93%	0,78%	0,80%	0,64%	0,66%
Praticiens et auxiliaires médicaux	2,26%	2,61%	2,92%	9,85%	7,55%
Assurés volontaires, régime de résidence	0,63%	0,77%	1,71%	3,69%	4,86%
Divers (y compris CMU)	0,06%	0,06%	0,04%	0,03%	0,04%
TOTAL	1,21%	1,04%	0,96%	0,97%	0,95%

Source: ACOSS

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

(En M€ - sur l'ensemble des cotisations + majorations & pénalités)	2004	2005	2006	2007
Produits des URSSAF (1)	178 265	185 937	196 731	204 883
Encaissements des URSSAF (2)	175 769	183 399	193 977	202 256
Charges (3)	179	195	223	213
Nouvelles créances de l'exercice (4) = (1) - (2) - (3)	2 317	2 343	2 531	2 414
Taux de restes à recouvrer de l'exercice comptable (5) = (4)/(1)	1,30%	1,26%	1,29%	1,18%
Pertes sur créances irrécouvrables (6)	1 396	1 468	1 613	1 620
Dotations aux provisions pour nouvelles créances de l'exercice (7)	1 725	1 752	1 882	1 798
Dotations nettes aux provisions (8)	-71	-70	-117	-72
Charges nettes liées aux opérations sur créances (6) + (8)	1 325	1 398	1 496	1 548

Source: ACOSS

- les *produits* (1), *encaissements* (2) et *charges* (3) sur les salaires versés au titre de l'exercice en cours, arrêtés au 31 décembre, sont déterminés à partir de données comptables (RACINE). Les produits, encaissements et charges relatifs à des salaires versés en décembre N et comptabilisés en N+1 (jusqu'à fin janvier) sont estimés.
- nouvelles créances de l'exercice* (4) : il s'agit de la différence entre les *produits* (1) sur les salaires versés lors de l'exercice comptable (de janvier à décembre en droits constatés) et les *encaissements* (2) et *charges* (3) enregistrés se rattachant à ces produits. Ainsi les créances découvertes lors de l'exercice mais dont la période de salaire se rattache à un exercice antérieur (suite à un contrôle par exemple) ne sont pas incluses dans ce montant – elles font cependant, lors de leur découverte, l'objet d'un provisionnement qui est pris en compte dans les *dotations nettes aux provisions* (8) mais pas dans les *dotations pour nouvelles créances de l'exercice* (7).
- taux de restes à recouvrer de l'exercice* (5) : ce taux rapporte les *créances nouvelles* (4) aux *produits* comptables (1). Il diffère du taux de restes à recouvrer 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 reste à recouvrer (net des charges), régime général + tiers, y compris les majorations et pénalités, s'établit à 1,08% en 2007 contre 1,18% pour le régime général seul (taux arrêté au 31 janvier 2008).
- pertes sur créances irrécouvrables* (6) : elles regroupent les admissions en non valeur, les annulations et abandon de créances (inscrites en charges dans les comptes et entraînant des reprises sur provisions inscrites en produits pour un montant très proche, égal à la part préalablement provisionnée de ces créances (voisine de 90%)).
- dotations aux provisions pour nouvelles créances de l'exercice* (7) : 75% des *nouvelles créances de l'exercice* (4) sont inscrites en provisions pour tenir compte du risque de leur non recouvrement.
- dotations nettes aux provisions* (8) : il s'agit du solde entre les dotations et reprises sur provisions inscrites dans les comptes. Elles résultent des dotations pour nouvelles créances (quel que soit l'exercice d'exigibilité des créances nouvellement découvertes), du reprovisionnement du stock d'anciennes créances afin d'intégrer les dernières évolutions des conditions de recouvrement, et des reprises sur provisions liées aux pertes sur créances irrécouvrables.
- charges nettes* : somme des *pertes sur créances irrécouvrables* (6) et des *dotations nettes aux provisions* (8), elles mesurent l'impact consolidé négatif des opérations sur créances sur le solde du régime général en droits constatés.

6-3

LES DISPOSITIFS D'EXONERATION EN FAVEUR DE L'EMPLOI

Les mesures d'exonération en faveur de l'emploi sont de deux types : d'une part, les mesures générales d'allégement (allégements « Fillon ») ainsi qu'à partir du 1^{er} octobre 2007 les mesures d'exonération des heures supplémentaires, qui toutes deux sont compensées par un transfert de recettes fiscales ; d'autre part, les mesures ciblées, compensées par dotations budgétaires ou non compensées (cf. encadré 2). En 2007, les exonérations pour ces deux types de mesures croissent de 16%.

Les mesures d'exonération compensées par transfert de recettes fiscales

Les mesures d'exonérations compensées par transfert de recettes fiscales croissent de 15% en 2007 et augmenteraient de 20% en 2008.

L'exonération des heures supplémentaires est entrée en vigueur en octobre 2007

La mesure de réduction forfaitaire de cotisations patronales et d'exonération totale de cotisations salariales sur les heures supplémentaires, votée dans le cadre de la loi sur le travail, l'emploi et le pouvoir d'achat (TEPA) et entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2007, a généré un manque à gagner de 615 M€ pour le régime général sur le dernier trimestre 2007. Sur l'ensemble de l'année 2008, son coût serait de 3,3 Md€.

Par ailleurs, la loi TEPA, en modifiant le mode de calcul des allégements « Fillon », en a majoré le coût. Cet effet passe par la neutralisation de la majoration des heures supplémentaires dans la formule de calcul de la réduction Fillon, qui est d'ailleurs en partie compensée par l'augmentation de 10% à 25% de la majoration des heures supplémentaires pour les entreprises de moins de 20 salariés.

En 2008, le montant exonéré au titre des rachats RTT (cf. encadré 1), qui concerne à la fois des jours acquis en 2007 et en 2008, serait de 369 M€.

Encadré 1 : Les rachats RTT

La loi n°2008-111 pour le pouvoir d'achat du 8 février 2008 autorise les salariés à convertir en rémunération les droits correspondant à des journées de réduction du temps de travail (« rachat RTT »), possibilité également ouverte aux salariés titulaires d'une convention en forfait jours. Elle permet aussi aux salariés disposant d'un compte épargne temps d'utiliser les droits affectés sur ce compte. Les demi-journées ou journées travaillées qui rentrent dans ce cadre donnent lieu à une majoration de salaire au moins égale au taux de majoration de la première heure supplémentaire applicable à l'entreprise. Le rachat des jours acquis au 31 décembre 2007 profite d'une exonération salariale et patronale totale de cotisations et contributions sociales, à l'exception de la CSG et de la CRDS ; les sommes perçues sont soumises à l'impôt sur le revenu. Pour les jours acquis en 2008 et 2009, les rémunérations bénéficient des exonérations fiscales et sociales prévues par la loi TEPA (exonération fiscale et sociale totale pour le salarié et déduction de charges sociales pour l'employeur).

Les mesures générales d'exonération : +11,8% en 2007 et +6,1% en 2008

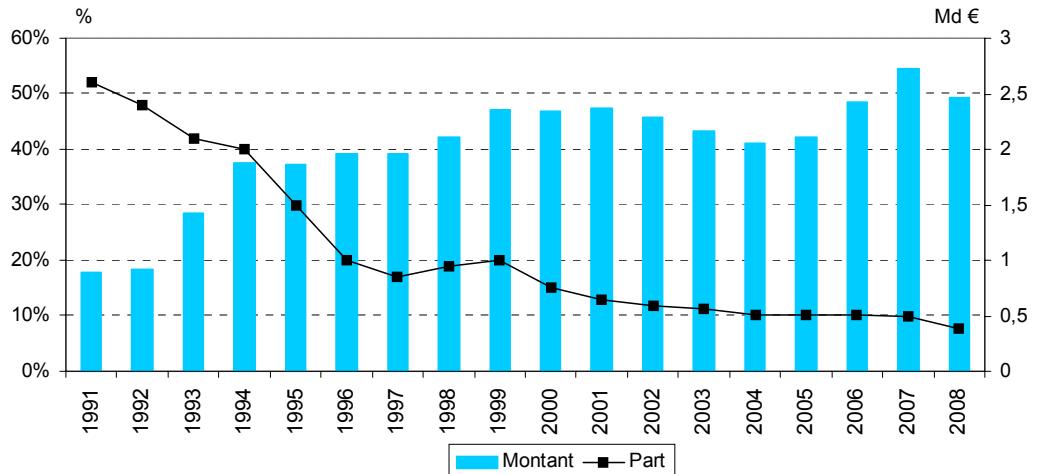
En 2007, les mesures générales d'exonération ont augmenté de près de 12%. Cette forte progression est à relier à plusieurs facteurs : le dynamisme de la masse salariale du secteur privé, le passage de 26 à 28,1 points d'exonération au niveau du SMIC pour les entreprises de moins de 20 salariés au 1^{er} juillet 2007 (dont l'impact financier en demi-année est chiffré à +320 M€), l'application de l'allégement Fillon sur les heures rémunérées de toute nature (+700 M€ environ sur 2007) et les effets de la loi TEPA à compter du 1^{er} octobre 2007.

Tableau 1 – Montant des principales mesures en faveur de l'emploi pour 2006, 2007 et 2008 (compensées et non compensées, champ régime général)

En M€	EN M€	MESURE	2006	2007	Evol. 2007/2006	2008	Evol. 2008/2007	Structure 2006	Structure 2007	Structure 2008
Mesures compensées par recettes fiscales	Mesures compensées par des recettes fiscales	mesures générales d'exonération	-2	0	ns	0	ns	0%	0%	0%
		réduction bas salaire	24	1	ns	0	ns	0%	0%	0%
		allégements Aubry I	8	1	ns	0	ns	0%	0%	0%
		dispositif Robien	18 422	20 630	12%	21 885	6%	100%	100%	100%
		allégement unique (Loi Fillon)								
		TOTAL	18 452	20 632	12%	21 885	6%	100%	100%	100%
		mesures d'exonération des HS et de rachat de RTT								
		heures supplémentaires - exonérations cotisations patronales et salariales	615			3 294	436%		100%	89,92%
		TOTAL	0	615	ns	3 663	495,8%	0%	100%	90%
Autres mesures compensées ou non compensées	Autres mesures compensées ou non compensées	contrat initiative emploi	60	45	-24%	30	-34%	2%	2%	1%
		contrats d'apprentissage	764	821	8%	842	3%	30%	28%	33%
		contrat de qualification et contrat de professionnalisation	429	511	19%	344	-33%	17%	18%	14%
		CES et CEC	175	55	-69%	14	-74%	7%	2%	1%
		contrats d'accompagnement dans l'emploi et contrats d'avenir	678	936	38%	649	-31%	26%	32%	26%
		CRE	9	5	-44%	4	-14%	0%	0%	0%
		Contrat de reclassement et de transition professionnel	40	40	-1%	39	-1%	1%	2%	1%
		GPEC	24			42	76%	1%	2%	1%
		contrat de volontariat pour l'insertion	1			1	4%	0%	0%	0%
		associations intermédiaires	76	79	3%	84	7%	3%	3%	3%
		jeunes entreprises innovantes	96	107	11%	106	-1%	4%	4%	4%
		exonération rémunération droit à l'image	35	26	ns	29	13%	1%	1%	1%
		contrat volontariat associatif	1			4	190%	0%	0%	0%
		exonérations pour les arbitres et les juges sportifs	30			33	11%	1%	1%	1%
		chèque transport	0			0		0%	0%	0%
		exonération AF pour les entreprises d'armement maritime	8			10	14%	0%	0%	0%
		exonérations pour les micro-entreprises	0			46		0%	2%	1%
		exonération de cotisations pour l'attribution gratuite d'actions	0			36				
		autres (CAE DOM ; CIA ; contrat d'orientation ; Insertion par l'Économique ; CIRMA ; PACTE ; avantage en nature HCR ; ACCRE ; loi initiative économique)	204	215	-16%	217	3%	10%	8%	7%
		TOTAL	2 565	2 902	13%	2 529	-13%	100%	100%	99%
		Ensemble des mesures d'exonérations	23 983	27 914	16%	31 722	14%	100%	100%	100%

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

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



Source : ACOSS. Champ : régime général. En milliards d'euros courants.

En 2008, le dynamisme des allégements généraux, plus modéré qu'en 2007, resterait fort (+6,1%). Cette évolution résulte de la croissance de l'emploi salarié (+1,2%), de la revalorisation exceptionnelle du SMIC en mars (+300 M€) et de l'incidence en année pleine des mesures sus mentionnées.

Des évolutions contrastées en 2007 et en 2008 pour les mesures ciblées

Les mesures ciblées représentent un volume d'exonération bien plus faible que les mesures compensées par recettes fiscales : en 2008, le montant des exonérations ciblées s'élèverait à environ 6,2 Md€, soit environ 19% du montant total des exonérations. Après une forte augmentation en 2007 (+21%), 2008 leur montant diminuerait en 2008 (-7%).

Les mesures en faveur de publics particuliers

En 2007, la croissance des mesures en faveur de publics particuliers est soutenue (+13%). Les contrats d'apprentissage et les contrats de professionnalisation contribuent largement au dynamisme de ce type de mesures, en raison du rythme d'entrées dans ces dispositifs et ce malgré la suppression de l'exonération de cotisations AT-MP. La montée en charge des contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE) et des contrats d'avenir (CA) s'est achevée en 2007 (le flux prévisionnel d'entrées se réduit de 16%) ; le stock moyen sur l'année de bénéficiaires continue toutefois de croître, ce qui explique la forte progression des montants exonérés au titre de cette mesure en 2007 (+38%). La diminution des exonérations au titre des contrats emploi solidarité et des contrats emploi consolidé, qui sont désormais remplacés par les CAE et les CA, ne compense que très partiellement la forte croissance de ces derniers dispositifs. Enfin, l'année 2007 se caractérise par la création de six nouveaux dispositifs d'exonération en faveur de publics particuliers.

En 2008, le montant des exonérations en faveur de publics particuliers se réduirait de 13%. Cela s'expliquerait principalement par la forte diminution des sommes exonérées au titre des CAE et des CA (-31%) liée à la baisse des entrées dans ces dispositifs prévues par le Ministère du travail. Par ailleurs, les exonérations au titre des contrats d'apprentissage, traditionnellement dynamiques, croîtraient modérément en 2008 (+2,5%). Les exonérations au titre des contrats de professionnalisation seraient en forte baisse en raison de la suppression de l'exonération spécifique qui leur est attachée.

Les mesures en faveur de l'emploi dans certaines zones géographiques

En 2007, ces mesures connaissent un fort dynamisme (+34%). Celui-ci est lié d'une part à la mesure ouvrant le bénéfice de l'exonération zones de revitalisation rurales (ZRR) aux associations et aux organismes d'intérêt général, mise en œuvre en mai 2006 et qui continue de produire ses effets en 2007, et d'autre part à la création de 45 nouvelles zones franches urbaines (ZFU) en application de la loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances. Les effets de cette dernière mesure, qui est entrée en vigueur au 1^{er} août 2006, se répercutent largement en 2007 (+16%).

En 2008, le montant des cotisations exonérées en faveur de l'emploi dans certaines zones géographiques baisserait (-8%) en raison de la diminution des régularisations au titre de la mesure d'exonération en ZRR. Par ailleurs, la mesure d'exonération en ZFU connaît une croissance moindre (+4,8 %) que les années précédentes du fait de la dégressivité de la mesure au bout de cinq ans qui concernerait en 2008 un grand nombre de bénéficiaires.

Les mesures en faveur de l'emploi à domicile

En 2007, les montants des cotisations exonérées en faveur de l'emploi à domicile augmentent de 21% du fait de la montée en charge des mesures instaurées dans le cadre du plan de développement des services à la personne.

Tableau 2 – Répartition des mesures compensées et non compensées

En M€ sauf mention contraire	Catégorie	2006	2007	Evol. 2007/2006	2008	Evol. 2008/2007	Structure	Structure	Structure
							2006	2007	2008
mesures générales d'exonération	Recettes fiscales	18 452	20 632	11,8%	21 885	6,1%	100%	100%	100%
	Non compensées	0	0		0		0%	0%	0%
	Total	18 452	20 632	11,8%	21 885	6,1%	100%	100%	100%
mesures d'exonération des heures supplémentaires et rachat de RTT	Recettes fiscales (exonérations heures supplémentaires) compensées (rachat de RTT)	0	615		3 294	435,8%		100%	90%
	Non compensées	0	0		369		0%	0%	2%
	Total	0	615	ns	3 663	495,8%	0%	100%	92%
mesures en faveur de publics particuliers (jeunes, chômeurs de longue durée...)	Compensées	1 575	1 741	10,6%	1 653	-5,0%	61%	60%	65%
	Non compensées	990	1 161	17,2%	876	-24,5%	39%	40%	35%
	Total	2 565	2 902	13,1%	2 529	-12,8%	100%	100%	100%
mesures en faveur de l'emploi dans certaines zones géographiques	Compensées	1 337	1 793	34,2%	1 656	-7,6%	100%	100%	100%
	Non compensées	1	1	16,5%	1	13,7%	0%	0%	0%
	Total	1 338	1 794	34,2%	1 658	-7,6%	100%	100%	100%
mesures en faveur de l'emploi à domicile	Compensées	197	401	ns	401	0,0%	12%	20%	20%
	Non compensées	1 432	1 571	9,7%	1 586	1,0%	88%	80%	80%
	Total	1 628	1 971	21,1%	1 987	0,8%	100%	100%	100%
Ensemble des mesures d'exonérations	Recettes fiscales	18 452	21 246	15,1%	25 179	6%	77%	76%	79%
	Compensées	3 108	3 935	26,6%	4 080	3,7%	13%	14%	13%
	Non compensées	2 423	2 732	12,8%	2 463	-9,8%	10%	10%	8%
	Total	23 983	27 914	16,4%	31 722	13,6%	100%	100%	100%

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

Encadré 2 : Evolutions des mesures non compensées

Dans un contexte de forte croissance du montant des exonérations (+16,4%), les mesures non compensées augmenteraient en 2007 de 12,8%. Les exonérations non compensées en faveur de publics particuliers, connaîtraient une croissance soutenue en lien avec le dynamisme des contrats aidées – CAE et CA – décrit ci-contre. En revanche, les exonérations non compensées en faveur de l'emploi à domicile croîtraient plus faiblement du fait de la révision de la prévision du coût du chèque emploi service universel, cette dernière mesure étant désormais considérée comme non compensée.

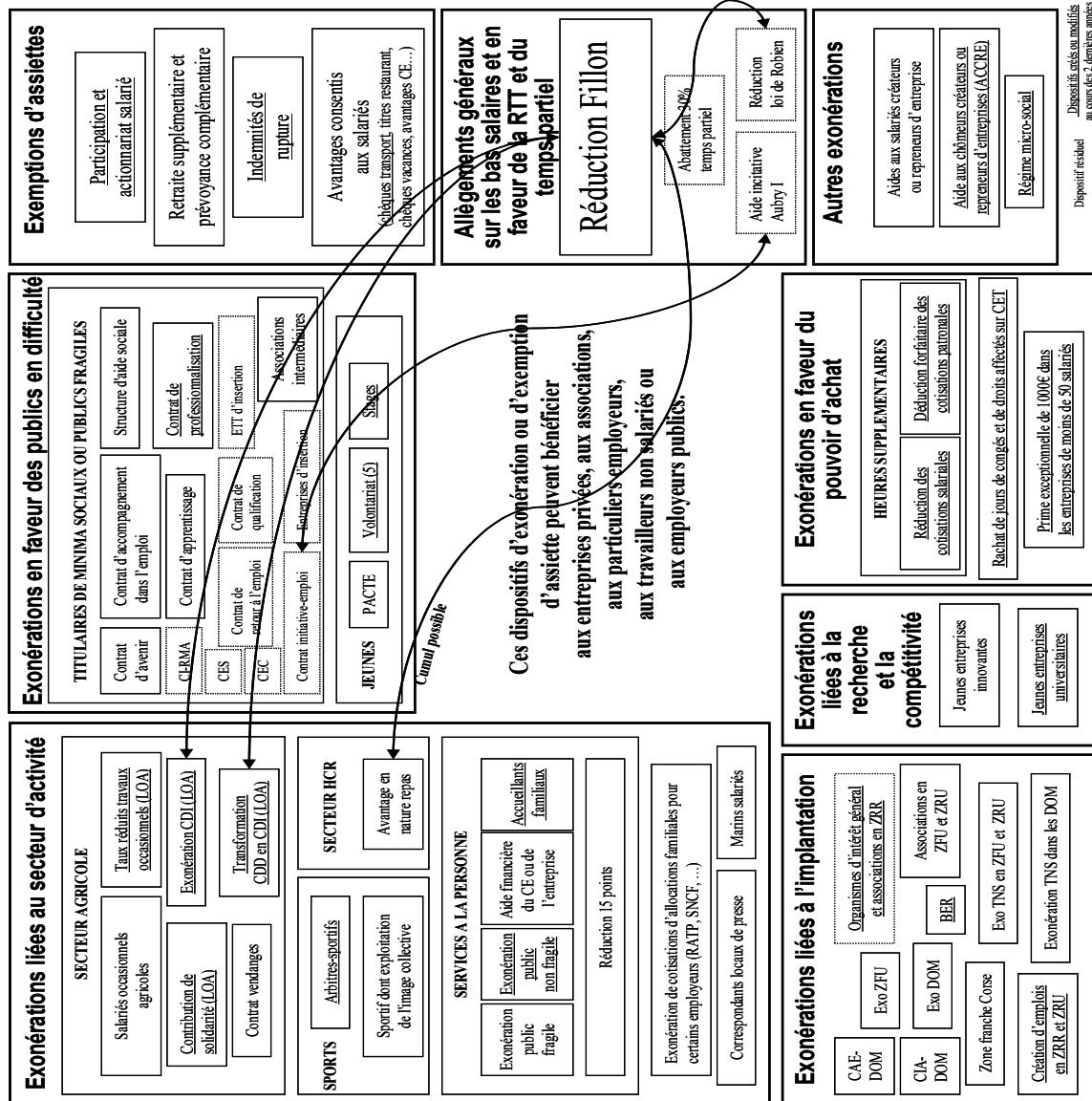
La part des mesures non compensées dans le montant total des exonérations serait stable en 2007 à 10% (valeur identique depuis 2004 – voir graphique 1).

En 2008, le montant des exonérations non compensées diminuerait de 9,8% en raison principalement de la baisse des cotisations exonérées au titre des contrats aidées – CAE et CA – décrite ci-contre. Du fait de la croissance d'ensemble des exonérations, la part des mesures non compensées dans le total baisserait sensiblement en 2008 (à 8%).

En 2008, les sommes exonérées dans le cadre des mesures en faveur de l'emploi à domicile augmenteraient de 0,8%. Cette croissance faible s'expliquerait par l'achèvement de la montée en charge des mesures instaurées en 2006 et par le passage progressif du dispositif d'exonération actuel (franchise de cotisations dans la limite du SMIC) à l'allégement « Fillon » pour l'emploi par une association, ou une entreprise, d'une aide à domicile auprès d'une personne non fragile.

La variété des dispositifs d'exonération est illustrée sur le schéma ci-contre.

LES 62 DISPOSITIFS D'EXONERATION OU D'EXEMPTION EXISTANT EN JUIN 2008 (hors taux réduits et assiettes forfaitaires)



6-4

BILAN COMPTABLE DU TRANSFERT DE RECETTES FISCALES EN COMPENSATION DES ALLEGEMENTS GENERAUX DE COTISATIONS ET DE L'EXONERATION DES HEURES SUPPLEMENTAIRES

La loi de finances 2006 a profondément modifié le mécanisme de financement des exonérations générales : jusqu'au 31 décembre 2005, ces exonérations étaient compensées par l'Etat aux différents régimes de Sécurité sociale concernés via des dotations budgétaires ; à compter du 1er janvier 2006, ces dotations ont été remplacées par l'affectation d'un panier de recettes fiscales. Un mécanisme d'équilibrage « à l'euro l'euro » avait été mis en œuvre pour l'année 2006 afin de garantir la neutralité de l'opération pour les régimes. Ce mécanisme a disparu à compter de 2007.

Par ailleurs, un nouveau dispositif d'exonération, concernant les heures supplémentaires et complémentaires et entré en vigueur le 1^{er} octobre 2007 dans le cadre de la loi TEPA (travail, emploi et pouvoir d'achat), est financé lui aussi par l'affectation de recettes fiscales²⁶. Le mécanisme de compensation à l'euro l'euro est prévu de manière pérenne pour ce dispositif.

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

Le financement des allégements généraux par une affectation de recettes fiscales en lieu et place de dotations budgétaires est effectué selon une logique d'encaissements-décaissements (E/D) : les recettes fiscales encaissées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre d'une année servent à compenser les exonérations générales constatées entre ces mêmes dates.

Toutefois, en droits constatés (DC), système régissant les comptes des régimes de Sécurité sociale, les exonérations observées au cours d'une année civile diffèrent des exonérations dont les faits générateurs²⁷ se sont produits sur la même période. La comptabilité en droits constatés matérialise cette différence par l'inscription de produits à recevoir (PAR), correspondant à des montants enregistrés dans les comptes d'un exercice donné mais encaissés lors de l'exercice suivant.

Exercice 2007 : un bilan de la compensation des allégements généraux légèrement excédentaire

A compter de l'exercice 2007, le mécanisme de compensation à l'euro l'euro qui prévalait en 2006 n'est plus juridiquement prévu, ce qui signifie qu'un écart positif ou négatif entre les recettes fiscales et les allégements aura des conséquences directes pour la Sécurité sociale.

Au moment de la préparation de la LFSS 2007, les allégements généraux avaient été évalués à 20,2 Md€ (E/D). Les recettes fiscales attendues étaient quant à elles évaluées à 20,4 Md€ (E/D). Le surplus de recettes ainsi attendu (environ 250 M€) devait être transféré à la CNAM. Toutefois, la révision des prévisions réalisée après la clôture des comptes de l'exercice 2006 a remis en cause ces anticipations (cf. tableau 1) ; au moment de la LFR 2007, c'est un déficit de plus de 900 M€ qui était attendu.

²⁶ Pour une présentation détaillée de la composition des deux paniers de recettes fiscales, se reporter au point thématique publié en mai 2008 par le Secrétariat général de la Commission des comptes de la Sécurité sociale (n°11).

²⁷ Le fait générateur étant ici la période d'emploi au titre de laquelle le salaire ouvrant droit à l'exonération est versé. Dans le cas général, il existe un décalage d'un mois entre ces deux événements.

Tableau 1 - Evolution des prévisions et ajustements concernant l'exercice 2007

<i>En encassements-décaissements, en millions d'euros</i>				
Date	Explication	Allégements généraux	Recettes fiscales	Ecart
Automne 2006 (LFSS 2007)		20 163	20 411	248
	Dynamique supérieure (base 2006)	430	100	
	Régularisations sur les heures rémunérées	700		
1 ^{er} semestre 2007	Modification du mode de calcul de l'allégement	100		
	Révisions des prévisions (dynamique 2007)	140	100	
		21 532	20 611	-921
Automne 2007 (LFR 2007)	Ajout au panier (taxe sur les salaires et droits tabacs)		1 010	
		21 532	21 621	89
Printemps 2008	Bilan effectif en encassements-décaissements	21 463	21 617	154

Source: DSS

Plusieurs éléments ont modifié les données relatives à la compensation des allégements. Tout d'abord, les pertes de recettes induites par les allégements généraux se sont révélées, au cours de l'exercice 2006, supérieures à ce qui avait été initialement prévu, ce qui a relevé la base de la prévision 2007 d'environ 430 M€.

Ensuite, des régularisations relatives à la prise en compte des heures rémunérées non travaillées dans le calcul des allégements « Fillon » se sont traduites par un surcoût de l'ordre de 700 M€ imputé en 2007 au titre des exercices 2006 et 2007.

Enfin, la loi TEPA a modifié le mode de calcul des allégements afin de neutraliser les heures supplémentaires dans le calcul de la réduction. Ceci a un impact de 100 M€ en encassements-décaissements sur 2007.

Ces trois éléments se traduisent donc par un manque à gagner supplémentaire d'un peu plus de 1,2 Md€. Par ailleurs, la révision des prévisions opérée à l'été 2007 met en évidence une perte de cotisations non anticipée de 140 M€. Ces différentes révisions conduisent à une perte totale de cotisations du fait des allégements généraux d'environ 21,5 Md€, supérieure de 1,3 Md€ à la prévision de la LFSS.

D'un autre côté, le rendement du panier fiscal en 2007 est réévalué à 20,6 Md€ compte tenu de la plus-value de 100 M€ enregistrée en 2006 et de la révision du rendement du panier à l'été 2007 (rendement supplémentaire de 100 M€). A l'automne 2007, un écart négatif de plus de 900 M€ en encassements-décaissements était donc attendu.

Tableau 2 - Bilan 2007 de la compensation des pertes de recettes liées aux allégements généraux par le panier de recettes fiscales

	Opérations observées en 2007 afférentes à 2006 (1)	Opérations observées en 2007 afférentes à 2007 (2)	Opérations observées en 2008 afférentes à 2007 (3)
Perte de cotisations	2 153	19 310	2 432
Recettes fiscales	2 266	19 351	2 429
Ecart	113	41	-3
<i>Bilan en encassements-décaissements</i>			
Perte de cotisations (1) + (2)		21 463	
Recettes fiscales (1) + (2)		21 617	
Solde global (en E/D)		(154)	
<i>Bilan en droits constatés</i>			
Perte de cotisations (2)+(3)		21 742	
Recettes fiscales (2)+(3)		21 780	
Solde avant facturation de l'écart en E/D		37	
Facturation à l'Etat de l'écart négatif en E/D		0	
Produits comptabilisés		21 780	
Solde global (en droits constatés)		37	

Source : Régimes de sécurité sociale

La LFR 2007 a alors complété le panier de recettes en transférant à la sécurité sociale les parts de la taxe sur les salaires (5%) et des droits de consommation sur les tabacs (5,21%) qui demeuraient jusque-là affectées à l'Etat. Ces recettes supplémentaires venaient majorer le panier fiscal de 1 Md€, ce qui devait conduire à un léger excédent d'environ 90 M€ en encaissements-décaissements. Le bilan 2007 en encaissements-décaissements fait finalement apparaître un excédent plus élevé que prévu se montant à 154 M€ (cf. tableau 2) : 113 M€ sur les opérations afférentes à 2006 et 41 M€ sur les opérations afférentes à 2007.

Les recettes afférentes à 2007 encaissées début 2008 se sont élevées à 2 429 M€, soit un montant inférieur de 3 M€ aux pertes de cotisations enregistrées début 2008 au titre de 2007. En ajoutant ces -3 M€ aux 41 € encaissés en 2007 et rattachés à 2007, le bilan fait donc apparaître en 2007 un excédent en droits constatés de 37 M€ (du fait des arrondis).

L'exonération des heures supplémentaires en 2007 : un bilan équilibré par construction

Initialement, l'impact pour les recettes de la Sécurité sociale de l'exonération des heures supplémentaires était estimé à 4,1 Md€ en année pleine, et 273 M€ au titre de l'exercice 2007 (E/D). La recette fiscale affectée à la sécurité sociale destinée à couvrir les pertes de cotisations induites par cette mesure en 2007 est une part (22,38%) de la taxe sur les véhicules des sociétés (TVS), part qui devait générer 273 M€ de recettes (E/D).

Fin décembre, les exonérations liées aux heures supplémentaires ont finalement généré un manque à gagner de 263 M€, tandis que la taxe sur les véhicules des sociétés a rapporté 260 M€. En vertu du mécanisme de compensation à l'euro l'euro, l'écart de 3 M€ a donc donné lieu à une facturation d'un même montant adressée à l'Etat (cf. tableau 3).

Le passage de la logique d'encaissements-décaissements à la logique de droits constatés est également complexe. Bien qu'il n'existe aucun mécanisme de compensation en droits constatés, le législateur a en effet souhaité que l'opération d'exonération des heures supplémentaires n'ait pas d'incidence sur le solde comptable des caisses.

La perte de cotisations liée aux exonérations sur les heures supplémentaires et complémentaires s'élève pour l'année 2007, en droits constatés, à 654 M€ (263 M€ enregistrés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre et 391 M€ constatés en janvier 2008 au titre de 2007). Du côté des recettes fiscales, aux montants enregistrés en caisse (260 M€ au titre de la TVS et 3 M€ au titre de la dette de l'Etat) s'ajoutent les montants correspondant aux PAR 2007, sachant que :

- la TVS donnant lieu à un seul versement en fin d'année, elle ne génère aucun PAR (pas de décalage entre l'exercice d'encaissement et l'exercice de rattachement du fait génératrice) ;
- la TVA sur les producteurs d'alcools, dont le produit est perçu avec environ un mois de décalage, a donné lieu à l'inscription d'un PAR d'un montant de 223 M€ ;
- 168 M€ ont été enregistrés au titre de la contribution sociale sur les bénéfices des sociétés, dernier impôt affecté à la sécurité sociale pour compenser ces exonérations, afin d'équilibrer les comptes en droits constatés.

Pour l'exercice 2007, les mécanismes prévus dans le cadre de la loi TEPA viennent donc compenser les pertes de cotisations liées aux exonérations sur les heures supplémentaires, assurant ainsi l'équilibre de l'opération en droits constatés.

Exercice 2008 : le bilan de la compensation des allégements généraux et de l'exonération des heures supplémentaires devrait être équilibré

En droits constatés, la prévision de rendement du panier de recettes fiscales en 2008 pour le régime général s'établit à 20,9 Md€ (23,15 Md€ pour tous régimes), ce qui devrait compenser les allégements généraux, évalués également par l'ACOSS à 20,9 Md€ pour 2008.

L'exonération des heures supplémentaires devrait générer un manque à gagner pour le régime général de 3,3 Md€, compensé intégralement par les recettes fiscales.

Tableau 3 - Bilan 2007 de la compensation des pertes de recettes liées aux exonérations sur les heures supplémentaires par le panier de recettes fiscales

	Opérations observées en 2007 afférentes à 2006 (1)	Opérations observées en 2007 afférentes à 2007 (2)	Opérations observées en 2008 afférentes à 2007 (3)
Perte de cotisations	0	263	391
Recettes fiscales	0	260	391
Ecart	0	-3	0
<i>Bilan en encassements-décaissements</i>			
Perte de cotisations (1) + (2)	263		
Recettes fiscales (1) + (2)	260		
Solde global (en E/D)	-3		
<i>Bilan en droits constatés</i>			
Perte de cotisations (2)+(3)		654	
Recettes fiscales (2)+(3)		651	
Solde avant facturation de l'écart en E/D		-3	
Facturation à l'Etat de l'écart négatif en E/D		3	
Produits comptabilisés		654	
Solde global (en droits constatés)	0		

Source : Régimes de sécurité sociale

Tableau 4 - Bilan comptable 2007 de l'affectation du panier de recettes, par régime

	Allègements généraux			Exonération des heures supplémentaires		
	(en droits constatés, en M€)	Produits de recettes fiscales	Allègements généraux	Ecart	Produits de recettes fiscales	Exonération des heures supplémentaires
CNAM-Maladie	8 738	8 745	-7	109	110	-1
CNAM-AT	1 809	1 801	8	16	16	0
CNAF	3 695	3 692	3	26	26	0
CNAV	6 405	6 392	13	461	463	-2
Total régime général	20 647	20 629	18	611	614	-3
Salariés agricoles	1 067	1 048	19	39	39	0
SNCF	25	26	-1			
CRPCEN	25	23	2	0,1	0,1	0
ENIM	12	13	0			
Mines	3	3	0			
RATP	0,5	0,6	0			
Total général	21 780	21 742	37	651	654	-3

Ecart : au premier ordre, il s'agit de l'impact comptable 2007 de la substitution dotations budgétaires / panier de recettes fiscales dans le mécanisme de financement des allègements généraux (exonération des heures supplémentaires) *avant prise en compte des relations financières entre régimes*.

Ainsi, le régime général a inscrit dans ses comptes 2007 pour 18 M€ de produits de recettes fiscales en plus que ce qu'il aurait enregistré comme prises en charge de cotisations par l'Etat au titre des allègements généraux dans l'ancien système (avant 2006). Le régime des salariés agricoles a enregistré un excédent de 19 M€. Or, ce régime étant financièrement intégré au régime général, cela se traduit comptablement pour ce dernier par une amélioration de son solde de 37 M€ (18 M€ +19 M€).

Note complémentaire : les recettes fiscales affectées aux régimes des salariés agricoles, au régime des mines, à la SNCF et à la RATP viennent compenser notamment les exonérations de cotisations patronales famille. La part de ces recettes venant couvrir les exonérations famille, qui représentent un montant de 0,2 Md€ en 2007, est retracée *in fine* dans les comptes de la CNAF. Ainsi le montant de recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations générales en 2007 enregistré dans les comptes des régimes général est de 20,8 Md€ (20,6 + 0,2). C'est ce montant qui est détaillé dans la fiche 3-3 consacrée aux recettes fiscales du régime général.

6-5

LES TAXES SUR LE TABAC ET L'ALCOOL

Le produit des taxes sur le tabac diminue légèrement en 2007 et 2008

Le produit des droits de consommation sur les tabacs recouvré par les services des douanes s'est élevé à 9,38 Md€ en 2007 (9,49 Md€ en droits constatés du point de vue des comptes de la Sécurité sociale²⁸). La diminution du rendement de ces droits d'environ 60 M€ par rapport à 2006 (-0,6%) provient des éléments suivants :

- L'augmentation du prix des cigarettes de 6% au 6 août 2007 serait partiellement compensée par une baisse des volumes consommés de 4,5%. L'impact de cette hausse sur les rendements serait ainsi d'environ +1,2% en année pleine, soit +0,5% pour l'année 2007²⁹.
- L'application du décret portant interdiction de fumer dans les lieux publics a eu une incidence sur la consommation, estimée à environ 1% en 2007. On rappelle que cette interdiction n'était encore que partielle en 2007 (elle ne concernait pas encore les cafés restaurants).

La baisse des droits de consommation sur les tabacs serait plus sensible en 2008. L'effet positif direct de la hausse des prix devrait être plus que compensé par la baisse des volumes consommés, particulièrement marquée cette année, du fait de l'extension de l'interdiction de fumer aux cafés et restaurants. Une hypothèse de baisse du rendement des droits de consommation sur les tabacs de -1,5% (par rapport aux recouvrements de 2007) a été retenue. Le produit de ces droits s'élèverait alors à 9,24 M€ en 2008 (en encassements-décaissements).

La répartition des droits tabacs entre affectataires a été légèrement modifiée en 2007, et reste stable en 2008

Les droits tabacs enregistrés dans les comptes de la CNAM sont passés de 3,1 Md€ en 2006 à 2,9 Md€ en 2007. Ils devraient s'élèver à 2,8 Md€ en 2008

La diminution du montant des droits tabacs enregistrés dans les comptes de la CNAM entre 2006 et 2007 s'explique par la baisse du produit des droits de consommation sur les tabacs perçus en 2007 d'une part, et par la diminution de la part de ces droits affectée à la CNAM à compter du 1^{er} janvier 2007 (de 32,46% à 30%) d'autre part. En 2008, les droits de consommation affectés à la CNAM devraient s'élèver à 2,8 Md€ (la fraction affectée demeure inchangée), du fait de la baisse anticipée de la consommation.

La fraction des droits de consommation affectée au fonds CMU a augmenté en 2007

Suite au transfert en 2007 d'une fraction supplémentaire des droits tabacs de 2,46 points initialement affectés à la CNAM, la recette affectée au fonds CMU est passée de 177 M€ en 2006 à 411 M€ en 2007. Cette fraction reste stable en 2008.

²⁸ Les comptes de la Sécurité sociale, contrairement aux données issues du recouvrement MINEFE (encassements-décaissements), sont exprimés en droits constatés.

²⁹ Une hypothèse d'élasticité prix du volume consommé d'environ -0,7 (qui se situe entre le taux de -0,5 observé par le passé et le taux proche de -1 constaté lors des hausses de tarif de 2003-2004) est retenue.

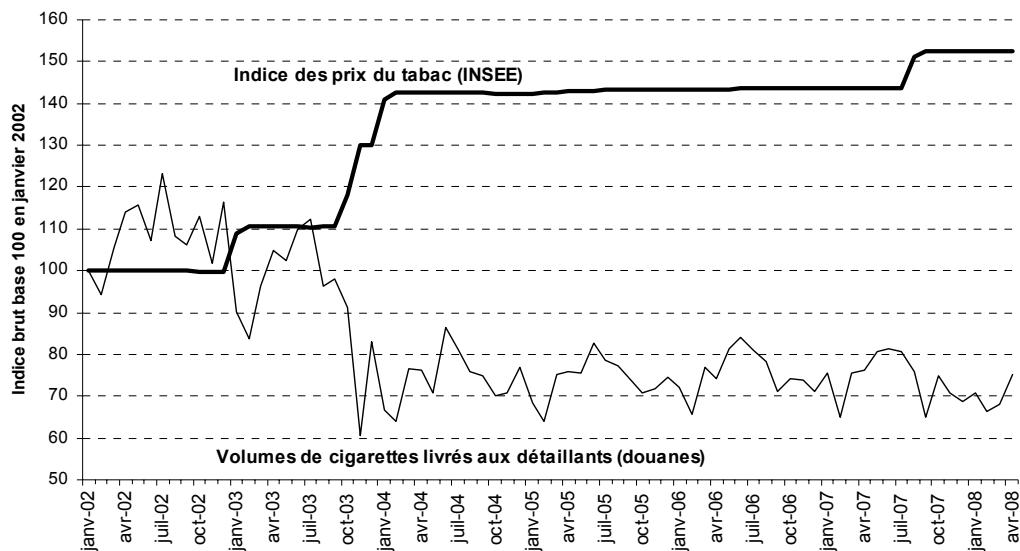
Tableau 1 – Répartition des prélèvements sur les tabacs entre 2005 et 2008

		2005	2006	2007	2008
droit de consommation (art. 575 CGI)	CNAM	32,50%	32,46%	30,00%	30,00%
	FCAATA	0,31%	0,31%	0,31%	0,31%
	FFIPSA	52,36%	52,36%	52,36%	52,36%
	Fonds CMU		1,88%	4,34%	4,34%
	FNAL		1,48%	1,48%	1,48%
	Panier de recettes			8,61%	10,26%
	Frais financiers			1,69%	
	Etat	11,51%	11,51%	1,21%	1,25%

Tableau 2 – Affectation des prélèvements sur les tabacs entre 2006 et 2008

	comptes des régimes et de l'Etat (droits constatés)		recouvrement MINEFE (encaissements-décaissements)		prévision recouvrement MINEFE (encaissements-décaissements) 2008
	2006	2007	2006	2007	
produit total des droits de consommation	9 542	9 491	9 437	9 379	9 240
dont part versée aux organismes sociaux	8 456	9 421	8 351	9 266	9 125
dont part versée à la CNAM	3 126	2 862	3 063	2 814	2 772
dont part versée au FCAATA	29	30	29	29	29
dont part versée au BAPSA / FFIPSA	4 941	4 960	4 941	4 911	4 838
dont part versée au Fonds CMU	177	411	177	407	401
dont part versée au FNAL	139	136	140	139	137
dont panier de recettes	29	879		808	948
dont frais financiers Régime Général	15	143		158	
dont part versée à l'Etat	1 086	68	1 086	113	116

Note : les montants affectés au FNAL figurant dans la colonne des comptes des régimes et de l'Etat sont exprimés en encaissements-décaissements pour 2007, ce qui explique l'écart de 2 M€ entre le rendement total de la taxe et la somme des montants comptabilisés pour chaque affectataire.

Graphique 1 – Evolution du prix du tabac et du volume de cigarettes vendues entre 2002 et 2008

L'affectation à la sécurité sociale de droits tabacs jusque là attribués à l'Etat

A partir du 1^{er} janvier 2007, une fraction égale à 3,39% du droit de consommation a été attribuée au panier de recettes finançant les mesures d'allègements généraux, afin de couvrir le coût en demi-année de l'exonération totale (au niveau du SMIC) de cotisations patronales de sécurité sociale (hors AT-MP) pour les entreprises de moins de 20 salariés à compter du 1^{er} juillet 2007. Dans le cadre de la LFR, l'Etat a complété le panier en transférant à la sécurité sociale une part des droits de consommation sur les tabacs qui était jusque-là affectée au budget de l'Etat (5,22%). Au total, la fraction des droits tabacs affectée au panier de recettes s'est élevée à 8,61% en 2007 et a généré 879 M€ de recettes.

Par ailleurs, une fraction égale à 1,69% du droit de consommation a été affectée en 2007 au régime général afin de financer les charges d'intérêts qu'induisent les sommes restant dues par l'Etat au titre des relations financières entre l'Etat et la Sécurité sociale. Cette fraction a apporté 143 M€ de recettes supplémentaires.

En 2008, cette part est transférée au panier de recettes, ce qui porte la fraction des droits tabacs affectée au panier de recettes à 10,26% (948 M€ de recettes attendues en 2008).

Les parts des droits tabacs affectées au FFIPSA, au FNAL et au FCAATA sont restées stables en 2007 et 2008

Les fractions des droits tabacs affectées au FFIPSA (52,36%), au FNAL (1,48%) et au FCAATA (0,31%) restant stables en 2007 et 2008, l'évolution des montants attribués est directement imputable à l'évolution du produit total des droits de consommation sur les tabacs.

Les droits indirects sur les boissons alcooliques qui financent les allègements généraux de cotisations depuis 2006, sont pratiquement stables en 2007 et 2008

Les boissons alcooliques sont soumises à un droit indirect, encadré par le droit communautaire, qui diffère selon la catégorie de boisson. Une cotisation sur les boissons alcooliques, affectée depuis 2005 au fonds de financement de la CMU complémentaire, s'applique en outre aux boissons dont la teneur en alcool est supérieure à 25 degrés.

Le rendement total de ces prélèvements a progressé de 0,8% en 2007 (3 017 M€ de recettes, en encaissements-décaissements). Cela résulte notamment d'une hausse de la consommation d'alcools et de la stabilisation de la consommation de vins en 2007, en rupture avec les évolutions observées lors des années passées. Les droits sur les alcools éthyliques ont ainsi progressé de 1,8%, tandis que les droits sur les vins n'ont diminué que de -0,9% (graphique 2).

Pour 2008, le produit des droits sur les alcools devrait progresser d'environ 1% en encaissements-décaissements (3 047 M€ de recettes attendues), sur la base d'une progression modérée des droits de consommation sur les alcools et de la cotisation sur les alcools de plus de 25°, d'une légère diminution des droits sur les vins, et d'une baisse plus marquée des droits sur les produits intermédiaires.

Tableau 3 – Répartition des prélèvements sur les alcools entre 2005 et 2008

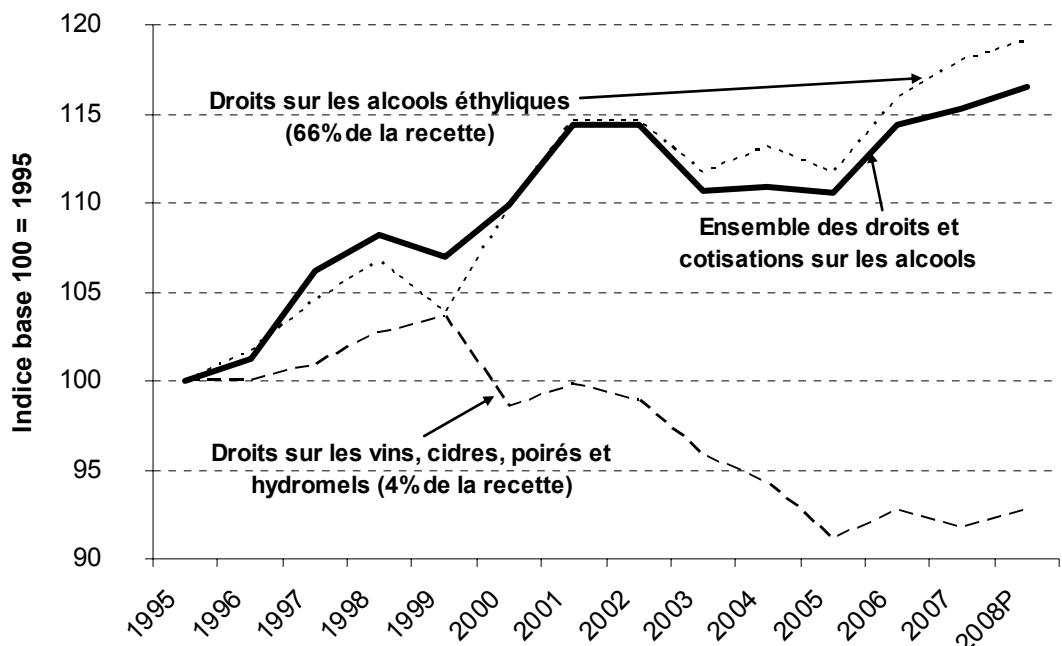
	2005	2006	2007	2008
droit de consommation sur les alcools (*)				
droit de consommation sur les produits intermédiaires				
droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels	budget de l'Etat	affectés au financement des allégements généraux de charges patronales	affectés au financement des allégements généraux de charges patronales	affectés au financement des allégements généraux de charges patronales
droit sur les bières et les boissons non alcoolisées				
cotisation sur les alcools de plus de 25°	fonds CMU	fonds CMU	fonds CMU	fonds CMU

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

**Tableau 4 – Affectation des prélèvements sur les alcools entre 2005 et 2008
(en encassements-décaissements)**

	2005	2006	2007	2008 P
droits indirects sur les alcools, les produits intermédiaires, les bières et les vins	2 505	2 588	2 604	2 630
dont part versée à l'Etat	100%			
dont part versée au financement des allégements généraux		100%	100%	100%
cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25°	387	405	413	417
Total	2 892	2 993	3 017	3 047

Source : DGDDI

**Graphique 2 – Evolution des droits sur les alcools
(en encassements-décaissements)**

Source : DGDDI

6-6

LES PRELEVEMENTS SUR LES REVENUS DE PATRIMOINE ET DE PLACEMENT

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

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

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

- produits de placement entrant dans le champ du prélèvement libératoire (intérêts des comptes sur livrets, comptes courants, revenus obligataires ...);
- plus-values immobilières ;
- dividendes (depuis le 1^{er} janvier 2008) ;
- intérêts et primes d'épargne des comptes et plan d'épargne logement ;
- produits d'assurance-vie ;
- produits des plans d'épargne populaire et des plans d'épargne en actions ;
- gains sur les droits reçus au titre de la participation, produits des plans d'épargne entreprise et des plans d'épargne pour la retraite collective ;
- autres revenus (placements en valeurs mobilières effectuées en vue d'un engagement d'épargne à long terme, « capital risque »).

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

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

- revenus fonciers et revenus de locations meublées non professionnelles ;
- dividendes (jusqu'au 31 décembre 2007) ;
- plus-values financières ;
- rentes viagères constituées à titre onéreux (« viagers », rentes aux victimes d'un accident...) ;
- autres revenus qui n'ont pas donné lieu préalablement à la CSG.

Les prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital (CSG, CRDS, prélèvement social de 2% et contribution de solidarité pour l'autonomie de 0,3% affectée à la CNSA) s'élèvent à 14,7 Md€ en 2007 (tableau 1-A), dont 11 Md€ de CSG. Parmi ces 14,7 Md€, 51% sont prélevés sur les revenus du patrimoine et 49% sur les produits de placement. Le partage entre l'assiette des revenus de placements (prélevée à la source) et celle des revenus du patrimoine (prélevée par voie de rôle) se modifie au fil du temps au profit de la première catégorie : la part des revenus du patrimoine, qui constituait plus de 60% de la recette totale en 2001, a diminué régulièrement jusqu'en 2007, et devrait continuer à baisser en 2008 pour devenir minoritaire au sein de la recette totale (48%). Les régimes maladie bénéficient toujours d'une part supérieure (55% en 2007) à la moitié de la recette (cf. tableau 2).

En 2007, le contrecoup de la mesure PEL est compensé par les mesures nouvelles et par le dynamisme structurel de l'assiette

Après deux années de forte croissance, une légère baisse (-1% en droits constatés) du produit des contributions sociales sur les revenus de patrimoine et de placement était attendue en 2007. Finalement, le rendement de ces prélèvements progresse sensiblement (+11,8% en droits constatés, +10,4% au travers des recouvrements DGFiP ; voir tableau 1).

Tableau 1 – Les prélevements sociaux sur les revenus du capital depuis 2004

A/ Au travers des comptes des organismes sociaux (en droits constatés)

	en milliards d'euros					Variations en %			
	2004	2005	2006	2007	2008P	2005	2006	2007	2008P
total capital	9,5	10,6	13,1	14,7	15,3	12,0%	23,7%	11,8%	4,0%
dont total patrimoine	5,7	6,2	6,1	7,5	7,5	9,7%	-1,9%	22,9%	0,3%
dont total placement	3,8	4,4	7,0	7,2	7,8	15,4%	59,8%	2,2%	7,8%

source : comptes CCSS + FFAPA / CNSA

Note : Les évolutions des prélevements sur les revenus du capital retracées dans le tableau 1A ne reflètent pas exactement les évolutions des différents prélevements sociaux telles qu'elles apparaissent dans les comptes, en raison de décalages comptables d'une part et de légers écarts d'assiette selon les prélevements d'autre part.

B/ Au travers des recouvrements DGFiP (encaissements ou émissions)

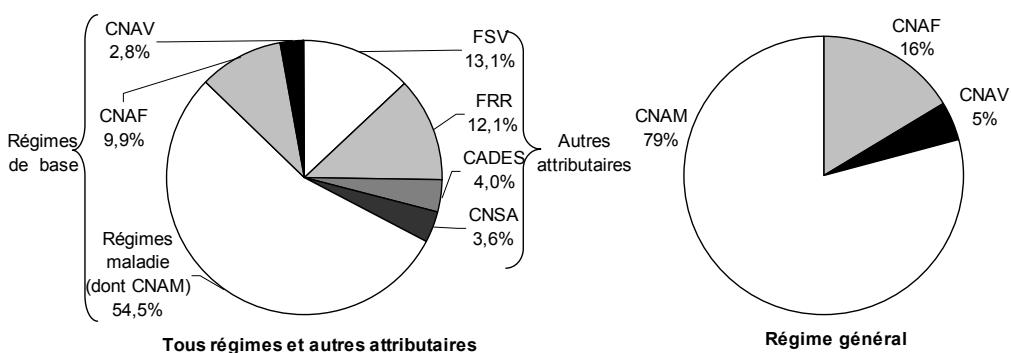
	en milliards d'euros					Variations en %			
	2004	2005	2006	2007	2008P	2005	2006	2007	2008P
total capital	2,0	2,0	2,0	2,0	2008P	12,5%	23,8%	10,4%	5,5%
dont total patrimoine	5,5	6,1	6,0	7,4	7,5	11,0%	-1,6%	23,1%	1,2%
dont total placement	3,9	4,4	7,1	7,0	7,7	14,8%	58,9%	-0,4%	10,1%

source : MINEFE

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

affectataires	prélevement affecté (CSG, CRDS, 2% ou contribution de 0,3 point additionnelle au 2%)	2005	2006	2007	2008P	Structure 2005	Structure 2006	Structure 2007	Structure 2008P
Régimes maladie		5712	7 086	8 040	8 310	54%	54%	55%	54%
dont CNAM	5,25 points de CSG jusqu'en 2004, 5,95 points en 2005 (*)	4982	6 217	7 065	7 305	47%	47%	48%	48%
dont autres régimes		730	874	976	1 005	7%	7%	7%	7%
CNAF	1,1 point de CSG	1 071	1 320	1 461	1 536	10%	10%	10%	10%
CNAV	15% du prélevement social de 2%	292	358	406	420	3%	3%	3%	3%
sous total		7 076	8 765	9 907	10 266	67%	67%	67%	67%
FRR	65% du prélevement social de 2%	1 271	1 537	1 782	1 819	12%	12%	12%	12%
CNSA	0,1 point de CSG à compter de 2005	96	128	135	140	1%	1%	1%	1%
CNSA	contribution de 0,3 point à compter du 1er juillet 2004	260	352	398	420	2%	3%	3%	3%
CADES	0,5 point de CRDS	499	611	595	642	5%	5%	4%	4%
FSV	1,05 point de CSG	1 017	1 254	1 390	1 466	10%	10%	9%	10%
	20% du prélevement social de 2%	388	477	538	560	4%	4%	4%	4%
Total général		10 607	13 124	14 745	15 313	100%	100%	100%	100%

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

Graphique 1 – Répartition de la recette capital en 2007 (source : CCSS)

Les modifications législatives intervenues depuis 2006 (décrises dans l'encadré 2) ont permis de compenser le contrecoup de la mesure PEL. De ce fait, l'évolution imputable aux changements de la législation est très légèrement positive (+0,5%, voir tableau 4), tandis que l'évolution spontanée (+9,9%) s'est révélée plus dynamique que ce qui avait été anticipé (5,4%) et que ce qui avait été observé lors des exercices précédents (7,2% en 2006).

Les prélèvements assis sur les produits de placement ont été stables en 2007 (-0,4% en encaissements-décaissements), alors qu'une forte baisse (-12,8%) était attendue.

L'incidence non reconductible de la taxation en 2006 du stock de PEL de plus de 10 ans, estimée à -1,8 Md€, a en effet été partiellement compensée par deux mesures nouvelles dont le rendement a été plus important que prévu. La généralisation du prélèvement à la source sur certains produits d'épargne³⁰ s'est traduite par un apport de plus de 700 M€ au final. Par ailleurs, l'application des nouvelles règles relatives aux acomptes (le champ des acomptes a été élargi et le calendrier de versement de ces acomptes a été modifié) a eu un impact évalué à 430 M€. Au final, l'évolution des prélèvements imputable aux modifications législatives a été de -8,7% (au lieu des -15,8% attendus).

Au-delà des effets induits par les changements de la législation, l'évolution spontanée s'est révélée être plus dynamique que prévue (8,2% au lieu des 3% attendus), notamment du fait de la forte croissance de l'assurance-vie en 2007.

Les prélèvements assis sur les revenus de patrimoine ont augmenté encore plus que prévu (23,1% au lieu de 17,4% attendus, du point de vue des recouvrements de la DGFiP) ; cela s'explique pour moitié par l'introduction de nouvelles mesures (+11,3%) et par le dynamisme de l'assiette (+11,8%).

Du côté des changements de la législation, la réforme du barème de l'impôt sur le revenu (voir encadré 2) a eu une incidence positive estimée à 560 M€ sur l'exercice 2007. Par ailleurs, la mesure d'exonération d'impôt sur le revenu (mais pas de contributions sociales) des plus-values issues de la cession d'une entreprise à l'occasion du départ à la retraite du cédant a connu un grand succès, ce qui a conduit à une croissance significative de l'assiette et à une augmentation des contributions prélevées lors de l'exercice 2007 (120 M€).

Du côté de l'évolution spontanée, le fort dynamisme de l'assiette des revenus de capitaux mobiliers et des plus-values à taux forfaitaire s'est traduit par une progression importante du produit des prélèvements sociaux.

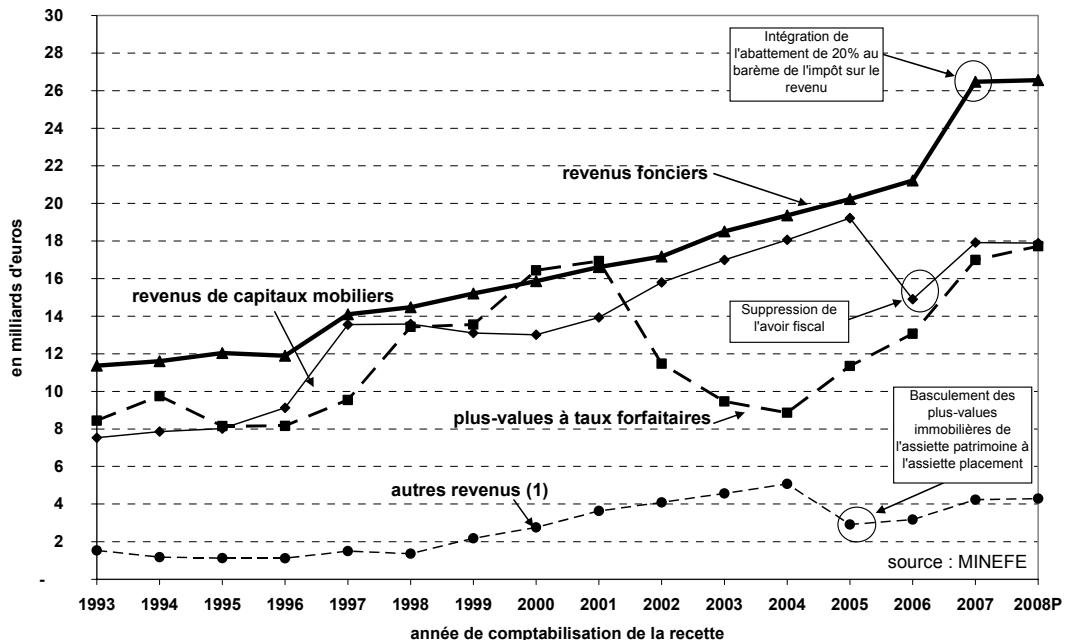
... Et en 2008

En 2008, le produit des prélèvements sur les revenus du capital continuerait à croître (+5,5% en encaissements-décaissements). Les prélèvements sur le patrimoine seraient quasiment stables (+1,2%), alors que les prélèvements sur les placements augmenteraient fortement (10,1%).

Les prélèvements assis sur les revenus de patrimoine n'augmenteraient que légèrement en 2008, notamment en raison du contrecoup négatif (-270 M€) de la mesure de basculement de certains produits d'épargne au prélèvement libératoire plutôt que sur rôle (évolution due aux changements de la législation : -3,6%). Par ailleurs, la progression imputable à l'évolution spontanée de l'assiette serait moins importante que lors des exercices précédents (+5%), du fait du ralentissement des revenus boursiers.

Les prélèvements assis sur les revenus de placement augmenteraient en revanche significativement en 2008 (10,1%). A législation constante, on aurait une légère contraction des rendements (-0,9%), qui pourrait provenir des effets constatés sur les marchés (l'assiette des revenus de placement est toutefois plutôt constituée du segment le moins exposé du marché). Cette légère baisse est largement compensée par les effets liés aux changements

³⁰ Il s'agit des produits de placement à revenu fixe (intérêts des comptes sur livrets...) et des produits d'assurance-vie soumis à l'impôt sur le revenu au barème progressif, lorsque l'établissement payeur de ces produits est établi en France (cf. article 20 de la LFSS 2007).

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

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

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

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

de législation (+11%). Il s'agit d'un côté du contrecoup des changements de la réglementation relative aux acomptes (-430 M€ en encassemens-décaissements). D'un autre côté, l'article 10 de la loi de finances 2008, qui porte sur le basculement des dividendes du prélèvement sur rôle au prélèvement à la source (basculement optionnel pour l'impôt sur le revenu et systématique pour les prélèvements sociaux) devrait transférer près de 12 Md€ de l'assiette patrimoine vers l'assiette placements, et générer un rendement supplémentaire ponctuel de 1,3 Md€.

Encadré 2 – Principales modifications législatives affectant les revenus du capital à partir de 2006

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

Jusqu'au 31 décembre 2005, les prélèvements sociaux assis sur les intérêts des PEL étaient payés lors de la clôture du plan. Depuis le 1^{er} janvier 2006, ces prélèvements sont prélevés à compter du 10^{ème} anniversaire du plan selon les modalités suivantes (disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006) : une première fois sur les intérêts cumulés au cours des dix premières années du plan ; puis, chaque année lors de l'inscription en compte des intérêts. Les prélèvements sociaux restent perçus lors du dénouement du plan, lorsque ce dernier intervient antérieurement au dixième anniversaire.

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

Les règles de déduction forfaitaire des revenus fonciers sont modifiées suite à la réforme du barème de l'IR applicable aux revenus 2006 imposables en 2007 : l'objet général de cette réforme consiste à intégrer l'abattement de 20% applicable aux revenus d'activité et aux pensions dans le barème de l'IR en réduisant les taux applicables. Ceci conduit à faire bénéficier de l'abattement de 20% des revenus qui n'en bénéficiaient pas auparavant, et notamment les revenus fonciers. En contrepartie, certains aménagements ont donc été opérés : la déduction forfaitaire de droit commun de 14% est supprimée ; enfin l'abattement dont bénéficie le régime micro-foncier est réduit de 40% à 30%. L'assiette des prélèvements sociaux, calculée après abattement, est par conséquent élargie.

Généralisation des prélèvements à la source pour les produits de placement à revenu fixe et modification des règles d'acompte (article 20 de la LFSS pour 2007)

Pour les revenus perçus à compter de 2007, l'assiette du prélèvement à la source est élargie à tous les produits de placement à revenu fixe et à tous les contrats d'assurance vie imposables à l'impôt sur le revenu au barème progressif et les règles de détermination des acomptes de prélèvements sociaux sont modifiées (acompte de 100% au lieu de 90%).

Elargissement aux dividendes du prélèvement à la source (article 10 de la LF pour 2008)

Pour les revenus perçus à compter de 2008, les contributions sociales sur les revenus distribués bénéficiant de l'abattement de 40% (essentiellement les dividendes) sont prélevés à la source et les frais de garde et d'encaissement pour les revenus de capitaux mobiliers soumis aux prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine ne sont plus déductibles. Ces revenus étaient jusque là soumis au prélèvement sur rôle (assiette patrimoine) et ils sont désormais des produits placements taxés l'année de leur perception, ce qui conduit à anticiper d'un an la recette, apportant un surcroît ponctuel en 2008.

Relèvement du seuil d'imposition des plus-values de cession de valeurs mobilières

Le seuil au-delà duquel les plus-values de cession à titre onéreux de valeurs mobilières ou de droits sociaux réalisées par les particuliers sont assujetties aux prélèvements sociaux est porté de 15 000 € en 2006 à 20 000 € en 2007 et 25 000 € en 2008.

Plus-values professionnelles en cas de départ à la retraite de l'exploitant individuel d'une PME

Sous certaines conditions, la plus-value professionnelle réalisée à compter du 1/1/2006 par un exploitant individuel d'une PME en cas de départ à la retraite est exonérée d'impôt sur le revenu. Toutefois, l'article L 136-6 II bis du CSS prévoit qu'elle reste soumise aux prélèvements sociaux en tant que revenus du patrimoine.

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

	2005	2006	2007	2008P
<i>Evolution Spontanée</i>				
Placement	5,9%	4,8%	8,2%	-0,9%
Patrimoine	11,5%	8,9%	11,8%	4,8%
Total	9,2%	7,2%	9,9%	2,0%
<i>Effets des mesures nouvelles</i>				
Placement	8,8%	54,1%	-8,7%	11,0%
Patrimoine	-0,5%	-10,5%	11,3%	-3,6%
Total	3,4%	16,7%	0,5%	3,5%
<i>Evolution globale</i>				
Placement	14,8%	58,9%	-0,4%	10,1%
Patrimoine	11,0%	-1,6%	23,1%	1,2%
Total	12,5%	23,8%	10,4%	5,5%

Note : les calculs sont effectués à partir des données du recouvrement DGI, en référence à l'année N-1. Par conséquent ils ne tiennent pas compte des mesures nouvelles instaurées au cours des années antérieures à N-1.

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

	2005	2006	2007	2008P
Evolution Spontanée	9,2%	7,2%	9,9%	2,0%
dont produits de placement	2,4%	2,0%	4,4%	-0,4%
dont produits de patrimoine	6,7%	5,1%	5,4%	2,5%
Effets des mesures nouvelles	3,4%	16,7%	0,5%	3,5%
dont produits de placement	3,6%	22,7%	-4,7%	5,3%
dont produits de patrimoine	-0,3%	-6,1%	5,2%	-1,9%
Total	12,5%	23,8%	10,4%	5,5%

Lecture : en 2005, les prélèvements sociaux sur le capital augmentent de 12,5%, dont 9,2% en évolution spontanée et 3,4% dû aux mesures nouvelles.

6-7

LES EXEMPTIONS DE L'ASSIETTE DES COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE

En application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, l'assiette des cotisations de sécurité sociale du régime général recouvre l'ensemble des salaires et avantages versés, quelle qu'en soit la forme, au salarié en contrepartie ou à l'occasion de son activité professionnelle.

Il existe toutefois des exceptions à cette règle : regroupés sous le vocable « niches sociales », certaines sommes sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale. Elles sont en revanche, pour la majorité d'entre elles³¹, assujetties à la CSG et à la CRDS, le principe de l'universalité de l'assiette des prélèvements affectés au financement de la protection sociale ayant été réaffirmé lors de la création de ces contributions.

Les sommes exclues de l'assiette des cotisations, en ce qui concerne les revenus d'activité salariée, sont évaluées sur la dernière année connue (2005) à 41 Md€ (cf. tableau page suivante).

Le champ des exemptions d'assiette

Les exemptions d'assiette peuvent être regroupées en quatre catégories pour les revenus d'activité salariée :

Les dispositifs d'épargne salariale

L'employeur peut accorder à ses salariés diverses sommes exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans le cadre des dispositifs d'actionnariat salarié (stock options, actions gratuites) ou de participation financière : plan d'épargne d'entreprise ou plan d'épargne retraite³², participation, intéressement. La participation, répartie entre l'ensemble des salariés, est calculée automatiquement – a minima selon une formule prévue par la loi – en fonction du bénéfice de l'entreprise ; elle est obligatoire dans les entreprises de plus de cinquante salariés, les sommes attribuées étant bloquées pendant une durée de cinq ans. L'intéressement est facultatif. Il est nécessairement fonction de l'atteinte d'objectifs globaux de l'entreprise. Les sommes attribuées sont immédiatement disponibles.

Les aides directes au financement de dépenses ciblées

L'employeur peut consentir à ses salariés certaines aides directes, exonérées dans certaines limites, qui prennent en général la forme de chèques ou de titres de paiement destinés au financement de certains besoins précis : restauration des salariés pendant la journée de travail (titres-restaurant), départ en vacances des salariés les plus défavorisés (chèques-vacances), développement des services à la personne (chèque emploi service universel, dit CESU), paiement des dépenses engagées par les salariés pour se rendre de leur domicile à leur lieu de travail (chèques-transport).

³¹ Les exceptions concernent les abondements des employeurs associés aux titres de paiement (CESU préfinancé, titres-restaurant, chèques vacances, chèques transport), ainsi que les avantages accordés par les comités d'entreprise.

³² Ces plans d'épargne retraite sont par la suite classés dans la rubrique « prévoyance complémentaire, retraite supplémentaire »

Montants des exemptions d'assiettes en 2005

(Md€)

Dispositifs	Montants des exemptions d'assiette
I. Participation financière et actionnariat salarié	16,5
<i>Dont :</i>	
Participation	7,0
Intéressement	5,9
Plan d'Epargne en Entreprises (PEE)	1,5
Stock-options *	2,1
II. Aides directes consenties aux salariés	5,1
<i>Dont :</i>	
Titres restaurant	2,1
Chèques vacances	0,3
Avantages accordés par les comités d'entreprise (2004)	2,6
Chèque emploi service universel (2006)	0,1
III. Prévoyance complémentaire, retraite supplémentaire	13,6
<i>Dont :</i>	
Prévoyance complémentaire	10,7
Retraite supplémentaire	2,8
Plan d'épargne retraite collective (PERCO)	0,1
IV. Rupture du contrat de travail (2002)	5,8
<i>Dont :</i>	
Indemnités de licenciement	4,9
Indemnités de mise à la retraite	0,9
TOTAL	41,0

* l'assiette des stock-options a été calculée avec la méthode financière dite de Black et Scholes.

Source : Rapport au Parlement sur les dispositifs affectant l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale – Novembre 2007.

NB : Ces dispositifs ne faisant pas l'objet de déclarations systématiques par les employeurs et n'étant pas enregistrés isolément en comptabilité, leurs montants financiers sont moins bien connus que ceux des exonérations. Les chiffres présentés ci-dessus sont issus de l'exploitation de données variées : enquête ACEMO-PIPA pour les dispositifs de participation, d'intéressement et les plans d'épargne en entreprises (PEE et PERCO) ; rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale de septembre 2007 pour les chèques vacances et les avantages accordés par les comités d'entreprises ; commission nationale des titres restaurants ; agence nationale des services à la personne ; centre technique des institutions de prévoyance, fédération française des sociétés d'assurance et groupements de mutuelles (FNMF et ACAM) pour la protection sociale en entreprises ; DREES pour la retraite supplémentaire ; enquête structure des salaires 2002 de l'INSEE et CNAV pour les indemnités de licenciement et de départ en retraite.

Les chiffres présentés reposent sur une approche un peu différente de celle retenue pour l'indicateur du Programme de Qualité Efficience. Par exemple, pour l'indemnité de licenciement, les PQE évaluent le montant de la niche à partir de la totalité de l'assiette des indemnités alors que l'exemption d'assiette présentée ici (4,9 Mds) porte sur les montants attribués au delà du montant légal, considérant qu'il correspond à une juste évaluation du montant purement indemnitaire réparant un préjudice autre que la perte de salaire.

Les dispositifs de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire

La loi portant réforme des retraites du 21 août 2003 a modifié le régime social des contributions des employeurs au financement de régimes de retraite supplémentaire ou de prévoyance complémentaire, afin d'encourager les entreprises à développer des régimes remplissant des conditions de sécurité financière et d'équité de tous les salariés devant la protection sociale complémentaire. Désormais, seules les contributions des employeurs à des régimes présentant un caractère collectif et obligatoire sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, cette exclusion d'assiette étant appréciée, pour chaque salarié, à hauteur de deux limites distinctes selon qu'il s'agisse d'un régime de retraite supplémentaire ou de prévoyance complémentaire.

Les contributions des employeurs à des régimes institués avant le 1er janvier 2005, date d'entrée en vigueur de la réforme, peuvent cependant continuer à suivre, pendant une période transitoire, le régime social auparavant applicable. Cette période transitoire prend fin le 31 décembre 2008.

Les indemnités versées en cas de rupture du contrat de travail

Les indemnités versées aux salariés dans certains cas de rupture du contrat de travail (licenciement, mise à la retraite...) sont largement exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

Jusqu'à présent, le bénéfice de cette exonération était réservé aux indemnités versées en cas de rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur³³. Avec la loi portant modernisation du marché du travail (en cours de promulgation), ce ne sera plus le cas : en effet, alors même qu'employeur et salarié seront d'accord sur le départ du salarié, l'indemnité versée sera exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans les mêmes limites que l'indemnité de licenciement.

Les caractéristiques des exemptions d'assiette

- ▶ Les exemptions d'assiette ne doivent pas être confondues avec les exonérations de cotisations de sécurité sociale liées à la politique de l'emploi. N'affectant pas l'assiette des cotisations de sécurité sociale, ces exonérations ne remettent pas en cause le versement des autres cotisations et contributions dont l'assiette est alignée sur celles des cotisations de sécurité sociale : cotisations aux régimes de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO et aux régimes d'assurance chômage ; contribution solidarité autonomie ; contribution de l'employeur au Fonds national d'aide au logement ; versement transport... A l'inverse, les exemptions d'assiette s'appliquent à toutes ces cotisations ou contributions.
- ▶ A la différence des exonérations, les dispositifs exemptés de l'assiette des cotisations n'ouvrent pas de droits sociaux, ni au titre du régime général, ni au titre des régimes de retraite complémentaire ou d'assurance chômage.
- ▶ Instaurées, pour la plupart d'entre elles, avant 1994³⁴, les exemptions d'assiette ne donnent généralement pas lieu à compensation par le budget de l'Etat.

L'évolution des exemptions d'assiette

- ▶ Les renseignements disponibles témoignent du dynamisme de ces dispositifs (cf. tableaux page suivante). Par exemple, sur la période 2000-2005, le taux moyen d'évolution annuelle des sommes versées au titre de la participation financière est de l'ordre de 8,3 %, soit un

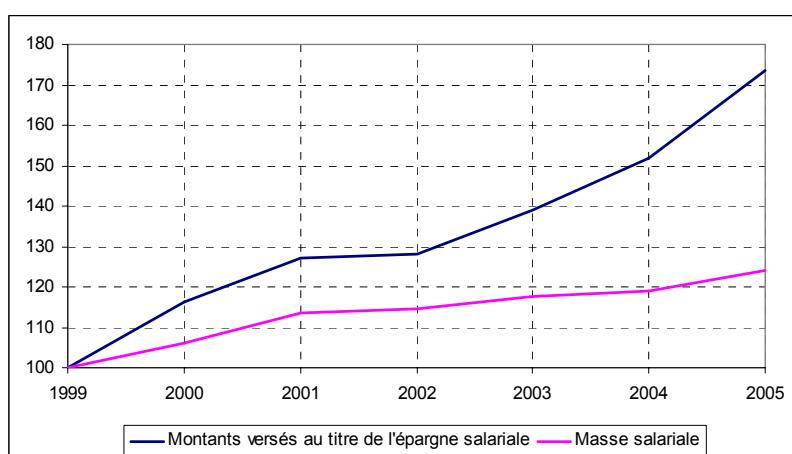
³³ Les indemnités de départ à la retraite, versées lorsque le salarié prend l'initiative de son départ, sont assujetties en totalité aux cotisations de sécurité sociale.

³⁴ L'obligation de compensation a été instaurée par la loi du 25 juillet 1994. Renforcée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, cette obligation ne porte, pour les exonérations, que sur les mesures instituées à compter de l'entrée en vigueur de la loi du 25 juillet 1994 et, pour les exemptions d'assiette, que sur celles créées après le 13 août 2004.

taux très nettement supérieur à celui de l'évolution annuelle moyenne de la masse salariale (+ 3,2 %).

► Certaines de ces exemptions ont fait l'objet d'un réexamen récent : ainsi, il est apparu nécessaire de rendre moins attractive la mise à la retraite d'office, défavorable à l'emploi des seniors, en instaurant, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article 16), une contribution à la charge de l'employeur sur le montant des indemnités versées à ce titre. Cette même loi a également instauré, en son article 13, deux nouvelles contributions, l'une à la charge des employeurs, l'autre à celle des salariés, sur les stock-options et les actions gratuites, permettant ainsi à la sécurité sociale de bénéficier de la dynamique de croissance que ces modes particuliers de rémunération entretiennent.

Graphique : Comparaison de l'évolution de la masse salariale et des sommes versées au titre de l'épargne salariale (indice 100 = 1999)



Source : DARES – Enquête ACEMO PIPA

Evolution des principales exemptions d'assiette entre 2000 et 2005

	Montants en M€ pour 2000	Montants en M€ pour 2005	Taux d'évolution annuel moyen
Intéressement	3 799	5 856	9,0 %
Participation	4 927	7 027	7,4 %
Plans d'épargne salariale	974	1 450	8,3 %
TOTAL particip. financière	9 700	14 452	8,3 %
Titres restaurant	1 483	1 978	6,4 %
Retraite et prévoy. compl.	12 838	13 500	5,6 %
Masse salariale	337 682	395 047	3,2 %

Source : Rapport au Parlement sur les dispositifs affectant l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale – Novembre 2007.

THEME 7
LES RELATIONS DE TRESORERIE ETAT –
SECURITE SOCIALE

7-1

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

L'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale (CSS) pose le principe de neutralité des flux de trésorerie dans les relations financières entre l'Etat et les régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Ces relations financières correspondent pour l'essentiel aux remboursements par l'Etat des exonérations compensées et des prestations gérées par les régimes.

Trois types de conventions encadrent ces flux dans le respect du principe de neutralité.

1/ trois conventions financières cadre, entre l'Etat et l'ACOSS, l'Etat et la CCMSA et l'Etat et le RSI, pour les dispositifs d'exonération de cotisations ou de réduction d'assiette et les prestations d'AAH et d'API, compensés par dotation budgétaire

2/ des conventions spécifiques pour certaines autres prestations compensées par dotation budgétaire (FSI notamment)

3/ une convention pour les exonérations compensées par affectation de recettes fiscales.

Les nouvelles modalités de compensation par dotation budgétaire

La règle générale pour la compensation par dotation budgétaire est celle d'un versement sous forme d'acomptes dans la limite des crédits budgétaires disponibles. Le niveau des crédits budgétaires a de ce fait un effet déterminant sur le respect effectif du principe de la neutralité en trésorerie.

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

En 2007 le gouvernement a pris l'engagement d'assainir les relations financières entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale. Outre l'apurement des dettes de l'Etat envers le régime général intervenu en octobre 2007 (voir fiche n° 7-02), une circulaire a donc précisé les règles de gestion des crédits relatifs à la compensation aux organismes de sécurité sociale des exonérations de cotisations sociales et des remboursements de prestations (circulaire du ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique du 17 décembre 2007). Cette circulaire sécurise les versements de l'Etat et prévoit un calendrier de paiement plus favorable aux régimes, en posant les principes suivants :

- limitation du taux de mise en réserve des crédits concernés au pourcentage mentionné dans l'exposé des motifs du projet de loi de finances initiale,
- limitation à trois du nombre des versements prévus par les échéanciers annexés aux conventions (un versement par trimestre sur les trois premiers trimestres et le dernier versement intervenant avant le 15 septembre, sauf pour les dispositifs dont les crédits en LFI sont inférieurs à 150 M€ qui donnent lieu à un paiement unique le 30 juin),
- consommation des autorisations d'engagements (AE) dès la signature des échéanciers annexés aux différentes conventions,

Les différentes conventions ont été modifiées pour tenir compte, à compter de 2008, de ces dispositions, qui renforcent le principe de neutralité.

Encadré 1 - Les services signataires des conventions financières correspondant aux dispositifs compensés par dotation budgétaire

- | |
|--|
| • Service responsable de l'affectation des crédits budgétaires de l'Etat : direction du budget |
|--|

- **Service responsable du suivi des relations financières Etat-sécurité sociale** : direction de la sécurité sociale
- **Services gestionnaires responsables des programmes budgétaires auxquels sont rattachés les dispositifs :**
 - *financement des prestations sociales servies par les régimes pour le compte de l'Etat* : direction générale de l'action sociale (AAH, API) (Mission solidarité et intégration) ;
 - *compensation des exonérations* : jusqu'en 2004 inclus, la compensation était principalement assurée par le ministère en charge de l'emploi. Elle est désormais repartie entre ministères et directions en fonction de l'objet de l'exonération concernée. Les conventions ont donc été élargies à de nouveaux signataires : ministère en charge de l'Industrie (Mission recherche et enseignement supérieur) en 2005, Mission développement et régulation économiques en 2006), de l'Outre-mer (mission outre-mer) en 2005, de l'Agriculture (mission gestion durable de la l'agriculture de la pêche et développement rural), des Sports (mission sport, jeunesse et vie associative) ainsi que la Ville (mission équité sociale et territoriale et soutien) en 2006 ; ministère en charge des Transports (mission écologie, développement et aménagement durable) en 2007, de l'enseignement supérieur et la recherche (Mission recherche et enseignement supérieur) et de la culture (mission culture) en 2008.

Tableau 1 - Champ d'application des conventions financières cadre et modalités de versement des acomptes de l'Etat aux régimes pour 2008

		Prestations sociales servies pour le compte de l'Etat	Exonérations ou réductions de cotisations et contributions sociales (dispositifs spécifiques uniquement)
		<p><i>Mesures dont les crédits de compensation inscrits en LFI sont supérieurs à 150 M€</i></p> <p>AAH, API</p>	<p><i>Mesures dont les crédits de compensation inscrits en LFI sont supérieurs à 150 M€ :</i></p> <p>contrats d'apprentissage, contrats de professionnalisation, "plan services à la personne : abattement 15 points", HCR (avantages en nature dans les hôtels, cafés, restaurants), ZFU, ZRR (extension aux OIG), exonérations DOM (Lois d'orientation et de programmation pour l'outre-mer (LOOM / LOPOM))</p> <p><i>Mesures dont les crédits de compensation inscrits en LFI sont inférieurs à 150 M€ :</i></p> <p>contrats de qualification, CIE, CRE (métropole), exos "PACTE", insertion par l'économique (type CHRS), ZRR-ZRU, ZFC, Bassins d'emploi à redynamiser (BER), "plan services à la personne" : prestataires auprès de publics non fragiles, salariés créateurs-repreneurs d'entreprises, régime social des micro-entreprises, contrats de volontariat pour l'insertion (CVI), volontariat associatif) CAE, JEI, JEU, GPEC, réduction d'assiette "droit à l'image" des sportifs professionnels, contrat "vendanges", mesures « loi d'orientation agricole (LOA) » chèque transport, contribution diffuseur, exo AF entreprises d'armement maritime</p>
Modalités de versement	Date de versement et détermination du montant des acomptes	<p>Le 5 février (*) : 33%</p> <p>Le 31 mai (*) : 33%</p> <p>Le 5 septembre (*) : 34%</p> <p>de la dotation votée en LFI pour chaque dispositif sous déduction de la réserve de précaution dont le taux est, au maximum, égal à celui mentionné dans l'exposé des motifs de la LFI.</p> <p>(*) : ou le jour ouvré qui précède</p>	<p>Le 20 février (*) : 33%</p> <p>Le 15 juin (*) : 33%</p> <p>Le 15 septembre(*) : 34%</p> <p>de la dotation votée en LFI pour chaque dispositif sous déduction de la réserve de précaution dont le taux est, au maximum, égal à celui mentionné dans l'exposé des motifs de la LFI.</p> <p>(*) : ou le jour ouvré qui précède</p> <p>Le 15 juin (*) : 100%</p> <p>de la dotation votée en LFI pour chaque dispositif sous déduction de la réserve de précaution dont le taux est, au maximum, égal à celui mentionné dans l'exposé des motifs de la LFI.</p> <p>(*) : ou le jour ouvré qui précède</p>

La compensation des allègements généraux et des allègements afférents aux heures supplémentaires et complémentaires

Depuis le 1^{er} janvier 2006, la compensation des allègements généraux (principalement la réduction Fillon) par l'Etat est effectuée par affectation d'un panier de recettes fiscales (neuf taxes en 2006 et dix en 2007). De même, dans le cadre de la loi TEPA, les allègements afférents aux heures supplémentaires et complémentaires sont compensés depuis leur mise en œuvre (1^{er} octobre 2007) par les recettes de trois taxes (voir fiche n° 6-4 pour la composition exacte de ces deux paniers).

Dans un souci de simplification des circuits financiers relatifs à l'encaissement et à la répartition des recettes fiscales transférées dans le cadre de ces nouveaux dispositifs de financement, l'ACOSS a été chargée par la loi de centraliser ces recettes et d'en assurer le versement aux régimes bénéficiaires.

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

Par ailleurs, des conventions entre l'ACOSS et chacun des régimes bénéficiaires précisent les modalités des versements à ceux-ci de la quote-part des recettes fiscales transférées. La liste de ces régimes est précisée dans le III de l'article 131-8 du code de la sécurité sociale.

La quote-part revenant à chacun des régimes est fixée chaque année par arrêté. Pour l'année 2007, les clés ont été définies par deux arrêtés du 4 mars 2008.

S'agissant des allègements généraux, en 2006, la loi de finances dans son article 166 disposait que la compensation des allègements généraux serait opérée à l'euro près. En cas d'écart entre les recettes fiscales et les allègements constatés par les organismes de sécurité sociale, cette différence devait faire l'objet d'une régularisation lors de la prochaine loi de finances. En 2007, le principe de la compensation intégrale des allègements généraux ne s'applique plus, mais la clé a tenu compte des pertes enregistrées par les régimes (voir fiche n° 6-4).

S'agissant des exonérations « TEPA », conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi de finances rectificative pour 2007 et de l'article 53 de la loi de finances pour 2008, l'arrêté du 4 mars 2008 a appliqué le principe de compensation à l'euro près. Ce principe vaudra également pour la compensation des exonérations enregistrées les années suivantes.

CREANCES DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE SUR L'ETAT

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

Nature des informations de l'état semestriel au 31 décembre 2007

Le dernier état semestriel transmis au Parlement, arrêté au 31/12/2007, reflète la situation en trésorerie des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale à cette date. Il retrace les sommes dues par l'Etat au 31/12/2007, résultant d'une part du montant des exonérations de cotisations exigibles (liquidées et comptabilisées) ou des prestations versées pour le compte de l'Etat à cette date, et d'autre part des versements effectués, à cette même date, par l'Etat aux régimes de sécurité sociale.

En revanche, ne sont pas prises en compte, dans le cadre de cet état, les exonérations de cotisations ou les prestations relatives aux dernières périodes de 2007 (décembre ou dernier trimestre), mais qui ont été liquidées ou versées au début de l'année 2008. Ces opérations sont retracées dans les comptes des régimes en produits à recevoir.

La présentation de la situation "brute" des dettes (ou dans certains cas des créances) de l'Etat résultant des opérations ainsi retracées, soit 4,08 Md€ est complétée, dans un second temps, compte tenu des modalités de gestion du budget de l'Etat, des versements intervenus au début de 2008 en exécution de la loi de finances rectificative (LFR) pour 2007. Ces versements, qui correspondent à des dettes de 2007 ou de périodes antérieures, se sont élevés à 1,045 Md€ (dont 543 M€ au titre de la compensation de diverses exonérations et 280 M€ au titre la prime exceptionnelle versée aux bénéficiaires du RMI).

La situation "nette" ainsi obtenue fait apparaître, à la fin de 2007, une dette de **3,04 Md€ (dont 1,74 Md€ pour le régime général)**.

Présentation de l'état semestriel au 31 décembre 2007

L'état semestriel présente la situation des dettes de l'Etat vis-à-vis des régimes obligatoires de base sous deux angles distincts.

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

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

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

Comparaison avec la situation au 31 décembre 2006

Le précédent état semestriel retraçant la dette au 31/12/2006, compte tenu des versements effectués par l'Etat jusqu'au 30 juin 2007, faisait apparaître une dette de 6,89 Md€ dont 5,08 Md€ à l'égard du régime général et 1,81 Md€ à l'égard des autres régimes. Les dettes

de l'Etat vis-à-vis des régimes connaissent ainsi une diminution de 3,85 Md€ en 2007 dont 3,34 Md€ pour le régime général et 0,51 Md€ pour les autres régimes.

Cette baisse résulte de deux évolutions contraires :

Les opérations d'apurement et de reprise de dettes relatives aux exercices 2006 et antérieurs

- **Une opération d'apurement de la dette de l'Etat à fin 2006** vis-à-vis du régime général a été réalisée en octobre 2007. La Caisse de la dette publique (CDP) a procédé à l'annulation de billets de trésorerie en sa possession, émis en septembre par l'ACOSS, pour un montant de 5,1 Md€. Compte tenu de cette contrepartie financière indirecte, les caisses du régime général ont procédé à l'annulation de leurs créances sur l'Etat au titre des années 2006 et antérieures. Cette opération a permis au régime général de diminuer ses charges d'intérêt d'environ 200 M€ en 2007.
- **La reprise par l'Etat du solde de la dette BAPSA** pour 0,62 Md€ (article 83 de la LFR pour 2007) a également contribué à la diminution de la dette de l'Etat au titre des exercices antérieurs à 2007.

La reconstitution d'une dette sur l'année 2007

Parallèlement à ces opérations, le stock de la dette de l'Etat s'est reconstitué de façon significative en 2007. La dette nouvelle au titre de 2007 (nette des versements en période complémentaire) s'élève en effet à 1,87 Md€ (2,91 Md€ en brut) dont 1,74 Md€ pour le régime général et 0,13 Md€ pour les autres régimes.

- **Sur le champ "Santé-solidarité"**, la dette nette à fin 2007 s'élève à 331 M€ (879,28 M€ en brut). Les principaux dispositifs concernés sont :

- l'aide médicale d'Etat (264 M€ de dette nette pour un coût global de la mesure en 2007 de 470 M€),
- l'allocation de parent isolé (65 M€ pour un coût global de la mesure de 1,08 Md€),
- la prime de retour à l'emploi pour les bénéficiaires de minima sociaux (53 M€ pour un coût global de la mesure de 236 M€).

- **Sur le champ "Aides au logement"**, la situation nette fait apparaître une créance de l'Etat sur les régimes de sécurité sociale de **87M€**. Cette situation résulte principalement de l'augmentation du trop versé relatif à l'APL (120 M€ en 2007 contre 49 M€ en 2006).

- **Sur le champ des "Exonérations ciblées"**, la dette nette à fin 2007, après versements de période complémentaire, s'élève à **2 136 M€ (2 359 M€ en brut)**. Cette situation correspond à une reconstitution de dette, sur l'année 2007, à hauteur de 1 564 M€.

Sont concernés en priorité les dispositifs suivants :

- Apprentissage : la reconstitution de dette sur 2007 s'élève à 342 M€, pour un coût global de la mesure de 862 M€,
- Contrats de professionnalisation : la reconstitution de dette sur 2007 s'élève à 145 M€, pour un coût global de la mesure de 502 M€,
- Lois d'orientation LOOM et de programmation LOPOM : la reconstitution de dette s'élève à 358 M€ en 2007, pour un coût global de la mesure de 1,12 Md€,
- Organismes d'intérêt général et associations en ZRR: la reconstitution de dette sur 2007 s'élève à 287 M€, pour un coût global des mesures de 418 M€,
- Plan service à la personne : la reconstitution de dette sur 2007 s'élève à 243 M€, pour un coût global des mesures de 394 M€.

- ***Sur le champ des "Allègements généraux",*** la dette nette s'élève à 383 M€, dont 380 M€ pour les régimes autres que le régime général et pour les années 2006 et antérieures. Cette dette a augmenté de 8 M€ entre fin 2006 et fin 2007.
- ***Sur le champ des "Dispositifs divers",*** la dette nette s'élève à 273 M€, ce qui représente un accroissement de 52 M€, cette évolution portant essentiellement sur les pensions garanties par l'Etat.

Tableau 1 - Etat semestriel au 31 /12/2007, par nature de dettes (en M€)

NATURE DE LA DETTE (OU DE LA CREANCE)	Situation nette résultant de l'état semestriel au des dettes 30/06/2007 (a)	Versements effectués par l'Etat entre le 01/07/2007 et le 31/12/2007 se rattachant aux exercices 2006 et antérieurs (b)	Coût pour les régimes des mesures 2007 entre le 1/01/2007 et le 31/12/2007 (c)	Versements effectués par l'Etat entre le 01/01/2007 et le 31/12/2007 au titre de 2007 (d)	Situation "brute": sommes exigibles au 31/12/2007 (e)=(a-b)+(c-d)	Versements de janvier 2008 se rattachant aux exercices 2007 et antérieurs (f)	Total pour l'état semestriel Situation nette : sommes restant dûes après versements effectués en période complémentaire au titre des années 2007 et antérieures (g)=(e)-(f)
I/ Prestations versées pour le compte ou prises en charge par l'Etat							
I-1/ Champ santé-solidarité							
Aide médicale d'Etat (AME)	920	920	470	205	264	0	264
Allocation de parent isolé (API)	409	409	1 083	818	265	200	65
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) du Fonds spécial d'invalidité (FSI)	122	122	259	262	-3	0	-3
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	92	94	5 349	5 311	36	69	-32
Prime de retour à l'emploi (1000€) pour les bénéficiaires de minima sociaux	71	71	236	183	53	0	53
Grands invalides de guerre	56	56	156	173	-17	0	-17
RMI : dette antérieure au 01/01/04 + prime exceptionnelle	38	39	280	0	280	280	0
Allocation d'installation étudiante ("Aline")	1	1	28	25	3	0	3
Prime de retour à l'emploi PRE-RSA	0	0	0	2	-2	0	-2
Divers autres (créances de l'Etat)	-45	-45	0	0	0	0	0
<i>Sous-total champ santé-solidarité</i>	<i>1 665</i>	<i>1 668</i>	<i>7 861</i>	<i>6 979</i>	<i>879</i>	<i>548</i>	<i>331</i>
I-2/ Champ logement							
Aide au logement temporaire (ALT)	32	32	46	41	5	0	5
Aide personnalisée au logement (APL) (FNAL)	-41	-41	2 650	2 770	-120	0	-120
Allocation de logement sociale (ALS) (FNAL)	199	199	4 436	4 408	28	0	28
Allocation de logement familial (ALF) servie aux fonctionnaires de l'Etat dans les DOM	2	2	1	0	1	0	1
<i>Sous-total champ logement</i>	<i>192</i>	<i>192</i>	<i>7 132</i>	<i>7 219</i>	<i>-87</i>	<i>0</i>	<i>-87</i>
<i>Sous-total prestations prises en charge par l'Etat</i>	<i>1 857</i>	<i>1 860</i>	<i>14 993</i>	<i>14 199</i>	<i>793</i>	<i>548</i>	<i>244</i>
II/ Exonérations de cotisations sociales							
II-1/ Exonérations ciblées							
Exonération ciblée sur certains territoires	1 008	563	1 907	1 126	1 226	0	1 226
Apprentissage et Professionnalisation	763	712	1 364	663	752	217	535
Exonérations ciblées sur certains secteurs d'activité	303	300	351	310	45	0	45
Exonérations ciblées sur certains publics fragiles	232	217	70	70	14	7	7
Exonérations spécifiques aux travailleurs indépendants non agricoles	21	5	12	9	19	0	19
Services à la personne	54	54	394	152	243	0	243
Exonérations spécifiques au secteur agricole	42	0	50	21	70	0	70
Avantages directs consentis aux salariés	0	0	0	9	-9	0	-9
<i>Sous-total exonérations ciblées</i>	<i>2 421</i>	<i>1 850</i>	<i>4 149</i>	<i>2 361</i>	<i>2 359</i>	<i>224</i>	<i>2 136</i>
II-2/ Allégements généraux							
Dettes "anciennes" (Exos AF-BTP, plan textile échéances liées au passage au FOREC en 2000 et 2001)	1 359	1 208	0	0	151	0	151
Autres dettes relatives aux allégements généraux	284	59	5	0	229	0	229
Compensation intégrale des allégements généraux 2006 (article L.131-8 du CSS)	5	5	0	0	0	0	0
Exonérations Heures supplémentaires	0	0	263	0	263	260	3
<i>Sous-total allégements généraux</i>	<i>1 648</i>	<i>1 272</i>	<i>267</i>	<i>0</i>	<i>643</i>	<i>260</i>	<i>383</i>
<i>Sous-total exonérations de cotisations sociales</i>	<i>4 069</i>	<i>3 122</i>	<i>4 416</i>	<i>2 361</i>	<i>3 002</i>	<i>483</i>	<i>2 519</i>
III/ Divers autres dispositifs							
Dettes relatives au BAPSA	619	619	0	0	0	0	0
Diverses pensions garanties par l'Etat (SNCF, CNIEG, CRP-RATP...) et cotisations (militaires, rapatriés)	356	129	3 022	2 960	289	12	277
Rachat conjoint collaborateurs des bateliers	0	0	0	0	0	0	0
Reliquat dû à la CNAF lié à la prise en charge par l'Etat des cotisations AF SNCF	4	2	0	0	2	0	2
Prestations versées au titre du système de compensation chauffage logement	1	2	0	0	-1	0	-1
Enseignement agricole public	1	1	2	1	1	0	1
Convention CNMSS (militaires)	-6	0	15	14	-5	1	-6
<i>Sous total Autres</i>	<i>975</i>	<i>753</i>	<i>3 039</i>	<i>2 975</i>	<i>286</i>	<i>13</i>	<i>273</i>
TOTAL GENERAL	6 902	5 735	22 449	19 534	4 081	1 045	3 036

Tableau 2 - Etat semestriel au 31/12/2007, par caisse ou régime (en M€)

Régime ou Branche	Situation nette résultant de l'état semestriel des dettes au 30/06/2007 (a)	Versements effectués par l'Etat entre le 01/07/2007 et le 31/12/2007 se rattachant aux exercices 2006 et antérieurs (b)	Coût pour les régimes des mesures 2007 entre le 1/01/2007 et le 31/12/2007 (c)	Versements effectués par l'Etat entre le 01/01/2007 et le 31/12/2007 au titre de 2007 (d)	Situation "brute": sommes exigibles au 31/12/2007 (e)=(a-b)+(c- d)	Versements de janvier 2008 se rattachant aux exercices 2007 et antérieurs (f)	Situation nette : sommes restant dues après versements effectués en période complémentai re au titre des années 2007 et antérieures (g)=(e)-(f)
CNAMTS - AM	2 270	2 270	2 445	1 493	952	117	835
CNAMTS - AT	245	245	302	179	122	18	104
CNAF	1 480	1 480	14 342	13 473	869	583	285
CNAVTS	1 085	1 085	1 622	838	784	269	515
Sous-total régime général	5 079	5 079	18 710	15 983	2 727	987	1 740
CCMSA	511	21	620	531	580	44	536
FFIPSA	617	619	42	47	-7	0	-7
RSI	388	12	85	65	396	0	396
CNAVPL	3	0	1	0	4	0	4
CANSSM	7	2	0	0	5	0	5
CNMSS	-6	0	15	14	-5	1	-6
CRPCEN	31	1	7	0	37	0	37
CAVIMAC	0	0	0	0	0	0	0
ENIM	6	1	69	52	23	0	23
CNIEG	1	1	17	0	17	0	17
CRP-RATP	0	0	1	1	0	0	0
RATP	2	0	0	0	2	0	2
SNCF	47	0	1	0	48	0	48
CRP SNCF	216	0	2 876	2 840	252	12	240
PORT AUTONOME DE BORDEAUX	0	0	0	0	0	0	0
PORT AUTONOME DE STRASBOURG	0	0	0	0	0	0	0
CPS SAINT- PIERRE ET MIQUELON	0	0	5	3	2	0	2
Sous-total Autres	1 822	656	3 739	3 552	1 354	57	1 297
TOTAL GENERAL	6 902	5 735	22 449	19 534	4 081	1 045	3 036

THEME 8
LES PRESTATIONS MALADIE ET AT

L'ONDAM 2007

Pour 2007, la loi de financement de la Sécurité sociale a fixé l'Objectif National d'Assurance Maladie (ONDAM) à 144,8 Md€. Le constat provisoire des dépenses dans le champ de l'ONDAM est effectué à partir des tableaux centralisés des données comptables (TCDC) de 2007. Il pourra faire l'objet de rectifications ultérieures³⁵.

En 2007, les dépenses dans le champ de l'ONDAM dépassent l'objectif d'environ 3,0 Md€

En 2007, les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 147,8 Md€. Par conséquent, l'objectif a été dépassé d'environ 3,0 Md€. Il s'agit du dépassement le plus important depuis 2002. Il est toutefois à mettre en regard d'un objectif initial ambitieux qui correspondait à une progression limitée à 2,6%. La croissance des dépenses s'est accélérée en 2007 (4,2% contre 3,1% en 2006) tout en demeurant plus modérée qu'il y a quelques années (graphique 1).

La dérive des dépenses est plus importante que celle attendue lors de la dernière CCSS, puisque les soins de ville ont été revu à la hausse de 330 M€. Les établissements de santé présentent en revanche une sous-consommation de 170 M€.

L'estimation du rendement des mesures consécutives au déclenchement de la procédure d'alerte est délicate en ce qui concerne la maîtrise médicalisée et la lutte contre la fraude. Si l'on ignore ces deux postes, l'économie liée aux autres mesures prises suite à l'alerte serait d'environ 250 M€ pour 2007 (l'essentiel du rendement étant attendu sur 2008).

Les soins de ville ont progressé de 4,6% en 2007 soit un dépassement d'environ 3,1 Md€

Les dépenses de soins de ville se sont élevées en 2007 à 69,8 Md€ ce qui représente un dépassement de l'ordre de 3,1 Md€. Il convient de rappeler que le respect du sous-objectif soins de ville fixé à 66,7 Md€ supposait une évolution nulle de ces dépenses. En effet, lors de la construction de l'ONDAM 2007 (septembre 2006), le dépassement sur 2006 était estimé à 700 M€ pour les soins de ville alors qu'il s'est finalement élevé à 1,4 Md€. Ce dépassement supplémentaire en 2006 avait d'emblée absorbé toute marge de progression en 2007.

Les soins de ville ont augmenté de 4,6%. Il s'agit de l'évolution la plus forte depuis 2003 (cf. graphique 2). La majeure partie de ce dérapage s'explique par la forte dynamique des prescriptions. Entre autres, les indemnités journalières (IJ) ont connu une croissance de 5,6% par rapport à 2006 tous régimes confondus (du fait notamment de la progression de la masse salariale). Les produits de santé ont, quant à eux, augmenté de 5,0% avec une croissance des médicaments de 4,1%. Enfin, la dynamique des honoraires paramédicaux a été forte avec une croissance de 7,7% pour l'ensemble des régimes.

³⁵ Les données comptables comprennent en effet des provisions dont le montant repose sur des estimations de dépenses. Si les charges effectives diffèrent de ces estimations, les réalisations 2007 seront revues en conséquence (cf. encadré ci-contre).

Évolution de l'ONDAM entre 2006 et 2007 à champ constant

Milliards d'euros courants arrondis à 100M€	Construction		Données après constat 2006		Constat 2007 provisoire		
	Sous-objectifs arrêtés	Taux d'évolution LFSS (iii)	Base 2007 réactualisée (i)	Taux cibles actualisés (ii)	Montant	Taux d'évolution	Ecart à l'objectif
ONDAM Soins de ville	66,7	1,1%	66,7	0,0%	69,8	4,6%	3,1
ONDAM hospitalier	65,6	3,5%	63,4	3,6%	65,5	3,3%	-0,2
ONDAM médico-social	11,8	6,7%	11,0	6,7%	11,8	6,7%	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,8	8,3%	4,4	9,3%	4,8	9,3%	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0	5,6%	6,7	5,1%	7,0	5,0%	0,0
Autres prises en charge	0,7	7,6%	0,7	-3,5%	0,8	3,6%	0,1
ONDAM TOTAL	144,8	2,6%	141,8	2,1%	147,8	4,2%	3,0

NB : La base 2007 (colonne *i*) présente les dépenses de 2006 ramenées au périmètre de l'ONDAM 2007 et tient compte des dernières données comptables disponibles. Les différences d'évolution entre les colonnes *ii* et *iii* proviennent du fait que les objectifs de chaque sous-enveloppe sont fixés en valeur et non en taux d'évolution. Le constat des dépenses pour l'année 2006 modifie donc le taux de croissance que doit respecter chacune des sous-enveloppes en 2007.

Quelques précisions sur la révision des réalisations

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

Pour l'année 2006, les provisions inscrites dans les comptes ont sous-estimé les dépenses relatives à 2006 d'environ 30 M€ qui se décomposent en une sous-estimation de 125 M€ pour les soins de ville, une surestimation de 126 M€ pour les établissements de santé et enfin une sous-estimation de 31 M€ pour les établissements médico-sociaux. En dehors des corrections de provisions, une modification liée à l'annulation de la baisse des tarifs des cliniques a été réalisée et accroît l'ONDAM 2006 de 45 M€. Cette baisse tarifaire ne portait que sur 2006. Son annulation n'a donc aucun impact sur 2007. Au total, les réalisations définitives des dépenses dans le champ de l'ONDAM s'élèvent à 141,9 Md€ en 2006.

Les réalisations comptables de 2007 feront l'objet de révisions ultérieures. A partir d'informations qui seront demandées aux régimes, un correctif sur les comptes de 2007 sera pratiqué en septembre prochain à l'occasion de la Commission des Comptes de l'automne.

Difficultés de suivi comptable des sous-objectifs relatifs aux établissements de santé

Le constat de l'ONDAM est établi à partir des tableaux centralisés des données comptables (TCDC) des régimes d'assurance maladie. Il n'est pas encore possible de présenter les dépenses selon les sous-objectifs votés (à savoir les établissements de santé tarifés à l'activité et les autres établissements de santé), car la ventilation comptable appliquée ne le permet pas. La nomenclature comptable a été modifiée à cette fin mais tous les régimes n'ont pu mettre en œuvre la nouvelle version dès le 1^{er} janvier 2007. Ce n'est que pour 2008 qu'un exercice complet selon la ventilation comptable adaptée devrait être disponible.

Le rapport semestriel de juin 2008 de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée relatif à l'exécution de l'exercice 2007 devrait fournir une décomposition des dépenses issues de sources statistiques. Le constat porte sur un champ plus restreint que celui de l'ONDAM hospitalier.

En 2007, la croissance de l'ensemble des dépenses remboursées relatives aux établissements de santé s'établit à 3,3%

Les réalisations des dépenses des établissements de santé publics et privés s'élèvent à 65,5 Md€ ce qui correspond à une sous-exécution de 170 M€ par rapport aux objectifs hospitaliers.

Cette modération des dépenses provient en partie d'un effet base favorable de l'exercice 2006, les dépenses ayant finalement atteint un niveau inférieur de 100 M€ aux prévisions retenues lors de la construction de l'ONDAM 2007.

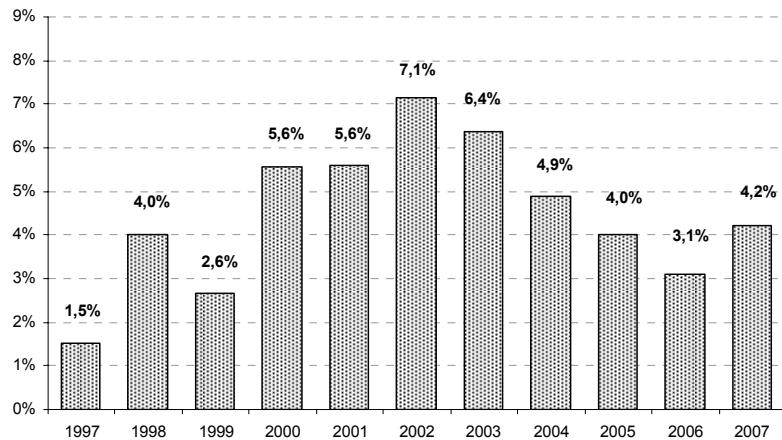
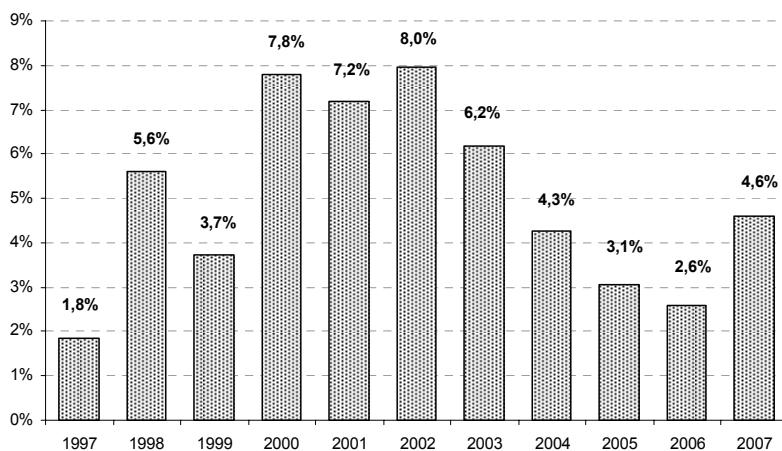
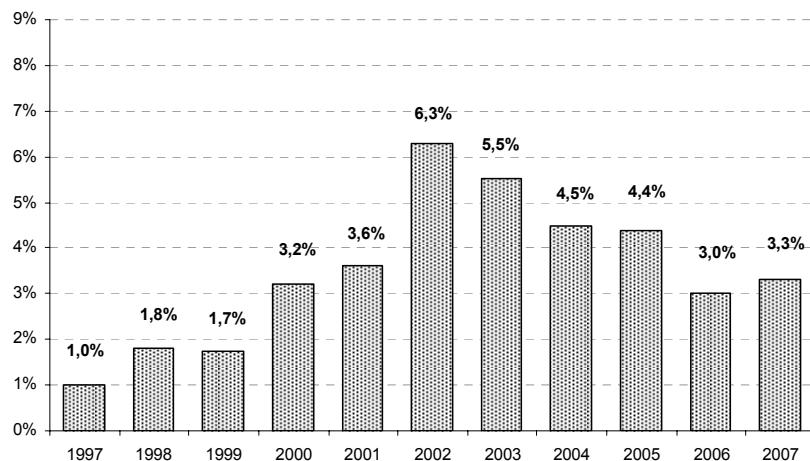
Le niveau de dépense des établissements médico-sociaux est conforme aux sous-objectifs arrêtés

L'ONDAM médico-social est une dotation de l'assurance maladie servant à financer l'objectif global des dépenses (OGD) géré par la CNSA au titre des établissements hébergeant des personnes âgées ou handicapées. En dehors d'une révision des dotations, aucun dépassement n'est possible (il s'agit d'une enveloppe fermée).

Les réalisations de l'année 2007 s'élèvent à 11,8 Md€, en croissance de 6,7%. Plus précisément, l'enveloppe pour personnes âgées augmente de 9,4% et celle pour personnes handicapées de 5,0%.

Conformément à ce qui était prévu lors de la dernière CCSS, les autres prises en charge dépassent légèrement l'objectif fixé

Ce dépassement légèrement supérieur à 50 M€ s'explique par une évolution des dépenses des ressortissants français à l'étranger plus forte que prévu en 2006 et non anticipée lors de la construction de l'ONDAM 2007.

Graphique 1 : Évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM de 1998 à 2007**Graphique 2 : Évolution des soins de ville dans le champ de l'ONDAM de 1998 à 2007****Graphique 3 : Évolution des établissements de santé dans le champ de l'ONDAM de 1998 à 2007**

L'ONDAM 2008

Les données disponibles en droits constatés couvrent la totalité de l'année 2007 pour l'ensemble des régimes, ainsi que les mois de janvier et février de l'année 2008 pour les soins de ville du régime général. A la lumière des données plus récentes en date de remboursement (à fin avril 2008), elles permettent d'actualiser la prévision des dépenses d'assurance maladie pour l'année 2008 dont l'objectif a été fixé par le Parlement à 152,0 Md€.

Une révision de l'ordre de 100 M€ à la hausse du niveau de dépenses atteint en 2007

Cette révision de la base découle du constat des dépenses de santé dans le champ de l'ONDAM pour 2007³⁶.

Par rapport aux prévisions de la CCSS de septembre dernier utilisées lors de l'élaboration du PLFSS pour 2008, le dépassement sur l'enveloppe des soins de ville a été revu à la hausse d'environ 330 M€. Pour les établissements de santé, au lieu du respect des objectifs attendu, les comptes 2007 ont finalement enregistré une sous-consommation de 170 M€. Enfin, sur les « autres prises en charge », le dépassement est inférieur de 70 M€ à ce qui était prévu.

Il convient donc de tenir compte de cette révision du niveau de dépenses atteint en 2007 et globalement, la base de construction de l'ONDAM 2008 est donc corrigée à la hausse de 90 M€.

Les soins de ville pourraient croître de 2,4% en 2008

La révision à la hausse, pour 330 M€, du dépassement de l'objectif de dépenses de soins de ville pour 2007 vient amputer la marge de progression des dépenses disponible pour respecter l'objectif fixé par le parlement pour 2008. Ainsi, pour respecter l'objectif de dépenses de soins de ville pour 2008, la progression des dépenses ne devrait désormais pas dépasser un rythme de +1,4%, alors qu'une croissance de 1,9% correspondait aux hypothèses du PLFSS.

Cette modération de la dynamique des soins de ville envisagée lors de la construction était due à un volant important d'économies, sans lesquelles la progression pour 2008 aurait été de 6,1% (correspondant à un tendanciel de 5% et à un effet coût des mesures nouvelles d'environ 800 M€). Si des décalages temporels affectant les revalorisations modèrent la croissance des dépenses, les incertitudes pesant sur certains postes d'économies autres que les franchises médicales conduisent finalement à revoir le taux de progression à 2,4%.

En particulier, les économies de maîtrise médicalisée font à ce stade par prudence l'objet d'un abattement notable pour tenir compte d'une part de la difficulté à évaluer l'impact des effets reports des mesures supplémentaires de maîtrise médicalisée engagées en 2007 suite à la procédure d'alerte et, d'autre part, d'une hypothèse de réalisation sur le volet 2008 conforme à ce qui a été observé les exercices précédents (environ 60%).

Par rapport aux prévisions utilisées par le Comité d'alerte dans le cadre de son avis du 30 mai 2008, cette prévision de progression de +2,4% des dépenses de soins de ville en 2008 intègre toutefois l'impact d'actions de renforcement du rendement de la maîtrise médicalisée et de la politique de médicament pour 100 M€.

L'écart d'un point avec l'évolution de +1,4% désormais nécessaire pour assurer le respect de l'objectif représente un dépassement de l'enveloppe des soins de ville de l'ordre de 700 M€.

³⁶ Cf. fiche 8-1.

Évolution prévue de l'ONDAM entre 2007 et 2008 à champ constant

Milliards d'euros courants arrondis à 100M€	Construction			Prévision (Juin 2008)			
	Sous-objectifs arrêtés	Taux d'évolution LFSS (iii)	Taux cibles actualisés (ii)	Base 2008 réactualisée (i)	Montant	Taux d'évolution	Ecart à l'objectif
ONDAM Soins de ville	70,6	1,9%	1,4%	69,6	71,3	2,4%	0,7
ONDAM hospitalier	67,6	3,1%	3,4%	65,3	67,6	3,4%	0,0
ONDAM médico-social	12,9	6,5%	6,4%	12,1	12,9	6,4%	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,5	8,1%	7,9%	5,1	5,5	7,9%	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4	5,3%	5,4%	7,0	7,4	5,4%	0,0
Autres prises en charge	0,9	2,0%	10,4%	0,8	0,9	11,4%	0,0
ONDAM TOTAL	152,0	2,8%	2,8%	147,9	152,7	3,2%	0,7

NB : La base 2008 (colonne *i*) présente les dépenses de 2007 ramenées au périmètre de l'ONDAM 2008 et tient compte des dernières données comptables disponibles. Les différences d'évolution entre les colonnes *ii* et *iii* proviennent du fait que les objectifs de chaque sous-enveloppe sont fixés en valeur et non en taux d'évolution. Le constat des dépenses pour l'année 2007 modifie donc le taux de croissance que doit respecter chacune des sous-enveloppes en 2007.

Les transferts de fongibilité pour 2008 :

Transferts de fongibilité affectant la base de dépenses ainsi que les différents sous-objectifs :
Des transferts internes entre enveloppes de l'ONDAM sont réalisés en fin d'année et viennent en correction de la base de dépenses ainsi que des six sous-objectifs votés pour la LFSS.
Pour 2008 ces transferts sont les suivants :
-4 M€ sur les soins de ville ;
-108 M€ sur les établissements de santé ;
+112 M€ sur les établissements médico-sociaux (+103 M€ pour les établissements pour personnes âgées et +8 M€ pour les établissements pour personnes handicapées) ;
+0,3 M€ sur les autres prises en charge (médico-social hors champ CNSA).
Ces changements expliquent donc les variations à la marge des sous-objectifs.

Les dépenses relatives aux établissements de santé

Pour les établissements de santé publics et privés, il existe un risque de dépassement estimé à environ 100 M€ sur les produits pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation (liste en sus)³⁷ des établissements financés à l'activité. Cependant ce risque pourrait être compensé par une poursuite de la sous-exécution déjà constatée en 2007 sur certaines dépenses des établissements de santé. A ce stade, il est donc prévu un respect de l'objectif.

Les dépenses relatives aux établissements médico-sociaux et autres prises en charge

Tout comme en 2007, le sous-objectif « Établissements médico-sociaux » est une dotation de l'assurance maladie servant à financer l'objectif global des dépenses (OGD) géré par la CNSA. Il ne peut faire l'objet d'un dépassement dans le cadre de l'ONDAM : toute dépense supplémentaire éventuelle pèserait *in fine* sur les comptes de la CNSA. A l'inverse, toute sous-consommation de l'objectif de dépenses médico-sociales bénéficierait à la seule CNSA.

Les autres prises en charge ne devraient pas non plus connaître de dépassement en 2008.

Globalement, le dépassement de l'ONDAM en 2008 est estimé à 700 M€

Compte tenu des éléments retenus sur l'ensemble des postes, un dépassement de 700 M€ est envisagé sur l'ensemble des dépenses de santé dans le champ de l'ONDAM.

³⁷ Cf. fiche 9-6.

8-3

LA CONSOMMATION DE SOINS DE VILLE DU REGIME GENERAL

D'après les données provisoires de la CNAMTS en date de soins, les dépenses de soins de ville du régime général ont progressé en 2007 de 4,9%. Ainsi, après trois années de ralentissement des dépenses (4,1% en 2004 et 2,9% en 2005 et 2006), celles-ci repartent sur une tendance plus élevée (cf. tableau 2 et graphique 1).

L'année 2007 se caractérise par la forte dynamique des prescriptions. En effet, les produits de santé ont augmenté de 5,6% en 2007 contre 5,2% en 2005 et, surtout, 2,6% en 2006. Les honoraires paramédicaux ont crû de plus de 8%, soit plus du double du taux de croissance des honoraires médicaux (3,9%). Enfin, les indemnités journalières (IJ) repartent sur une tendance à la hausse (3,6%) après trois années de recul (respectivement -0,6%, -1,2%, et -0,6% de 2004 à 2006).

La dynamique des honoraires médicaux reste faible en volume

Les dépenses remboursées d'actes de médecins généralistes et de chirurgiens-dentistes augmentent comme les revalorisations accordées en 2006 et 2007

Les dépenses remboursées de médecins omnipraticiens ont crû de 5,2% en 2007. Cette augmentation s'explique par les revalorisations successives de 2006 et 2007. En particulier, la consultation est passée à 21€ en août 2006 puis à 22€ en juillet 2007. Abstraction faite de cet effet prix, l'évolution de ces remboursements est d'environ -0,1%. Une stagnation en volume est visible depuis plusieurs années sur ce poste (cf. graphique 2).

L'évolution des remboursements de soins dentaires est analogue à celle des actes de médecins généralistes. La croissance de 3,1% de ce poste est liée à la revalorisation des actes courants à compter du 1^{er} juillet 2006 dans le cadre de la convention nationale dentaire. En volume, les remboursements de soins dentaires sont stables.

L'évolution des honoraires des médecins spécialistes reste modérée

En 2007, l'évolution des dépenses remboursées d'actes de médecins spécialistes est de 3,4%, soit une croissance légèrement supérieure à celle de 2006. En comparaison des années 2002-2004 durant lesquelles le taux de croissance annuel moyen était d'environ 5,0%, ce rythme de progression apparaît plus modéré. Ce sont les actes techniques qui expliquent la majeure partie de cette croissance puisqu'ils ont crû de 4,1% en 2007 et qu'ils représentent plus de 60% des remboursements des actes de spécialistes.

L'évolution des analyses médicales et des transports de malades ralentit

La faible dynamique des actes de biologie s'explique surtout par la mise en place des mesures consécutives à la procédure d'alerte

Après une croissance de 1,3% en 2005 et de 2,8% en 2006, les actes de biologie ont crû de 1,4% en 2007. Ces trois années représentent une réelle rupture de tendance par rapport aux années antérieures (l'augmentation variait de 5,3% à 10,8% de 2002 à 2004), qui s'explique en partie par une modération des prescriptions. En outre, l'année 2005 a été affectée par la mise en place de la participation forfaitaire de 1€ et en 2007, ce sont les mesures prises dans le cadre de la procédure d'alerte qui ont infléchi les remboursements³⁸. Abstraction faite de

³⁸ Relèvement du plafonnement journalier de 1€ à 4€ et des baisses de tarifs d'actes ciblés.

Tableau 1 : Évolution des soins de ville du régime général

Source : données en date de soins de la CNAMTS à fin février 2008

Millions d'€ courants	2006	2007	Évolution	Contribution à la croissance
Soins de ville	52 593	55 159	4,9%	100,0%
Honoraires libéraux	24 634	25 787	4,7%	45,0%
dont				
Honoraires privés	14 597	15 169	3,9%	22,3%
généralistes	4 674	4 915	5,2%	9,4%
spécialistes	7 395	7 645	3,4%	9,7%
sages femmes	95	101	5,9%	0,2%
Dentistes	2 433	2 509	3,1%	2,9%
Honoraires paramédicaux	5 129	5 556	8,3%	16,6%
infirmières	2 611	2 858	9,5%	9,6%
kinésithérapeutes	2 120	2 280	7,5%	6,2%
orthophonistes	359	377	5,0%	0,7%
orthoptistes	38	40	5,1%	0,1%
laboratoires	2 646	2 684	1,4%	1,5%
transports	2 262	2 378	5,2%	4,5%
Autres soins de ville	27 960	29 372	5,1%	55,0%
dont médicaments	16 976	17 760	4,6%	30,6%
dont vignétés à 35% et 15%	1 048	1 024	-2,3%	-0,9%
dont vignétés à 65%	5 942	6 106	2,8%	6,4%
dont vignétés à 100%	9 963	10 585	6,2%	24,2%
dont dispositifs médicaux (LPP)	2 932	3 262	11,3%	12,9%
dont indemnités journalières (IJ)	7 232	7 489	3,6%	10,0%
IJ maladie	5 231	5 373	2,7%	5,5%
IJ maladie de moins de 3 mois	3 039	3 170	4,3%	5,1%
IJ maladie de plus de 3 mois	2 192	2 203	0,5%	0,4%
IJ AT	2 000	2 116	5,8%	4,5%

Note de lecture : Les dépenses d'honoraires libéraux passent de 24,63 Md€ à 25,78 Md€ de 2006 à 2007, soit un taux de croissance de 4,7%. Compte tenu de la part de ces dépenses dans les soins de ville, cette évolution représente 45,0% de la croissance totale des soins de ville de 2006 à 2007 (sur le champ du régime général).

Tableau 2 : Évolution des soins de ville depuis 2002

Source : données en date de soins de la CNAMTS à fin février 2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Soins de Ville	7,7%	7,1%	4,1%	2,9%	2,9%	4,9%
Honoraires privés	5,3%	6,5%	2,4%	1,3%	3,0%	3,9%
généralistes	7,2%	8,6%	-1,6%	1,2%	2,5%	5,2%
spécialistes	4,9%	5,0%	5,0%	2,0%	3,0%	3,4%
sages femmes	11,3%	8,6%	7,3%	8,0%	15,5%	5,9%
dentistes	2,8%	6,5%	2,6%	-0,7%	3,5%	3,1%
Honoraires paramédicaux	9,6%	8,3%	4,2%	5,0%	6,9%	8,3%
infirmières	10,2%	11,1%	5,7%	5,8%	7,4%	9,5%
kinésithérapeutes	8,5%	5,2%	2,1%	4,1%	6,5%	7,5%
orthophonistes	12,9%	8,2%	5,2%	4,3%	6,0%	5,0%
orthoptistes	12,9%	15,3%	7,7%	6,2%	5,8%	5,1%
Laboratoires	10,8%	9,4%	5,3%	1,3%	2,8%	1,4%
Transports des malades	9,5%	8,6%	7,5%	7,3%	9,1%	5,2%
Médicaments	6,4%	6,3%	6,1%	4,6%	1,8%	4,6%
Dispositifs médicaux	13,2%	11,4%	11,5%	8,7%	7,8%	11,3%
Indemnités journalières	11,0%	6,6%	-0,6%	-1,2%	-0,6%	3,6%

ces mesures (environ 80M€ pour le régime général), ces actes auraient augmenté d'environ 3,5% en 2007.

Les remboursements de transport³⁹ des malades s'infléchissent en 2007

Sur la période 2002-2006, les remboursements de transport des malades ont connu une croissance toujours supérieure à 7%. Leur croissance s'est infléchie à 5,2% en 2007. Ce ralentissement s'expliquerait notamment par les efforts de maîtrise médicalisée.

Les prescriptions ont été très dynamiques en 2007

La progression des honoraires paramédicaux a été supérieure à 8%

Les honoraires paramédicaux ont progressé de 8,3% en 2007. Il s'agit de l'évolution la plus rapide depuis 2003, qui représente près de 17% de la croissance totale des soins de ville en 2007.

Ce fort dynamisme s'explique en grande partie par les remboursements de soins infirmiers qui ont augmenté de 9,5%. En sus d'un effet prix important imputable à la revalorisation des lettres clé au 1^{er} juillet 2007, les volumes ont été très dynamiques (7,1%).

Les actes de masso-kinésithérapie connaissent également une croissance rapide à 7,5%. Une partie de cette croissance s'explique par l'effet report de la revalorisation des indemnités kilométriques qui a eu lieu en avril 2006 et la revalorisation des actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle intervenue le 1^{er} juillet 2006.

Les remboursements d'actes d'orthophonistes et d'orthoptistes croissent d'environ 5,0%, en léger ralentissement par rapport à 2006 (environ 6,0%).

Les produits de santé croissent de 5,6% en 2007

Après un net ralentissement des remboursements de médicaments en 2006 (1,8%) attribuable à l'impact du plan médicament⁴⁰, ce poste de dépenses revient à une croissance analogue à celle de l'année 2005 (4,6%), inférieure à la moyenne de la période 2002-2004 qui était supérieure à 6%. Parmi les médicaments, ceux remboursés à 100% contribuent à hauteur de 24% à la croissance totale des soins de ville.

Les dispositifs médicaux renouent en 2007 avec la forte croissance des années 2003-2004 (11,3%) et constituent le poste le plus dynamique des soins de ville. Ainsi, la décélération des deux dernières années ne s'est pas poursuivie en 2007.

Après trois années de décroissance, les indemnités journalières (IJ) repartent à la hausse

Pour la première fois depuis 2004, les versements d'IJ en 2007 ont augmenté à nouveau (+3,6% en 2007 - cf. graphique 4). Toutes les indemnités sont affectées par cette reprise. Ce sont les IJ relatives aux accidents du travail qui augmentent le plus rapidement (5,8%). La dynamique des IJ maladie est plus modérée à 2,7%, avec une quasi-stagnation des indemnités longues (+0,5% pour les indemnités de plus de trois mois).

En volume⁴¹, les prestations en espèces n'évoluent que de 0,9%. Néanmoins, comparé aux trois dernières années, le volume d'IJ semble se redresser (respectivement -3,0%, -3,8% et -3,4% de 2004 à 2006). Plus spécifiquement, les IJ maladie stagnent (0,1%) et les IJ AT croissent de 3,1%.

La « reprise » des IJ maladie courtes en 2007 pourrait résulter du contexte favorable de l'emploi, car il existe généralement une relation inverse entre le taux de chômage et le niveau des IJ. S'agissant des IJ maladie longues et AT, les évolutions observées suggèrent que le rendement de la politique de contrôle, qui a généré d'importantes économies depuis 2004, a

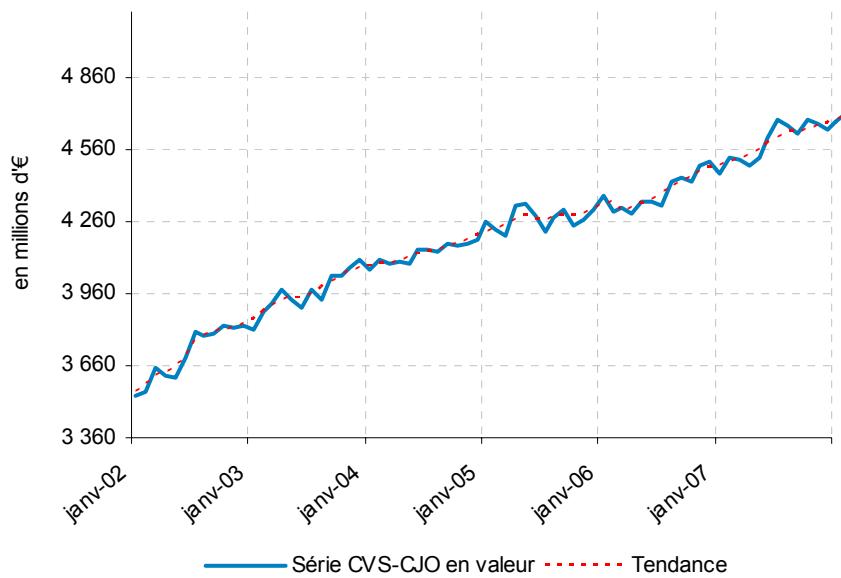
³⁹ Cf. fiche CCSS n° 9-3.

⁴⁰ Cf. fiche CCSS n° 9-8.

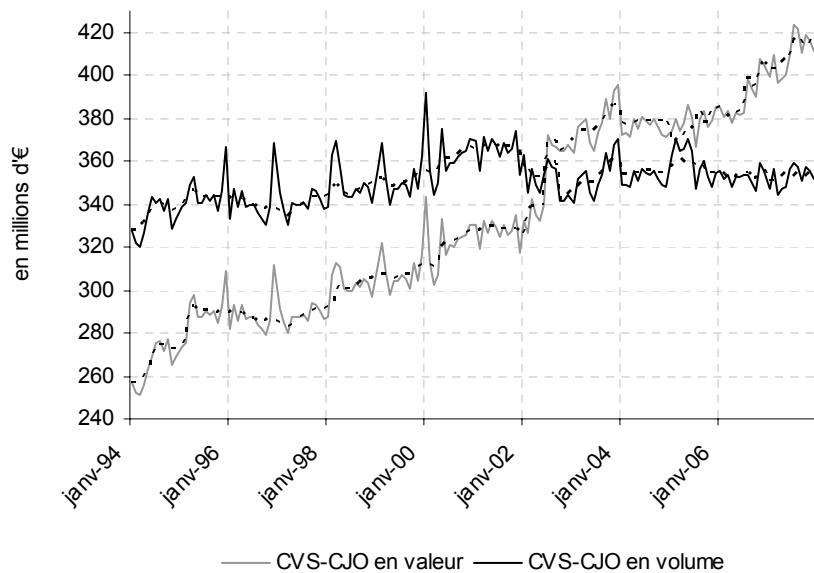
⁴¹ L'indice de prix retenu est le salaire mensuel de base de l'ensemble des salariés.

Graphique 1 : Dépenses de soins de ville du régime général

Source : DSS sur données en date de soins de la Cnamts à fin février 2008

**Graphique 2 : Dépenses d'actes de médecins généralistes du régime général**

Source : DSS sur données en date de soins de la Cnamts à fin février 2008



atteint son rythme de croisière. Dès lors, la croissance des IJ est susceptible de revenir sur une dynamique plus en phase avec celle de la masse salariale.

Les dépenses des quatre premiers mois de l'année 2008 semblent modérées

Les données disponibles en date de soins s'arrêtent au mois de février 2008. En date de remboursements, les quatre premiers mois de l'année sont disponibles. À ce stade de l'année, seules ces dernières données sont exploitables en raison du caractère très provisoire des données en date de soins. L'ONDAM étant apprécié en droit constaté, il convient toutefois d'être prudent sur les conclusions que l'on peut en tirer.

Sur les données en date de remboursements des quatre premiers mois, les dépenses de soins de ville ont crû de 1,5%⁴² en données CVS-CJO et de 3,6% en données brutes. Cet affaiblissement de la tendance est en majeure partie imputable à la mise en place des franchises médicales (leur impact est estimé à -1,5% sur le premier trimestre). Toutefois, le rendement mensuel des franchises va baisser au fil des mois du fait de l'existence d'un plafond⁴³.

A ce stade, l'impact des franchises est essentiellement visible sur les dépenses de médicaments

Les dépenses de médicaments ont reculé de -2,2%. Il s'agit du poste le plus impacté en évolution par les franchises (les trois-quarts environ du rendement 2008 des franchises est attendu sur ce poste).

Les honoraires paramédicaux connaissent un léger ralentissement depuis l'automne 2007, lié à une inflexion du volume d'actes de masso-kinésithérapie, qui se prolonge sur le début d'année 2008. Par conséquent, il est difficile d'isoler à ce stade l'impact des franchises sur ce poste de dépenses. Le rythme d'évolution des honoraires paramédicaux reste toutefois très soutenu (6,3%) sur les quatre premiers mois.

Enfin, les transports de malades poursuivent leur inflexion constatée en 2007 mais l'impact supplémentaire de la franchise n'apparaît pas à ce stade sur les données en remboursement.

Les autres postes connaissent une croissance proche de celle de 2007

Les honoraires médicaux sont sur une tendance assez stable. Les remboursements d'actes de généralistes croissent de 1,5% en raison de l'effet induit de la revalorisation de la consultation du mois de juillet 2007 mais, en volume, l'activité décroît. Les honoraires des spécialistes augmentent quant à eux de 2,5% sur les quatre premiers mois.

Suite aux mesures prises dans le cadre de la procédure d'alerte, les dépenses de biologie restent sur leur tendance à la baisse de la fin d'année 2007. Par rapport à la période comparable de 2007, ces dépenses diminuent de -1,2%.

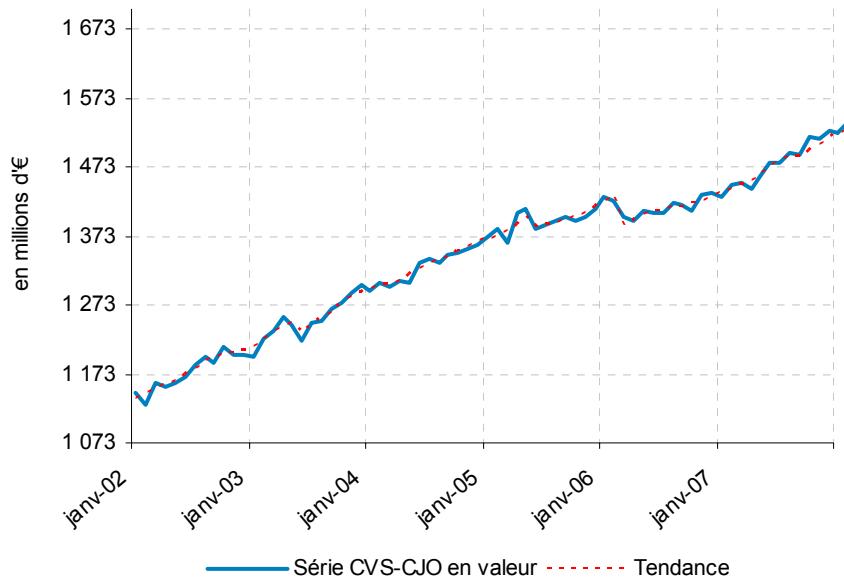
Enfin, les prescriptions d'IJ semblent assez stables en volume par rapport à l'année 2007. En valeur, elles augmentent de 3,4% sur les quatre premiers mois de l'année.

⁴² Sauf mention contraire, les taux d'évolution en date de remboursement sont calculés à partir de données CVS-CJO (correction des variations saisonnières et des jours ouvrés) (Source :CNAM).

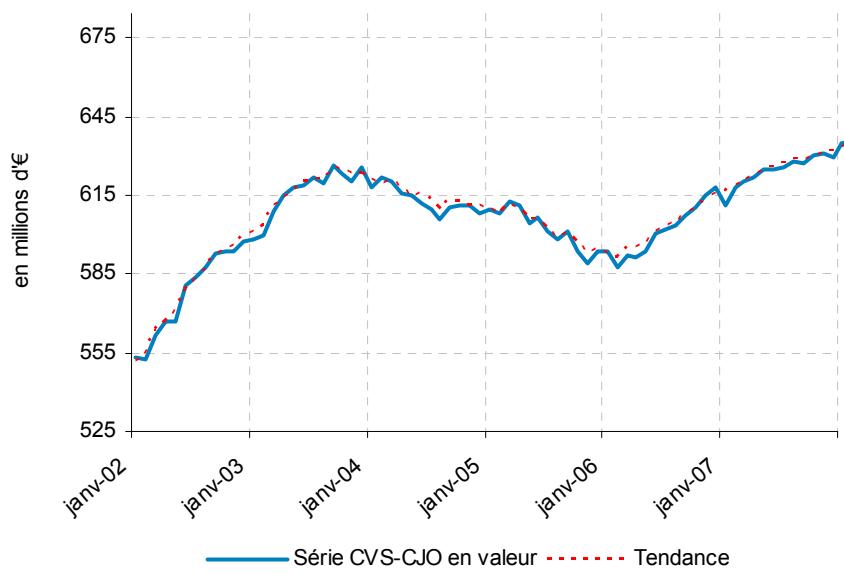
⁴³ Le montant de la franchise est en effet plafonné à 50 euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

Graphique 3 : Dépenses de médicaments du régime général

Source : DSS sur données en date de soins de la Cnamts à fin février 2008

**Graphique 4 : Dépenses d'indemnités journalières du régime général**

Source : DSS sur données en date de soins de la Cnamts à fin février 2008



LES PRESTATIONS MALADIE ET AT-MP HORS ONDAM DU REGIME GENERAL

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

Les indemnités journalières maternité et paternité ralentissent en 2007

Ce ralentissement est induit par la baisse du nombre de naissances en 2007 (-13 800 par rapport à 2006, source INSEE). Ainsi, les indemnités journalières maternité et paternité ont progressé de 1,4% et 3,6% respectivement en 2007, après des hausses de 3,6% et 5,2% en 2006. Les IJ paternité poursuivent leur montée en charge et restent plus dynamiques que les IJ maternité.

Pour 2008, la prévision retient l'hypothèse d'un nombre de naissances stable par rapport à 2007 et d'une progression des IJ paternité toujours plus rapide que celle des IJ maternité. Leur croissance serait respectivement de 4,6% et de 3,1%.

Les prestations d'assurance décès sont en léger recul

En 2007, les prestations d'assurance décès se sont élevées à 157,8 M€ et sont en légère baisse par rapport à 2006 (-1,1%), à un rythme prolongeant la tendance enregistrée en 2006 (-1,3%).

Celle-ci se poursuivrait en 2008 avec des prestations en recul de 0,9% par rapport à 2007.

La décélération des pensions d'invalidité se confirme en 2007

La progression en volume des pensions d'invalidité s'est ralentie en 2006 (3% contre 5,6% en 2005) et en 2007 (1,2%).

Le ralentissement est d'origine démographique : la dernière génération creuse, celle de 1945, a dépassé les 60 ans en 2005 et ne relève plus du dispositif invalidité de la branche maladie. Les générations suivantes, celles du baby boom, sont de taille comparable entre elles, ce qui équilibre entrées et sorties de la tranche d'âge à forte prévalence d'invalidité (les 50-60 ans) depuis 2007 (cf. fiche 9-9).

Compte tenu de ces effets démographiques, la croissance en volume serait de +1,2% en 2008. Avec une revalorisation de 1,8% en 2006 et 2007 et de 1,4% en 2008⁴⁴, la progression en valeur des pensions d'invalidité s'est établie à +4,8% en 2006, à +3,0% en 2007 et serait de +2,6% en 2008.

⁴⁴ Incluant la revalorisation exceptionnelle de 0,8 point au 1^{er} septembre 2008.

Graphique 1 - Evolution comparée des IJ maternité (régime général), du nombre de naissances et du PIB

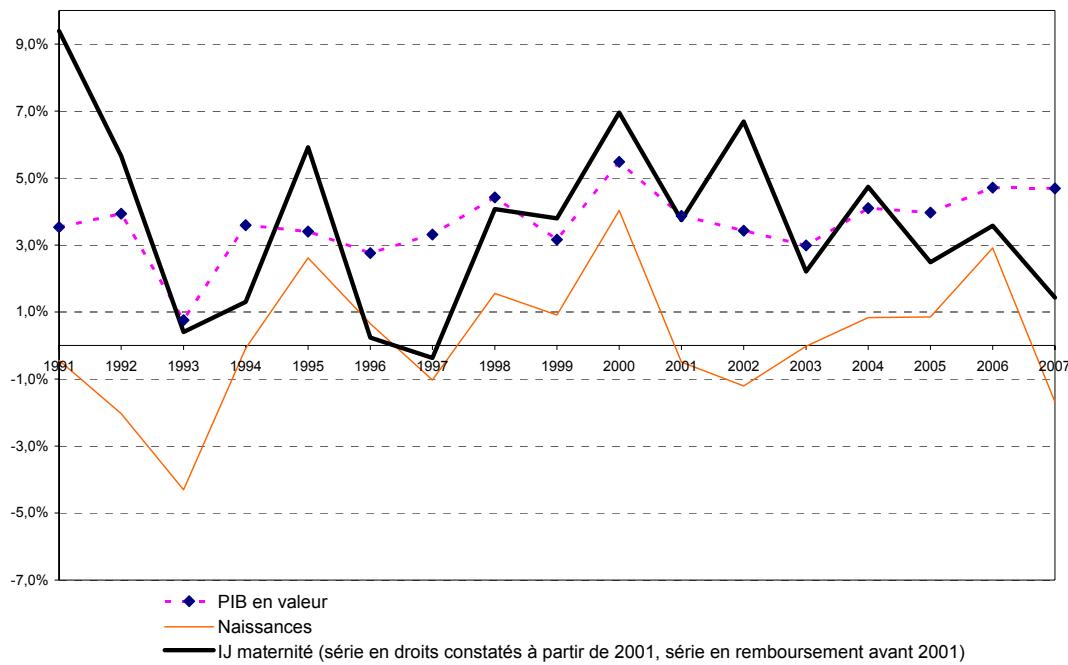


Tableau 1 - Les indemnités journalières, maternité et paternité (régime général)

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
Total	2 451	2 516	2,7%	2 609	3,7%	2 651	1,6%	2 736	3,2%
donc IJ maternité	2 272	2 329	2,5%	2 412	3,6%	2 447	1,4%	2 522	3,1%
donc IJ paternité	179	187	4,9%	197	5,2%	204	3,6%	214	4,6%

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

Tableau 2 - Les prestations d'assurance décès (régime général)

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
Montant	158	162	2,0%	160	-1,3%	158	-1,1%	156	-0,9%

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

Tableau 3 - Les pensions d'invalidité (régime général)

	2004	2005	2006	2007	2008
Montants	3 781	4 072	4 269	4 398	4 511
Progression en valeur	8,1%	7,7%	4,8%	3,0%	2,6%
dont revalorisation	1,7%	2,0%	1,8%	1,8%	1,4%
dont effet volume	6,3%	5,6%	3,0%	1,2%	1,2%

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

Une croissance modérée des prestations d'incapacité permanente

La progression en volume des rentes d'incapacité permanente en AT-MP est légèrement plus rapide en 2007 (+1,0%) qu'en 2006 (+0,8%). Avec une revalorisation identique à celle de 2006 (+1,8%), la croissance en valeur des rentes s'établit à 2,9% en 2007, contre 2,7% en 2006. Les indemnités en capital forfaitaire (victimes atteintes d'une incapacité permanente inférieure à 10%) sont en revanche très dynamiques avec une progression de +12,8% en 2007, mais elles ne représentent que 4% des prestations d'incapacité permanente.

Pour 2008, la prévision retient l'hypothèse d'une croissance en volume qui demeurerait modérée (+1,2%) pour l'ensemble des prestations d'incapacité permanente. Avec une revalorisation de 1,4%⁴⁵ au 1er janvier 2008, la croissance de ces prestations s'établirait à 2,6 % en 2008.

Le poids du financement des fonds liés à l'amiante (FCAATA et FIVA) continue de s'accroître

La prise en charge des maladies liées à l'amiante a donné lieu à la création de fonds spécifiques : FCAATA (depuis 1999) et FIVA (depuis 2001). Les sommes versées par ces fonds n'entrent pas dans le champ des prestations du régime général, mais la branche AT-MP en est le principal financeur (depuis 2000 pour le FCAATA, et depuis 2001 pour le FIVA).

En 2007, les dotations de la branche AT-MP aux fonds amiante ont globalement progressé de 100 M€ (+100 M€ pour le FCAATA, stabilité pour le FIVA) pour atteindre 1,115 Md€. Compte tenu d'une progression de 50 M€ pour le FCAATA en 2008, elles s'élèveront à 1,165 Md€ en 2008.

Le solde du FCAATA (fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante) se rapproche progressivement de l'équilibre

On observe un ralentissement des charges du fonds qui traduit la fin de la montée en charge du dispositif. Les dépenses du fonds ont augmenté de 5% en 2007, après 11% en 2006 et 21% en 2005. Cette décélération 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 entrée et en sortie. Le flux annuel de nouveaux allocataires admis à titre collectif poursuit la baisse entamée en 2004 (-5% en 2007) et inversement, les sorties du dispositif pour départ à la retraite progressent fortement (+11% en 2007). La prévision fait l'hypothèse d'une stabilité du stock moyen d'allocataires en 2008 (cf. graphique 2), ce qui conduit à retenir un taux de croissance des charges de +1,4% en 2008 (+0,3% en volume, +1,1% de revalorisation).

Par ailleurs, la dynamique des recettes du fonds s'explique principalement par celle des dotations de la CNAM AT-MP qui constituent l'essentiel (92%) de ses produits. Cette dotation est passée de 700 M€ en 2006 à 800 M€ en 2007, puis à 850 M€ en 2008. Les autres ressources, les droits sur la consommation des tabacs et la contribution due par les employeurs (au titre des salariés ou anciens salariés bénéficiaires de l'allocation), s'élèvent respectivement à 30 et 35 M€ en 2007⁴⁶. Ces recettes devraient se maintenir à ce niveau en 2008. Les produits du fonds qui ont progressé de 14% en 2007, devraient donc augmenter de 5% en 2008.

En 2007, le déficit du fonds a été de 55 M€. En 2008, les charges augmentant moins vite que les recettes, le fonds se rapprocherait de l'équilibre avec un déficit de 20 M€.

⁴⁵ Incluant la revalorisation exceptionnelle de 0,8 point au 1^{er} septembre 2008.

⁴⁶ Le moindre rendement de la contribution due par les employeurs en 2006 (23 M€) était dû à une régularisation comptable.

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

	2004	2005	2006	2007	2008	En millions d'euros
Montants	3 598	3 677	3 774	3 882	3 981	
Progression en valeur	4,0%	2,2%	2,7%	2,9%	2,6%	
dont revalorisation	1,7%	2,0%	1,8%	1,8%	1,4%	
dont effet volume	2,2%	0,2%	0,8%	1,0%	1,2%	

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

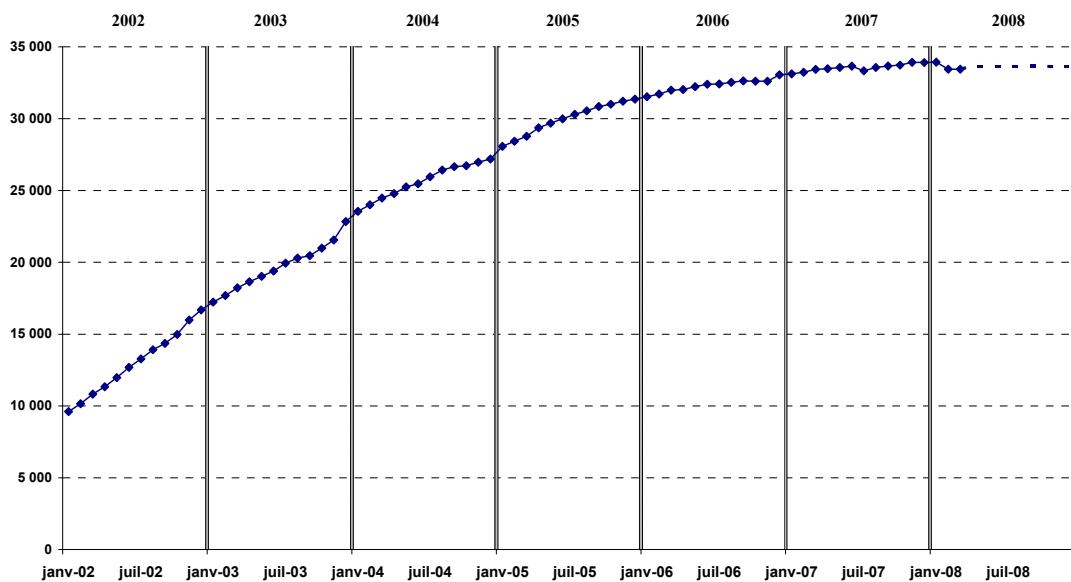
Tableau 5 - Les dotations de la CNAM AT-MP aux fonds liés à l'amiante

	2004	2005	2006	2007	2008	En millions d'euros
au FCAATA	500	600	700	800	850	
au FIVA	100	200	315	315	315	
Total annuel	600	800	1 015	1 115	1 165	
Total cumulé (*)	2 467	3 267	4 282	5 397	6 562	

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

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

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



Source : CNAM-AT, statistiques arrêtées au 31/03/2008

Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) à l'équilibre en 2007 et en 2008

L'année 2007 a été une année record en termes de demandes adressées au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (+20,6% par rapport à l'année 2006). Cette forte augmentation peut être imputée au recul de la date de prescription des demandes d'indemnisation dont la maladie a été constatée avant le 31 décembre 2003 ; initialement fixée au 31 décembre 2006, elle a été repoussée d'un an en raison de l'afflux de dossiers.

Le FIVA a répondu à cet accroissement d'activité en augmentant de 10,7% le nombre d'offres formulées en retour. Toutefois, le total des dépenses d'indemnisation a diminué de 10% en 2007 par rapport à 2006. Cela est dû à la diminution importante du coût moyen des indemnisations en 2007 en raison d'une part, de l'accroissement de la proportion de maladies bénignes traitées par le fonds et d'autre part, de l'augmentation de la proportion d'indemnisations complémentaires (donc pour un montant plus faible) pour les maladies graves.

En 2008, le fonds pourrait continuer d'augmenter le nombre d'offres proposées en raison de nouveaux recrutements en personnel ainsi que grâce à l'externalisation des contentieux indemnitaires. Cependant, compte tenu de la part croissante des indemnisations complémentaires et des maladies bénignes, le FIVA présenterait un solde net positif en 2008 (+21,3 M€) à dotations de la CNAM et de l'Etat inchangées.

Par décision du Conseil d'administration du FIVA le 22 avril 2008, la partie extrapatrimoniale du barème du FIVA a été revalorisée de 8,7% pour les dossiers qui parviendraient au fonds à compter du 1er juin 2008. Les préjudices extrapatrimoniaux ou personnels, qui comprennent les préjudices moraux, physiques, d'agréments et esthétiques, sont versés sous forme de capital quel que soit le montant accordé. Ce barème défini en 2003 n'avait jamais été revalorisé. L'impact financier sur l'année 2008 devrait être quasiment nul, compte tenu des délais de procédure.

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.

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

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

Comptes du FCAATA

En millions d'euros

FCAATA	2 005	2 006	%	2 007	%	2008 (p)	%
CHARGES	789	874	10,8	921	5,3	933	1,3
Charges gérées par la CNAM AT-MP	678	754	11,3	795	5,4	806	1,4
ACAAATA brute (yc cotisations maladie, CSG et CRDS) (1)	549	608	10,8	638	5,0	648	1,5
Prise en charge de cotisations d'assurance volontaire vieillesse	118	134	13,7	144	7,3	144	0,5
Charges de gestion des CRAM	11	12	10,8	13	5,1	13	1,5
Charges gérées par la CDC	111	120	8,0	126	4,7	128	1,2
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	103	117	13,3	122	4,1	123	1,4
IREC (AGIRC + ARRCO)	85	96	13,4	100	3,7	101	1,6
IRCANTEC	1	1	24,0	1	13,3	1	-6,7
Retraite complémentaire à 60 ans (ASF + AGFF)	18	20	12,4	21	5,5	21	0,8
Charges de gestion CDC (yc dotation aux provisions)	8	4	-57,0	4	24,6	4	-4,5
Charges financières CDC	0	0	-	0	-	0	-
PRODUITS	697	756	8,4	865	14,5	913	5,5
Contribution de la CNAM AT-MP	600	700	16,7	800	14,3	850	6,3
Droits sur les tabacs (centralisés par la CDC)	29	32	10,1	30	-7,1	28	-5,9
Produits financiers CDC	0	1	++	0	-23,3	0	-
Contribution employeurs (2)	68	23	-65,6	35	50,6	35	-1,3
dont reprise sur provision		6		3		3	
Résultat net	-92	-118		-55		-20	
Résultat cumulée depuis 2000 (3)	-86	-204		-260		-280	

Source : données FCAATA (1999 à 2007), prévision DSS 2008

(1) ACAATA = Allocation de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante.

(2) Le rendement de la contribution employeur de 2005 incluait 15M€ au titre de 2004 (année de création de la contribution).

(3) Le résultat 1999, conséquence de l'avance de l'Etat, a été repris par l'Etat.

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

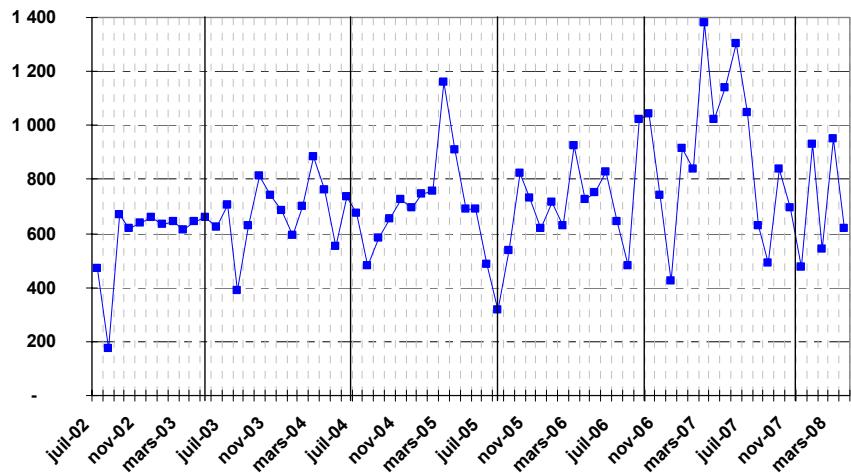
Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) a été mis en place par la LFSS 2001 et le décret d'application du 23 octobre 2001 pour prendre en charge l'indemnisation (en réparation intégrale de leurs préjudices) des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante (contractées ou non dans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

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

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

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

Graphique 3 - Flux mensuel de dossiers de nouvelles victimes enregistrés par le FIVA



Source : FIVA, statistiques arrêtées au 30/04/2008

Comptes du FIVA

	2005	2006	%	2007	%	2008 (p)	%
CHARGES	432	392	-9,1%	356	-9,2%	377	5,8%
Indemnisations (dont provisions)	427	387	-9,3%	350	-9,6%	371	6,1%
Autres charges	5	5	8,0%	6	18,5%	6	-6,3%
PRODUITS	347	402	16,0%	402	-0,2%	399	-0,8%
Contribution de la CNAM AT-MP	200	315	57,5%	315	0,0%	315	0,0%
Contribution de l'état	52	48	-8,7%	48	0,0%	50	5,3%
Autres produits (dont reprises sur provision)	95	40	-57,9%	39	-1,8%	34	-14,5%
Résultat net	-	85	10	--	45	--	21
Résultat cumulé depuis 2001	251	261	4,0%	306	17,4%	327	7,0%

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

THEME 9
ECLAIRAGES MALADIE

9-1

L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS AU REGARD DES BESOINS

Même si la France se caractérisait par une densité importante de généralistes dont le nombre croissait jusqu'au début des années 2000, la baisse attendue de cette densité combinée à une répartition territoriale très inégale conduit à s'interroger particulièrement sur cette répartition. La présente fiche propose d'élargir l'analyse usuelle en intégrant d'autres éléments de l'offre de soins de premier recours et en prenant en compte diverses caractéristiques de la demande (cf. encadré 1) au moyen d'outils statistiques (cf. encadré 2).

Un accès inégal aux soins de généralistes, malgré une offre importante

Au début des années 2000, le nombre de généralistes en France a atteint un sommet qui a laissé subsister de fortes disparités au niveau départemental

Selon la définition de l'OCDE, la France est, en 2006, un des pays les mieux dotés en généralistes (cf. graphique 1). La notion retenue par l'OCDE se confond avec la notion d'omnipraticien qui regroupe les généralistes libéraux et salariés, et les diplômés de médecine générale exerçant une compétence particulière. On dénombre fin 2006 101 500 omnipraticiens, dont environ 54 000 sont des généralistes libéraux. La densité correspondante est de 88 généralistes pour 100 000 habitants. Selon les dernières projections de la DREES, datant de 2004 et prochainement réactualisées, cette densité devrait désormais baisser et de manière continue jusqu'en 2025, terme de la projection.

La population des généralistes se caractérise par une forte part de praticiens en secteur 1 (médecins ne facturant pas de dépassements) : 91% en 2006. La part des généralistes de plus de 55 ans est de 28%. La répartition des médecins sur le territoire, et plus particulièrement des généralistes, est très inégale. En effet, la densité varie de 61 généralistes pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis à 120 en Haute-Vienne.

La prise en compte des caractéristiques de l'offre de généralistes accentue les disparités d'accès aux soins

L'analyse statistique met en évidence le fait que certains départements cumulent une assez faible densité médicale et une faible part de généralistes en secteur 1, notamment les départements d'Ile-de-France, à l'exclusion de Paris. Ceux-ci ont une densité moyenne de 69 généralistes pour 100 000 habitants couplée à une part de généralistes en secteur 1 de 77% en moyenne. Les départements ayant relativement peu de généralistes en secteur 1 ont de faibles niveaux d'activité. En effet, les médecins de secteur 2 disposent des dépassements comme outil supplémentaire d'ajustement de leurs revenus. Certains départements, situés autour de l'Ile-de-France, se caractérisent par de faibles densités relatives et une population de généralistes âgée, ce qui risque à terme d'accentuer ce phénomène. C'est le cas de l'Aube, du Cher, de l'Eure, de la Nièvre, de l'Orne et de la Sarthe qui comptent en moyenne 73 généralistes pour 100 000 habitants dont 33% ont plus de 55 ans.

L'offre globale de premier recours semble mal répartie à l'aune des besoins au niveau local

L'offre complémentaire des paramédicaux libéraux ne compense pas les disparités de dotations en généralistes

L'analyse statistique révèle que les départements ayant une plus faible densité en médecins généralistes ont aussi pour la plupart de plus faibles densités en infirmières et en masseurs-kinésithérapeutes libéraux. La répartition des paramédicaux ne compense donc pas la répartition des généralistes.

Encadré 1. Cadre d'analyse de la répartition de l'offre de soins de premier recours

La notion d'offre de soins premier recours

Le premier recours s'entend ici d'une part comme le premier diagnostic et la porte d'entrée vers des soins de spécialistes et d'autre part comme le fait de dispenser de manière régulière des soins identifiés et prescrits et des soins pour des maladies épisodiques mais courantes.

Les acteurs de l'offre de soins de premier recours

Dans le secteur libéral, les soins dispensés par les généralistes sont complétées par ceux dispensés par les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes (MK) libéraux qui dépendent des prescriptions des premiers. Il convient également de tenir compte des services d'urgence qui pour une part de leur activité peuvent être amenés à constituer un substitut de l'offre libérale.

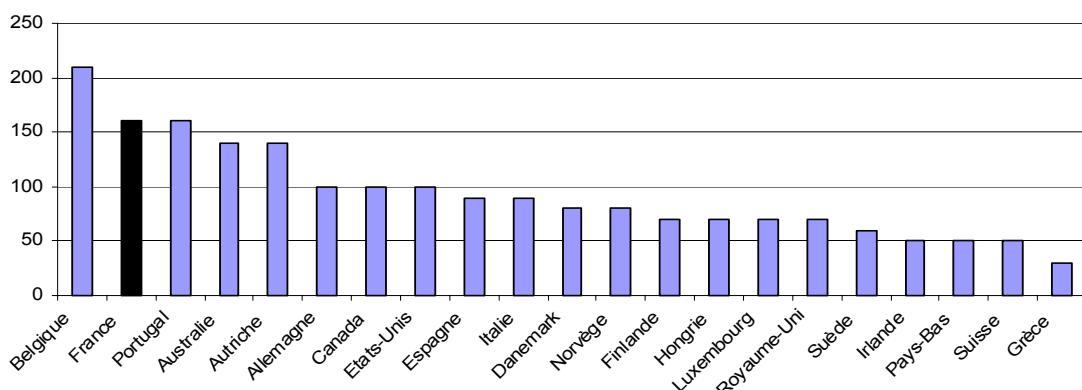
Les effectifs au regard de la demande de soins

Pour rendre compte de l'adéquation entre l'offre et la demande, l'analyse statistique s'appuie sur la densité de chaque type d'offreur de soins. Les sources utilisées sont le SNIR (système national inter-régimes) pour les densités libérales de généralistes, d'infirmières et de MK et la SAE (statistique annuelle des établissements) pour les effectifs de médecins et d'infirmières des services d'urgence.

Toutefois certains éléments qualitatifs concernant les besoins permettent d'enrichir l'analyse des disparités. Ainsi, l'analyse statistique menée ici prend en compte la part des plus de 65 ans dans la population (source INSEE) mais aussi celle des personnes en affection de longue durée (ALD) (source CNAM).

Par exemple, un département ayant une forte proportion de personnes âgées dans sa population, ou une forte part d'ALD, justifiera une présence plus importante de professionnels de santé du fait de besoins en soins plus importants. Un département ayant peu de professionnels de santé et une population âgée élevée est à considérer comme moins bien doté qu'un département avec le même nombre de professionnels mais moins de personnes âgées.

Graphique 1. Comparaison internationale de la dotation en médecins généralistes
(Densité pour 100 000 habitants)



Source : OCDE.

Champ : L'OCDE considère comme médecins généralistes les praticiens qui ne limitent pas leur activité à certaines catégories de pathologies, pourvoient des soins de premier recours et assurent la coordination vers les soins de spécialistes. L'OCDE retient donc les généralistes travaillant en secteur ambulatoire et salariés.

Sur les 25 départements dont la densité de généralistes est inférieure à 80 pour 100 000 habitants, seul trois ont une densité d'infirmières ou de masseurs-kinésithérapeutes (MK) supérieure à la moyenne nationale.

La prise en compte des médecins et des infirmières de services d'urgence se traduit par des effets différenciés par département⁴⁷

Certains départements moins dotés en généralistes voient leur situation améliorée par la prise en compte des services d'urgence. Huit des 25 départements ayant une densité de généralistes inférieure à 80 ont une densité de médecins de service d'urgence supérieure à la moyenne nationale. Trois autres ont une densité d'infirmières de ces services supérieures à la moyenne. Par contre, la moindre dotation de généralistes d'autres départements est accentuée par la faiblesse de leurs services d'urgence. Huit de ces 25 départements ont une densité de médecins en urgence inférieure à 10 pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale est de 13.

Les départements les mieux dotés sont généralement ceux qui ont des besoins spécifiques

Il ressort de l'analyse statistique que ce sont en général les départements à forte population âgée, élément facteur d'une demande plus importante, qui ont une densité de généralistes proche de la moyenne et une part de généralistes en secteur 1 forte⁴⁸. De la même manière, les fortes densités en infirmières ou en MK répondent à des besoins spécifiques. Là où la part des personnes en affection de longue durée (ALD) est forte, la densité de MK est généralement élevée, et là où la population est plus âgée que la moyenne, la densité d'infirmières est importante.

Cartographie de l'adéquation de l'offre de premier recours à la demande

L'analyse statistique a permis de construire cinq groupes de départements des moins bien aux mieux dotés relativement à la demande estimée à partir de la part de la population âgée et en ALD (cf. carte 2).

Le premier groupe, constitué de 13 départements presque tous situés autour de Paris, se caractérise par une faible offre libérale, un accès aux soins amoindri par un secteur 1 ou des services d'urgence peu importants, et des perspectives incertaines car la part des médecins âgés est supérieure à la moyenne nationale.

Le second groupe est formé par 16 départements, quasiment tous situés dans la moitié nord de la France. Ces départements ont une densité de médecins généralistes autour de la moyenne et une densité de paramédicaux faible. La part des médecins âgés y est souvent très élevée, l'activité moyenne aussi.

Le troisième groupe est composé de sept départements en situation fragile. La densité de généralistes varie entre 76 et 90 et la part des médecins de moins de 55 ans est au dessus de la moyenne. Toutefois, l'activité moyenne y est élevée et les effectifs des services d'urgence comme la densité de paramédicaux sont en dessous de la moyenne nationale.

Le quatrième groupe est composé de 26 départements bien dotés, surtout de l'est et du sud. Ces départements ont soit une densité de généralistes plutôt élevée avec des services d'urgence et des densités de paramédicaux importants, soit de fortes densités de généralistes mais des services d'urgences et des densités de paramédicaux plus modérés.

⁴⁷ Statistiquement, ce résultat se traduit par une faible corrélation de la densité départementale de généralistes avec la densité de médecins d'urgence et avec la densité d'infirmières d'urgence.

⁴⁸ Sur 34 départements dans lesquels les plus de 65 ans représentent plus de 20 % (contre 18% en France métropolitaine), 24 ont une densité de généralistes supérieure à 82 pour 100 000 habitants et 22 ont une part de généralistes de secteur 1 supérieure à 96%.

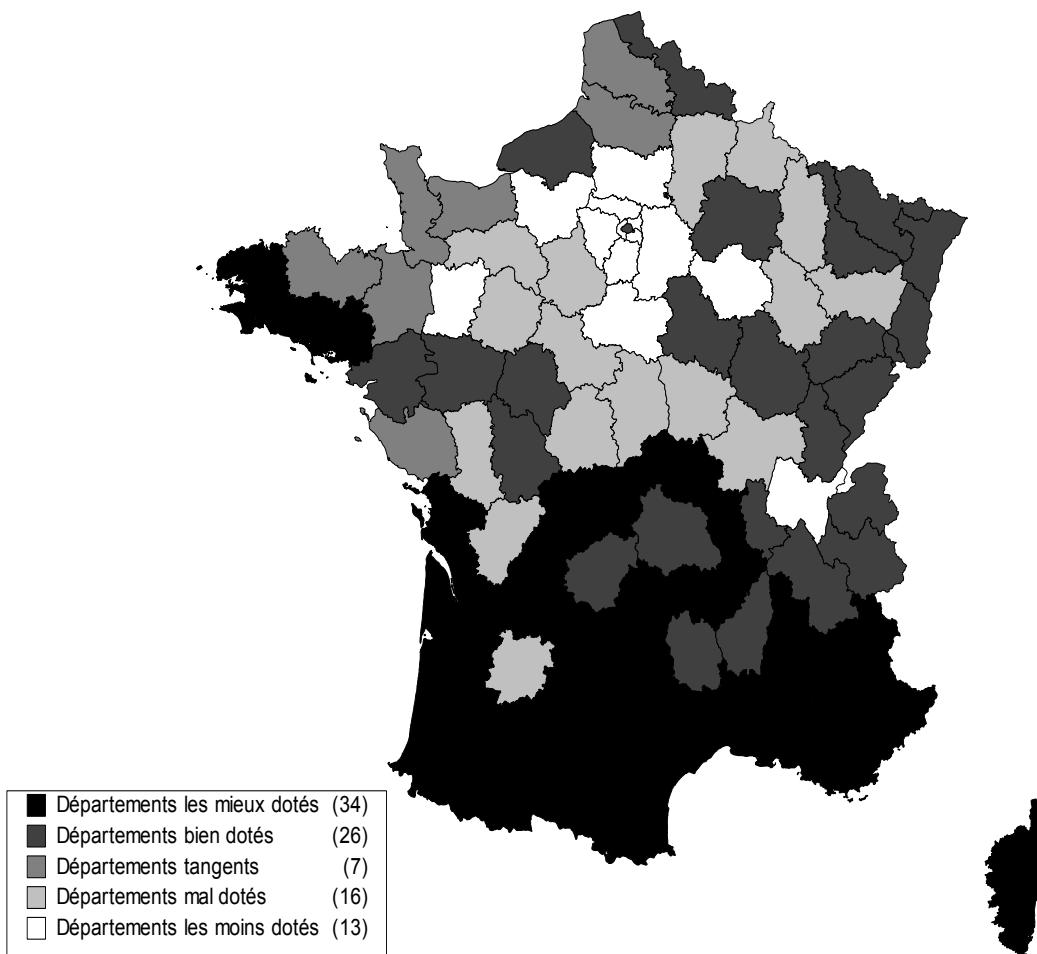
Le cinquième groupe est surtout composé de départements du sud. Ces départements sont très bien dotés en offre libérale et en services d'urgence même une fois corrigés de la variable âge et, dans une moindre mesure, de la part des ALD.

Encadré 2. L'analyse statistique

Dans un premier temps, l'analyse a porté sur l'identification des corrélations entre variables, ce qui a permis de dégager **des faits stylisés concernant l'offre de premier recours en France**. A l'échantillon des 96 départements et des variables est appliquée l'analyse en composantes principales (ACP), méthode permettant de synthétiser l'hétérogénéité d'un ensemble de variables en quelques axes appelés composantes ou axes principaux. Ces axes synthétisent les caractéristiques communes qu'entretiennent les variables entre elles.

Dans un second temps, un **classement des départements selon leur offre de premier recours** a été réalisé afin d'aboutir à une cartographie.

Carte 2. Dotation en offre de soins de premier recours au regard des besoins estimés



9-2

LES CURES THERMALES

Les dépenses remboursées par le régime général au titre des cures thermales s'élèvent à 165,7 millions d'euros en 2007 et sont relativement stables (+0,8% de croissance moyenne entre 2000 et 2007). La part de l'activité des établissements thermaux prise en charge est importante. Selon le Conseil national des exploitants thermaux (CNETh), les cures thermales remboursées par l'assurance maladie représentent 74% du chiffre d'affaires total de ces établissements.

Le secteur très hétérogène des cures thermales

Hétérogène sur le plan géographique

Le paysage des cures thermales apparaît tout d'abord singulier quant à la répartition géographique des stations thermales puisque les populations de départements entiers ne disposent pas de soins thermaux de proximité. Les 108 stations thermales et les 112 établissements habilités par le Ministère de la santé à dispenser une cure thermale que compte le territoire français apparaissent très inégalement répartis. Situées pour la plupart au sud d'une ligne allant d'Arcachon à Thionville, 69% des villes thermales sont concentrés dans cinq régions (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées et Auvergne). Leur implantation s'appuie sur les spécificités géologiques et hydrologiques du relief français. Selon les éléments fournis par la CNAMTS concernant la répartition des curistes (cf. graphique 1), la demande de cures thermales émane essentiellement des départements où sont implantées les stations thermales et des départements limitrophes. Ainsi, il semblerait que cette demande de soins spécifiques puisse être induite par l'existence même d'une offre de soins de proximité.

Hétérogène au regard de la gravité des affections traitées

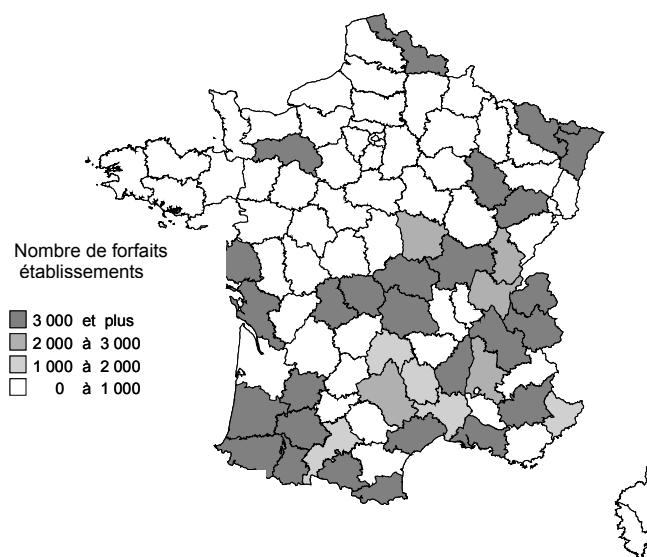
La situation des cures thermales paraît ensuite disparate si l'on s'attache à la gravité des affections qui sont traitées. Le spectre des orientations thérapeutiques qui peuvent motiver une prise en charge par l'assurance maladie est très étendu (cf. graphique 2). Deux indications thérapeutiques (rhumatologie et troubles des voies respiratoires) sur les douze retenues représentent près de 84% de la fréquentation et sont pratiquées dans respectivement 87 et 38 stations thermales. L'ensemble des autres orientations⁴⁹, de fréquence moindre, se partage 16% des prises en charge. Pourtant, les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) sont notamment peu nombreuses à bénéficier de ce type de soins. Seulement 6,5% des forfaits versés aux établissements concernent des personnes en ALD. Au total, 17% des dépenses liées aux cures thermales sont consacrées à cette population alors qu'elle génère 60% des dépenses remboursées par le régime général.

Une grande diversité des profils des curistes pris en charge

En termes de typologie du public des cures thermales, 58% sont des femmes. Un tiers des curistes, probablement de jeunes retraités, sont âgés de 60 à 69 ans (voir graphique 3). Si l'on ajoute la tranche d'âge des 70 à 79 ans, cette proportion passe à 60%. Les curistes de

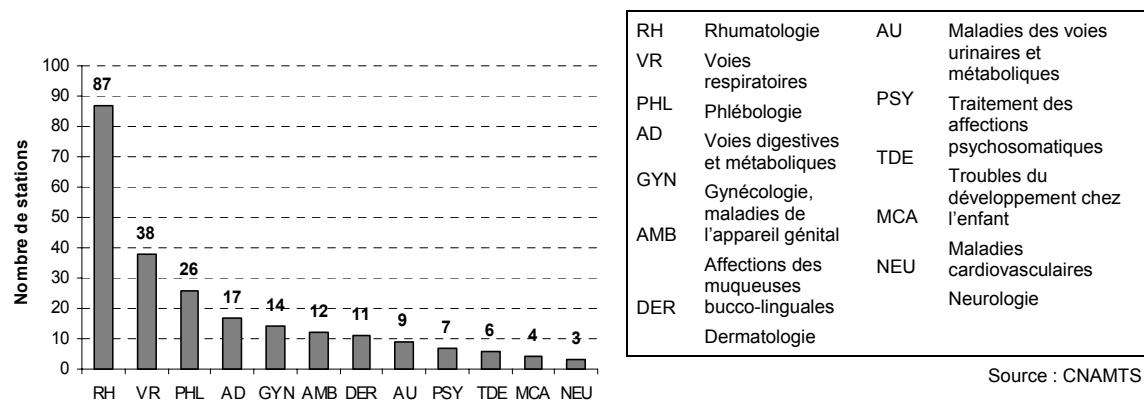
⁴⁹ Affections des muqueuses bucco-linguaes, affections digestives, affections psychosomatiques, affections urinaires, dermatologie, gynécologie, maladies cardio-artérielles, neurologie, phlébologie et troubles du développement chez l'enfant).

Graphique 1- Départements de domiciliation des personnes ayant suivi une cure thermale en 2007

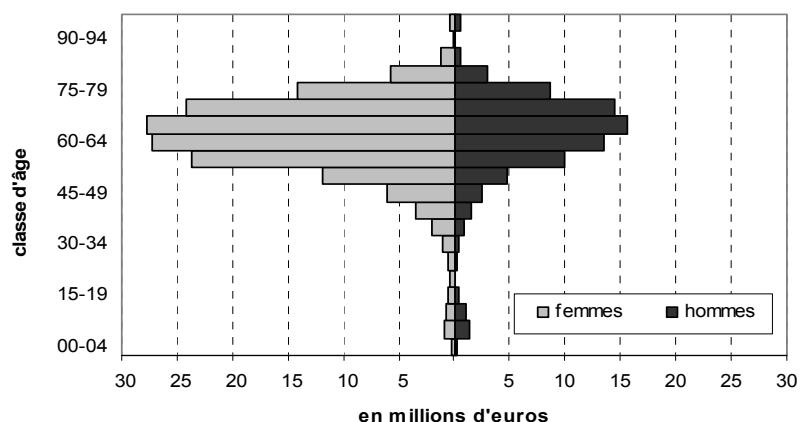


Source : SNIIRAM

Graphique 2 - Orientations thérapeutiques des établissements thermaux en 2006



Graphique 3 - Dépenses remboursées des cures thermales par âge et par sexe en 2007



Source : SNIIRAM – Régime général

plus de 60 ans engendrent 68% des dépenses des cures alors qu'ils représentent moins de 21% de la population et 47,2% des dépenses remboursées. En outre, ils bénéficient de 64% des cures en raison principalement de troubles rhumatismaux, de troubles affectant les voies respiratoires ou relevant de la phlébologie. Les enfants et les jeunes de moins de 20 ans sont quant à eux, concernés par 7% des cures et sont soignés pour d'autres types d'affections : celles des voies respiratoires ou dans une moindre mesure, des affections relevant de la dermatologie. Ils génèrent près de 2% des dépenses de cures thermales alors qu'ils représentent 25% de la population.

Un secteur dont l'impact économique est mal connu

La fréquentation des établissements thermaux par les assurés sociaux n'est pas atone. Elle a augmenté en moyenne de +7,3% entre 2000 et 2003 mais a diminué depuis 2003. En 2006, le nombre de curistes s'élève à 414 800 pour la France entière (-4,3% par rapport à 2003).

L'activité économique du thermalisme n'est connue pour l'essentiel qu'au travers des statistiques du CNETh. En 2007, 90% des établissements sont situés dans des communes de moins de 10 000 habitants. Selon cette même source, les cures thermales médicales représenteraient en moyenne 74% du chiffre d'affaires total des établissements thermaux. L'INSEE estime que les activités thermales et de thalassothérapie occupent 5 188 salariés en équivalent temps plein pour un chiffre d'affaires global annuel de 342 M€ en 2006.

La prise en charge des cures thermales est très variable selon les pays

En France, pour être prise en charge par l'assurance maladie, la cure thermale doit obligatoirement être prescrite par un médecin ou un chirurgien-dentiste. La durée de prise en charge d'une cure thermale est fixée à 18 jours de traitement. Le montant de la prise en charge est de 70 % des forfaits de surveillance médicale et des pratiques médicales complémentaires et de 65 % du forfait thermal, ces forfaits étant fixés sur la base de tarifs conventionnels (voir tableau 1). Selon les ressources de l'assuré, les frais de déplacement et d'hébergement peuvent être pris en charge. La position de la France vis-à-vis des modalités de prise en charge des cures thermales par le système de protection sociale peut être illustrée par quelques exemples² qui tendent à montrer qu'en règle générale, la prise en charge des cures thermales est nettement moins développée dans d'autres grands pays européens.

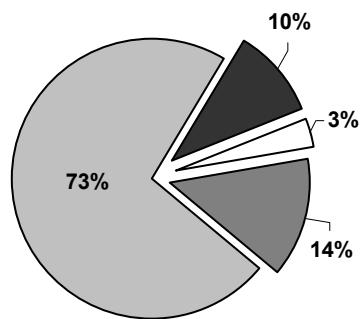
En Angleterre, l'assurance maladie ne prend pas en charge les cures thermales.

L'Allemagne ne prend plus en charge aucune cure thermale depuis le 1^{er} janvier 2004 suite à la promulgation de la loi de modernisation de l'assurance maladie en 2003.

En Italie, les cures thermales sont prises en charge par le Système Sanitaire National (SSN) après prescription d'un médecin généraliste ou spécialiste. Le SSN prend en charge généralement un seul cycle de thérapie thermale qui comprend 12 jours de cures. Sa participation est complète pour les patients exonérés. Le reste à charge s'élève à 3,10€ par ordonnance pour les patients avec exemption partielle et au maximum à 50€ par cycle de cure pour tous les autres. Selon les estimations obtenues auprès du Ministère de la santé, la prise en charge des cures thermales coûterait environ 130 M€ pour un chiffre d'affaires total du secteur thermal (à l'exception des produits de l'activité hôtelière) de 708 M€ en 2005.

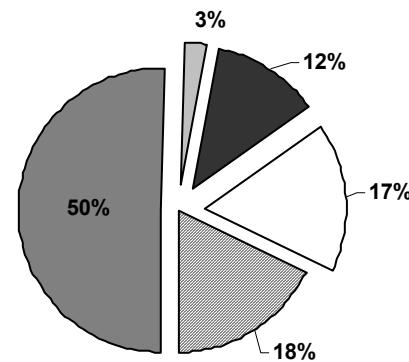
² Les modalités de prise en charge étrangères sont issues des bases de données MISSOC, *La protection sociale dans les états membres de l'Union européenne*, situation au 1^{er} juillet 2007 ainsi que des données recueillies auprès des conseillers pour les affaires sociales .

Graphique 4 – Part des dépenses remboursées au titre des cures thermales en fonction de la nature des prestations remboursées en 2007



- Honoraire médicaux
- Forfaits établissement
- Frais de déplacement
- Indemnités journalières

Graphique 5 – Part des dépenses remboursées au titre des cures thermales en fonction de la situation de l'assuré au regard d'une exonération éventuelle du ticket modérateur en 2007



- Sans exonération
- Exonération au titre de l'Assurance AT
- Exonération au titre de certains régimes (ex. pensionnés)
- Exonération au titre des affections de longue durée
- Exonérations diverses (ex. 6e mois de grossesse)

Tableau 1 - Les modalités de prise en charge des cures thermales en France au 10/04/2007

	Montant	Taux de remboursement			Plafond de ressources pour bénéficier des prestations supplémentaires de l'assurance maladie
		Maladie	Maladie 100% Acc. du travail	Invalidité	
Honoraires médicaux					
Forfait de surveillance médicale	Tarifs conventionnels fixés à : - 64,03 € pour un médecin conventionné - 74,03 € pour un médecin ayant souscrit un contrat de bonne pratique de surveillance thermal - 6,86 € pour un médecin non conventionné	70%	100%		Pas de plafond de ressources
Pratiques médicales complémentaires	A la séance sur la base de tarifs conventionnels	70%	100%		Pas de plafond de ressources
Forfait thermal	Tarif forfaitaire conventionnel, variable selon l'orientation thérapeutique de la cure et le type de forfait	65%	100%		Pas de plafond de ressources
Prestations supplémentaires					
Frais de transport	Base : tarif SNCF, 2e classe, aller-retour	65%	100%		Plafond de ressources annuel applicable : - assuré seul 14 664,38 € - majoration de 50% par personne à charge (7 332,19 €)
Frais d'hébergement	Base de remboursement Sécurité sociale Forfait de 150,01 €	65%	100%		
Indemnités journalières	Montant des indemnités journalières accordées en cas de maladie	–	–		Plafond de ressources annuel applicable : - assuré seul 32 184 € - majoration de 50% de ce plafond par personne à charge

Source : AMELI

³ Les remboursements qui concernent les assurés atteints d'une affection de longue durée portent sur l'ensemble des soins de cure qui leur sont dispensés, avec ou sans prise en charge intégrale.

9-3

LA DYNAMIQUE DU TRANSPORT DES MALADES

En 2007, les remboursements de transports de malades des caisses d'assurance maladie se sont élevés à presque 3 milliards d'euros, soit 4,3 % des dépenses de soins de ville et 2% du total des dépenses de l'ONDAM. Ces frais se répartissent en quatre catégories : les transports en ambulance (42 %) et les transports en VSL (véhicules sanitaires légers, 25 %), qui sont tous deux assurés par les entreprises de transports sanitaires, les transports en taxi (29 %) et les autres moyens de transport, dont le train (4 %).

Les dépenses de transports, qui bénéficient d'un taux moyen de remboursement élevé, sont très dynamiques

Après une période de croissance très modérée⁵⁰ entre 1994 et 1997 (1,7 % par an), les dépenses remboursées de transports de malades ont vu leur croissance s'accélérer pour devenir un des postes les plus dynamiques des soins de ville (cf. graphique 1). Entre 1997 et 2006, les dépenses en transport ont augmenté de 8,7 % en moyenne annuelle contre 5,7 % par an pour l'ensemble des soins de ville. Cette forte croissance est due en grande partie à la progression des dépenses d'ambulances (11,7 %) et de transports en taxis et autres véhicules (12,1 %) alors que les dépenses de VSL ont augmenté modérément (2,9 %).

Le taux de remboursement moyen des frais de transports est très élevé (de l'ordre de 94 % en 2007). En effet, plus de 90% des dépenses de transport sont prises en charge à 100 % ; en particulier, 73 % des frais de transport sont remboursés à des patients en ALD. Ce taux de prise en charge est relativement stable dans le temps (il était de 96,2% en 1994).

L'augmentation des dépenses s'explique surtout par une augmentation des volumes

De 1999 à 2007, l'augmentation de la dépense est liée à l'augmentation des volumes. En effet, il semble que plus des trois quarts de l'augmentation moyenne des dépenses sur la période s'explique par une hausse des volumes (cf. tableau 1).

L'écart entre les deux taux d'évolution traduit un effet prix, et un effet de structure⁵¹. De 1999 à 2004, l'effet de structure est important puisque la part de marché des ambulances est passée de 34 % à 41,5 % au détriment de celle des VSL qui s'est réduite de 42 % à 30 %. En revanche, en 2005 et 2006, l'écart s'explique par un effet prix du fait des revalorisations tarifaires des VSL et des ambulances (4 % en 2005 et 2 % en 2006).

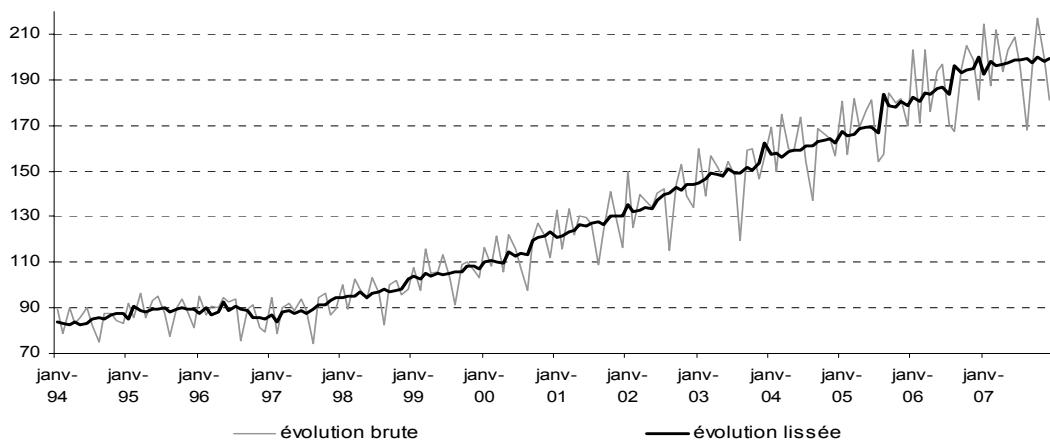
Les efforts de maîtrise des dépenses ont permis un ralentissement en 2007

En 2007, la croissance des dépenses de transport a ralenti ; le taux d'évolution des dépenses en valeur est passé à 5 %. L'explication vient essentiellement d'un ralentissement fort de l'évolution des volumes qui passent d'un taux d'augmentation de 6,6% entre 2005 et 2006 à 3,4 % entre 2006 et 2007. Ce ralentissement s'explique principalement par celui des prescriptions. En particulier, la mise en place d'un référentiel de prescription médicalisée des transports opposable aux prescripteurs, ainsi que de dispositifs de contrôle et de sanctions, a permis de ralentir la forte croissance de ce poste de dépenses. La maîtrise et le contrôle des dépenses de transports vont se poursuivre. Depuis 2007, mais surtout en 2008, des accords d'initiative locale sont mis en place, dans le cadre de la maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville.

⁵⁰ Pendant laquelle est mise en œuvre la suppression de la prise en charge systématique des transports pour des soins ambulatoires dans le 1^{er} trimestre d'hospitalisation

⁵¹ L'effet structure est une modification des parts de marché entre les acteurs. Lorsqu'est observée une augmentation de la part des ambulances au détriment de la part des VSL, l'effet de structure est positif et correspond à une hausse de la dépense à volume inchangé étant donné qu'un transport en ambulance coûte plus de trois fois plus cher qu'un transport en VSL.

Graphique 1. Evolution des dépenses du régime général en transport de malades
(en millions d'euros)



Source : CNAM. Champ : régime général, données en date de soins.

Tableau 1. Taux de croissance des dépenses remboursées en volume et en valeur

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 (p)	TCAM 1999-2006
Evolution en volume	6,8%	6,9%	8,5%	7,6%	7,3%	5,6%	6,6%	3,4%	7,1%
Evolution en valeur	8,4%	9,8%	9,5%	8,6%	7,5%	7,3%	9,1%	5,0%	8,6%

Source : calculs réalisés par la DSS à partir des dépenses remboursées de la CNAM en date de soins à fin décembre 2007⁵².

La maîtrise des dépenses de transport par le contrôle des prescripteurs

L'action de maîtrise s'est concentrée sur les prescripteurs. Cette action a commencé par la publication d'un décret et d'un arrêté, en décembre 2006, instituant un nouveau référentiel médical de prescription des transports. Ce nouveau référentiel est opposable aux prescripteurs. Il définit des critères médicaux et de dépendance pour la prescription d'un mode de transport donné. Le remboursement se fait sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient. Par conséquent, le bénéfice d'une ALD n'ouvre pas droit automatiquement à une prescription de transport en ambulance, VSL ou taxi.

Ces nouvelles règles se sont accompagnées d'un plan d'action de l'assurance maladie à mi-2007. Il a consisté dans un premier temps en une campagne de communication avec envoi à tous les médecins prescripteurs des nouveaux référentiels. Puis, dans un deuxième temps, il s'est traduit par un contrôle des médecins « surprescripteurs » pouvant éventuellement entraîner des sanctions.

Par ailleurs, des accords d'initiative locale (AIL) de maîtrise médicalisée des dépenses de transport sont mis en place entre missions régionales de santé (MRS) et établissements hospitaliers. Les AIL incitent les médecins à limiter leurs prescriptions de transport en échange d'un intéressement de leur hôpital aux économies réalisées.

⁵² La dépense en volume est construite à partir de la dépense remboursée en valeur du régime général. Elle lui est déflatée d'un indice de coût du transport pour l'assurance maladie.

9-4

T2A : PASSAGE A 100% ET CONSEQUENCES POUR LES ETABLISSEMENTS

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) introduite en 2004 consiste, pour les établissements jusque là financés par dotation globale (ex-DG)⁵³, à être désormais rémunérés sur la base de l'activité réalisée pour les disciplines de médecine chirurgie et obstétrique (MCO). La transition entre les deux modes de financement s'effectue jusqu'en 2012 de manière progressive. Toutefois, à partir de 2008, le dispositif transitoire est modifié avec le passage de la T2A à 100% accompagné de l'instauration de coefficients de transition modulés par établissement, comme pour les cliniques privées.

Un dispositif de transition désormais similaire à celui des cliniques privées

Jusqu'en 2008, le dispositif transitoire mis en place dans les établissements de santé ex-DG consistait à faire progresser la part tarifée à l'activité (dite "fraction T2A"). Ainsi, l'activité des établissements était valorisée selon les tarifs nationaux à hauteur d'une fraction qui augmentait tous les ans (10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007) et qui devait atteindre 100% en 2012. Le reste était versé sous forme de dotation faisant office "d'amortisseur", la dotation annuelle complémentaire (DAC)⁵⁴.

Le passage à la tarification à 100% est anticipé dès 2008. Le dispositif transitoire a été par conséquent modifié : il se traduit désormais par l'application aux tarifs nationaux de coefficients de transition annuels modulés par établissement (cf. tableau 1). La modification du schéma de transition a pour objectif de favoriser les établissements les plus dynamiques ainsi que la création d'activités nouvelles et les restructurations qui restaient freinées par le maintien de la DAC. Par ailleurs, cela permet de simplifier le modèle de tarification où existaient des activités déjà tarifées à 100% (chirurgie ambulatoire et hospitalisation à domicile) afin de les rendre plus incitatives.

L'impact du passage à 100% du tarif sur les recettes des établissements

L'application des coefficients de transition aux tarifs nationaux permet de limiter l'impact de la T2A sur le budget des établissements pour leur permettre d'engager des restructurations. Les établissements historiquement "sur-dotés" facturent leur activité au tarif national affecté d'un coefficient supérieur à 1. A l'inverse, les établissements historiquement "sous-dotés" ont un coefficient inférieur à 1. En 2012, au terme du processus de convergence, tous les coefficients seront égaux à 1 et la masse financière qui aura ainsi été redistribuée entre l'ensemble des établissements représente aujourd'hui environ 540 M€.

En analysant l'impact du passage à la T2A à 100% sur les recettes des établissements ex-DG par catégorie d'établissements, il apparaît que les pertes liées à la convergence sont concentrées sur certaines catégories d'établissements, à savoir les centres hospitaliers régionaux (CHR), qui représentent près de 40% de la masse financière des établissements ex-DG, et les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (cf. tableau 2). Ainsi, pour l'ensemble des CHR perdant à la convergence, à activité constante, la perte serait de plus de 300 M€, soit 2,9% des recettes d'activité de ces établissements. En revanche, les autres centres hospitaliers, qui sont les plus nombreux, seraient majoritairement (les deux tiers d'entre eux) bénéficiaires avec un gain estimé à près de 390 M€, soit 2,6% des recettes générées par cette catégorie d'établissements.

⁵³ Il s'agit des établissements publics, des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), ainsi que de quelques établissements à but non lucratif non PSPH.

⁵⁴ Voir la fiche 9-1 du rapport de la CCSS de septembre 2005 (p. 141)

Tableau 1 : processus de montée en charge de la réforme de la T2A

	2004 à 2007	2008 à 2012
Établissements ex-DG*	Augmentation progressive de la fraction T2A : de 10% en 2004 à 50% en 2007. Diminution progressive de la DAC : de 90% en 2004 à 50% en 2007	Fraction T2A = 100% Application de coefficients de transition aux tarifs nationaux, par établissement Convergence vers 1 des coefficients de transition Suppression de la DAC dès 2008
Cliniques privées	T2A à 100% depuis 2005 Application de coefficients de transition aux tarifs nationaux par établissement. Convergence vers 1 des coefficients de transition	

*Établissements publics, privés participant au service public hospitalier (PSPH), ainsi que certains établissements à but non lucratif non PSPH.

Modalités de calcul des coefficients de transition

Le coefficient de transition est calculé par établissement sur la base d'une estimation des données 2007. Il est égal aux recettes estimées pour 2007 de l'établissement (activité valorisée selon la fraction T2A à 50% plus la DAC à 50%) rapportées aux recettes théoriques obtenues par valorisation de l'activité à 100%. Il a vocation à converger vers 1 pour l'ensemble des établissements à l'horizon 2012 au terme du processus de montée en charge. Le taux de convergence appliqué au coefficient de transition est défini chaque année et pourra être modulé par établissements. En 2008, à titre dérogatoire, l'écart entre le coefficient de transition et la cible (1 en 2012) est réduit de 30% de manière uniforme pour tous les établissements au 1er mars 2008.

Tableau 2 : impact du passage à la T2A sur les recettes des établissements ex-DG en 2008

Catégorie d'établissement	Bilan de la convergence	Nombre d'établissements	Recettes estimées en 2007 DAC 50%+T2A 50% (en M€)	Recettes estimées en 2007 T2A 100% (en M€)	Coefficient de transition initial 1er janvier 2008 (3)=(1)/(2)	Coefficient de transition avec convergence de 30% 1er mars 2008	Gain / perte théorique au terme de la convergence (1)-(2)	Gain / perte théorique par rapport aux recettes totales de la catégorie
Centres hospitaliers CH	gagnants	296	9 672	10 060	0,96	0,97	388	2,6%
	perdants	160	4 823	4 666	1,03	1,02	-157	-1,1%
	total	456	14 495	14 726	0,98	0,99	230	1,6%
Centres hospitaliers régionaux - CHR	gagnants	17	4 354	4 428	0,98	0,99	74	0,7%
	perdants	14	6 616	6 306	1,05	1,03	-310	-2,9%
	total	31	10 970	10 734	1,02	1,02	-236	-2,2%
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	gagnants	12	423	450	0,94	0,96	27	3,3%
	perdants	8	381	366	1,04	1,03	-15	-1,8%
	total	20	805	817	0,99	0,99	12	1,5%
Établissements à but non lucratif, non PSPH*	gagnants	13	331	342	0,97	0,98	12	3,1%
	perdants	3	38	37	1,04	1,03	-1	-0,4%
	total	16	369	379	0,97	0,98	10	2,7%
Établissements à but non lucratif, PSPH*	gagnants	49	686	718	0,96	0,97	32	1,7%
	perdants	61	1 225	1 157	1,06	1,04	-67	-3,6%
	total	110	1 911	1 876	1,02	1,01	-35	-1,9%
Total	gagnants	387	15 466	15 999	0,97	0,98	532	1,9%
	perdants	246	13 083	12 532	1,04	1,03	-551	-1,9%
	total	633	28 549	28 531	1,00	1,00	-18	-0,1%

*PSPH : participant au service public hospitalier

Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Note de lecture : les centres hospitaliers régionaux (CHR) se distinguent des centres hospitaliers (CH) qui assurent la prise en charge des soins aigus, par leur vocation régionale liée à une haute spécialisation et à la formation. Pour les CH gagnants au passage à la T2A à 100%, le gain théorique est estimé à 338 M€ au terme de la convergence (à activité constante), soit 2,6% des recettes générées par l'ensemble des CH. Pour ces établissements, le coefficient de transition appliqué aux tarifs nationaux à compter du 1er mars 2008 est en moyenne égal à 0,97. La somme des gains totaux et les pertes totales de l'ensemble des établissements (-18 M€) est non nulle, cela est dû aux arrondis.

9-5

LA DYNAMIQUE DE LA MASSE SALARIALE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS

L'évolution des effectifs des établissements de santé publics a été marquée dans la période récente par la mise en place de l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) en 2002 puis par un nombre croissant de départs à la retraite. Si la dynamique de la masse salariale du personnel médical a été tirée par des mesures de revalorisation, celle de la masse salariale du personnel non médical s'explique en revanche principalement par la progression des effectifs.

Une forte augmentation de la masse salariale hospitalière depuis 2002

En 2006, les dépenses consacrées au personnel s'élèvent à près de 36,2 Md€ d'après la comptabilité des hôpitaux publics (cf. graphique 1). Elles représentent près de 67% des charges de fonctionnement des établissements de santé. Cette masse salariale a augmenté de 23% (soit plus de 6,8 Md€) sur la période 2001-2006 à un rythme annuel moyen de 4,3% (cf. tableau 1). La progression est particulièrement marquée en 2002 (6,2% cette seule année) et dans une moindre mesure en 2003 en lien avec la mise en place de l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) qui prévoyait la création de 40 500 postes (dont 37 000 non médicaux). Depuis, les dépenses de personnel croissent à un rythme plus modéré en 2005 et 2006 (respectivement 2,5% et 3,9%) que la moyenne de la période. La croissance du coût du personnel s'explique aussi par une progression plus rapide des cotisations sociales que celle de la rémunération nette. Il traduit le recours à des effectifs contractuels pour pallier les difficultés de recrutement de personnel formé liées notamment à la mise en place de l'ARTT. Ceci a eu pour effet d'augmenter le taux de charge des salaires, les charges pesant sur les contractuels étant supérieures à celles des personnels titulaires. La forte croissance des autres charges de personnel entre 2002 et 2004 suggère également le recours au personnel d'intérim durant la période de montée en charge de la réforme.

Plus particulièrement, la structure de la masse salariale évolue en faveur du personnel médical dont la part progresse de 1,7 point en 5 ans pour atteindre 18% en 2006. Cette évolution reflète l'augmentation du coût du personnel médical à un rythme moyen de 6,4% par an depuis 2001 contre 3,5% pour le personnel non médical.

Pour l'analyse, la dynamique de la masse salariale peut se décomposer en une évolution des effectifs d'une part (effet volume), et des rémunérations d'autre part (effet prix).

Des effectifs en forte progression malgré des départs en retraite qui deviennent massifs

Une structure des effectifs relativement stable

En 2006, plus de 900 000 personnes travaillent dans les établissements de santé publics. De manière générale, les effectifs hospitaliers ont augmenté de 11% en 5 ans, soit une augmentation annuelle moyenne de 2,1% (cf. tableau 2), correspondant à 2,3% en équivalent temps plein (ETP). Les évolutions des effectifs ont peu impacté la structure du personnel sur la période récente.

Le personnel médical, constitué uniquement de médecins, compte en 2006 plus de 110 000 personnes, soit 9% du personnel hospitalier (cf. graphique 2). Il enregistre une progression plus faible que les autres catégories de personnel en termes d'effectifs, avec une augmentation moyenne des effectifs physiques de 1,8% par an, mais plus forte en ETP avec 2,9% par an.

Graphique 1 : masse salariale hospitalière des établissements publics de 2001 à 2006

Source : comptabilité publique.

Champ : établissements de santé publics, France entière.

Les "autres charges de personnel" incluent entre autres les reports de charges, les primes d'assurance, les charges de personnel extérieurs à l'établissement, les impôts, taxes et assimilés sur rémunération.

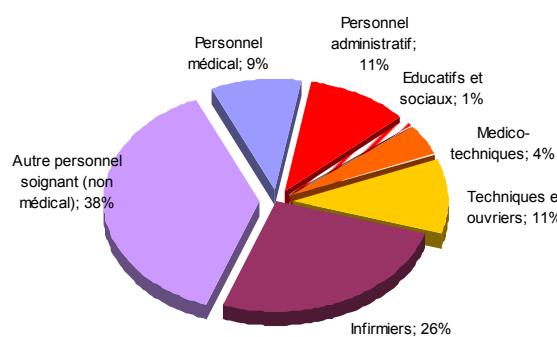
Note de lecture : en 2006, 52,3% des 36,2Md€ de masse salariale des établissements publics de santé était consacrée à la rémunération du personnel non médical.

Tableau 1 : évolution de la masse salariale hospitalière des établissements publics de 2001 à 2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Evolution annuelle moyenne
Charges du personnel non médical	2,8%	5,4%	3,4%	2,9%	2,2%	3,6%	3,5%
Charges du personnel médical	8,4%	7,5%	9,8%	4,4%	5,4%	5,0%	6,4%
Autres charges de personnel	4,6%	9,5%	8,1%	9,2%	-0,6%	4,6%	6,1%
Masse salariale totale	3,8%	6,2%	4,9%	3,8%	2,5%	3,9%	4,3%

Source : comptabilité publique.

Champ : établissements publics, France entière. Les charges de personnel incluent les cotisations sociales.

Graphique 2 : structure du personnel hospitalier dans les établissements de santé publics en 2006 (en équivalent temps plein, ETP)

Source : SAE, données administratives

Champ : France entière. Le graphique présente la structure du personnel en équivalent temps plein (ETP) du personnel salarié et ne prend donc pas en compte les médecins exerçant à titre libéral dans les hôpitaux locaux (2% des effectifs physiques des médecins).

Le reste du personnel hospitalier, le personnel non médical, est constitué à 70% de personnel soignant (dont 41% d'infirmiers). Parmi le personnel non soignant, le personnel administratif représente 11% du personnel total hospitalier et enregistre l'évolution la plus dynamique du personnel non médical, avec une progression plus rapide que les personnels soignants (respectivement 2,9% et 2,1% par an).

Les nombreux départs en retraite d'agents non médicaux observés depuis 2001 devraient encore se renforcer d'ici 2011.

D'après la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), plus de 125 000 personnes sont parties à la retraite entre 2001 et 2006, soit 17% de l'effectif initial (cf. graphique 3). Compte tenu de l'augmentation des effectifs sur cette période (près de 80 000 en 5 ans), les recrutements ont plus que compensé les départs en retraite. Le personnel technique est celui qui a connu proportionnellement le plus de départs avec 21% de son effectif en 2001, suivi par le personnel soignant avec 18% de départs. La forte augmentation de pensionnés observée en 2003 correspondrait à une anticipation de la réforme de la réglementation du régime débutée en 2004. Ce phénomène serait répercute sur 2004, année caractérisée par un nombre de pensions liquidées particulièrement faible par rapport aux années suivantes.

Le nombre de départs continuera d'augmenter au cours des prochaines années d'après les estimations du Conseil d'orientation des retraites (COR). Plus de 180 000 personnes partiront à la retraite entre 2007 et 2013, soit 20% des effectifs non médicaux actuels des établissements publics (en moyenne 26 000 par an contre 21 000 sur la période 2001-2006). La décélération des départs s'amorcerait après un pic de 26 800 personnes prévu en 2011.

Une augmentation de la rémunération moyenne plus forte pour le personnel médical

L'évolution des salaires dans le secteur public peut être approchée en déduisant de la progression de la masse salariale celle des effectifs exprimés en ETP (cf. graphique 4).

Sur cette base, le salaire moyen du personnel médical aurait augmenté à un rythme plus élevé que le salaire moyen du personnel non médical de 2001 à 2006 (+3,6% contre +1,4% par an). En particulier, la masse salariale du personnel médical a progressé plus de deux fois plus rapidement que les effectifs sur la période. Cette évolution s'expliquerait notamment par une meilleure rémunération des médecins qui ont bénéficié de nombreuses mesures de revalorisation et de la création de primes avant comme après la mise en place de l'ARTT : création de l'indemnité de service public exclusif en 2000 (coût de 124 M€), revalorisation de la grille des praticiens hospitaliers (85 M€) en 2000, amélioration du statut des attachés (240 M€) en 2001, revalorisation des gardes de 14,5% en 2003 et de 5% en 2004 (160 M€).

Par ailleurs, le vieillissement des effectifs (43% des praticiens hospitaliers ont plus de 50 ans) contribue à accélérer la dynamique de la masse salariale. La progression de la masse salariale médicale s'expliquerait donc par un effet prix (les salaires) important, notamment sur les années 2001-2003.

En revanche, concernant le personnel non médical, la dynamique de la masse salariale traduit principalement l'effet volume (effectifs) de l'évolution du personnel. Les effectifs en ETP ont progressé à un rythme relativement proche de celui du personnel médical (2,3% contre 2,9% en ETP), mais la masse salariale a augmenté à un rythme nettement moins élevé (3,5% contre 6,4%). La montée en charge des départs en retraite ainsi qu'un début de rajeunissement du personnel non médical (en particulier le personnel soignant) expliquerait la progression modérée de la rémunération moyenne.

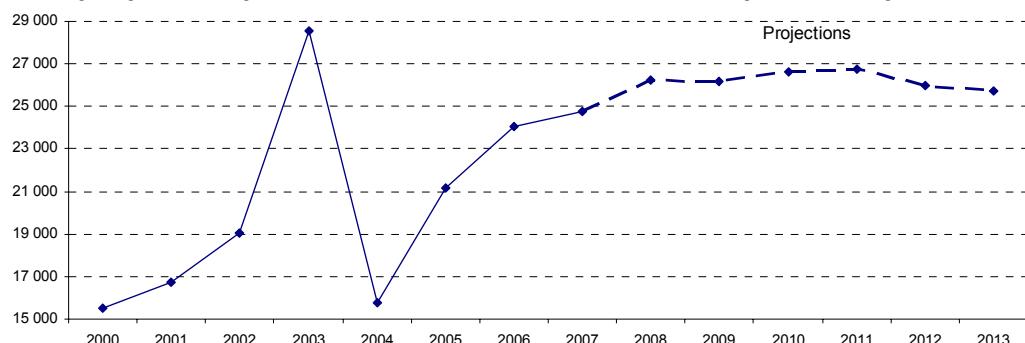
Tableau 2 : évolution des effectifs du personnel hospitalier dans les établissements publics de 2001 à 2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Evolution 2001-2006	Evolution annuelle moyenne
Personnel administratif	82 022	85 673	88 677	91 409	92 622	94 469	15,2%	2,9%
Educatifs et sociaux	9 214	9 534	9 944	10 406	10 779	11 027	19,7%	3,7%
Medico-techniques	36 149	37 562	38 632	39 287	39 571	39 711	9,9%	1,9%
Techniques et ouvriers	87 260	89 492	91 545	93 493	93 438	92 594	6,1%	1,2%
<i>Sous-total personnel non soignant</i>	214 645	222 261	228 798	234 595	236 410	237 801	10,8%	2,1%
Infirmiers	204 686	212 752	217 235	223 983	226 663	229 755	12,2%	2,3%
personnel d'encadrement du personnel soignant	24 883	24 615	24 249	24 472	24 262	24 183	-2,8%	-0,6%
Autre personnel soignant	279 502	292 321	300 240	307 668	310 374	311 807	11,6%	2,2%
<i>Sous-total personnel soignant</i>	509 071	529 688	541 724	556 123	561 299	565 745	11,1%	2,1%
Personnel non médical	723 716	751 949	770 522	790 718	797 709	803 546	11,0%	2,1%
Personnel médical	101 251	103 860	106 030	107 752	109 685	110 796	9,4%	1,8%
TOTAL	824 967	855 809	876 552	898 470	907 394	914 342	10,8%	2,1%

Source : SAE, données administratives, France entière.

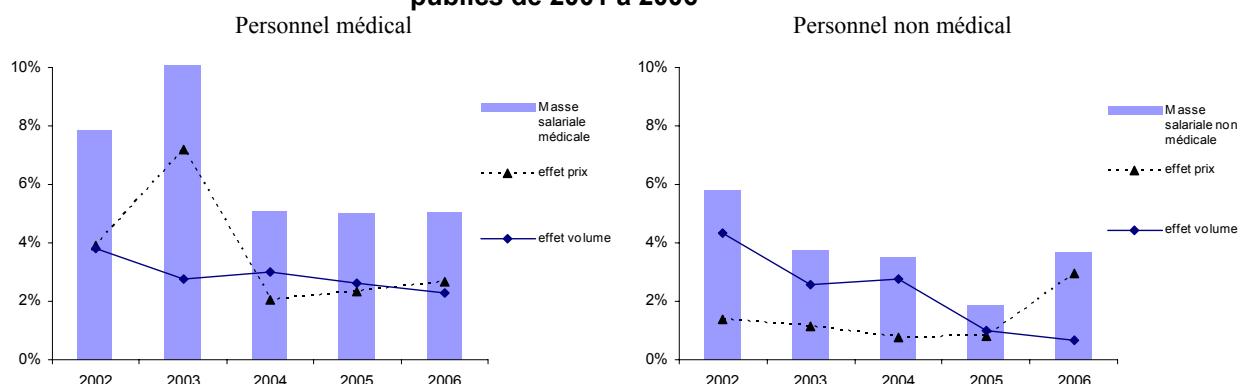
Avertissement méthodologique : compte tenu de la refonte de l'enquête SAE en 2000, les effectifs peuvent être sous-évalués en 2001.

Graphique 3 : départs en retraite des fonctionnaires hospitaliers depuis 2000



Source : CNRACL, COR

Graphique 4 : analyse de la dynamique de la masse salariale des établissements publics de 2001 à 2006



Sources : SAE, comptabilité publique, calculs DSS.

La masse salariale comprend : la rémunération brute, les charges sociales et les "autres charges" qui sont réparties au prorata des charges de personnel.

ANALYSE COMPAREE DU FINANCEMENT DES MEDICAMENTS ONEREUX A L'HOPITAL EN EUROPE

La prise en charge des médicaments hospitaliers onéreux par un budget dédié dit « en sus des prestations d'hospitalisation » ou hors « Groupes Homogènes de séjour (GHS) »⁵⁵ est une constante dans la plupart des pays européens qui ont opté pour une tarification à l'activité (Allemagne, Belgique, Italie et Pays-Bas)⁵⁶. Seules la Suède et l'Angleterre intègrent le financement de ces dépenses dans leur budget global au niveau régional ou local.

La progression rapide des dépenses de médicament onéreux à l'hôpital rend la régulation nécessaire dans tous les pays européens

Le coût élevé des médicaments onéreux inscrits sur la liste en sus de la facturation à l'activité incite les autorités de santé à développer des dispositifs pour contenir la progression de ces dépenses. En France, les dépenses de médicaments inscrits sur la liste en sus au sein des établissements publics ont augmenté de près de 20% par an en moyenne au cours de ces deux dernières années (19,2 % en 2006 et 18,5% en 2007) pour un coût très conséquent de l'ordre de 2,2 Md€ en 2007, soit 40% de la consommation de médicaments à l'hôpital.

Quelles que soient les modalités de fixation des prix des médicaments (libres ou administrés), les médicaments onéreux sont souvent des médicaments innovants pour lesquels les laboratoires sont en situation de monopole. Les pharmaciens hospitaliers des pays étudiés constatent que les laboratoires ne négocient que très peu les prix et que les remises obtenues par les hôpitaux sont en général très limitées. Il existe toutefois de fortes disparités entre ces pays tant en matière de choix des médicaments financés en sus que de modalités de financement retenues. Dans tous les pays, la régulation des médicaments onéreux à l'hôpital s'effectue donc essentiellement par une action sur leur prise en charge.

L'admission (locale ou nationale) au remboursement s'appuie de plus en plus souvent sur l'évaluation du rapport coût-bénéfice thérapeutique des médicaments onéreux

Dans certains pays, comme en Italie, en Suède, en Allemagne et au Royaume-Uni où la gestion des dépenses de santé est décentralisée, la décision de prendre en charge ces produits se fait au niveau régional ou local (cf. tableau 1). Cela pose des problèmes en termes d'équité d'accès aux soins. Par exemple, en Italie, Avastin® (cancer du colon) est pris en charge uniquement en Lombardie. En Angleterre, Herceptin® (cancer du sein) n'était accepté que par certains organismes locaux financeurs avant sa généralisation sur l'ensemble du territoire. La Belgique et les Pays-Bas sont les seuls pays avec la France à assurer une prise en charge uniforme au niveau national.

La nécessité d'une évaluation médico-économique (rapport coût-bénéfice thérapeutique) positive dans les évaluations de type « *Health Technology Assessment* » (HTA)⁵⁷ apparaît comme l'un des meilleurs outils pour limiter la prise en charge des traitements onéreux.

⁵⁵ L'introduction des médicaments particulièrement onéreux dans les tarifs forfaitaires à l'activité (*Diagnosis Related Groups (DRG)* appelés « Groupes Homogènes de séjour (GHS) » en France) destinés à financer l'ensemble des dépenses liées à la prise en charge du patient hospitalisé risquerait d'induire une trop grande hétérogénéité statistique, soit en raison d'une faible proportion de séjours concernés au sein du DRG, soit du coût très élevé de ces produits.

⁵⁶ Cette fiche s'appuie sur l'étude Eurostaf, « *Le financement des médicaments onéreux à l'hôpital – analyse comparée des systèmes européens alternatifs à la liste en sus de la T2A* », déc. 2007.

⁵⁷ L'évaluation de type *Health technology assessment* (HTA) compare le coût pour la collectivité et l'apport thérapeutique d'un produit selon plusieurs critères (apport thérapeutique, rapport coût-bénéfice, stratégie d'utilisation recommandée, population cible...) qui varient selon les pays.

Tableau 1 : Les principales modalités d'inscription sur la liste des médicaments onéreux

Allemagne	<p>Décision d'inscription au niveau fédéral par l'InEK (<i>Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus</i>, Institut pour la tarification à l'activité). Liste actualisée une fois par an qui concerne les médicaments dispensés en hospitalisation complète uniquement. 32 molécules concernées en 2007 (spécialités anticancéreuses, facteurs de coagulation...).</p> <p>Evaluation de type HTA avec critère médico-économique (rapport coût-bénéfice thérapeutique) récente par l'IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen), organisme indépendant créé en 2004, pour les médicaments onéreux uniquement.</p>
Belgique	<p>Décision au niveau national. Inscription des médicaments onéreux au chapitre IV qui comprend entre 600 et 700 médicaments soumis à des conditions particulières de remboursement pour des raisons médicales et/ou budgétaires. 260 spécialités en 2007 (médicaments orphelins, agents cytostatiques, immunoglobulines, albumine, antirétroviraux, et radio-isotopes).</p> <p>Pas d'évaluation HTA avec critère médico-économique pour les médicaments innovants et onéreux.</p>
France	<p>Décision d'inscription sur la liste au niveau national par arrêté ministériel (« liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation » définie par l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale). La première liste établie par l'arrêté ministériel du 4 avril 2005 publié au Journal Officiel du 10 mai 2005 est modifiée au fil de l'eau par publication d'arrêtés au Journal Officiel. 101 spécialités (au 22 mai 2008) (anti-cancéreux, anti-hémorragiques, EPO, immunomodulateurs et médicaments pour maladies orphelines).</p> <p>Evaluation de type HTA par la Commission de transparence de la Haute autorité de santé (HAS) qui fournit un avis en s'appuyant notamment sur : le service médical rendu du médicament, l'amélioration du service médical rendu par rapport à ses comparateurs, le rapport bénéfice/risque. Mais cet avis ne comprend pas de critère médico-économique (rapport coût-bénéfice thérapeutique).</p>
Italie	<p>Décision d'inscription par les <i>Aziende Sanitarie Locali</i> (échelon local qui organise le système de soins pour des zones géographiques qui regroupent environ 300 000 personnes). Les médicaments onéreux sont inscrits dans un cadre plus large appelé « File F » qui est un dossier pharmaceutique contenant toutes les informations nécessaires à la dispensation d'un médicament à un patient. 12 catégories de médicaments sont soumises au « File F » dont au moins 3 peuvent contenir des médicaments onéreux (comme la catégorie 1 « Médicaments innovants de réserve hospitalière »).</p> <p>Evaluation de type HTA, avec critère médico-économique récente, par l'<i>Agenzia Italiana del Farmaco</i>, «AIFA ») pour les médicaments onéreux.</p>
Pays-Bas	<p>Décision d'inscription au niveau national sur la liste des médicaments en sus. Depuis 2007, l'inscription est temporaire et soumise à évaluation de l'efficacité du médicament après 3 ans. Liste rédigée en dénomination commune internationale, qui ne comprend pas les médicaments très onéreux destinés à une faible population (médicaments orphelins) mais contient les génériques lorsqu'ils apparaissent. Aucun médicament n'a été retiré de cette liste depuis sa création.</p> <p>Evaluation de type HTA avec prise en compte du rapport efficacité clinique-coût depuis 2005 par le CVZ (<i>College Voor Zorgverzekerin</i> ou National Health Care Insurance Board), organisme indépendant .</p>
Royaume-Uni^a	<p>Décision d'inscription au niveau national mais les <i>Primary Care Trusts</i> (structures locales d'organisation des soins pour des zones géographiques regroupant 200 000 personnes en moyenne) peuvent décider dans certaines circonstances particulières de financer certains traitements non recommandés ou n'ayant pas fait l'objet d'une approbation. La liste concerne 15 classes thérapeutiques.</p> <p>Evaluation de type HTA avec évaluation du rapport coût-bénéfice thérapeutique des médicaments depuis 1994 par le NICE (<i>National Institute for Clinical Excellence</i>).</p>
Suède	<p>Décision de prise en charge par les régions qui choisissent de les intégrer ou non dans leur budget</p> <p>Evaluation de type HTA quasi-inexistante car la régionalisation des décisions a entraîné l'absence d'évaluation au niveau national. Mais la Suède à la volonté de mettre en place une évaluation de ce type avec critère médico-économique pour les spécialités en forte croissance.</p>

^aAngleterre et Pays de Galles uniquement. Source : D'après Eurostaf (2007) et DDS/6B.

Cela peut conduire à des restrictions d'usage : ainsi, Erbitux®, recommandé aux Pays-Bas pour le traitement du cancer de la tête et du cou, a été refusé au remboursement pour le cancer du colon. La Suède a aussi la volonté de mettre en place des évaluations médico-économiques pour les spécialités en forte croissance. En France, il existe une évaluation de type HTA via la Commission de transparence (cf. tableau 1) qui a un impact sur le prix des médicaments onéreux mais l'évaluation ne prend pas en compte le rapport coût-efficacité thérapeutique du médicament. Les contrats de partage des risques (dits de « *risk sharing* »)⁵⁸ du type de ceux qui viennent d'être signés en Italie et en Angleterre pour des anticancéreux récents pourraient favoriser le développement de ce type d'évaluation.

Un contrôle strict de la prise en charge de ces médicaments dans les pays européens

Dans tous les pays, la possibilité de financer des traitements coûteux en dehors des indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM)⁵⁹ est très rare (cf. tableau 2). En règle générale, les organismes de financement contrôlent les dépenses en vérifiant la prescription avant le remboursement de chaque patient sur des dossiers individuels (Italie et Belgique) ou au moyen d'une autorisation préalable par patient (Belgique et Allemagne). En Suède, les référentiels établis pour encadrer la prescription des médicaments onéreux sont souvent plus limitatifs que le libellé des AMM européennes. Seule la France a un nombre de prescriptions de traitements onéreux hors AMM élevé via les protocoles thérapeutiques temporaires (PTT) et les autorisations temporaires de mise sur le marché (ATU)⁶⁰. De plus, il n'existe pas en France, contrairement à d'autres pays (Belgique, Italie) de contrôle au moment du remboursement ni en amont lors des prescriptions qui sont plus élevées qu'ailleurs en Europe, y compris pour des médicaments dont l'évaluation peut être considérée comme négative comme Erbitux® pour le traitement du cancer du colon.

Les enveloppes limitatives (Royaume-Uni, Suède, Allemagne) et le remboursement partiel des établissements de soins (Pays-Bas, Belgique, France) sont d'autres moyens de maîtrise de la dépense. Aux Pays-Bas, au moins 20% de la dépense de médicaments hospitaliers onéreux reste à la charge des établissements afin d'encourager la bonne gestion. En Suède, le rationnement imposé par les conseils régionaux a parfois été dénoncé par les cliniciens, mais ceux-ci s'accordent souvent sur un objectif d'économie et de « juste prescription ». Ces contraintes incitent parfois à favoriser les soins ambulatoires où la dépense en médicaments onéreux est moins encadrée qu'à l'hôpital, comme en Allemagne, en Italie et aux Pays-Bas.

En Allemagne, d'après une étude récente⁶¹, la liste des médicaments cancéreux financés en tant que médicaments onéreux est beaucoup plus limitée qu'en France car il existe une volonté d'intégrer ces médicaments au sein des DRG ou bien de créer de nouveaux DRG spécifiques pour les financer. Ces médicaments représentent une part limitée du budget de l'hôpital (environ 5%) et des paiements additionnels inférieurs à ceux observés en France.

⁵⁸ Selon ces contrats, si le médicament n'a pas les effets thérapeutiques attendus, le laboratoire s'engage à en diminuer le prix ou à rembourser le financement du traitement sur un nombre prédéterminé de patients aux autorités.

⁵⁹ « *Un médicament ne peut être commercialisé sur le marché français que s'il dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée au niveau national par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ou au niveau européen par l'European Medicines Agency (EMEA). L'AMM repose sur une évaluation du rapport bénéfice/risque à partir des résultats d'essais cliniques. [...]* » (Source : HCAAM, Avis sur le médicament, juin 2006)

⁶⁰ Ces dispositifs uniques en Europe permettent à des patients de bénéficier de médicaments avant leur AMM. Les PTT permettent la prescription sans attendre l'AMM et sans négocier le financement avec les organismes de prise en charge. Les ATU permettent un accès à des médicaments de traitement de maladies graves (lutte contre le Sida) et de certaines maladies orphelines, en l'absence d'autre traitement, avant l'AMM en France (médicaments en cours de développement ou ayant obtenu une AMM à l'étranger). Le coût de ces derniers est financé par la dotation de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC).

⁶¹ Mission T2A, « Modalités de financement de l'activité d'oncologie dans le système allemand de tarification à la pathologie », Rapport, oct. 2007, 20 p.

Tableau 2 : Les différents systèmes de financement des médicaments onéreux

	Contrainte budgétaire	Fixation du prix	Contrôle de la prescription	Restriction du remboursement
Allemagne	Le budget est limité par service bénéficiaire et défini au niveau fédéral par l'Inek puis réparti sur la base de négociations entre hôpitaux et caisses publiques d'assurance maladie. Le financement est restreint à l'hospitalisation complète, ce qui incite au transfert vers l'ambulatoire des soins correspondant à l'hospitalisation de jour (notamment en cancérologie) avec la création de centres médicaux spécialisés dont les contrats avec les caisses d'assurance maladie des Länder sont moins contraignants que le financement à l'hôpital.	La négociation du prix se fait directement par les pharmacies hospitalières avec les laboratoires ou grossistes (les prix sont libres en Allemagne). Ce pays est souvent choisi par les laboratoires pour entrer sur le marché européen car la commercialisation y est très rapide, dès l'AMM.	Des pénalités financières peuvent concerner les médecins spécialistes. Les caisses d'assurance maladie contrôlent les dépenses en exigeant une justification médicale de l'état du patient.	Le contrôle des indications de l'AMM est strict (mais la prescription hors AMM possible au cas par cas après demande d'accord préalable) et il existe des possibilités de restrictions des indications par rapport à l'AMM. Le montant remboursé pour chaque molécule est fonction des quantités cumulées exprimées en mg administrées à un patient pendant son séjour.
Belgique	Le financement relève de la responsabilité des autorités fédérales et des médecins conseils « superviseurs » de l'assurance maladie (Inami).	Le prix maximum est fixé administrativement par les autorités (Comité permanent pour les spécialités pharmaceutiques) en fonction du coût d'importation, de la structure de coût du laboratoire, des prix dans les autres pays, du prix des équivalents thérapeutiques.	Une demande d'autorisation préalable par le médecin conseil de l'assurance maladie et pour 80 spécialités fourniture d'un formulaire standardisé spécifique à chaque médicament (AMM, conditions de remboursement, éléments permettant de vérifier que la prescription est justifiée) rempli par le médecin spécialiste et le pharmacien sont nécessaires pour obtenir le remboursement.	Le contrôle des indications de l'AMM (mais prescription hors AMM possible au cas par cas) est strict mais il existe des possibilités de restrictions des indications par rapport à l'AMM.
France	Il n'existe pas de contrainte stricte, mais le remboursement intégral des médicaments coûteux est depuis 2005 soumis à la signature d'accords du bon usage par les établissements de santé, et peut être réduit jusqu'à 70 % de la part prise en charge par l'assurance maladie (le reste devant être financé sur le budget de l'hôpital).	Depuis 2004, le prix fait l'objet d'un dépôt auprès du Comité économique des produits de santé (CEPS) qui fixe un prix maximum en fonction des prix pratiqués dans certains autres pays européens (Allemagne, Royaume-Uni, Espagne et Italie) et des spécialités équivalentes. Le remboursement de ces médicaments est ensuite effectué à hauteur de ce prix dit « tarif de responsabilité ».	Les contrats de bon usage des médicaments et produits de prestations en vigueur depuis 2005 fixent des engagements aux établissements de santé en matière de pertinence des prescriptions médicamenteuses.	Pas de contrôle strict des indications de l'AMM, mais prescription hors AMM possible (PTT et ATU) et aucune restriction des indications par rapport à l'AMM.
Italie	Il n'existe pas de contrainte stricte, même si les autorités de santé (ASL) souhaitent voir respecté un taux de croissance fixé <i>a priori</i> . Les pharmaciens hospitaliers sont responsabilisés <i>via</i> la conformité du « File F » ou dossier pharmaceutique individuel transmis à l'ASL. Une partie de son salaire dépend du taux de dossiers refusés par l'ASL.	La négociation du prix se fait entre le laboratoire et l'Etat. Le prix des médicaments innovants ne doit pas dépasser le prix moyen dans les autres pays européens, ni le « prix défini » de la classe si le médicament est inclus dans une classe homogène. La loi exige que les laboratoires proposent aux hôpitaux leurs médicaments à un prix inférieur de 50% au prix public dans les pharmacies de ville, d'où une incitation spécifique à la rétrocession (dispensation de médicaments disponibles en ville par la pharmacie hospitalière).	Le « File F » rempli par le pharmacien de l'établissement est contrôlé par l'ASL. Si le dossier est refusé, le coût des médicaments est imputé au budget de l'établissement.	Le contrôle des indications de l'AMM est très strict et la prescription hors AMM est proscrite.
Pays-Bas	Le remboursement de l'hôpital (80 % du prix net des médicaments) par les compagnies d'assurance est partiel afin de favoriser les bonnes pratiques budgétaires. La dispensation par les pharmacies hospitalières notamment en cancérologie est pénalisée par rapport à la dispensation en ambulatoire par les nouvelles sociétés pharmaceutiques (<i>pharmacy care</i>), en raison de la contrainte budgétaire forte qui s'exerce à l'hôpital et non en ville.	Les prix sont fixés librement entre hôpitaux et firmes pharmaceutiques.	Un contrôle budgétaire mensuel détaillé des dépenses est effectué par les autorités de santé (ministère et assurance santé) au cas par cas.	La prescription hors AMM est examinée au cas par cas et quasi-inexistante.
Royaume-Uni¹	Les financeurs de soins locaux (<i>Primary Care Trusts</i>) et la direction de l'hôpital sont les seuls régulateurs des dépenses hospitalières. Les pharmaciens hospitaliers n'ont aucune implication dans la gestion du budget.	La négociation des prix se fait au niveau local entre les hôpitaux et les laboratoires. Les prix peuvent donc varier selon les régions.	L'hôpital doit vérifier pour chaque patient que le PCT dispose des fonds nécessaires pour bénéficier d'un médicament en sus de la facturation à l'activité.	Le contrôle des indications de l'AMM est strict mais la prescription hors AMM est possible au cas par cas et il existe des possibilités de restrictions des indications par rapport à l'AMM.
Suède	Le budget est limité.	Les 21 régions négocient séparément avec les laboratoires.	Le contrôle de la prescription est partagé entre médecins et conseils régionaux (registres de patients).	Le contrôle des indications de l'AMM est strict mais la prescription hors AMM est possible au cas par cas et il existe des possibilités de restrictions des indications par rapport à l'AMM.

¹ Angleterre et Pays de Galles uniquement. Source: D'après Eurostat (2007) et DSS/6B.

ALD : EFFECTIFS ET DEPENSES

Entre 1994 et 2004, la croissance du nombre de personnes en ALD (diabète et cancer notamment) a eu plus d'impact sur l'augmentation des dépenses liées aux ALD que l'évolution en euros constants des coûts moyens des affections : sur cette période, le taux de croissance annuel moyen s'établit à +5,7% pour les effectifs contre +1,0% pour les coûts moyens⁶². Cette fiche fait le point des principaux résultats relatifs aux admissions et effectifs en 2006 après que la réforme de 2005 a mis en place des outils visant une plus grande efficacité de la prise en charge de ces patients au moyen d'un nouveau protocole de soins favorisant la coordination des professionnels de santé⁶³ accompagnée d'une rémunération du médecin traitant dont le coût annuel est d'environ 300M€. Puis elle traite plus spécifiquement de l'évolution des dépenses ALD dans les soins de ville.

La reconnaissance des pathologies composant les ALD s'est accrue en 2006

Les statistiques « d'admissions » sont issues des bases de données médicales de la CNAM. Elles comptabilisent l'ensemble des pathologies nouvellement déclarées pour un patient, qu'il soit déjà en ALD ou nouvel entrant, et à ce titre constituent un bon indicateur de la reconnaissance des maladies composant les ALD. Depuis 10 ans pour le régime général, ces nouvelles déclarations de pathologies croissent au rythme annuel moyen de +4,5%. En 2006, leur nombre s'élève à environ 1 million, France entière, et progresse de +5,7% par rapport à l'année précédente. Les maladies cardiaques (essentiellement hypertension artérielle) et le diabète expliquent la plus grande partie de cette évolution. A l'inverse les « admissions » en affections psychiatriques y contribuent négativement : elles poursuivent une décélération entamée en 2004 qui a fait suite à la redéfinition des critères utilisés⁶⁴.

La croissance des effectifs de patients en ALD, quoiqu'en retrait par rapport aux années précédentes, reste élevée

On ne connaît précisément les effectifs de patients en ALD que depuis 2005⁶⁵. Par rapprochement d'une étude menée en 1994 sur le nombre de ces patients, la croissance moyenne annuelle des effectifs peut être évaluée à +6,1% sur la période 1994-2006. Les dernières données disponibles concernent 2006 et indiquent que les effectifs de patients en ALD du Régime général sont de 7,7 millions⁶⁶, soit environ 9 millions de personnes tous régimes. Par rapport à 2005, cela représente une augmentation de +3,6%, qui demeure élevée mais qui semble marquer une inflexion par rapport à la période précédente. La meilleure reconnaissance des ALD permet désormais d'augmenter le nombre moyen d'affections déclarées par bénéficiaire⁶⁷, et plus spécifiquement les pathologies dites « facteurs de risque » comme le diabète et l'hypertension artérielle. Néanmoins, l'augmentation du nombre de patients en ALD reste importante, la croissance des dépenses a repris en 2007.

⁶² Point de repère n°3 - CNAM- Octobre 2006.

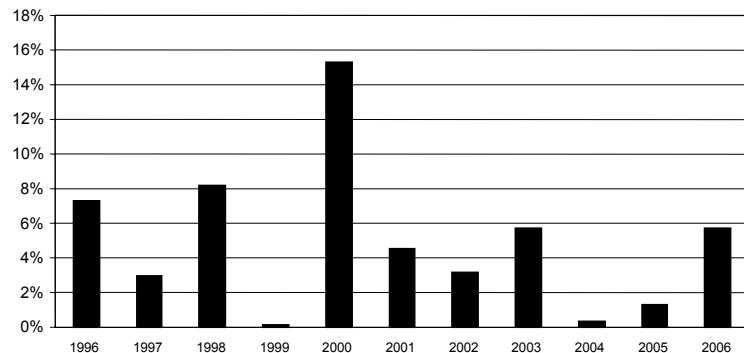
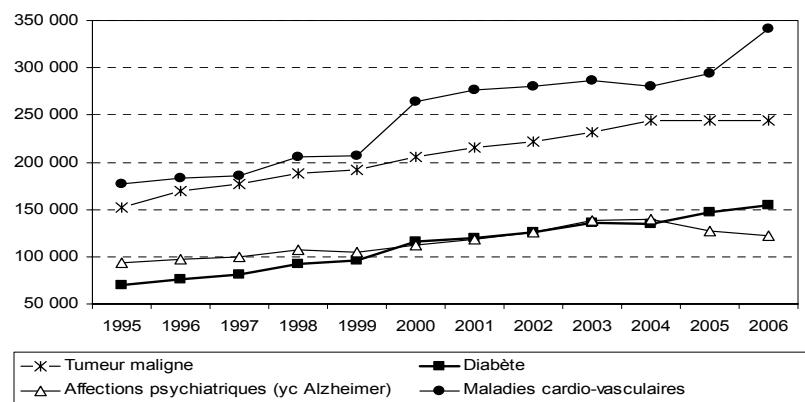
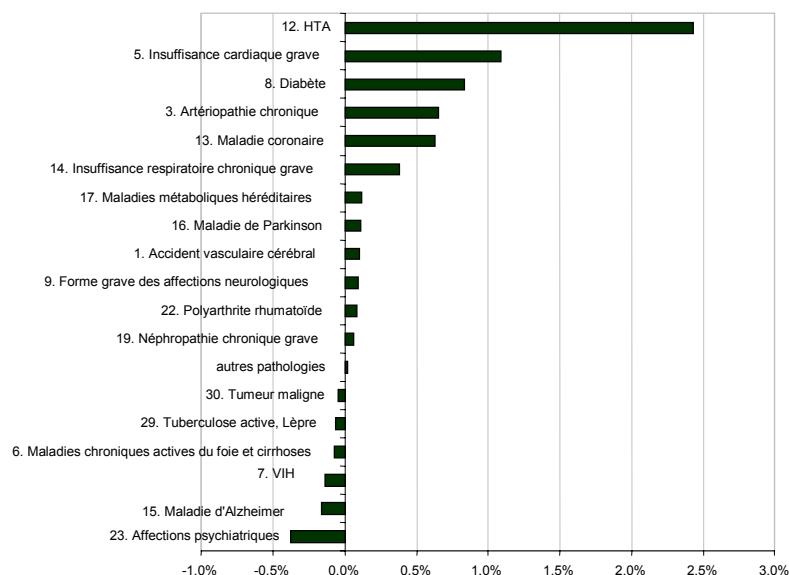
⁶³ Cf. fiche 9-3 de la CCSS de septembre 2006.

⁶⁴ Désormais, le patient doit être atteint de troubles psychiatriques depuis au moins une année.

⁶⁵ date à laquelle la CNAM a mis en place l'étude « fréquence et coûts » qui apparie les données du service médical à celles des informations issues des remboursements de soins

⁶⁶ Champ des ALD 32.

⁶⁷ le nombre moyen d'affections déclarées par patient en ALD passe de 1,165 à 1,183 entre 2005 et 2006. Cf. Point de repère n°9 –CNAME- septembre 2007.

Graphique 1 : Evolution des admissions en ALD (Source : CNAM)**Graphique 2 : Evolution du nombre annuel d'admissions relatives aux pathologies les plus représentées (Source : CNAM)****Graphique 3 : Contribution à la croissance 2006 des admissions en ALD par affection (Source : CNAM)**

Forte croissance des dépenses au titre des ALD

On s'intéresse ici aux évolutions des dépenses de soins de ville. Ces données sont issues du suivi statistique des dépenses exonérées au titre d'une ALD⁶⁸.

Tableau 1 : Evolutions de la dépense remboursable - soins de ville

	Evolutions de la dépense remboursable			contribution à la croissance		
	ALD	NON ALD	TOTAL	ALD	NON ALD	ALD/TOTAL
2003/2002	10,4%	4,3%	6,2%	3,3%	2,9%	53,0%
2004/2003	11,8%	1,5%	4,9%	3,9%	1,0%	79,9%
2005/2004	8,9%	1,1%	3,9%	3,1%	0,7%	79,0%
2006/2005	6,3%	0,8%	2,8%	2,3%	0,5%	82,0%
2007/2006	9,4%	1,9%	4,7%	3,5%	1,2%	74,5%
Moyenne	9,4%	1,9%	4,5%	3,2%	1,3%	73,7%

source CNAM – redressements DSS

La croissance des dépenses d'ALD est sans commune mesure avec celles des dépenses non ALD : +9,4% contre respectivement +1,9% pour les dépenses non-ALD en moyenne sur la période étudiée. Associé à un poids élevé, ce dynamisme se traduit par une contribution des ALD de 73,7% à la croissance des dépenses de soins de ville entre 2003 et 2006.

La croissance des dépenses d'ALD s'est un peu ralentie en 2005 et 2006 et plus particulièrement sur le poste médicament en lien avec les plans de baisse de prix et déremboursements mis en œuvre sur la période. Dans une moindre mesure, on constate un ralentissement de la consommation d'actes d'auxiliaires et de biologie. Concernant la biologie les mesures de refonte de la nomenclature ont certainement contribué à cette modération, cette analyse étant corroborée par les taux constatés sur les non-ALD.

Les dépenses ALD dans le champ des soins de ville ont de nouveau accéléré en 2007 pour atteindre une croissance de +9,4%. La reprise touche essentiellement les postes qui ont déceléré en 2005 et 2006. S'agissant du poste transport, la croissance des dépenses avoisine des taux de l'ordre de 8%. Celui des honoraires médicaux varie entre 8% et 10% ; en 2007, il est de 10% alors même que l'effet prix lié au forfait de 40€ par malade ALD n'a plus d'impact sur son évolution.⁶⁹ Dans l'évolution de 2007, les médicaments et les dispositifs médicaux pèsent pour 55% avec une progression de 9%. A l'intérieur de ce poste ce sont les médicaments vignétés à 65%, les médicaments d'exception et les dispositifs médicaux qui augmentent le plus rapidement. Viennent ensuite les remboursements d'actes d'auxiliaires médicaux qui contribuent pour presque 20% à la croissance avec une dynamique de 11%. Enfin les honoraires expliquent environ 16% de la progression des soins de ville avec une croissance de 10,2%.

Le meilleur respect de l'ordonnancier bzone rapporte en moyenne 80 M€ par an

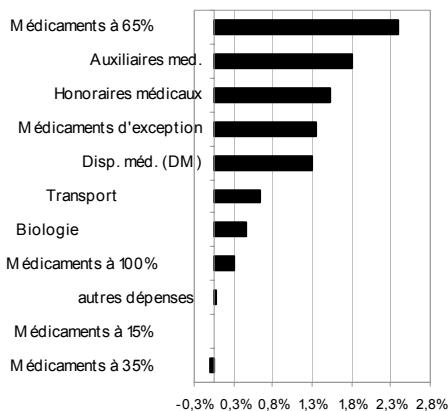
Depuis 2005, la part des dépenses sans rapport avec l'ALD dans la dépense remboursable totale des patients en ALD tend à augmenter. En 2004, ce ratio était à 19,1%. Il atteint 20,2% en 2007 alors que, si la croissance s'était poursuivie sur son rythme antérieur (-0,7 point par an), il aurait été de 17%. Les efforts engagés ont donc permis de réaliser une économie moyenne de 80 M€ chaque année⁷⁰. Près des 2/3 de cette économie peuvent être imputés sur le poste médicaments.

⁶⁸ Le champ examiné est celui des soins de ville hors IJ, et hors scanner-IRMN. Les années 2005 et 2004 font l'objet d'un redressement dont les modalités sont retracées dans l'encadré méthodologique n°1 de la fiche 9-3 de la CCSS de septembre 2006.

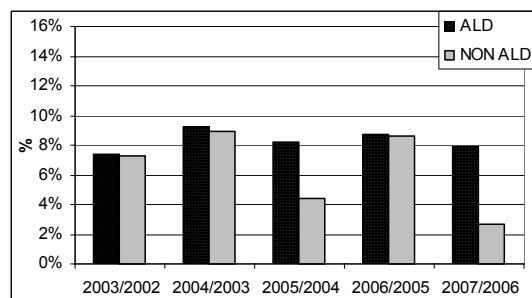
⁶⁹ L'effet prix lié au forfait 40€ a été de 4 points en 2005 et de 3,3 points en 2006 (Cf. graphique 9).

⁷⁰ En 2005, les économies réalisées grâce au meilleur respect de l'ordonnancier ont été évaluées à 88M€ tous régimes, respectivement 80M€ et 73M€ en 2006 et 2007 (Source : CNAM).

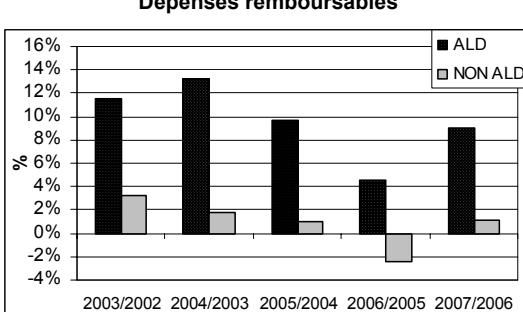
Graphique 4 : Contributions à la croissance 2007 des dépenses exonérées d'ALD par grands postes de dépenses de soins de ville



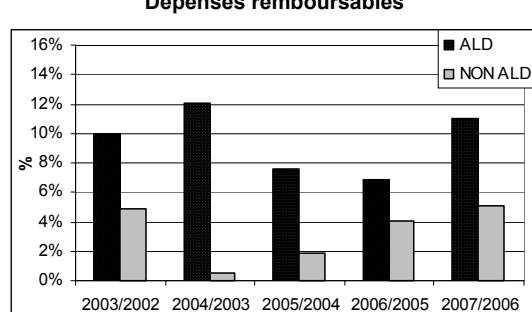
Graphique 5 : Croissance des dépenses de Transports en ville depuis 2003
Dépenses remboursables



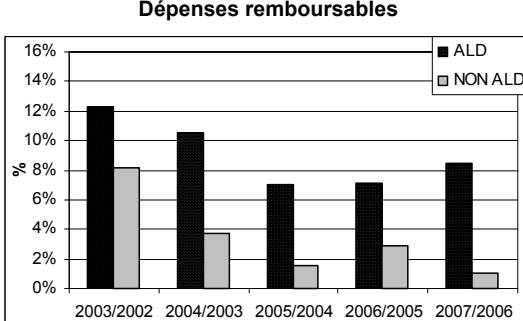
Graphique 6 : Croissance des dépenses de dispositifs médicaux et médicaments depuis 2003
Dépenses remboursables



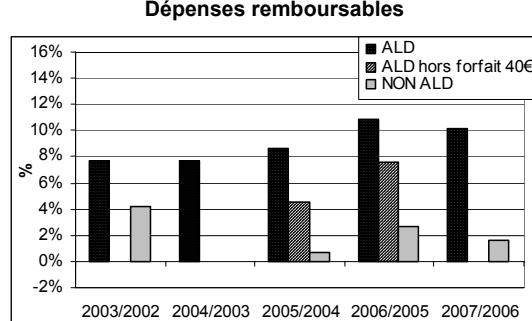
Graphique 7 : Croissance des dépenses d'actes d'auxiliaires médicaux depuis 2003
Dépenses remboursables



Graphique 8 : Croissance des dépenses de biologie en ville depuis 2003
Dépenses remboursables



Graphique 9 : Croissance des dépenses d'honoraires médicaux depuis 2003
Dépenses remboursables



9-8

BILAN 2005-2007 DE LA POLITIQUE DU MEDICAMENT

En accompagnement de la réforme de l'assurance maladie, un vaste plan d'économies sur les produits de santé a été engagé en 2005. Il prévoyait 2,3 Md€ d'économies à fin 2007, reposant sur une politique de prix ambitieuse et sur une modification de la prise en charge⁷¹. En parallèle, la maîtrise médicalisée engagée par la CNAM visait à modérer les prescriptions de certaines classes thérapeutiques, pour un objectif d'économies de 830 M€⁷² sur trois ans. Cette fiche est consacrée au bilan des économies réalisées depuis 2005 ; elles apparaissent globalement conformes aux 3,1 Md€ escomptés bien que certaines actions aient eu, individuellement, un rendement différent de celui attendu (cf. tableau 1).

Les actions sur le répertoire des génériques⁷³ : principale source d'économies

Depuis le 1er janvier 2005, près de 1,3 Md€ d'économies en année pleine ont été accumulées sur les médicaments du répertoire que ce soit par le développement des génériques (365 M€), les baisses de prix des principes et des génériques (695 M€) ou les applications et baisses de tarif forfaitaire de responsabilité⁷⁴ (200 M€)⁷⁵. L'essentiel des efforts a été consenti en 2006, année au cours de laquelle des baisses de prix de 15 à 25% ont porté sur la plupart des médicaments du répertoire (cf. schéma 1). L'objectif du plan médicaments sur les génériques (1 Md€ entre 2005 et 2007) a donc été largement atteint.

Les baisses de prix ciblées ont épargné 665 M€ de dépenses à l'assurance maladie

Les négociations menées par le comité économique des produits de santé (CEPS) sur le prix de médicaments brevetés⁷⁶ ont permis une économie de 665 M€ sur la période 2005-2007 (245 M€ en 2005, 250 M€ en 2006 et 170 M€ en 2007). L'objectif initial de 350 M€ a donc également été largement dépassé.

Déremboursements et baisses du taux de prise en charge ont rapporté près de 500 M€

Les deuxième et troisième vagues de déremboursement ont généré une économie de 480 M€ en année pleine répartis entre les déremboursements du 1^{er} mars 2006 (300 M€) et les baisses transitoires de taux de remboursement de 35% à 15% sur les veinotoniques (160 M€) ainsi que les vasoprotecteurs et antidiarrhéiques (20 M€). Ces résultats ne tiennent toutefois pas compte des éventuels reports de prescriptions vers des traitements alternatifs, encore remboursés, donc potentiellement coûteux pour l'assurance maladie⁷⁷.

⁷¹ Cf. fiche 9-2 du rapport CCSS de juin 2005. Voir aussi les rapports CCSS de juin 2006 (9-2 et 9-3) et juillet 2007 (9-2).

⁷² Montant cumulé des objectifs fixés sur les statines (hypocholestérolémiant), les antibiotiques, les psychotropes, les antiulcériens (IPP) et les anti-hypertenseurs (IEC-sartans) par la convention médicale pour 2005 (340 M€), par l'avenant 12 pour 2006 (221 M€) et par l'avenant 23 pour 2007 (268 M€).

⁷³ Le répertoire liste les présentations génériques et leur référence (ou principe).

⁷⁴ Le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) est un tarif de remboursement. Les présentations sous TFR sont remboursées sur la base du TFR et non de leur prix (cf. fiche 9-2 du rapport CCSS de juillet 2007).

⁷⁵ Source : outil de simulation consensuel entre le CEPS, le Ministère, la CNAM, le LEEM, le GEMME et le GERS.

⁷⁶ Par exemple : statines (Tahor®, Fractal®), antidépresseurs (Effexor®, Stablon®), antiulcériens (Ogast®, Lanzor®, Inexium®), érythropoïétines (Eprex®, Aranesp®, Néorécormon®)...

⁷⁷ Voir à ce sujet la fiche 9-3 du rapport CCSS de septembre 2007 et IRDES (2007), Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes ? Question d'économie de la santé n°128.

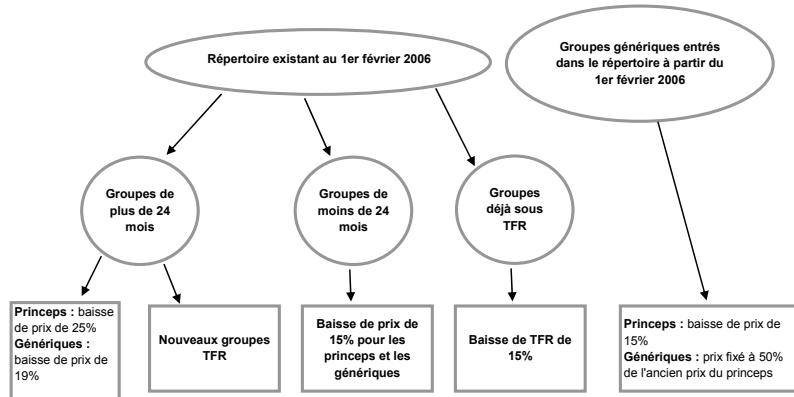
340 M€ ont été économisés sur les autres postes visés par le plan médicament

La fixation de prix plafond sur les médicaments rétrocédés⁷⁸ et inscrits sur la liste en sus a généré un rendement de 210 M€ en 2005 ; depuis, aucune mesure complémentaire n'a été prise sur ce poste très dynamique (cf. fiche 9-6). Les ventes de conditionnements de plus grande taille, adaptés aux maladies chroniques, ont tardé à se développer (37 M€ d'économies pour l'assurance maladie sur trois ans) mais semblent s'accélérer avec la mise en place des franchises au 1^{er} janvier 2008. La diminution des tarifs des dispositifs médicaux se réalise plus difficilement (seulement 93 M€ d'économies en trois ans). Enfin, les marges de distribution n'ont pas été modifiées entre 2005 et 2007 ; une baisse des marges des grossistes entrera cependant en vigueur le 6 juin 2008.

La maîtrise médicalisée a initié des changements de comportement sur les postes visés

La modération des prescriptions dans les classes visées par la convention médicale (cf. deuxième note de la page précédente) a permis une économie de 395 M€ sur la période 2005-2007. Ces économies sont évaluées en volume pour neutraliser l'effet, comptabilisé par ailleurs, des baisses de prix et de la génération. Cette économie ne se compare pas directement avec le rendement attendu (830 M€ sur trois ans), qui a été déterminé dans le cadre de la convention médicale en valeur. La maîtrise médicalisée a ainsi permis d'amorcer des changements de comportement en matière de prescriptions, bien qu'ils n'aient pas toujours été immédiatement perceptibles.

⁷⁸ Rétrocédés = vendus par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés.

Schéma 1 : Les baisses de prix et passages sous TFR appliqués au 1^{er} février 2006


Source : LEEM

Tableau 1 : Bilan 2005-2007 des économies réalisées sur les produits de santé

en M€	Economies 2005 en année pleine	Economies 2006 en année pleine	Economies 2007 en année pleine	Total 2005-2007	Rappel des objectifs à fin 2007 (2)
Génériques (1)	255	730	280	1 265	1 050
Adaptation de la prise en charge	0	460	20	480	250
Adaptation des conditionnements	0	14	23	37	180
Baisse de prix ciblées	245	250	170	665	350
Tarifs des dispositifs médicaux	13	80	0	93	250
Marges de distribution	0	0	0	0	100
Médicaments à l'hôpital (liste en sus, rétrocession...)	210	0	0	210	100
TOTAL plan médicaments 2005-2007	723	1 534	493	2 750	2 280
Maîtrise médicalisée (médicaments)*	17	120	259	396	829
TOTAL économies médicaments	740	1 654	752	3 146	3 109

(1) Le rendement 2006 a été revu à la baisse de 200 M€ par rapport à ce qui est présenté dans la fiche CCSS n°9-2 du rapport de juillet 2007. Une partie de cette diminution provient du report à 2008 des baisses de prix supplémentaires appliquées aux groupes ayant atteint 24 mois après le 1er février 2006. L'autre partie est imputable d'une part, à l'actualisation des taux de remboursement 2006 et, d'autre part, à la mise à jour des volumes 2007, qui avaient en effet été anticipés pour un montant supérieur à celui finallement constaté.

(2) Objectifs tels que fixés en 2004, à la suite de la loi sur la réforme de l'assurance maladie, sauf pour la maîtrise médicalisée, pour laquelle il s'agit des objectifs annuels fixés par la convention médicale pour 2005 et ses avenants pour 2006 et 2007.

* Hors économies sur les ALD et les AcBUs (Accords de Bon Usage). L'objectif est fixé en valeur alors que les économies sont évaluées en volume. Cela explique une part non négligeable de l'écart constaté entre le bilan des économies réalisées et l'objectif.

Source : DSS/6B – données GERS

9-9

LA CROISSANCE DES PENSIONS D'INVALIDITE

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 est appréciée par le service de contrôle médical des caisses d'assurance maladie 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 (être âgé de moins de 60 ans) 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 précédent 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 moins 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 au moins le montant du SMIC horaire au cours des 6 premiers mois).

Une allocation supplémentaire, versée par le fonds spécial d'invalidité (FSI) contribue à compléter les pensions lorsque les ressources des bénéficiaires n'excèdent pas un certain plafond annuel. Cette allocation permet de porter le montant des ressources à un niveau équivalent à celui de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) à taux plein (soit 628,1 €/mois au 1^{er} janvier 2008).

En valeur, la masse des pensions d'invalidité tous régimes a augmenté de 50,4% sur la période 2000-2007, soit une hausse annuelle de 6,0% en moyenne. Cette dynamique s'explique principalement par l'augmentation des effectifs de pensionnés et, dans une moindre mesure, par les revalorisations des pensions à chaque 1^{er} janvier et la hausse du salaire de base.

Les revalorisations annuelles se sont traduites par une progression des pensions de 14,5 % entre 2000 et 2007

Les pensions d'invalidité sont revalorisées comme les pensions de retraite⁷⁹. Le cumul de ces progressions a permis aux pensions d'augmenter de 14,5 % entre 2000 et 2007.

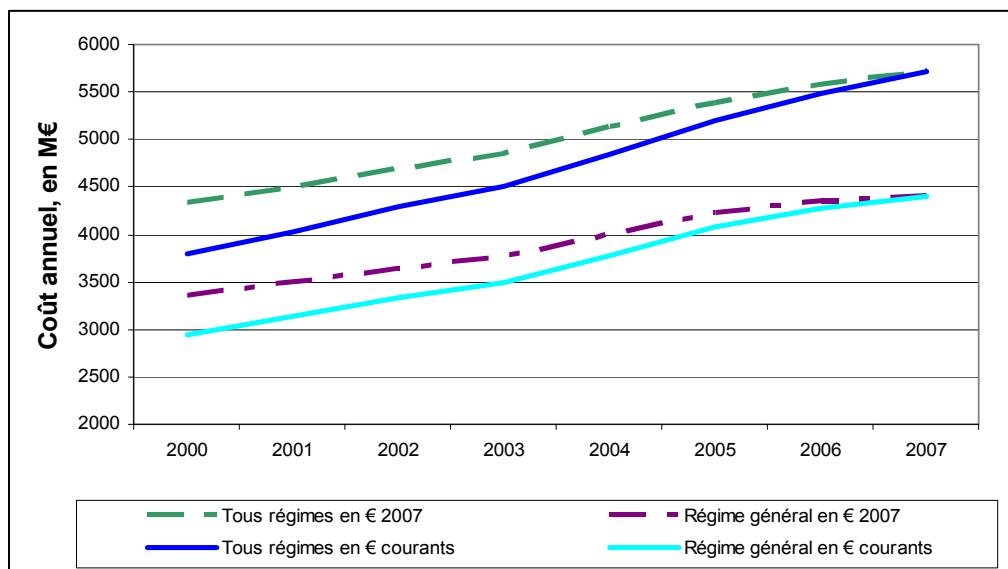
Afin d'appréhender l'évolution du coût des pensions hors revalorisations légales, le coût total est déflaté des coefficients de revalorisation légaux successifs.

Hors revalorisations légales, les pensions ont augmenté de 32,5 % entre 2000 et 2007⁸⁰

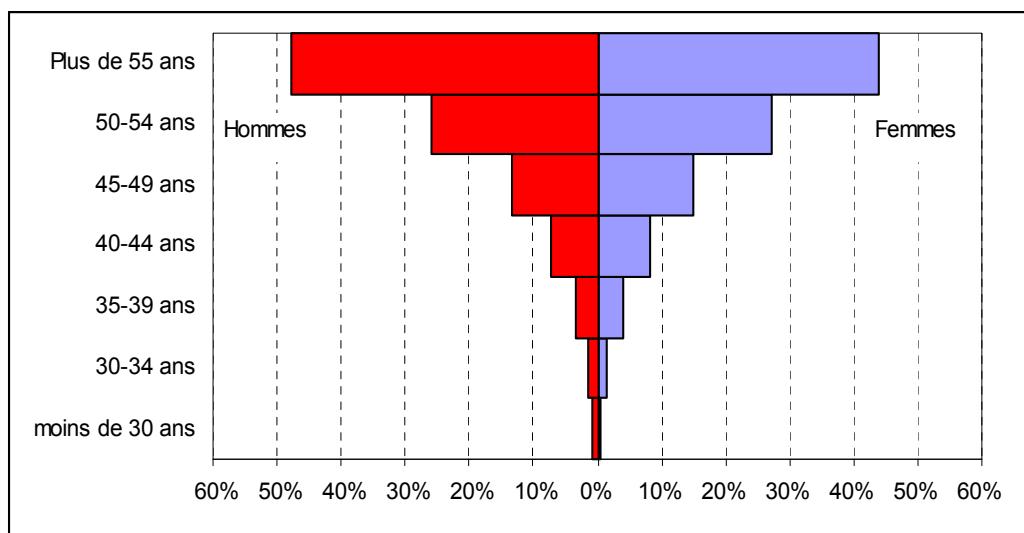
Sur la période 2000-2007, l'augmentation du coût des pensions, tous régimes confondus, hors revalorisations légales, a été particulièrement forte : +32,5 %, soit +4,1 % par an en moyenne avec +4,9 % en 2005 et +3,7% en 2006. Toutefois, l'année 2007 marque un net ralentissement avec une progression de seulement +2,4 %. Au total, les pensions d'invalidité atteignent cette même année 5,73 Md€. Sont comprises dans ces dépenses celles afférentes à l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité, soit 297 M€ en 2007, prises en charge par l'Etat.

⁷⁹ 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 (cf. fiche 10-1).

⁸⁰ Les différentes composantes de l'évolution des pensions sont multiplicatives, ce qui explique que la somme des deux évolutions identifiées (14,5 % et +32,5 %) ne soit pas égale à l'évolution globale (+51 %).

Graphique n°1 : Evolution des dépenses d'invalidité de 2000 à 2007

Source : DSS, SDEPF-6A

Graphique n°2 : Répartition en pourcentage des flux de versements de pensions d'invalidité en 2007 par tranche d'âge et par sexe

Note de lecture : En 2007, 48 % des versements de pensions d'invalidité effectués à des hommes étaient destinés à des personnes de plus de 55 ans.

Source : CNAM, Extraction SNIIR-AM, 2007

Tableau n°1 : Distribution de la population générale par tranche d'âge

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

Source : INSEE

Le régime général représente environ 77 % de la dépense totale (voir graphique n°1). Les dépenses d'invalidité de ce régime corrigées des revalorisations légales ont progressé de 31,5 % entre 2000 et 2007, soit +4% en moyenne annuelle. L'évolution de l'année 2007, à l'instar de ce qui a été constaté pour l'ensemble des régimes, est caractérisée par une progression plus lente (+1,2 %).

L'augmentation du coût des pensions, hors revalorisations légales, peut se décomposer en deux : un effet volume et un effet coût moyen. Cette analyse est menée dans le cadre d'une étude sur les données du régime général hors CRAMIF. Sur ces données, la progression des pensions, hors revalorisations légales, atteint 34,7 % entre 2000 et 2007.

L'augmentation des effectifs de pensionnés explique 80 % de la progression des pensions entre 2000 et 2007

Entre 2000 et 2007, le nombre de pensionnés d'invalidité du régime général est passé d'environ 458 000 à 585 000, soit une augmentation de 27,7 % (qui correspond à 80 % de l'évolution globale de 34,7 %). L'âge moyen de cette population se situe autour de 52 ans. Plus de 94 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont âgées de plus de 40 ans et 45 % de plus de 55 ans (voir graphique n°2). La prévalence de l'invalidité est en effet plus forte aux âges élevés. Elle atteint 9,8 % pour la classe d'âge des plus de 55 ans en 2007 selon les estimations de la CNAM.

A partir de 1998, les premières générations de baby-boomers, nées en 1946 et après, ont atteint l'âge moyen d'entrée en invalidité. Cela a induit une accélération de la progression des effectifs de pensionnés, surtout sensible à compter de 2002 (cf. tableau n°1 et graphique n°3). En considérant que la durée moyenne d'invalidité est proche de 9 années, à compter de 2007 le flux entrés-sorties des pensionnés devrait avoir tendance à s'équilibrer. En conséquence, compte tenu de l'impact important de la progression des effectifs dans l'augmentation du coût de l'invalidité, la croissance de la masse des pensions devrait être moins vive à moyen terme (cf. fiche n°8-4).

Un facteur d'explication complémentaire réside dans la progression des salaires

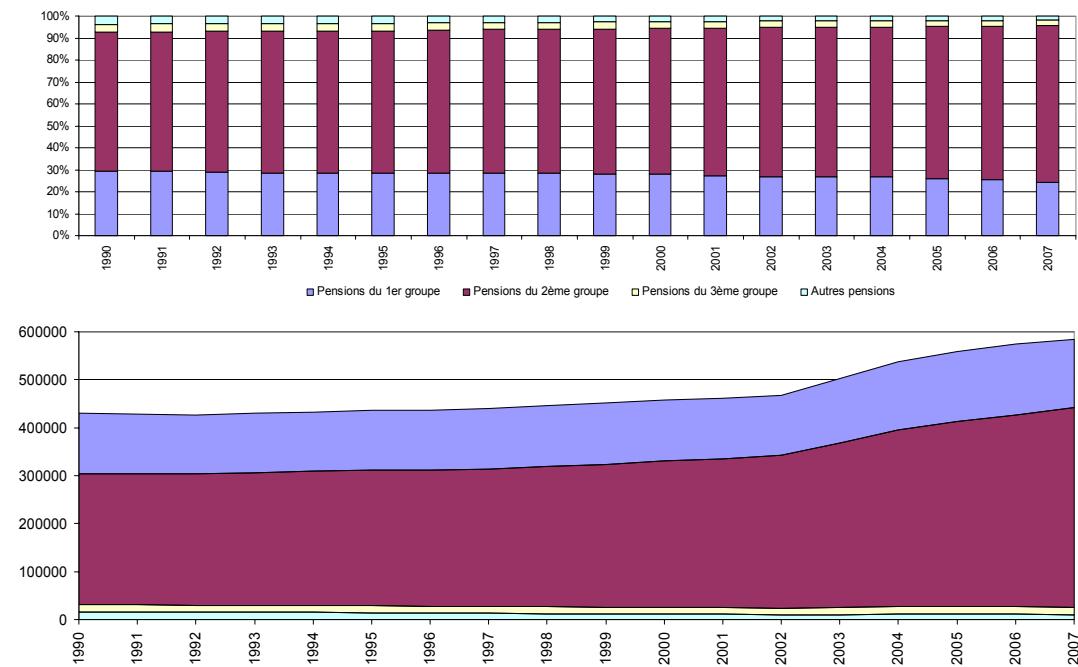
Outre l'effet volume relatif à l'augmentation des effectifs de pensionnés, la progression du coût moyen des versements tire également le coût des pensions vers le haut. Etant donné que le niveau de pension attribué correspond à 30 ou 50 % du salaire antérieur, selon le classement dans la première ou la deuxième catégorie d'invalidité, la hausse du coût moyen (+5,5 % entre 2000 et 2007) peut être assimilée à celle des salaires des pensionnés.

Cette augmentation du coût moyen n'est pas indépendante de la déformation de la structure par catégorie de pensions d'invalidité. Toutefois, l'impact de la déformation serait négligeable.

Cette faible influence de la structure par catégorie résulte de deux effets opposés :

- les pensionnés appartenant à la catégorie 2 ont vu leur part dans la population des pensionnés augmenter (de 66% en 2000 à 71 % en 2007, cf. graphique n°3). Or, en deuxième catégorie la pension est calculée sur la base de 50 % du salaire antérieur contre 30 % en première catégorie. Cette déformation devrait tirer vers le haut le coût des pensions.
- le poids de la catégorie 3 dans la structure globale a diminué en passant de 3 % en 2000 à 2,8 % en 2007. Or, le coût moyen de la catégorie 3 est le plus élevé puisqu'elle bénéficie en plus de la majoration pour tierce personne.

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



Source : CNAM, 2008

Barème applicable aux pensions d'invalidité du régime général

La pension d'invalidité est calculée sur la base du salaire annuel moyen antérieur à l'entrée en invalidité, 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 par le service du contrôle médical.

CATEGORIE	DEFINITION	Montant de la pension	Minimum	Maximum au 01.01.2008
- 1^{ère} catégorie	invalides capables d'exercer une activité professionnelle	30% du salaire annuel moyen de base	258,1 €/mois	831,9 €/mois
- 2^{ème} catégorie	invalides incapables d'exercer une activité professionnelle	50% du salaire annuel moyen de base	258,1 €/mois	1 386,5 €/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	258,1 €/mois + 1 010,83 €/mois	1 386,5 €/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 2008) à :

- 7 719,52 euros pour une personne seule ;
- 13 521,27 euros pour un ménage.

Le montant maximum de l'allocation supplémentaire du FSI est de 369,99 €/mois pour une personne seule

THEME 10
LES PRESTATIONS VIEILLESSE

10-1

CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

Au 31 décembre 2007, en France métropolitaine, le nombre de retraités du régime général s'élève à près de 11,7 millions pour près de 17,1 millions de cotisants, soit un rapport démographique de 1,46 actif pour un retraité (graphique 1). Ce ratio était supérieur à 4 au début des années 1960.

L'arrivée à l'âge de la retraite des générations du « baby boom » entraîne un choc démographique de grande ampleur. Le flux de personnes atteignant 60 ans dans l'ensemble de la population française est passé de 500 000 environ pour les générations nées pendant la deuxième guerre mondiale à 800 000 par an pour les générations nées à partir de 1946.

Légère décélération des départs à la retraite en 2007

Le nombre de départs à la retraite au régime général a augmenté en 2007 de 7,1% (après une progression de 11,1% en 2006) s'établissant à environ 760 500⁸¹ contre 710 400 en 2006. Cette augmentation tient à la combinaison de deux facteurs :

- la génération 1947 est plus nombreuse que la précédente (+4,6%) ;
- la mesure de retraite anticipée pour carrières longues continue d'être très attractive. Le nombre de départs augmente de 8,4% en 2007 pour atteindre 116 800 (contre 107 700 en 2006). Ils représentent 15,4% de l'ensemble des départs en 2007.

En l'absence du dispositif de retraite anticipée, le flux de départs à la retraite aurait été moins élevé sur la période 2003-2008, mais plus élevé à terme (graphique 2).

...et net ralentissement en 2008

Le nombre de départs à la retraite continuerait d'augmenter en 2008 mais à un rythme plus lent qu'en 2007. Il devrait atteindre 770 000 (soit une progression de +1,7%).

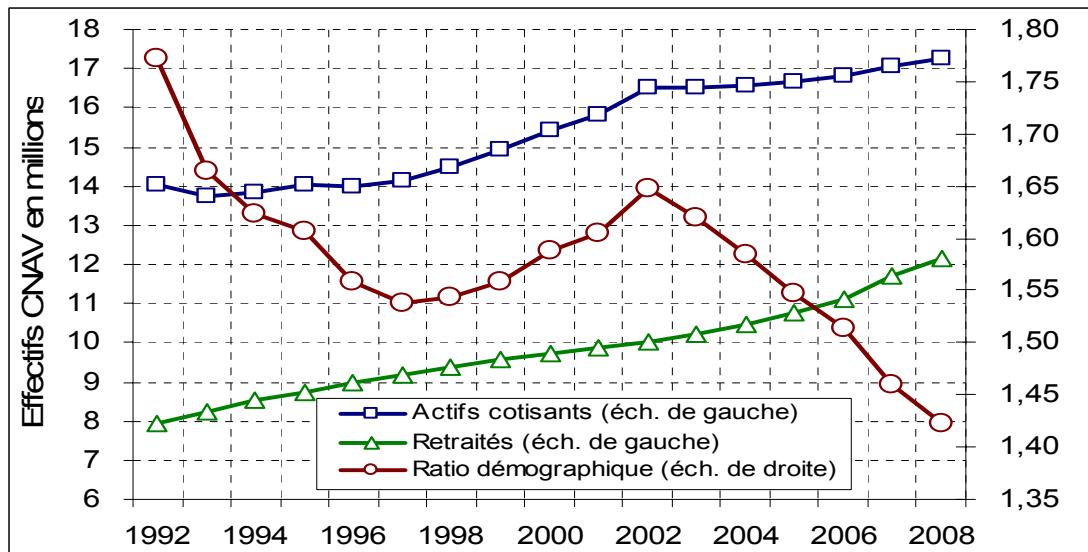
Deux facteurs expliqueraient ce ralentissement :

- les générations 1948 et suivantes sont du même ordre de grandeur que la précédente ;
- le flux des retraites anticipées continuerait à progresser mais à un rythme moins soutenu (119 000 départs prévus soit +2% par rapport à l'année précédente).

Ces prévisions reproduisent les comportements de départs observés en 2007. En particulier, la proportion de bénéficiaires de la surcote est stabilisée en projection par rapport à l'année précédente.

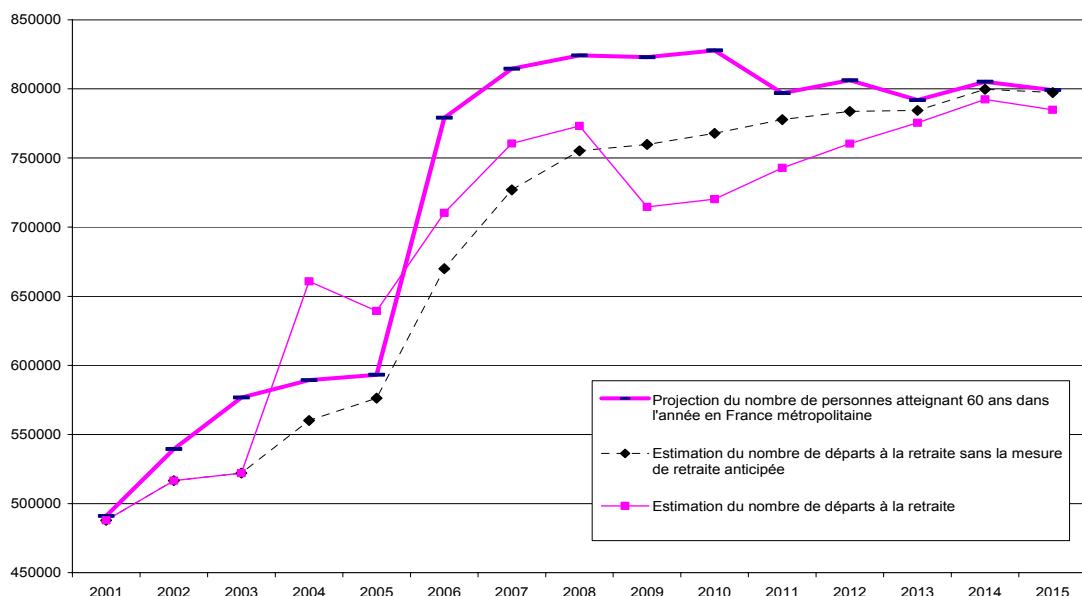
Malgré le ralentissement de la progression du flux de départs en 2008, le stock moyen de retraités progresserait de +3,8% en 2008 contre +3,7% en 2007 (+420 000 prestataires contre +390 000 en 2007). En effet, la forte augmentation du flux de départs en 2007 agit mécaniquement sur le taux d'évolution de l'effectif moyen de retraités qui resterait donc aussi dynamique qu'en 2007.

⁸¹ L'ensemble des effectifs cités correspondent à l'estimation actuelle des départs prenant effet en cours d'année et tiennent compte d'une estimation des pensions versées rétroactivement. Ces effectifs pourront donc faire l'objet de révisions ultérieures.

Graphique 1 : Ratio de dépendance démographique de la CNAV

Champ : métropole.

Source : CNAV pour la période 1992-2007 ; estimation DSS pour 2008.

Graphique 2 : Impact du « baby boom » sur les départs à la retraite au régime général

Source : INSEE, CNAV, DSS

A compter du 1^{er} janvier 2009, il est supposé que les conditions d'éligibilité à la retraite anticipée évoluent conformément à la loi de 2003. En effet, les conditions de durées minimales cotisées et validées requises pour un départ en retraite anticipée sont exprimées en fonction de la durée d'assurance exigée pour un départ à taux plein, qui sera portée à 164 trimestres en 2012. Les conditions de durée applicables en matière de retraite anticipée augmentent donc de un à quatre trimestres pour les assurés des générations 1949 et suivantes partant en retraite anticipée à partir du 1^{er} janvier 2009. Ceci a pour effet une réduction de la population potentiellement éligible à la retraite anticipée.

10-2

L'EVOLUTION DES PRESTATIONS DE RETRAITE

Les prestations légales servies par la CNAV ont représenté 82,3 Md€ en 2007, en progression de 6,1% par rapport à 2006. Elles devraient légèrement décélérer en 2008 (+5,9%) pour atteindre 87,1 Md€.

Une progression des prestations soutenue en 2007 par l'effet du « papy boom »

En 2007, les prestations ont crû de 6,1%, soit un niveau de progression proche de celui enregistré en 2006 (+6,0%). Les droits propres ont augmenté de 6,5% contre 6,0% en 2006, les droits dérivés ont progressé de 4,3% en 2007 contre 5,4% en 2006.

L'accélération des pensions de droits propres est portée principalement par des effets démographiques. En effet, la génération 1947 est plus nombreuse que la précédente (+4,6%). De plus, la forte augmentation du flux 2006 due en particulier à la mesure de retraite anticipée et à l'arrivée à l'âge de la retraite des premières générations du « baby boom » pèse en année pleine sur l'évolution des prestations 2007.

Hors revalorisation⁸² des pensions (+1,8% en 2007 comme en 2006), les droits propres ont progressé de 4,7% en 2007 (après 4,2% en 2006).

En 2007, la mesure de retraite anticipée est restée très attractive avec des flux de départs en augmentation de 8,4% (cf. fiche 10-1). Le stock moyen de retraités de moins de 60 ans a augmenté en 2007 de 17,8% (après +32,2% en 2006). Le coût du dispositif a progressé en 2007 à un rythme soutenu mais moins élevé qu'en 2006 pour atteindre 2,15 Md€ (contre 1,80 Md€ en 2006). En conséquence, hors revalorisation des pensions, la contribution de la retraite anticipée à la croissance des droits propres servis par le régime est moins élevée en 2007 qu'en 2006 (0,4 point contre 0,7 point en 2006 - cf. tableau 2).

La pension moyenne du stock (hors retraite anticipée) contribue pour près de 0,8 point en euros constants à la croissance des droits propres (contre 0,7 point en 2006). Cette contribution positive tient au fait que la pension moyenne du flux entrant est plus élevée que celle du flux sortant.

Le stock moyen de prestataires de plus de 60 ans a progressé de 3,5% en volume (contre 2,9% en 2006). Cette accélération tient au rythme toujours élevé de départs à la retraite des premières générations du « baby boom » : le nombre de départs à la retraite (hors départs anticipés) enregistré au régime général ayant augmenté de plus de 40 000.

...qui se poursuivrait en 2008

En 2008, la croissance des prestations est estimée à 5,9%, soit un rythme légèrement moins rapide qu'en 2007. Les droits propres devraient progresser de 6,2% tandis que les droits dérivés augmenteraient de 3,6%. Le léger ralentissement de la progression des droits propres tient notamment à une revalorisation moins élevée qu'en 2007 (+1,4% en moyenne annuelle contre +1,8% en 2007 – voir encadré).

Corrigé de cet effet, les droits propres devraient croître de 4,8% contre 4,7% en 2007. Malgré une stabilisation du flux de départs anticipés en 2008, l'effectif moyen de bénéficiaires devrait continuer à augmenter fortement (+11,0% contre +17,8% en 2007), le dispositif de retraite anticipé entré en vigueur en 2004 n'ayant pas achevé sa montée en charge. En conséquence, le coût du dispositif devrait atteindre 2,45 Md€, soit 300 M€ de plus qu'en 2007. La retraite anticipée devrait ainsi contribuer pour 0,4 point à la croissance des droits propres.

⁸² Cf. encadré.

Le niveau de la pension moyenne du stock devrait contribuer pour 0,8% à la croissance prévue des droits propres.

En 2008, malgré une stabilisation autour de 655 000 du flux de départs à la retraite hors départs anticipés (la génération 1948 étant du même ordre de grandeur que la précédente), le stock moyen de retraités de plus 60 ans progresserait en volume de 3,7% (contre 3,5% en 2007), soit une augmentation de près de 390 000 prestataires contre 360 000 en 2007 (cf. fiche 10-1).

Tableau 1 - Masses financières des pensions et évolutions

	2005	2006	%	2007	%	2008	%	En millions d'euros
Prestations légales	73 167	77 543	6,0	82 298	6,1	87 120	5,9	
Prestations légales « vieillesse »	73 102	77 495	6,0	82 251	6,1	87 077	5,9	
Droits propres	64 043	67 912	6,0	72 306	6,5	76 801	6,2	
Avantages principaux (hors majorations)	59 762	63 381	6,1	67 677	6,8	71 974	6,3	
Pension normale	48 952	52 300	6,8	56 119	7,3	59 988	6,9	
Pension inaptitude	6 255	6 329	1,2	6 476	2,3	6 617	2,2	
Pension invalidité	4 545	4 743	4,4	5 003	5,5	5 292	5,8	
Allocations (hors majorations)	10	9	-10,1	8	-11,5	8	-2,4	
Majorations	4 281	4 531	5,8	4 629	2,2	4 828	4,3	
Pour conjoint à charge	58	59	0,7	56	-4,0	58	2,3	
Pour enfants	2 375	2 519	6,1	2 670	6,0	2 812	5,3	
Majorations pour tierce personne	218	226	3,7	235	4,1	241	2,3	
Minimum vieillesse (L.814-2 et L.815-2)	1 630	1 727	5,9	1 667	-3,5	1 717	3,0	
Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)				70	--	69	-2,4	
Droits dérivés	7 671	8 082	5,4	8 430	4,3	8 736	3,6	
Avantages principaux (hors majorations)	7 075	7 478	5,7	7 828	4,7	8 130	3,9	
Pensions de réversion (hors majorations)	6 954	7 363	5,9	7 718	4,8	8 016	3,9	
Pensions de veuf ou veuve (hors majorations)	117	112	-4,4	107	-4,7	111	3,9	
Secours viagers (hors majorations)	4	3	-7,0	3	--	3	-2,4	
Majorations	596	604	1,3	602	-0,3	606	0,8	
Pour enfants	360	364	1,0	370	1,9	380	2,6	
Minimum vieillesse (L.814-2 et L.815-2)	227	228	0,5	219	-4,0	213	-2,4	
Majorations L. 815.3 (allocation supplémentaire)	9	12	33,1	10	--	10	-2,7	
Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)				3	++	3	-2,4	
Divers	11	97	-11,5	70	--	71	0,3	
Prestations au titre de l'adossement des IEG	1 377	1 404	2,0	1 445	2,9	1 469	1,7	
Prestations légales « veuvage »	65	48	--	44	-8,9	40	-8,9	
Prestations légales « invalidité »				3	-11,5	3	2,6	

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

Note : à partir de 2007, l'allocation de l'article L.815-1 de solidarité aux personnes âgées (ASPA) simplifie le minimum vieillesse en se substituant progressivement aux prestations existantes. Ceci se traduit comptablement par la baisse des lignes relatives aux premier et second étage du minimum vieillesse (L.814-2 et L.815-2).

En 2008, une prime exceptionnelle de 200 € a été versée à la fin du mois de mars aux titulaires du second étage du minimum vieillesse ainsi qu'aux bénéficiaires de l'ASPA. Cet effet exceptionnel permet d'expliquer l'augmentation en 2008 des masses **globales** versée au titre du minimum vieillesse.

A compter de 2007, le régime général sert une allocation supplémentaire d'invalidité aux titulaires d'un avantage viager n'ayant pas l'âge requis pour bénéficier de l'ASPA (article L.815-24 du CSS).

Tableau 2 – Décomposition des différents facteurs d'évolution des droits propres

	2005	2006	2007	2008	En %
Evolution des droits propres	6,1	6,0	6,5	6,2	
Revalorisation de pensions	2,0	1,8	1,8	1,4	
Effet retraite anticipée	1,2	0,7	0,4	0,4	
Effet stock	2,4	2,9	3,5	3,7	
Effet pension moyenne	0,4	0,7	0,8	0,8	

Revalorisation des pensions en 2008

Au terme de la loi d'août 2003, le coefficient de revalorisation des pensions est égal à l'évolution prévisionnelle des prix hors tabac pour l'année N, corrigé, le cas échéant, de la révision de la prévision d'inflation de l'année N-1 telle que figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances de l'année N.

La revalorisation de 1,1% au 1^{er} janvier 2008 correspond à l'inflation prévue pour 2008 lors de la préparation de la LFSS 2008 (1,6%) et à une correction à la baisse de 0,5 point correspondant à l'écart entre la dernière estimation de l'inflation pour 2007 (1,3%) et la prévision qui avait été retenue à l'automne 2006 (1,8%).

Par ailleurs, une revalorisation exceptionnelle de 0,8% interviendra au 1^{er} septembre 2008 se décomposant comme suit :

- 0,6 point au titre de 2008 correspondant à une correction de l'hypothèse d'inflation par rapport à celle retenue lors du PLF 2008 compte tenu de l'accélération des prix en fin 2007 et début 2008. Cette révision ne fait qu'anticiper une correction qui aurait été automatiquement effectuée au 1^{er} janvier 2009.

- 0,2 point de révision de l'inflation au titre de 2007. En effet, lors du PLF 2008 l'hypothèse d'inflation pour 2007 retenue était de +1,3% mais la hausse des prix mesurée par l'INSEE a finalement été de 1,5% en moyenne annuelle. Il est à souligner que les règles de revalorisation fixées par la loi de 2003 ne prévoient pas un tel ajustement supplémentaire lorsqu'un écart entre l'hypothèse d'inflation pour l'année en cours figurant dans le rapport économique et financier et l'évolution réelle des prix est constaté.

Au total, les revalorisations du 1^{er} janvier et du 1^{er} septembre porteront la revalorisation des pensions à +1,4% en moyenne annuelle. Elles contribueront pour 1,2 milliard d'euros à l'augmentation des prestations légales de la CNAV en 2008 (la seule revalorisation de septembre y contribuant pour 0,2 Md€).

En %	2004	2005	2006	2007	2008
Prix hors tabac estimés pour l'année N (PLF N)	(1)	1,5	1,8	1,8	1,6
Prix hors tabac effectifs pour l'année N-1 (PLF N)	(2)	1,7	1,7	1,8	1,3
Prix hors tabac estimés pour l'année N-1 (PLF N-1)	(3)	1,5	1,5	1,8	1,8
Rattrapage : écart dans les prévisions dans les prix hors tabac entre les PLF N et N-1	(4) = (2) - (3)	0,2	0,2	0,0	-0,5
Revalorisation au 1^{er} Janvier N	(5) = (1) + (4)	1,7	2,0	1,8	1,1
Revalorisation exceptionnelle au 1^{er} septembre 2008					0,8
Hausse des prix mesurée par l'INSEE : prix hors tabac de l'année N (publiée en janvier N+1)	1,9	1,7	1,7	1,5	

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

Lecture : En 2007, les pensions ont été réévaluées de 1,8%. Il n'y a pas eu lieu de prendre en compte de révision au titre de 2006 puisque l'inflation pour 2006 figurant dans le REF (1,8%) correspondait aux prévisions retenues à l'automne 2005. L'inflation mesurée par l'INSEE pour 2006 a finalement été de 1,7% en moyenne annuelle.

THEME 11
ECLAIRAGES VIEILLESSE

11-1

BILAN DE LA SURCOTE AU REGIME GENERAL

Depuis le 1^{er} janvier 2004, le dispositif de surcote permet de majorer la pension de retraite en cas de prolongation d'activité au-delà de 60 ans et de la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension à taux plein. La majoration était, jusqu'en 2006, de 0,75% par trimestre cotisé au titre de la surcote, soit 3% par an. À compter du 1^{er} janvier 2007, un barème progressif en fonction du nombre d'années de surcote et de l'âge est en vigueur. Ainsi, le taux de surcote reste maintenu à 3% la première année d'activité après 60 ans, mais est porté à 4% les années suivantes et atteint 5% au-delà de 65 ans.

Un relatif succès en 2007 par rapport aux années précédentes...

En 2007, 55 600 nouveaux retraités ont bénéficié de la surcote, soit 7,6% des attributions de droits directs. Cette proportion est en hausse de 1,9 point par rapport à 2006, après une variation de seulement 0,3 point entre 2005 et 2006 (cf. tableau 1). La part des femmes continue de s'accroître pour s'établir à 41%.

L'âge moyen de départ à la retraite des bénéficiaires de la surcote se situe à 62,7 ans, contre 62,8 ans jusqu'en 2006 (cf. graphique 1). L'âge de départ est plus élevé chez les polypensionnés (62,9 ans en moyenne) que chez les monopensionnés (62,3 ans) ; le constat des années précédentes est ainsi confirmé. Les polypensionnés sont par ailleurs majoritaires et sur-représentés : ils représentent 60% des attributions, soit 10 points de plus que leur poids dans l'ensemble des attributions de droits directs.

La durée moyenne de surcote est de 6 trimestres, contre 5,2 trimestres en 2006, sachant que seules les périodes cotisées à compter du 1^{er} janvier 2004 peuvent être retenues (cf. graphique 2). Le gain moyen s'établit à 35,7 € par mois (5,9 € par trimestre de surcote), représentant ainsi une majoration moyenne de pension de 5%. Toutefois, il est à noter que pour près du quart des nouveaux bénéficiaires – proportion stable dans le temps –, le gain est nul puisque le montant de leur pension majoré de la surcote est porté au niveau du minimum contributif (cf. tableau 2).

... qui s'explique par d'autres facteurs que le choc démographique

Dans le contexte d'une forte augmentation du nombre de départs en retraite, la hausse du taux de surcotants apparaît délicate à appréhender. En effet, l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses d'après-guerre a pour conséquence de déformer la structure par âge des liquidations. Le pourcentage de pensions attribuées avec surcote s'en trouve mécaniquement modifié et ce, même à taux de surcotants par âge inchangés.

L'effet démographique peut être neutralisé en supposant la structure des départs par âge et génération inchangée entre deux flux de liquidations successifs. Autrement dit, la proportion d'assurés partis à un âge donné et appartenant à une génération donnée est supposée la même que la proportion d'assurés partis au même âge l'année précédente et appartenant à la génération précédente⁸³. Ainsi, le taux de surcotants serait passé de 5,7% en 2006 à 7,2% en 2007 (au lieu de 7,6%) si la structure des départs était restée constante entre les deux années ; la déformation de celle-ci n'expliquerait donc que pour 0,4 point la hausse observée, sur un total de 1,9 point.

L'essentiel de la variation – 1,5 point – est par conséquent imputable à d'autres facteurs. Il pourrait s'agir, entre autres, d'une meilleure connaissance du dispositif de la part des assurés.

⁸³ Par exemple, les assurés de la génération 1947 partis à 60 ans en 2007 sont supposés aussi nombreux – en proportion de l'ensemble des départs – que les assurés de la génération 1946 partis à 60 ans en 2006.

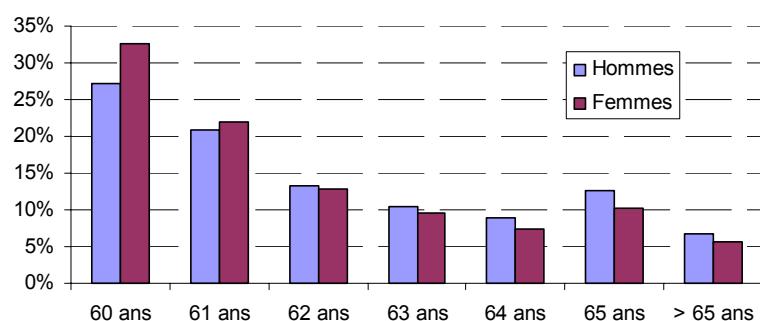
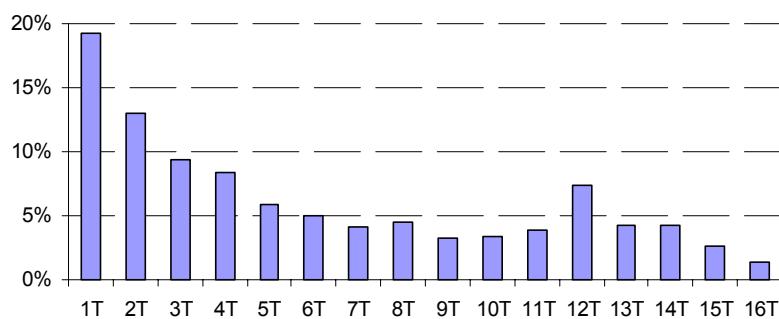
Tableau 1 – Pensions attribuées avec surcote

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	effectifs	en % du flux	effectifs	en % du flux	effectifs	en % du flux
2004	7 000	1,8%	3 600	1,3%	10 600	1,6%
2005	21 400	6,0%	12 000	4,5%	33 400	5,4%
2006	24 000	6,3%	15 200	4,9%	39 200	5,7%
2007	32 900	8,3%	22 700	6,7%	55 600	7,6%

Note de lecture : en 2007, 55 600 pensions ont été attribuées avec surcote, ce qui représente 7,6% de l'ensemble des attributions de droits directs.

Champ : métropole + DOM, sauf 2004 (métropole) ; données en date d'attribution.

Source : CNAV.

Graphique 1 – Âge de départ en retraite des bénéficiaires de la surcote (année 2007)**Graphique 2 – Répartition des bénéficiaires selon le nombre de trimestres de surcote (année 2007)****Tableau 2 – Gain mensuel au titre de la surcote (année 2007)**

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	gain moyen	répartition	gain moyen	répartition	gain moyen	répartition
Situation 1	0,0 €	16,5%	0,0 €	34,0%	0,0 €	23,6%
Situation 2	46,7 €	83,5%	46,7 €	66,0%	46,7 €	76,4%
Ensemble	39,0 €	100,0%	30,8 €	100,0%	35,7 €	100,0%

Situation 1 : retraités dont le montant de la pension majoré de la surcote est porté au niveau du minimum contributif ; les bénéficiaires relevant de cette situation ne perçoivent aucun gain de la surcote.

Situation 2 : retraités dont le montant de la pension après application de la surcote est supérieur au montant du minimum contributif ; la surcote génère pour eux un gain positif.

Source : CNAV.

11-2

EVOLUTION DE L'AGE MOYEN DE LIQUIDATION A LA CNAV

L'âge moyen de liquidation d'une pension de droit direct à la CNAV a diminué de onze mois entre 2001 et 2007, passant de 62 ans à 61,1 ans (champ France entière).

Cette évolution s'explique notamment par la déformation de la structure de la population générale – et plus particulièrement l'arrivée à l'âge de la retraite des premières générations du baby-boom –, mais aussi par l'ouverture, depuis 2004, de possibilités de départs en retraite avant 60 ans. L'allongement de la durée d'assurance requise pour avoir le taux plein (réforme de 1993) et la mise en place de la surcote (2003) n'ont pas suffi à compenser ces effets à la baisse de l'âge moyen de liquidation des pensions du régime général.

L'âge moyen de départ à la retraite a diminué entre 2001 et 2007 en raison de l'arrivée des premières générations du baby-boom et de la mise en place de la retraite anticipée

Les premiers effets du baby-boom étaient attendus à compter de 2006, année au cours de laquelle les premières générations nombreuses devaient atteindre l'âge de 60 ans. La retraite anticipée a ouvert des possibilités de départs dès l'âge de 55 ans (dispositif « travailleurs handicapés ») ou 56 ans (dispositif « carrière longue »). Ce faisant, la retraite anticipée a avancé l'effet du baby-boom puisque les générations nées en 1950 ont atteint l'âge de 56 ans en 2004 (1^{ère} année ouverte à la retraite anticipé). L'arrivée de ces classes d'âge plus nombreuses a ainsi conduit à déformer la structure par âge de la population des liquidants ; le poids plus grand des classes d'âge les plus jeunes (*i.e.* les retraités âgés de 55 à 60 ans) ayant mécaniquement fait baisser l'âge moyen de départ⁸⁴.

L'arrivée à la retraite des premières générations du baby-boom pourrait expliquer plus de la moitié de l'évolution de l'âge moyen de liquidation.

Les âges moyens de départ ont été recalculés de manière à corriger la déformation de la structure démographique. L'âge moyen de départ ainsi corrigé a diminué de quatre mois ½ entre 2001 et 2007 (passant de 62 à 61,6 ans), contre une baisse observée de onze mois (62 à 61,1 ans).

La mise en place de la retraite anticipée a par ailleurs amplifié cette baisse

Corrigé du seul impact de la mise en place de la retraite anticipée, l'âge moyen de liquidation est estimé à 61,5 ans en 2007 (contre 61,1 observé), soit une diminution de près de cinq mois depuis 2001. En l'absence de retraite anticipée et de déformation de la structure démographique, l'âge moyen de départ serait donc resté stable entre 2001 et 2007, à 62 ans.

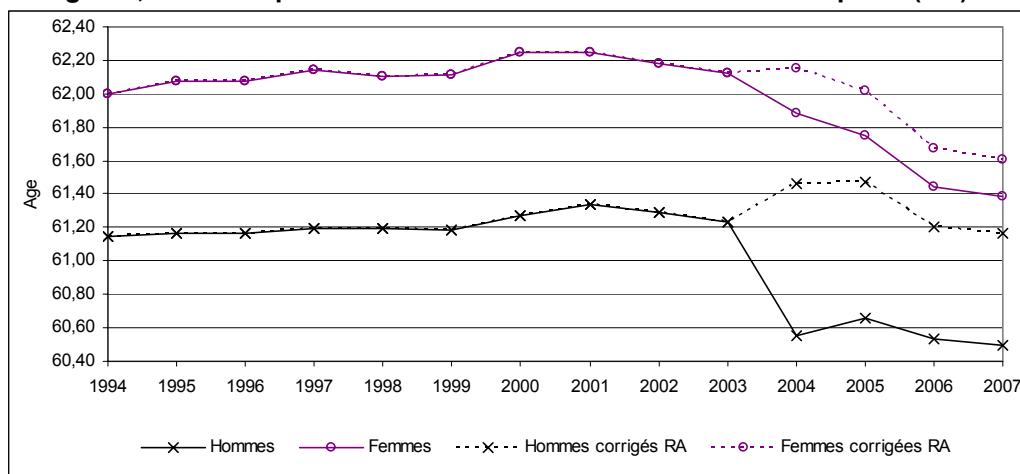
Par ailleurs, deux effets semblent se compenser : l'amélioration des carrières et la fin de l'allongement mis en place par la réforme de 1993

L'évolution à la baisse de l'âge moyen reflète également des carrières de plus en plus complètes, surtout chez les femmes (cf. graphique n°3)

Les durées d'assurance validées, tous régimes confondus, évoluent positivement, entre 1992

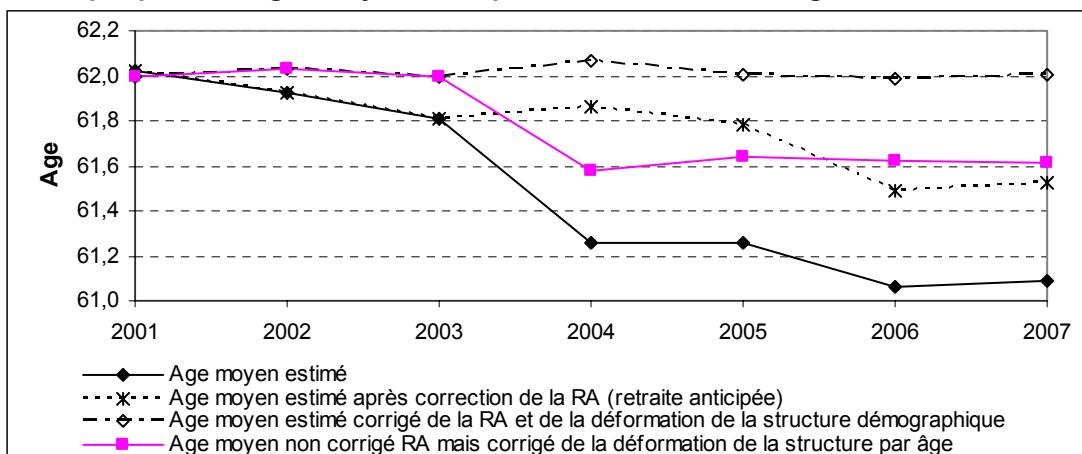
⁸⁴ Lorsque toutes les générations du baby-boom auront atteint l'âge de la retraite, c'est-à-dire approximativement lorsque la génération née en 1948 aura atteint l'âge de 65 ans, l'âge moyen estimé ne sera plus déformé.

Graphique n°1 : Evolution de l'âge moyen de liquidation de 1994 à 2007, selon le genre, avant et après correction de la mesure « retraite anticipée » (RA)



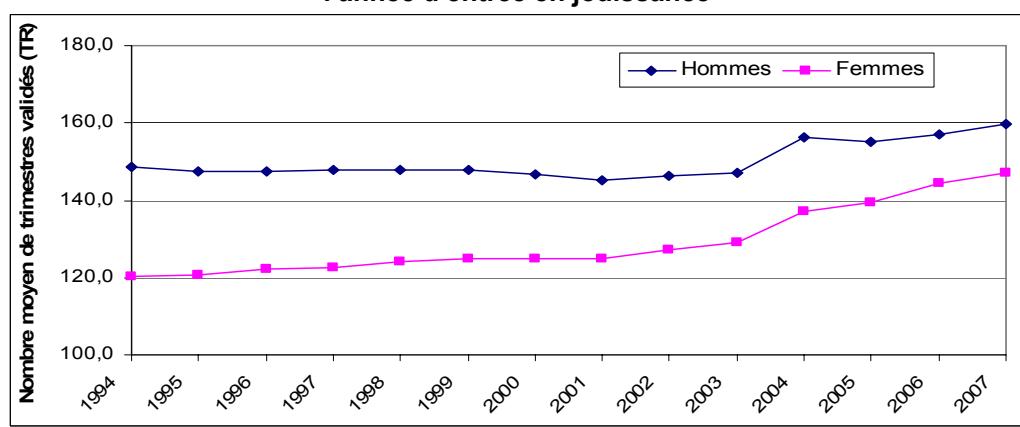
Source : CNAV (champ métropole), 2008.

Graphique n°2 : Ages moyens de liquidation estimés et corrigés, de 2001 à 2007



Source : données CNAV, PRISME (champ France entière) – calculs DSS, 2008.

Graphique n°3 : Evolution des durées moyennes d'assurance tous régimes, selon l'année d'entrée en jouissance



Source : CNAV (champ France entière), 2008.

et 2007. Chez les hommes, le nombre de trimestres validés passe de 149 à 160, avec une accélération à partir de 2004. La mise en place de la retraite anticipée a en effet conduit à une hausse importante du nombre des liquidations avec des durées d'assurance élevées (cf. critères d'attribution de la mesure) ; ceci a mécaniquement fait progresser les durées moyennes d'assurance des hommes. Le nombre de trimestres d'assurance validés par les femmes passe quant à lui de 120 à 147 entre 1994 et 2007. Cette évolution reflète une meilleure complétude des carrières, qui s'explique par une plus forte participation des femmes au marché du travail, et par la montée en charge de l'AVPF.

L'impact de l'âge moyen de cessation d'activité pourrait être de second ordre

La cessation d'activité n'est pas systématiquement suivie par une liquidation immédiate de la retraite, mais peut être suivie par des périodes de chômage ou d'inactivité (préretraite, invalidité, ...). Ces dernières donnent lieu, pour la très grande majorité des assurés, à validation de trimestres de retraite supplémentaires : elles sont donc globalement sans impact sur l'âge de liquidation (âge d'acquisition du taux plein le plus souvent), à ceci près que des sorties précoces du marché du travail empêchent d'ouvrir des droits à surcote.

L'allongement de la durée d'assurance requise pour le taux plein n'a pas suffi pour le moment à compenser la baisse observée de l'âge moyen de liquidation

La réforme des retraites de 1993 a induit un allongement de la durée d'assurance requise pour avoir le taux plein, faisant passer celle-ci progressivement de 150 à 160 trimestres pour les générations nées en 1943 (cf. graphique n°4). Une étude réalisée en 2003⁸⁵ a montré que si la règle des 150 trimestres d'assurance n'avait pas été modifiée, les assurés des générations 1940-1944 auraient liquidé leur pension, en 2003, en moyenne 0,3 an plus tôt.

Par ailleurs, les dispositifs incitatifs au report des départs n'ont pas encore permis de faire augmenter significativement l'âge de départ

Parmi les différents dispositifs favorisant l'emploi des seniors, la surcote est le principal qui incite à retarder le départ à la retraite. Toutefois, ses effets restent modestes, même si les données de 2007 semblent montrer un début d'incidence (voir fiche 11.1). Le cumul emploi-retraite est, quant à lui, neutre, voire joue à la baisse.

La baisse de l'âge moyen de liquidation à la CNAV s'est mécaniquement traduite par une charge financière supplémentaire

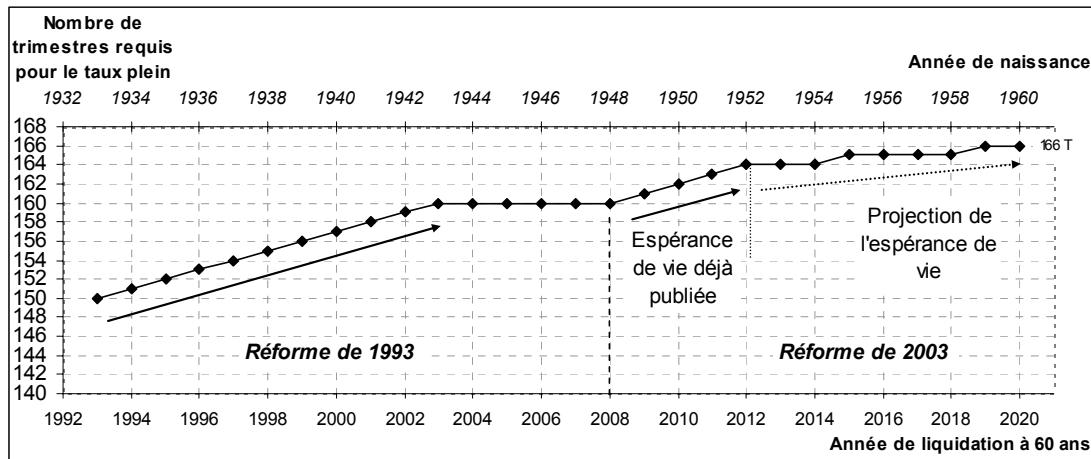
La baisse observée de l'âge moyen de liquidation fait que les pensions sont tendanciellement – à comportement individuel inchangé⁸⁶ – versées de plus en plus tôt, et le sont donc sur une période de temps plus longue (d'autant plus si l'on tient compte des gains d'espérance de vie).

La CNAV a estimé l'impact, sur les masses de prestations, de la variation de l'âge moyen de départ en retraite entre les générations 1940 et 1960. Le poste de charges le plus important résulte de la mise en place de la retraite anticipée, dont l'impact est évalué à 2,3 Md€ en 2008. L'évolution de l'âge relevant de modifications des caractéristiques individuelles des liquidants (carrières plus complètes ...) n'est à l'origine que de 500 M€ de coût en 2008. Au total, la baisse de l'âge moyen de liquidation à la CNAV conduit à une charge annuelle supplémentaire estimée à 2,8 Md€ en 2008 (cf. graphique n°5).

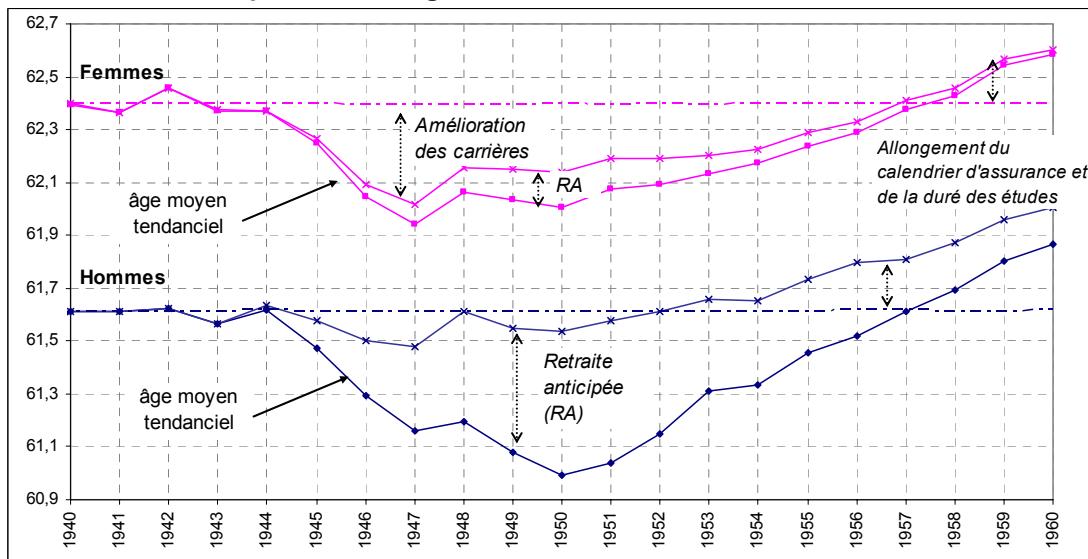
⁸⁵ Bardaji J., Sédillot B. et Walraet E. (2003), « Un outil de prospective des retraites : le modèle de microsimulation DESTINIE », *Economie et Prévision*, n°160-161, 2003 4/5, p. 193-213.

⁸⁶ L'évolution des comportements résultant de choix individuels (volonté de partir plus tôt, ou au contraire plus tard...) n'a pas pu être mesurée.

Graphique n°4 : Calendrier d'allongement de la durée d'assurance requise pour avoir le taux plein



Graphique n°5 : Estimation, par la CNAV, de l'impact de la baisse de l'âge moyen de départ entre les générations nées en 1940 et en 1960



Source : données CNAV, PRISME (champ France entière), 2008.

NB : Les droites en pointillés représentent l'âge moyen de liquidation des pensionnés nés en 1940 (hommes et femmes). Ces droites servent de points de comparaison des âges de liquidation des autres générations.

Note de lecture : Les hommes nés en 1950 devraient liquider à l'âge moyen de 61 ans. Si l'on corrige l'effet de la retraite anticipée, qui impacte massivement les hommes de cette génération, ils liquideraient à l'âge moyen de 61,55 ans. L'écart entre cet âge moyen et celui de la génération née en 1940 (soit un âge de liquidation de 61,6 ans) correspond à l'évolution des caractéristiques individuelles au fil des générations, en particulier une amélioration des carrières (augmentation des durées validées).

Les femmes de la génération 1950 sont assez peu concernées par la retraite anticipée (cette mesure concerne très majoritairement les hommes), l'âge moyen corrigé de cette effet étant de 62,1 ans (contre un âge tendanciel de 62 ans). Ces femmes ont, par contre, de meilleures carrières que celles de la génération née en 1940, d'où un écart entre l'âge moyen de ces femmes (corrigé de la retraite anticipée) et celui de la génération 1940 (respectivement 62,1 ans contre 62,4).

Les femmes et les hommes nés après 1950 sont progressivement touchés par l'allongement du calendrier d'assurance et l'allongement de la durée des études, ce qui conduit à augmenter tendanciellement leur âge moyen de liquidation.

THEME 12

LES PRESTATIONS FAMILLE

12-1

CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET JURIDIQUE DES PRESTATIONS FAMILIALES

Le contexte démographique

Le dispositif des prestations familiales est fortement corrélé au nombre de naissances, à l'âge des enfants et à la taille des familles. Le nombre de naissances vivantes demeure relativement élevé en France depuis 2000, supérieur à 800 000 par an (données France entière). En revanche, la taille des familles ne cesse de se réduire en se concentrant autour des ménages avec deux enfants et l'âge moyen des mères à la naissance continue de s'élever (29,9 ans en 2007 contre 29,8 en 2006 et 28,3 en 1990 – données INSEE).

Le nombre de sorties des différentes prestations familiales découle chaque année du dynamisme des naissances sur le passé : dans le cas général, 20 ans plus tôt pour les allocations familiales, 21 ans pour le complément familial et 3 ans pour les aides destinées aux jeunes enfants.

Des entrées dans le dispositif des prestations familiales plus nombreuses

En 2007, 783 500 naissances ont été enregistrées en France métropolitaine et 33 000 dans les départements d'outre-mer, soit un total de 816 500, en baisse de 1,7% en un an (-13 800 par rapport à 2006).

Pour 2008, on retient l'hypothèse d'une légère croissance de la natalité (+0,2%).

Les sorties de la PAJE en 2008 devraient être moins nombreuses que les entrées, puisque le nombre de naissances en 2005 était inférieur d'environ 10 700 à celui prévu en 2008. Cela se traduirait donc par une augmentation du nombre de bénéficiaires de la PAJE.

En 2008, la génération 1988 qui atteint l'âge de 20 ans étant moins nombreuse que celle qui naît, le nombre de bénéficiaires des allocations familiales devrait également augmenter, même si ce lien n'est pas mécanique : en effet, le service des allocations familiales peut être interrompu avant les 20 ans de l'enfant (lorsqu'il n'est plus à charge) et elles ne sont pas versées aux familles d'un enfant.

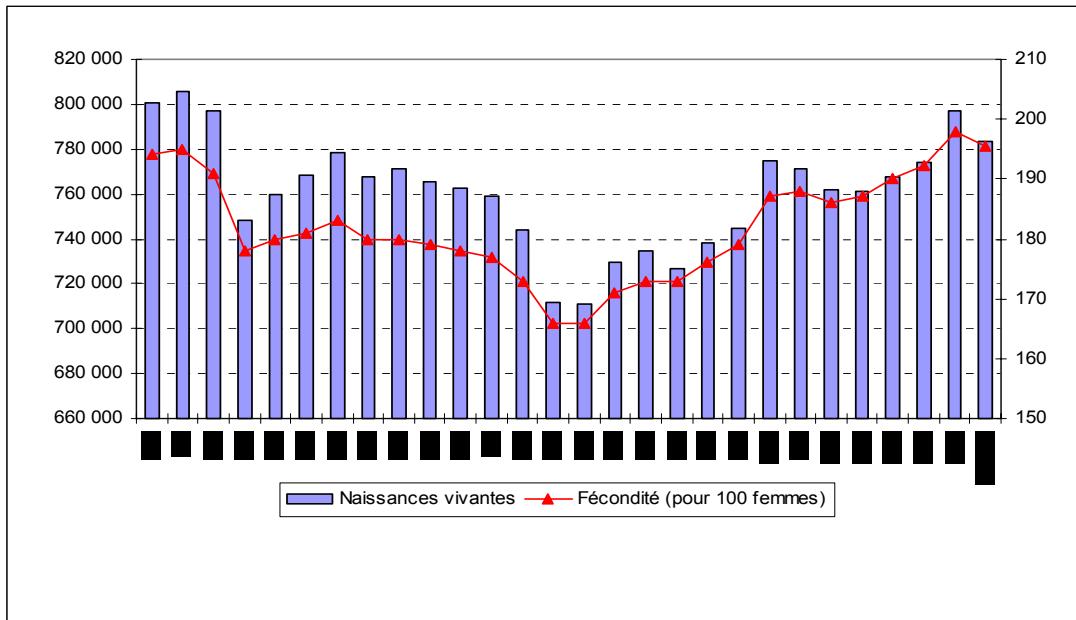
La réduction tendancielle de la taille des familles modère toutefois la progression des dépenses

Si le rythme soutenu des naissances contribue à l'accroissement de la population, le nombre de ménages croît encore plus vite (26,4 millions de ménages en 2005 contre 21,9 en 1990).

Le tableau 1 montre une forte progression des naissances de rang 1 dont la part dans l'ensemble des naissances s'est accrue de 8 points entre 1998 et 2006 (passant de 49 % à 57 %). A l'inverse, les naissances de rang supérieur ont toutes diminué en valeur absolue au cours de cette même période, reflétant ainsi une réduction de la taille des familles.

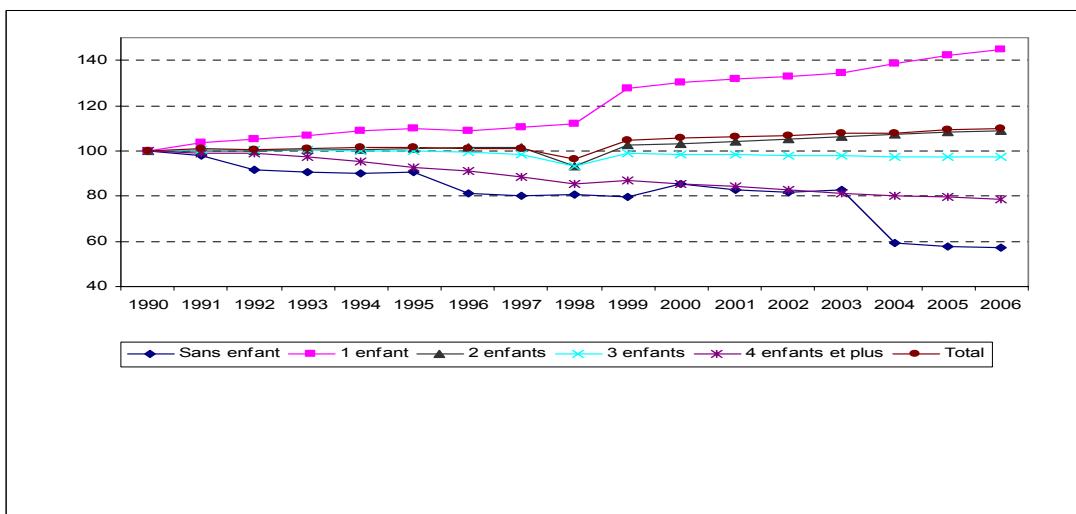
Le nombre de familles d'un ou deux enfants bénéficiant d'une prestation de la CNAF augmente depuis 1998, en lien avec le dynamisme de la natalité. A l'inverse, les familles de trois et surtout celles de quatre enfants et plus sont de moins en moins nombreuses parmi les allocataires de la branche (voir graphique 2). La diminution de la taille des familles réduit tendanciellement les dépenses de la branche. En effet, certaines prestations ne sont pas servies en dessous d'un certain nombre d'enfants (AF, CF) et ont des barèmes progressifs en fonction du nombre d'enfants (AF).

Parmi les familles bénéficiaires de prestations familiales, la part des familles monoparentales avec enfants dans l'ensemble des familles ayant des enfants à charge (25,5% en 2006, données Caf) a progressé de près de 5 points en dix ans.

Graphique 1 - Naissances vivantes et fécondité de 1980 à 2007 (France métropolitaine)

Source : INSEE

Lecture : le nombre (provisoire) des naissances en 2007 s'élève à 783 500 en France métropolitaine ; l'indicateur de fécondité se replie par rapport à 2006 (195,6 contre 198,3 enfants pour cent femmes).

Graphique 2 - Evolution du nombre de familles bénéficiaires de prestations familiales selon le nombre d'enfants (base 100 en 1990)

Source : CNAF

Notes : les ménages sans enfant percevant des prestations familiales sont principalement des femmes enceintes (API, prime de naissance versée au 7^e mois de grossesse) ainsi que des bénéficiaires d'allocations logement, sans enfant mais avec des personnes âgées à charge ; la forte augmentation du nombre de familles avec un enfant bénéficiaires de prestations familiales entre 1998 et 1999 est la conséquence d'une extension du champ de l'allocation de rentrée scolaire. La forte diminution du nombre de bénéficiaires sans enfant en 2004 est due au remplacement de l'APJE courte pré-natale (versée chaque mois à partir du 5^e mois de grossesse) par la prime de naissance de la PAJE (versée en une fois au 8^e mois de grossesse).

Le contexte juridique

Revalorisations et conditions d'attribution

La plupart des prestations familiales sont revalorisées chaque année au 1er janvier sur la base de la BMAF (voir tableau 2). Jusqu'en 2007, l'examen des conditions d'attribution des prestations familiales sous conditions de ressources était effectué au 1^{er} juillet de chaque année sur la base des revenus N-1. A compter de 2009, cet examen aura lieu le 1^{er} janvier de chaque année (sur la base des revenus N-2). En 2008, année de transition, la date de révision des ressources est reportée au 1^{er} janvier 2009⁸⁷.

La réforme du calendrier qui consiste à retarder de 6 mois l'examen des conditions de ressources (du 1^{er} juillet 2008 au 1^{er} janvier 2009) entraîne des dépenses supplémentaires pour la branche famille puisqu'elle va continuer à servir des prestations au second semestre 2008 à des allocataires qui auraient été exclus au 30 juin dans le précédent calendrier. Cette opération est estimée à 75 M€ pour la branche famille.

Mesures nouvelles concernant la branche famille

Depuis le 1^{er} janvier 2007, l'allocation de soutien familial (ASF) est accordée prioritairement à l'allocation de parent isolé (API) ce qui entraîne un transfert de l'API (financée par l'Etat) vers l'ASF (financée par la branche famille) représentant une charge supplémentaire de 99 M€ pour la branche famille en 2008. La LFSS 2005 et celle de 2007 ont prévu respectivement la mise en œuvre d'un quatrième et d'un cinquième plan de financement de nouvelles places de crèches.

Sur le handicap, la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en faveur des parents isolés mise en place en 2006, à la charge de la CNSA, représenterait un coût de 20 M€ en 2008 (après 19 M€ en 2007). D'autre part, la LFSS 2007 a institué un congé de soutien familial non rémunéré mais ouvrant droit à l'AVPF, d'une durée de trois mois, renouvelable dans la limite d'un an sur l'ensemble de la carrière, en faveur des travailleurs devant cesser leur activité professionnelle pour s'occuper d'un proche souffrant d'un handicap ou d'une perte d'autonomie importante. Cette mesure chiffrée à 11 M€ en 2007 et 2008 est financée par la CNSA.

Concernant les prestations logement, trois mesures récentes modifient les barèmes :

- l'abaissement du seuil de non versement des aides de 24 à 15 euros au 1^{er} janvier 2007 (soit un effet estimé à 6 M€ pour la CNAF en 2007 et 2008) ;
- l'augmentation de la participation personnelle en deux temps de 29 à 30 € au 1^{er} janvier 2007 et de 30 à 31 € au 1^{er} janvier 2008 (soit 2 M€ en 2007 et 4 M€ en 2008 au titre de l'ALF) ;
- le décalage de l'actualisation des barèmes, des ressources et des loyers de juillet à décembre 2008 (soit un coût de 33 M€ au titre de l'ALF et de 18 M€ au titre de l'APL).

La LFSS 2008 a prévu :

- l'unification des majorations pour âge des allocations familiales à compter du 1^{er} mai 2008. Celle-ci est désormais de 60 € à partir de 14ans ; elle était auparavant de 34 € par enfant de 11 à 16 ans et de 60 € par enfant de plus de 16 ans. Cette mesure entraînerait une économie de 35 M€ en 2008 ;
- un droit d'option entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH, à la charge de la branche famille) et la prestation de compensation du handicap (PCH, à la charge de la CNSA) pour les bénéficiaires des compléments de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} catégorie de l'AEEH qui entraînerait une économie de 7 M€ pour la branche famille en 2008 ;

⁸⁷ Comme tendanciellement les revenus moyens des ménages pris en compte dans la base ressources (essentiellement des salaires) augmentent plus rapidement que les plafonds de ressources (revalorisés de l'inflation), le réexamen annuel des conditions de ressources conduit, toutes choses égales par ailleurs, à exclure mécaniquement un certain nombre de bénéficiaires (les anciens bénéficiaires dont les ressources ont basculé au-dessus du plafond perdent leur droit à l'allocation).

- une revalorisation de la prise en charge de la rémunération dans le complément de mode de garde assistantes maternelles pour les familles modestes qui conduirait à un coût de 13 M€ en 2008.

Tableau 1 - Part des naissances vivantes selon le rang de l'enfant dans le total des naissances (France métropolitaine)

Année	Ensemble	Rang de l'enfant (en %)			
		1	2	3	4 ou +
1998	738 080	49,5	32,0	12,6	5,9
1999	744 791	51,1	31,4	12,1	5,5
2000	774 782	52,2	30,5	11,9	5,4
2001	770 945	54,5	29,2	11,3	5,0
2002	761 630	55,9	28,7	10,6	4,8
2003	761 464	57,0	28,3	10,3	4,4
2004	767 816	57,5	27,8	10,2	4,4
2005	774 355	57,5	28,0	10,2	4,3
2006	796 896	57,5	27,8	10,4	4,3
2007 (p)	783 500	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Source: INSEE

Tableau 2 - Décomposition de la revalorisation de la BMAF

	2005	2006	2007	2008
Evolution prévisionnelle des prix hors tabac	1,8%	1,7%	1,8%	1,6%
Rattrapage*	0,4%	0,1%	-0,1%	-0,6%
Revalorisation totale	2,2%	1,8%	1,7%	1,0%
Coût (en millions d'€)	550	470	460	270

* Ecart entre la prévision d'évolution des prix hors tabac et la réalisation

Source : DSS (SDEPF/6A)

Note : En 2008, la BMAF est revalorisée de 1% pour une prévision d'inflation 2008 de 1,6%. Deux corrections d'inflation sont opérées (-0,5% au titre de 2007, -0,1% au titre de 2006).

12-2

LES PRESTATIONS FAMILIALES

Les prestations familiales ont augmenté de 3,0 % en 2007 et décélèreraient en 2008 (+2,1 %)

La croissance des prestations s'est infléchie en 2007 (3% contre 4,5% en 2006). Ce ralentissement s'explique par :

- la fin de la montée en charge de la PAJE pour les enfants de 0 à 3 ans en 2007 ;
- une diminution de la natalité (-13 800 naissances par rapport à 2006) ;
- une revalorisation de la BMAF de 1,7% au 1^{er} janvier 2007 contre 1,8% au 1^{er} janvier 2006.

En 2008, la croissance des dépenses ralentirait encore (+2,1%). Plusieurs effets se conjuguent pour expliquer cette nouvelle inflexion :

- la revalorisation de la BMAF a été de 1,0% au 1^{er} janvier 2008 ;
- la PAJE décélère puisque sa montée en charge s'est achevée l'année précédente pour les enfants de 0 à 3 ans ;
- deux nouvelles mesures d'économie produisent leurs premiers effets : l'unification des majorations pour âge des allocations familiales à 14 ans et le droit d'option entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et la prestation de compensation du handicap.

Les aides à la petite enfance⁸⁸ représentent une charge de 10,9 Md€ en 2007 (dont 10,6 Md€ au titre de la PAJE), soit une croissance de 4,3% par rapport à 2006

Cette progression encore forte marque un ralentissement sensible par rapport à 2006 (qui avait enregistré une croissance de 10%) lié à la fin de la montée en charge de la PAJE pour les enfants de moins de 3 ans.

L'AFEAMA et l'AGED, globalement moins coûteuses que la PAJE, sont désormais presque complètement remplacées par celle-ci : depuis le 1^{er} janvier 2007, seuls les parents d'enfants de plus de 3 ans (nés avant la création de la PAJE le 1^{er} janvier 2004) la reçoivent encore.

Pendant la période de montée en charge de la PAJE (2004-2007), les évolutions ont été très contrastées selon le type d'aide (voir tableau 4) :

- la mise en place de la PAJE s'est accompagnée d'une modification des règles de cumul entre prestations : les bénéficiaires de l'APJE ne pouvaient prétendre à l'APJE longue ; en revanche, la PAJE permet de cumuler l'allocation de base (remplaçant l'APJE longue) et le complément d'activité (toutefois minoré du montant de l'allocation de base de sorte que le montant total d'aide accordé à la famille est inchangé, seule la répartition est modifiée) ; cette possibilité de cumul partiel conduit à majorer, toutes choses égales par ailleurs, les charges au titre de l'allocation de base relativement à l'APJE, et à minorer à due concurrence les charges au titre du complément d'activité relativement à l'APJE ;

⁸⁸ Outre la PAJE (prestation d'accueil du jeune enfant), les aides à la petite enfance comprennent l'APJE (allocation pour jeune enfant, comptabilisée parmi les prestations d'entretien), l'APE (allocation parentale d'éducation), l'AFEAMA (aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée) et l'AGED (allocation de garde d'enfant à domicile). L'APJE s'est éteinte en 2007. L'APE n'existe plus qu'à titre résiduel (en cas d'adoption). L'AFEAMA et l'AGED s'éteindront définitivement en 2010, la PAJE les ayant alors complètement remplacées.

Tableau 1 - Familles bénéficiaires de prestations familiales légales (champ CAF)

Effectifs au 31 décembre

	2005	2006	%	2007	%
Prestations d'entretien					
Allocations familiales	4 599 404	4 619 216	0,4	4 638 726	0,4
Complément familial	847 687	830 302	-2,1	813 807	-2,0
Allocation pour jeune enfant	310 146	3			
Allocation d'adoption	35	22	-37,1	12	-45,5
Allocation de soutien familial	681 188	683 985	0,4	711 786	4,1
Allocation de parent isolé	204 873	216 278	5,6	204 304	-5,5
Allocation journalière de présence parentale	3 941	4 421	12,2	4 667	5,6
Prestations pour la garde des enfants					
Allocation parentale d'éducation	182 755	316	-99,8	194	-38,6
AFEAMA	378 807	220 423	-41,8	105 502	-52,1
AGED	34 745	23 104	-33,5	14 866	-35,7
Prestation d'accueil du jeune enfant	1 435 114	2 026 899	41,2	2 125 535	4,9
Prestations en faveur de l'éducation (ARS)	2 882 870	2 836 131	-1,6	2 797 804	-1,4
Prestations en faveur du logement (ALF)	1 209 667	1 199 470	-0,8	1 216 984	1,5
Prestations en faveur des handicapés					
AAH	768 414	772 296	0,5	781 972	1,3
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	131 573	147 335	12,0	145 469	-1,3

Source : CNAF

Note : ces effectifs concernent les bénéficiaires couverts par les CAF, ce qui n'est pas la totalité des bénéficiaires puisque certains régimes gèrent eux-mêmes les prestations familiales de leurs ressortissants (régimes agricoles, régimes spéciaux, etc...). Néanmoins, la part des prestations gérées par les CAF augmente régulièrement, notamment sous l'effet de transferts de gestion des prestations vers les CAF (cas de la Poste en 2004 et des fonctionnaires en 2005 – ce qui explique les hausses d'effectifs enregistrées pour les AF et le CF en 2004 et 2005). La PAJE est, à l'exception des régimes agricoles, entièrement gérée par les CAF. Les évolutions d'effectifs présentées dans ce tableau peuvent donc s'écartez des évolutions tous régimes, et ceci de façon différenciée selon les prestations.

Lecture : au 31 décembre 2007, les CAF ont versé des allocations familiales à 4 638 726 familles, soit une augmentation de 0,4% par rapport aux effectifs du 31 décembre 2006.

Tableau 2 - Décomposition de l'évolution des prestations familiales légales

En millions d'€

	2004	2005	2006	2007	2008
Masse des prestations	34 307	35 834	37 463	38 574	39 375
Variation par rapport à N-1	4,2%	4,4%	4,5%	3,0%	2,1%
<i>dont mesures</i>	1,1%	1,7%	1,8%	0,7%	0,7%
<i>dont revalorisation</i>	2,0%	2,1%	1,8%	1,7%	1,1%
<i>dont volume</i>	1,0%	0,7%	1,0%	0,6%	0,3%
Poids dans le PIB	2,07%	2,08%	2,07%	2,04%	2,01%

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

Notes :

- l'effet « mesures » désigne la part du coût des mesures nouvelles dans la croissance annuelle globale des prestations légales ;
- l'effet « revalorisation » est lié à l'évolution des barèmes : BMAF, effet de la hausse du SMIC, actualisation logement ; lorsqu'une modification des barèmes est partie intégrante d'une réforme, elle est rattachée à l'effet « mesures » ; ex : la revalorisation du complément d'aide à la garde en cas de recours aux services d'une assistante maternelle dont bénéficient les allocataires de la PAJE depuis le 1^{er} janvier 2004 est intégrée à l'effet « mesures » ;
- l'effet « volume » désigne principalement la variation de l'effectif moyen de bénéficiaires ; il intègre notamment l'érosion tendancielle de l'effectif des allocataires de prestations sous conditions de ressources dont les plafonds d'attribution croissent moins vite que le revenu moyen de la population ; en revanche, il n'intègre pas les variations d'effectifs liées aux mesures nouvelles (comme l'élargissement de l'assiette de bénéficiaires de l'allocation de base de la PAJE par rapport à l'APJE).

Lecture : En 2007, une masse de 38,6 Md€ de prestations familiales légales a été versée, en augmentation de 3,0% par rapport à 2006. 0,7 point de cette croissance est dû aux mesures nouvelles, 1,7 point aux revalorisations et 0,6 point aux variations d'effectifs.

- les aides forfaitaires de base (APJE + prime de naissance + allocation de base) ont crû de 5,7% en 2007 sous l'effet, en plus de la modification des règles de cumul décrites ci-dessus, de la hausse du plafond de ressources de l'allocation de base de la PAJE par rapport à celui de l'APJE ;
- les aides à la garde ont augmenté de 8,7% en 2007, le complément d'aide à la garde de la PAJE étant plus généreux que les anciennes aides qu'il remplace (AFEAMA, AGED) ;
- les revenus de remplacement (APE + complément d'activité) ont diminué de 4,9% en 2007: cette baisse s'explique principalement par les nouvelles règles de cumul entre allocation de base et complément d'activité ; par ailleurs, de nombreux autres effets entrent en compte : à la baisse, le resserrement des conditions d'activité pour être éligible au complément d'activité de la PAJE par rapport à l'APE, et à la hausse, l'extension du complément d'activité au premier enfant, la majoration du complément accordé en cas de maintien d'une activité professionnelle à temps partiel et la mise en œuvre en 2006 du complément optionnel de libre choix d'activité qui est monté en charge en 2007.

En 2008, les aides à destination de la petite enfance, ayant atteint leur rythme de croisière sur le champ des enfants de 0 à 3 ans (au titre desquels environ 95% des prestations destinées à la petite enfance sont versées), ralentiraient à nouveau (+3,2%) et s'élèveraient à 11,2 Md€ (dont 11,1 Md€ au titre de la PAJE).

Hors APJE, les prestations d'entretien enregistrent une croissance de 1,7% en 2007 (0,6% en 2008)

Les allocations familiales et le complément familial décroissent en volume, d'abord pour des raisons démographiques, malgré des naissances plus nombreuses depuis 2000 que lors de la décennie précédente. La diminution tendancielle du nombre de famille de 3 enfants et plus réduit les effectifs de bénéficiaires potentiels du complément familial.

La réduction tendancielle de la taille des familles vient aussi diminuer les montants moyens d'allocations familiales versées aux ménages (davantage de familles bénéficiaires de deux enfants, moins de familles de trois enfants et plus – voir 12-1).

La forte croissance de l'allocation de soutien familial en 2007 (+7,4%) s'explique par le fait que, depuis le 1^{er} janvier 2007, l'ASF est accordée prioritairement à l'allocation de parent isolé (API) ce qui entraîne un transfert de l'API (financée par l'Etat) vers l'ASF (financée par la branche famille).

Les prestations liées au handicap ont augmenté de 5,4% en 2007 contre 4,4% en 2006 et décélèreraient en 2008 (+1,7%)

La croissance de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en 2007 (+7,0%) s'explique notamment par la montée en charge de la mise en place de la majoration en faveur des parents isolés qui a débuté en 2006. En 2008, les dépenses relatives à cette allocation progresseraient à un rythme moins soutenu que les années 2006 et 2007 (+4,7%) notamment sous l'effet de la mise en œuvre du droit d'option entre l'AEEH et la PCH (voir fiche 12-1).

L'accélération des charges d'AAH retracée dans les comptes 2007 (+5,3% contre 3,9% en 2006) est due à un changement de méthode comptable⁸⁹ qui a majoré les charges 2007 d'environ 140 M€ et contribué pour 2,7 points à la croissance de l'AAH. Hors cet effet, les charges d'AAH n'auraient crû que de 2,5% en 2007.

Les dépenses d'AAH augmenteraient de 1,4% en 2008.

⁸⁹ Suivant une recommandation de la Cour des comptes, la CNAF a modifié sa méthode d'estimation des charges à payer d'AAH (correspondant aux dossiers en instance non encore liquidés fin 2007 et qui devraient entraîner des rappels courant 2008 au titre de 2007)

Tableau 3 – Masses financières des prestations et évolution (en M€)

	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Total des prestations légales	35 834	37 463	4,5	38 574	3,0	39 375	2,1
Prestations d'entretien	16 615	16 210	-2,4	16 198	-0,1	16 300	0,6
allocations familiales	11 952	12 122	1,4	12 300	1,5	12 351	0,4
complément familial	1 595	1 597	0,1	1 585	-0,7	1 583	-0,2
allocation pour jeune enfant	986	288	-	2	-	0	-
allocation d'adoption	1	0	-	0	-	0	-
allocation de soutien familial	1 071	1 099	2,7	1 181	7,4	1 247	5,5
allocation de parent isolé	972	1 064	9,5	1 075	1,0	1 063	-1,1
allocation de présence parentale	39	40	0,7	54	35,4	56	4,9
Prestations pour la garde des enfants	3 278	1 335	-	316	-	126	-60,3
allocation parentale d'éducation	1 569	442	-	-1	-	0	-
AFEAMA	1 611	838	-	286	-	114	-
AGED	98	54	-	31	-	12	-
Prestations en faveur de l'éducation (ARS)	1 381	1 390	0,6	1 381	-0,6	1 400	1,4
Prestations en faveur du logement (ALF)	3 495	3 616	3,4	3 672	1,6	3 887	5,9
Prestations en faveur des handicapés	5 553	5 798	4,4	6 113	5,4	6 218	1,7
AAH	5 032	5 230	3,9	5 505	5,3	5 582	1,4
AEEH	521	568	9,1	607	7,0	636	4,7
PAJE	5 229	8 818	-	10 571	-	11 113	-
prime de naissance et allocation de base	2 730	4 066	-	4 601	-	4 684	-
complément d'aide à la garde	1 330	2 777	-	3 671	-	4 099	-
complément d'activité	1 170	1 975	-	2 299	-	2 330	-
Autres prestations	282	297	5,2	301	1,4	309	2,7
Prestations extralégales	3 324	3 337	0,4	3 495	4,7	3 861	10,5
Contribution de la CNAF au FNAL	3 491	3 825	9,6	3 624	-5,2	3 833	5,8

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

Note : La contribution de la CNAF au FNAL (qui n'est pas une prestation légale, bien que couvrant une dépense d'aide au logement) connaît des évolutions heurtées depuis 2005 qui a vu l'entrée en vigueur de nouvelles règles de financement de l'APL : d'une clé fixe, la part d'APL financée par la CNAF est passée à une clé variable suivant les dépenses réelles d'APL perçues par des familles (l'Etat finançant la part d'APL versée aux ménages sans enfant). Cette modification a entraîné globalement une hausse de la contribution de la CNAF au FNAL. La clé variable a toutefois été réestimée plusieurs fois d'un exercice à l'autre, entraînant des régularisations qui augmentent les charges de la CNAF en 2006 et les diminuent en 2007.

Tableau 4 – Evolution des prestations à destination de la petite enfance (PAJE + anciens dispositifs)

	2005	2006	%	2007	%	2008	%
PAJE et autres prestations petite enfance	9 494	10 441	10,0	10 890	4,3	11 239	3,2
prime de naissance + allocation de base							
+ APJE + adoption	3 716	4 354	17,1	4 604	5,7	4 684	1,8
complément d'aide à la garde							
+ AFEAMA + AGED	3 039	3 670	20,8	3 988	8,7	4 225	5,9
complément d'activité + APE	2 739	2 417	-11,7	2 298	-4,9	2 330	1,4

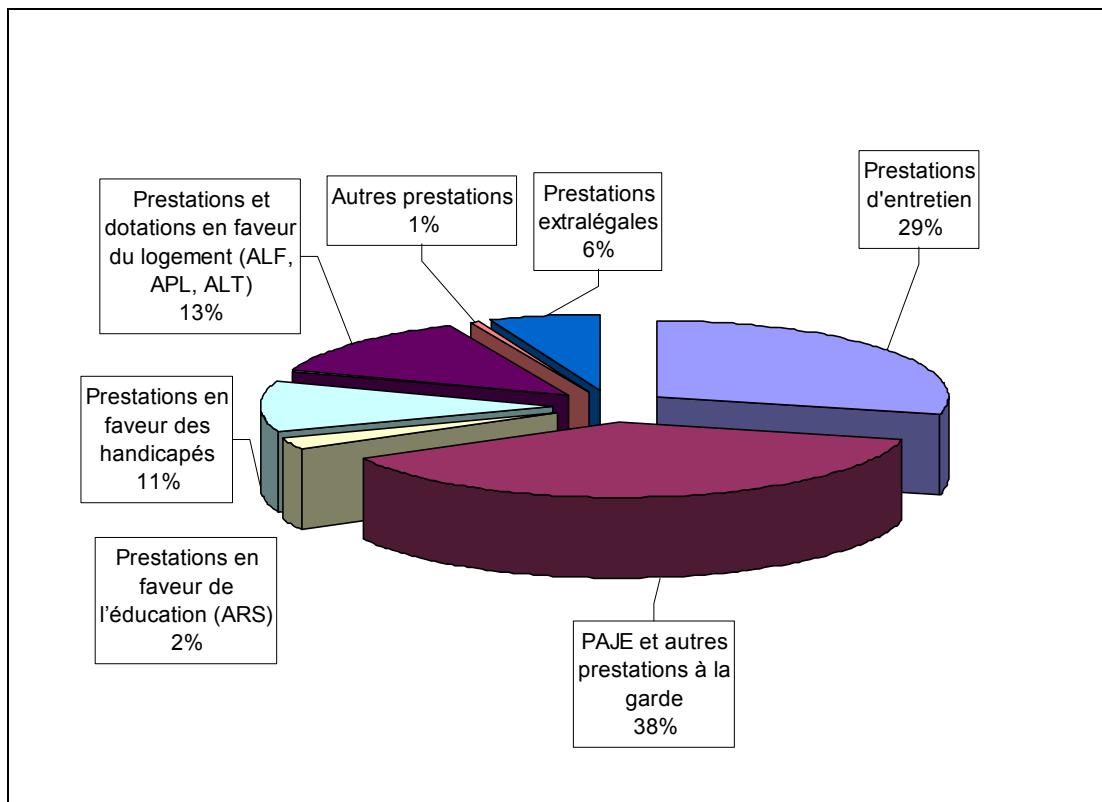
Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

L'allocation logement à caractère familial a progressé de 1,6% en 2007

Les allocations logement sont sensibles à la conjoncture et particulièrement à l'évolution du marché du travail. Compte tenu de la nature dégressive de leur barème, l'amélioration de la situation du marché de l'emploi réduit les montants de prestations servies, toutes choses égales par ailleurs.

Ainsi en 2007, les charges d'ALF ont progressé faiblement en raison d'une augmentation modérée du nombre de bénéficiaires.

En 2008, les dépenses d'ALF progresseraient à un rythme plus élevé (+5,9%) en raison notamment du report au 1^{er} janvier 2009 de l'actualisation de la base ressources (voir fiche 12-1).

Graphique 1 – Structure des prestations familiales en 2007

Le financement des aides au logement

Trois aides, accordées sous conditions de ressources, sont destinées à assurer une couverture partielle des frais de logement : l'aide personnalisée au logement (APL) pour les ménages, avec ou sans enfants, occupant un logement du parc conventionné, l'allocation de logement à caractère familial (ALF) pour les familles (en dehors du parc conventionné) ainsi que l'allocation de logement à caractère social (ALS) pour les ménages sans enfant ni personne à charge (en dehors du parc conventionné). Depuis 1993, des aides sont par ailleurs accordées aux associations logeant à titre temporaire des personnes défavorisées (ALT).

Ces quatre aides sont versées par les CAF, mais elles sont financées de façon différente :

L'ALF est financée intégralement par la branche famille.

L'APL et l'ALS sont financées par le Fonds national de l'aide au logement (FNAL), lui-même financé principalement par le budget de l'État et par une cotisation des employeurs. Jusqu'en 2005, l'APL était gérée financièrement par le Fonds national de l'habitation (FNH), qui a été absorbé dans le FNAL en 2006. Le taux de contribution de la branche famille au FNAL a été modifié en 2007 : la part de la CNAF est de 57,35%, celle du FFPIPSA de 0,25%.

Enfin, la gestion financière de l'ALT, qui relevait du FNAL jusqu'en 2005, est assuré par l'Etat (DGAS) depuis le 1^{er} janvier 2006. La CNAF et le FFPIPSA contribuent pour moitié au financement de l'ALT (respectivement 48 % et 2 %), l'autre moitié étant financée par l'État. Cette contribution est retracée dans les comptes de la CNAF sous la rubrique « Financement FNAL ».

THEME 13
ECLAIRAGES FAMILLE

13-1

L'AIDE PERSONNALISEE AU LOGEMENT

Deux sources de données ont été principalement mobilisées pour reconstituer les séries chronologiques présentées dans cette fiche : les comptes du logement, d'une part, desquels sont issues les données portant sur les montants globaux d'APL versés, les effectifs de bénéficiaires et les décompositions de ces séries par type de prestation (APL1, APL2, location, accession), les comptes de la CNAF, d'autre part, retracant la contribution de la branche au financement de l'APL. Les séries des comptes du logement ne sont pas disponibles avant 1984. La série des comptes de la CNAF (présentés dans les rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale) remonte à 1979.

L'aide personnalisée au logement (APL) a été créée par la loi n°77-1 du 3 janvier 1977 et relève du code de la construction et de l'habitation (CCH). Elle est cofinancée par l'Etat et la branche famille et s'applique à un parc de logements déterminé.

Le champ d'application actuel de l'APL comprend :

- en accession à la propriété : les logements financés avec des prêts aidés ou réglementés par l'Etat (prêt aidé pour l'accession à la propriété (PAP), prêt conventionné (PC), prêt d'accession sociale (PAS) ou prêt social location accession (PSLA)) ;
- en secteur locatif : les logements conventionnés financés par des PLA (prêts locatifs aidés) auxquels ont succédé les PLUS (prêts locatifs à usage social), par des prêts locatifs sociaux (PLS) des PAP ou des PC locatifs, les logements conventionnés à l'occasion de l'attribution de subventions à l'amélioration, ainsi que les logements existants, conventionnés sans travaux, appartenant à des organismes d'habitation à loyer modéré, à des sociétés d'économie mixte ou à d'autres bailleurs.

L'APL est versée uniquement en France métropolitaine.

L'histoire de l'APL depuis sa création est rythmée par d'importantes évolutions réglementaires

Ces évolutions concernent essentiellement les barèmes et le périmètre de la prestation.

La création de l'APL en 1977 témoigne d'une double inflexion dans la politique du logement

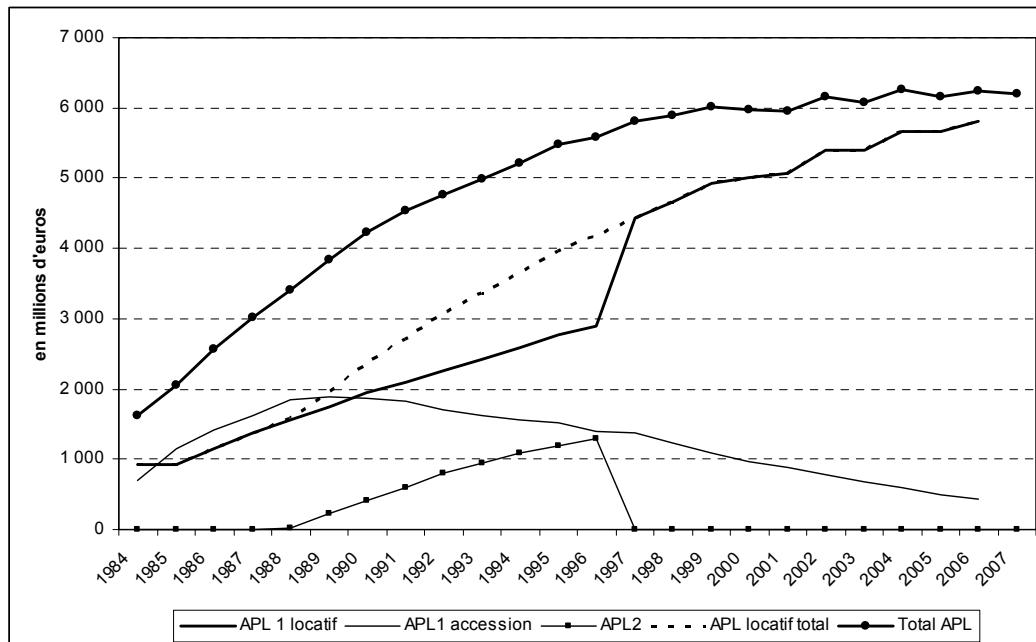
Premièrement, cette nouvelle prestation renforce la politique d'aide à la personne au détriment de l'aide à la pierre (aide publique à la construction ou à la réhabilitation de logements) qui avait prévalu depuis la fin de la seconde guerre mondiale.

Deuxièmement, l'APL est la première allocation logement ne ciblant pas spécifiquement une catégorie de personnes ou de ménages. Elle constitue une aide générale uniquement basée sur les ressources⁹⁰.

De sa création jusqu'au milieu des années 80, l'APL monte en charge au fur et à mesure que des logements neufs conventionnés sont construits⁹¹ (étendant le champ des bénéficiaires potentiels dans le secteur locatif) et que les prêts aidés sont accordés (augmentant le nombre de bénéficiaires accédants) : les effectifs de bénéficiaires de l'APL croissent encore de plus de 15% entre 1985 et 1986.

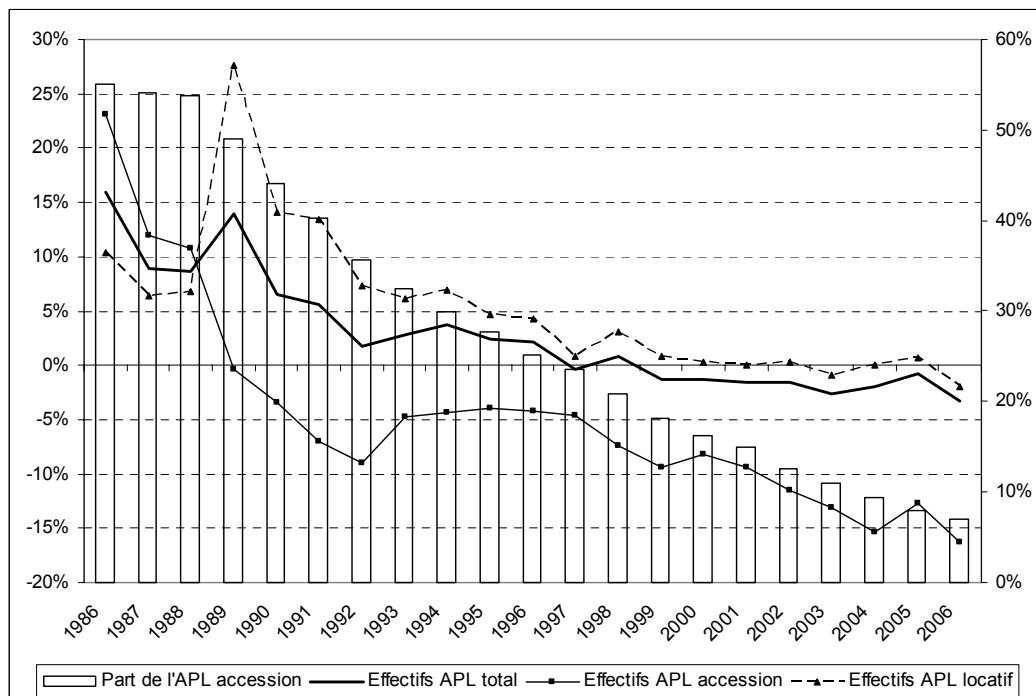
⁹⁰ L'APL vient enrichir les dispositifs d'aide à la personne comportant déjà l'ALF (crée en 1948 et réservée aux familles) intégralement financée par la CNAF et l'ALS (crée en 1971 et ne ciblant alors que les personnes âgées, les handicapés et les jeunes travailleurs de moins de 25 ans), à la charge de l'Etat.

⁹¹ Un conventionnement entre l'Etat et le bailleur est également possible dans le cas de travaux d'amélioration du logement après acquisition.

Graphique 1 – Evolution des différentes composantes de l'APL depuis 1984

Source : Comptes du logement

Note : les données 2007 portant sur la décomposition entre secteur locatif et accession ne sont pas encore disponibles.

Graphique 2 – Taux de croissance des effectifs de bénéficiaires de l'APL par secteur et part de l'APL accession dans le montant total d'APL versée

Source : comptes du logement

Note : Les taux de croissance des effectifs se lisent sur l'échelle de gauche ; la part d'APL sur celle de droite.

La création de l'APL2 en 1987 marque une nouvelle rupture

Ce second barème d'APL locative, appliqué à partir du 1^{er} janvier 1988, est destiné à couvrir l'ouverture du parc locatif ancien au conventionnement, sans que soit exigé en contrepartie une amélioration du logement (le champ de l'APL2 est ensuite étendu aux foyers de jeunes travailleurs en 1990). Cette mesure provoque une accélération du nombre de ménages locataires bénéficiaires de l'APL qui double entre 1988 et 1994 (passant de 1 à 2 millions).

Elle s'accompagne d'une limitation des prêts ouvrant droit à l'APL pour les accédants à la propriété. Après avoir connu une croissance à deux chiffres les années précédentes, leur effectif diminuent à partir de 1989 (le point haut est atteint en 1988 avec 954 000 ménages allocataires).

Un effort de rationalisation des barèmes intervient en deux étapes en 1997 et 2001

Si le bouclage de l'ALS (cf. infra) a permis de généraliser les AL, il n'a pas gommé les inégalités existant entre allocataires compte tenu de la multiplicité des barèmes, fonctions de la situation des ménages (avec ou sans enfant, accédant ou locataire) et du type de logement occupé (conventionné ou non).

Une formule unique d'APL locative est d'abord créée le 1^{er} avril 1997 et est encore en vigueur aujourd'hui. L'APL1 et l'APL2 ne subsistent que pour les foyers.

En 2001, le barème locatif de l'ALF/ALS est aligné sur celui de l'APL, plus généreux. En accompagnement de cette mesure, le barème unifié est reprofilé en deux temps (au 1^{er} janvier 2001 et au 1^{er} janvier 2002) de façon à traiter plus équitablement les petits revenus d'activité et de limiter ainsi les phénomènes de trappes à inactivité⁹².

En plus de ces réformes majeures, les barèmes d'aides au logement ont connu au cours de leur histoire d'innombrables ajustements : modifications successives du périmètre de la base ressources, de la participation minimale, du seuil de non versement, introduction de l'évaluation forfaitaire des revenus, d'un plancher de ressources distinguant étudiants boursiers et non boursiers, réexamen des ressources anticipé en cas de chômage, etc...

Les revalorisations annuelles des barèmes n'ont pas toujours été régulières

Compte tenu de la complexité des barèmes, les revalorisations de l'APL, intervenant traditionnellement au 1^{er} juillet de chaque année⁹³, ont fait intervenir de très nombreux paramètres depuis la création de la prestation. Depuis les années 90, on constate une sous-indexation des barèmes par rapport aux dépenses de logement :

- entre 1990 et 2007, les loyers-plafonds ont été revalorisés de 23,5% alors que sur la même période l'indice de coût à la construction et l'indice de référence des loyers⁹⁴ augmentaient respectivement de près de 49% et 56%⁹⁵ ;
- entre 1990 et 2003, le forfait de charge s'est accru de 15,5% contre près de 42% pour le panier de charges locatives défini par l'INSEE⁹⁶ ; le forfait de charge est indexé sur l'indice de référence des loyers depuis le 1^{er} janvier 2008 ;

Par ailleurs les revalorisations des paramètres homogènes aux ressources suivent essentiellement les revalorisations du RMI et de la BMAF.

⁹² Sur le sujet de la réforme 2001, consulter la fiche 12-5 du rapport à la CCSS de septembre 2002.

⁹³ Toutefois à partir de 2007, les revalorisations ont lieu le 1^{er} janvier de chaque année.

⁹⁴ La définition de cet indice sur lequel sont désormais indexés les loyers-plafonds a changé plusieurs fois : il est aujourd'hui égal à l'inflation hors tabac et hors dépenses de logement (cet indice sert également de référence à la revalorisation annuelle des loyers).

⁹⁵ Source CNAF.

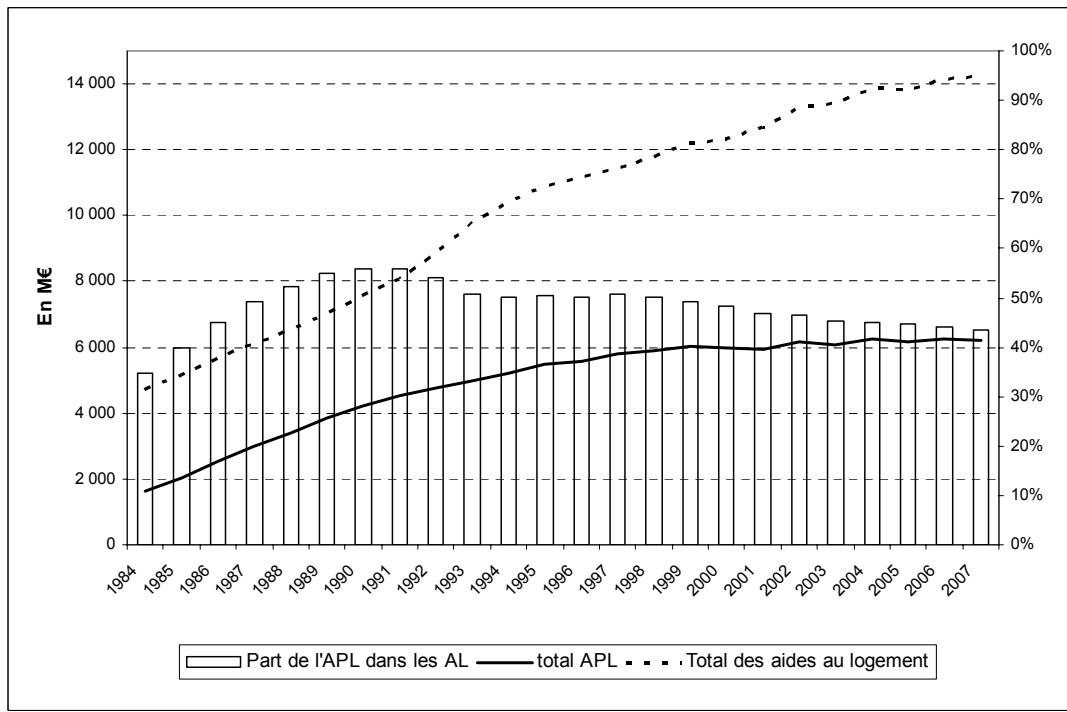
⁹⁶ Source CNAF.

Graphique 3 – Taux de croissance comparés des montants d'APL et des effectifs de bénéficiaires



Source : comptes du logement

Graphique 4 –Montants comparés d'APL et de l'ensemble des aides au logement



Source : comptes du logement

Certaines années, à des fins d'économies, les barèmes ont été gelés. Ce fut le cas en 1993, 1995, 1996, 2004 et 2006. Ces gels, en plus de décalages⁹⁷ dans le calendrier de revalorisations, combinés à d'autres mesures d'économies prises dans les années récentes expliquent les évolutions heurtées des montants d'APL depuis 2003 (graphique 3).

Après avoir représenté plus de la moitié des aides au logement au début des années 1990, le poids de l'APL s'érode régulièrement par rapport aux autres prestations

Au cours de sa période initiale de montée en charge (1979 – 1986), la part de l'APL dans l'ensemble des aides au logement s'accroît rapidement. Elle s'accompagne d'un effet d'éviction des bénéficiaires des autres aides qui perçoivent désormais l'APL préférentiellement aux autres prestations dès lors qu'ils y sont éligibles⁹⁸.

Sous l'effet de la création de l'APL2 en 1987 et du basculement progressif des locataires bénéficiaires des autres AL au fur et à mesure que le conventionnement monte en charge dans le parc locatif ancien et malgré le recul de l'APL accession, la part de l'APL dans les aides au logement continue de croître jusqu'en 1991 où elle s'élève alors à 56%.

Elle commence à se réduire ensuite en raison d'une autre réforme d'envergure, dite du « bouclage de l'ALS », visant à étendre progressivement, toujours sous conditions de ressources, le bénéfice de l'ALS à toutes les catégories de personnes non encore couvertes par une aide au logement⁹⁹.

Cette tendance se poursuit lors et traduit une croissance moins rapide de l'APL par rapport à l'ALF et l'ALS (graphique 4). On peut avancer trois types d'explications.

La première tient à la dynamique des loyers. Les bénéficiaires de l'APL locative occupent des logements conventionnés dont les loyers ont progressé moins rapidement que dans le parc privé puisqu'ils étaient encadrés. En conséquence, toutes choses égales par ailleurs, le montant moyen d'allocation a crû moins vite en APL qu'en ALF ou ALS.

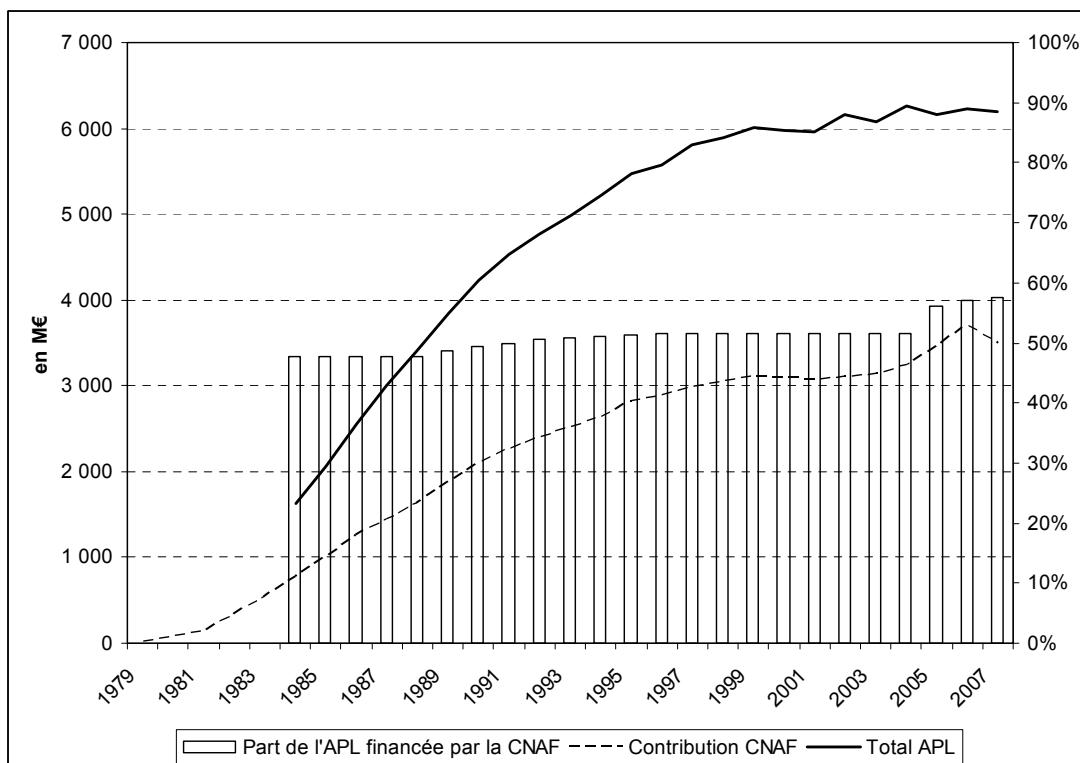
La deuxième est liée à la baisse continue du nombre d'allocataires d'APL accédant à la propriété. A la diminution, à partir de 1989, du nombre de nouveaux allocataires, s'ajoutent, à partir de la fin des années 90, les sorties de ménages ayant terminé de rembourser leur prêt contracté à partir de la fin des années 70. Ainsi entre 1989 et 1997, le nombre de ménages accédants bénéficiaires de l'APL baisse en moyenne de 4,5% par an. Entre 1998 et 2006, le taux annuel moyen chute à -11,5%. Entre 1985 et 2006, la part du secteur accession dans les dépenses d'APL est passée de 56% à moins de 7% (graphique 2).

La troisième est l'alignement, en 2001, du barème locatif de l'ALF et de l'ALS sur celui de l'APL entraînant une hausse significative du montant des deux premières prestations.

⁹⁷ La revalorisation au titre de 2003 est intervenue (rétroactivement) au 1^{er} mai 2004. La revalorisation au titre de 2005 est intervenue le 1^{er} septembre 2005 (sans rétroactivité).

⁹⁸ Le barème de l'APL est alors plus généreux que celui de l'ALF et de l'ALS : cette meilleure solvabilisation des ménages se justifie par la volonté de compenser la hausse des loyers et des mensualités d'accession faisant suite à la réduction des aides à la pierre (concomitante à la création de l'APL).

⁹⁹ 1985 : chômeurs de longue durée ; 1988 : allocataires du RMI ; 1990 : chômeurs titulaires de l'allocation d'insertion, personnes hébergées en unités et centres de séjours longs ; 1991-1993 : généralisation aux catégories encore non couvertes en trois étapes : région parisienne et DOM au 01/01/91, agglomérations de plus de 100 000 habitants au 01/01/92, zones rurales au 01/01/93. De fait, cette dernière vague d'extensions (à partir de 1991) bénéficia essentiellement aux étudiants qui sont aujourd'hui de l'ordre de 600 000 à percevoir l'ALS (environ un quart du total des allocataires) – Source : CNAF.

Graphique 5 – Montants d'APL et contribution de la branche famille

Source : comptes du logement et rapports à la CCSS

APL et frais de gestion

Tout comme les autres aides au logement, l'APL est versée par les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de la mutualité sociale agricole (pour les allocataires relevant des régimes agricoles).

En contrepartie de la gestion par des tiers de ces prestations, en partie pour son compte, l'Etat s'acquitte de frais de gestion envers la branche famille.

La formule de calcul de cette contribution a beaucoup évolué depuis la création de l'APL. Elle était initialement fixée à 6% du montant des allocations versées mais non financées par la branche famille.

Ce taux a progressivement décru par la suite, passant successivement à 5% en 1981, puis 4% en 1983, 3% en 2002 et enfin 2% depuis 2003.

L'année 2005 a vu une dernière modification importante : à partir de cet exercice, la contribution de l'Etat au titre des frais de gestion ne s'effectue plus sur la base du montant d'APL qui n'est pas financée par la CNAF mais sur la totalité de l'APL versée.

La branche famille finance aujourd’hui plus de la moitié de l’APL

L'aide personnalisée au logement est cofinancée par la branche famille, l'Etat et une contribution des employeurs (une partie du 1% logement). La participation de la branche famille se justifie par le fait qu'une part importante des ménages allocataires ont des enfants à charge et auraient bénéficié à ce titre de l'ALF (considérée comme une prestation familiale et financée par la CNAF) en l'absence d'APL.

Jusqu'en 1983, en application de ce principe, la participation de la CNAF était calculée de façon à couvrir « l'économie » d'ALF dont lui faisait bénéficier l'APL. La clé de financement était estimée sur la base d'un échantillon d'allocataires.

Entre 1984 et 1987 le taux de participation de la CNAF est forfaitairement fixé à 47,7%.

L'APL2, créée en 1988, est également financée forfaitairement par la branche famille, à hauteur de 62,5%. Le taux de financement en APL1 et dans le secteur accession demeure en revanche inchangé. Toutefois la montée en charge de l'APL2 augmente peu à peu la part de l'APL totale à la charge de la CNAF : de 47,7% en 1987, sa contribution passe à 51,6% en 1996 (graphique 5).

En 1998, après l'unification des barèmes d'APL locative, la clé de financement est fixée globalement à 51,65% (dont 1,37% au titre du régime des exploitants agricoles).

Enfin, en 2005, on revient au principe de financement qui prévalait avant 1984 : la branche famille prend à sa charge les montants d'APL versés effectivement à des familles qui auraient bénéficié de l'ALF en l'absence d'APL.

Ce calcul est effectué par la CNAF sur la base de données exhaustives extraites de ses fichiers d'allocataires à compter de 2007¹⁰⁰. La mise en place de ce nouveau système s'est effectuée progressivement et a entraîné des régularisations comptables successives au fur et à mesure que le calcul du taux était affiné.

Ainsi la clé 2005 fut initialement sous-estimée pour la branche famille dans son ensemble, mais surestimée dans le cas particulier du FFIPSA¹⁰¹. Une première régularisation pour la branche famille hors FFIPSA, augmentant les charges de la branche famille d'environ 130 M€, fut effectuée au titre de 2005 dans les comptes 2006, puis une deuxième, diminuant cette fois les charges de l'ordre de 75 M€, fut portée aux comptes 2007 pour le FFIPSA (toujours au titre de 2005). Ces régularisations expliquent le profil heurté sur la fin de période de la courbe représentant la contribution de la CNAF dans le graphique 5.

Taux de contribution de la branche famille depuis 2004

	2004	2005(p)	2006(p)	2007(p)
CNAF	51,65%	56,03%	57,01%	57,60%
<i>dont FFIPSA</i>	1,37%	0,36%	0,36%	0,25%

Note : les taux 2005, 2006 et 2007 sont encore provisoires.

¹⁰⁰ La CNAF procède, sur le champ de ses allocataires, au calcul de l'ALV, ou allocation logement virtuelle : elle correspond, ménage par ménage, au montant d'allocation qui aurait été versé en l'absence d'APL. L'ALV est identique à l'APL versée pour ce qui concerne le secteur locatif (les barèmes d'APL et d'ALF locatives sont identiques depuis la réforme de 2001) mais doit être recalculée en accession (ou les barèmes de prestations diffèrent encore).

¹⁰¹ Si formellement le FFIPSA contribue au financement de l'APL, sa contribution est de fait intégrée aux dépenses de la CNAF dont les comptes retracent les opérations de l'ensemble des régimes gestionnaires de prestations familiales. Dans tout le texte de cette fiche, le taux de contribution de la branche famille intègre celui du régime des exploitants agricoles.

Le barème de l'APL locative

Malgré les réformes successives visant à rationaliser et simplifier les différentes formules de calcul des aides au logement, quatre barèmes d'APL distincts existent encore : un pour le secteur locatif hors foyers (identique en ALF et ALS), un pour l'accession et deux pour les foyers.

Plus de 90% des dépenses d'APL sont couvertes par l'APL locative (hors foyers). La formule du barème s'exprime comme suit :

$$APL = L + C - Pp$$

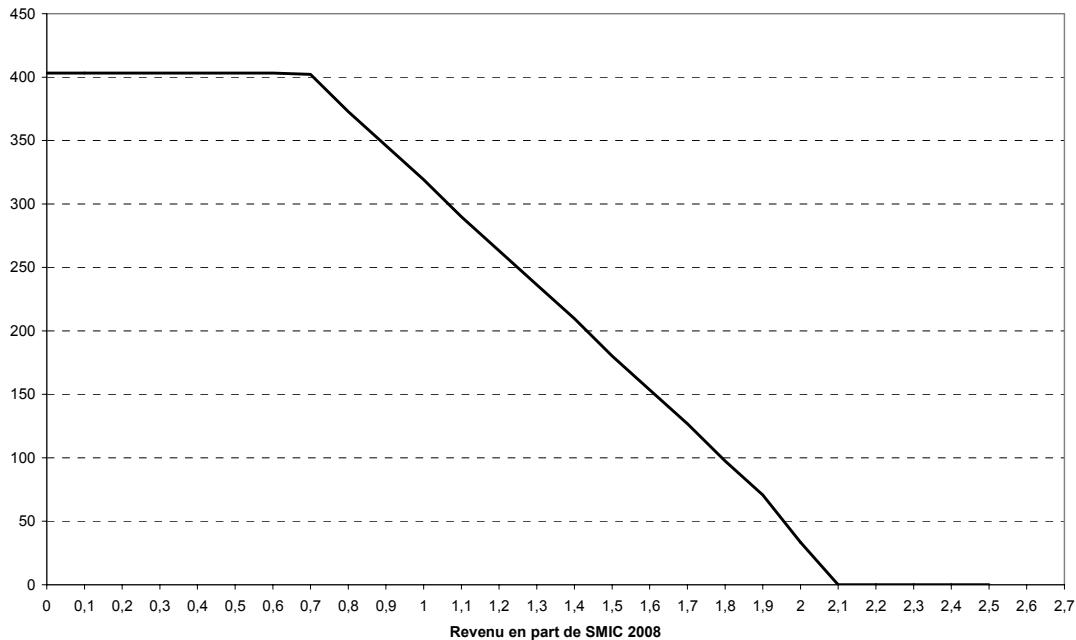
L désigne le loyer réel pris en compte dans la limite d'un plafond variant en fonction de la zone géographique et du nombre de personnes à charge. La barème distingue trois zones géographiques pour tenir compte de la disparité des loyers sur l'ensemble du territoire : la région parisienne, les villes de plus de 100 000 habitants et la zone rurale.

C désigne le forfait de charge variant également en fonction de la zone géographique et du nombre de personnes à charge.

Pp est la participation personnelle du ménage, qui décroît à peu près linéairement en fonction des revenus du ménage ; la pente est une fonction décroissante du nombre de personnes présentes dans le logement.

Le profil du montant de l'allocation en fonction du revenu (voir graphique ci-dessous) présente un « plateau », créé par la réforme des AL de 2001 et 2002, qui s'étend jusqu'au niveau du RMI (correspondant à la composition du ménage) qui permet d'éviter les effets de type « trappes à inactivité ». Ainsi, en cas de reprise d'emploi à temps partiel et faiblement rémunéré, un ménage Rmiste pourra cumuler son revenu d'activité et l'APL maximum tant que le premier n'excède pas le RMI. Le montant de l'allocation décroît ensuite progressivement en fonction du revenu jusqu'à atteindre le seuil de non versement (valeur mensuelle fixée à 15 €).

Montant de l'APL pour une famille avec 2 enfants à charge en fonction du revenu



THEME 14
LES ORGANISMES CONCOURANT AU
FINANCEMENT DU REGIME GENERAL

14-1

LE FSV

Le Fonds de solidarité vieillesse est un établissement public de l'Etat 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.

Du fait de la nature particulière de ses dépenses et de ses recettes (voir encadré 1), les comptes du FSV sont sujets à des fluctuations parfois importantes :

- une large part de ses produits et de ses charges est étroitement corrélée à la conjoncture économique : les recettes de CSG sont fortement liées à la progression de la masse salariale, les dépenses au titre du chômage dépendantes de la situation du marché de l'emploi ; les inflexions conjoncturelles pèsent donc à la fois sur les produits et les charges ;
- la part de C3S affectée au FSV est très fluctuante d'une année sur l'autre car elle dépend non seulement du rendement global de cette contribution mais également de la part affectée aux branches du RSI en fonction de leur situation financière respective et des règles d'affectation retenues ;
- de nombreuses mesures nouvelles ont eu, année après année, un impact significatif sur les comptes du fonds : accroissement de la part des majorations de pensions prises en charge par la CNAF, création de nouvelles recettes par la loi de réforme des retraites, modification des règles d'indemnisation du chômage dans le cadre des conventions Unedic...

Le solde du FSV redevient positif en 2007 pour la première fois depuis 2000

Après un déficit de -1,3 Md€ en 2006 qui était déjà en forte réduction par rapport à 2005 (-2 Md€), les comptes du FSV poursuivent leur redressement en 2007 dégageant un excédent de 0,2 Md€.

Des charges en diminution (-3,1%) en raison de l'amélioration du marché de l'emploi

En 2007, les charges ont diminué de près de 0,5 Md€ pour atteindre 14,4 Md€.

Plus de la moitié de ces charges sont composées de prises en charge de cotisations de retraite au titre des périodes de chômage. Celles-ci représentent 7,6 Md€ en 2007. Elles ont deux composantes :

- les cotisations de retraite de base des assurés du régime général et du régime des salariés agricoles au titre de leurs périodes de chômage (voir encadré 2). En 2007, la prise en charge des validations de périodes de chômage dans les régimes de base s'est élevée à 7,2 Md€ (-8,6% par rapport à 2006). Ce recul s'explique par le ralentissement du coût unitaire intervenant dans le calcul du transfert (+2,5% en 2007 contre + 5,5% en 2006¹⁰²), et surtout, par la baisse du nombre de demandeurs d'emploi (- 260 000 personnes en 2007).
- les cotisations de retraite complémentaire dues à l'ARRCO et à l'AGIRC pour des chômeurs relevant du régime de solidarité (pour la plupart des chômeurs en fin de droit, bénéficiaires de l'allocation spécifique de solidarité)¹⁰³. Ces cotisations se sont élevées à

¹⁰² Voir encadré pour une définition du coût unitaire ou cotisation de référence. Deux éléments ponctuels expliquant sa forte hausse en 2006 : un coup de pouce sur le SMIC au 1^{er} juillet 2005 (qui contribue pour 1,85 point à la hausse de la cotisation de référence) et l'augmentation du taux de cotisation retraite au 1^{er} janvier 2006 de 0,2 point (qui contribue pour 1,2 point à la hausse de la cotisation de référence).

¹⁰³ Les cotisations retraite complémentaire des chômeurs couverts par le régime d'assurance chômage (bénéficiant principalement de l'allocation de retour à l'emploi) sont payés à l'AGIRC et à l'ARRCO par l'UNEDIC.

Encadré 1 – Nature des produits et des charges du FSV

Les charges supportées par le fonds se répartissent en quatre catégories :

- le minimum vieillesse (AVTS, AVTNS, AMF, secours viager, majoration L.814-2, allocation spéciale du SASV, allocation vieillesse supplémentaire et allocation aux rapatriés...). A partir de 2007, ces différentes allocations seront remplacées progressivement par l'allocation de solidarité aux personnes âgées (voir encadré 5);
- les majorations de pension pour enfants et conjoint à charge qui sont des avantages non contributifs accordés dans le cadre de la politique familiale ;
- les cotisations prises en charge au titre de périodes validées gratuitement par les régimes de base d'assurance vieillesse (chômage, service national légal, CATS, AFF et AER, et anciens combattants d'Afrique du nord) (voir l'encadré ci-dessous);
- depuis 2001, les cotisations de retraite complémentaire (ARRCO et AGIRC) au titre des périodes de préretraite et de chômage indemnisées par l'Etat (loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002).

Les produits du fonds sont constitués :

- d'une fraction du produit de la CSG : 1,03 % depuis 2005 sur les seuls revenus d'activité et 1,05 % sur les autres assiettes;
- d'une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés, financement introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 ;
- de 20% du produit du prélèvement social de 2%, institué par l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;
- d'un transfert de la CNAF vers le FSV au titre des majorations de pensions pour enfants à charge (parents de trois enfants ou plus) institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 ; fixé initialement à 15% du montant de ces majorations, il a été porté à 30% en 2002 et à 60% à partir de 2003 ;
- de la contribution des employeurs sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité (art. L. 137-10 du CSS), et de la contribution sur les régimes de retraite à prestations définies (art. L. 137-11 du CSS). A partir de 2008, la contribution de l'art. L.137-10 est transférée à la CNAV.
- des produits provenant des opérations de placement que le FSV est habilité à pratiquer.

Encadré 2 - La prise en charge de cotisations retraite au titre des périodes de chômage

Le FSV compense le manque à gagner en cotisations de retraite pour le régime général et le régime des salariés agricoles au titre des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations chômage visées au code du travail (art. L.351-3, 2ème alinéa de l'art. L.322-4, art. L.351-9, art. L.351-10, art. L.322-3).

Les dépenses liées à la prise en charge de ces cotisations sont déterminées à partir des effectifs retenus et d'une cotisation annuelle forfaitaire de référence :

- La cotisation est déterminée à partir :

- d'une assiette annuelle forfaitaire correspondant à 2028 fois (durée annuelle équivalente à 12 fois 169 heures) la moyenne du montant du SMIC horaire sur l'année ; la part de l'assiette prise en considération pour le calcul de la cotisation de référence est fixée à 90% ;
- du taux cumulé de la cotisation patronale et salariale dans le régime général de la sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse (16,45% en 2005 et 16,65% à partir de 2006) ;
- Les effectifs pris en charge par le FSV correspondent aux effectifs de bénéficiaires des allocations de l'UNEDIC (la totalité) et à une fraction des chômeurs non indemnisés (29% des effectifs).

En conséquence, le coût de cette prise en charge est très dépendant de la situation économique mais aussi de l'évolution du SMIC horaire.

418 M€ en 2007, en augmentation de 4,7% par rapport à 2006 (voir encadré 4) en raison principalement de la hausse du nombre de bénéficiaires de ces allocations¹⁰⁴.

Les autres charges du FSV sont composées :

- des prestations constitutives du minimum vieillesse qui ont représenté 2,7 Md€ (-0,2%) en 2007 soit près d'un cinquième des charges du fonds. Cette baisse traduit, d'une part, comme les années précédentes la diminution du nombre de retraités bénéficiaires de l'allocation supplémentaire (art. L.815-2) et, d'autre part, pour la première fois, la diminution du nombre de bénéficiaires de la majoration de l'allocation spéciale (art. L.814-2) en raison du rétablissement en 2007 de la condition de résidence pour l'octroi du 2^{ème} étage du minimum vieillesse (voir encadré 5).
- des majorations de pensions pour enfants élevés ou pour conjoint à charge, dont le montant s'est élevé à 3,8 Md€ en 2007 (+4,9%) soit plus d'un quart des charges.

Une forte croissance des recettes en 2007

Les produits du FSV ont progressé de 7% en 2007 comme en 2006 pour atteindre 14,5 Md€.

La principale recette du FSV est la CSG (plus des trois quarts des produits) qui a augmenté de 4,9%, soit une progression moindre que celle constatée en 2006 (+6,6%).

La CSG est moins dynamique sur l'ensemble des assiettes en 2007. Ce phénomène s'explique en premier lieu par un ralentissement du rendement de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement a progressé de 4% en 2007 (contre 4,7% en 2007) tirée par la croissance de la masse salariale et des pensions de retraite (voir fiche 3-2).

Ce phénomène s'explique en premier lieu par un ralentissement des prélèvements sociaux sur le capital (la CSG mais aussi la part attribuée au FSV du 2% social), dont le produit comportait une part exceptionnelle en 2006. Il continue d'augmenter en 2007 (pour la CSG : +11% après +23% en 2006 – voir fiches 3-2 et 6-6 pour explication détaillée de ces évolutions).

Les autres recettes sont composées :

- du remboursement par la CNAF¹⁰⁵ des majorations pour enfants des pensions de retraite qui a progressé de 4,9% pour atteindre 2,3 Md€ ;
- de la C3S qui a presque doublé en 2007 pour atteindre 450 M€.

Les transferts du FSV au régime général représentent près d'un septième du financement des prestations vieillesse en 2007

Globalement, les transferts versés au régime général au titre des prises en charge de cotisations et de prestations se sont élevés à 12,1 Md€ en 2007. Ce montant représente plus de 85% des dépenses du FSV et 14% des prestations versées par la CNAV.

Les versements du FSV se décomposent de la manière suivante :

- 7,1 Md€ au titre des validations de périodes de chômage, de volontariat civil et des anciens combattants d'Afrique du nord ;
- 3 Md€ au titre des majorations de pensions ;
- 1,9 Md€ au titre du minimum vieillesse.

¹⁰⁴ Plus particulièrement celle des bénéficiaires de l'ASS (+56% entre 2003 et 2005, date de la réforme chômage - voir encadré 4), liée pour partie à la réforme de l'assurance chômage, qui en raccourcissant la durée moyenne d'indemnisation a conduit à augmenter le nombre de chômeurs en fin de droit.

¹⁰⁵ La branche famille prend en charge 60% de cette prestation depuis 2003.

Encadré 3 - Les versements à l'ARRCO et à l'AGIRC

L'article 49 de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale prévoit que le FSV finance, depuis 2001, dans les conditions prévues par la convention du 23 mars 2000 entre l'Etat, d'une part, l'AGIRC et l'ARRCO, d'autre part :

- les cotisations de retraite dues par l'Etat à compter du 1er janvier 1999 au titre des périodes de perception de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), des allocations spéciales du Fonds National de l'Emploi (ASFNE) et des allocations de préretraite progressive (PRP) ;
- le remboursement des sommes dues par l'Etat antérieurement au 1er janvier 1999, pour la validation des périodes de perception de ces allocations (soit une dette de 1,3 Md€).

Cette dette s'est éteinte en 2005 pour l'AGIRC ce qui a entraîné une baisse des dépenses du FSV en 2006. L'ARRCO reçoit chaque année à ce titre, jusqu'en 2009 une somme de 335,4 M€, revalorisées par les prix à la consommation hors tabac.

Les versements aux régimes complémentaires ont augmenté de 4,7% en 2007. Ils progresseraient de 3,4 en 2008.

Encadré 4 – La réforme du minimum vieillesse

Dans le cadre de l'ordonnance n°2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dont l'entrée en vigueur est intervenue effectivement le 13 janvier 2007, une nouvelle prestation – l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, art. L.815-1 du CSS) – a été instituée. Elle se substitue progressivement aux prestations prises en charge par le FSV (AVTS, AVTNS, secours viager, allocation aux mères de famille, majoration L.814-2, allocation supplémentaire L.815-2, allocation aux rapatriés). Elle est soumise à des conditions régulières de résidence sur le territoire national.

Cette nouvelle prestation ne s'applique qu'aux nouveaux bénéficiaires, les titulaires des prestations anciennes continuant de les percevoir selon les règles applicables avant l'entrée en vigueur de l'ordonnance.

Le solde poursuivrait son amélioration en 2008

L'excédent atteindrait 1 Md€. Grâce à la croissance des produits combinés à une stabilité des charges :

Les produits du fonds augmenteraient en 2008 de +6,4% principalement sous l'impulsion de la C3S (0,9 Md€) dont le montant serait multiplié par deux par rapport à 2007¹⁰⁶.

La CSG augmenterait de +4,4% entraînée par la croissance de la masse salariale du secteur privé supposée quasiment identique à celle observée en 2007 (+4,8%).

Les charges resteraient stables par rapport à 2007 (+0,7%) principalement sous l'effet de la poursuite de la baisse des cotisations prises en charge au titre du chômage (-1,4%, y compris le transfert vers les organismes de retraite complémentaire). L'effectif des chômeurs dont les cotisations retraite sont prises en charge par le FSV diminuerait, en effet, d'environ 220 000 personnes.

Cette prévision intègre la revalorisation des pensions intervenue au 1er janvier 2008 (+1,1%) ainsi que celle, de 0,8 point, programmée au 1^{er} septembre 2008, et la prime exceptionnelle de 200€¹⁰⁷ versée en mars 2008 aux bénéficiaires du minimum vieillesse résidant en France. En conséquence, les dépenses liées aux prestations s'établiraient à 6,8 Md€ (+3,4% par rapport +2,6% en 2007) dont :

- 2,8 Md€ pour le minimum vieillesse (+2,3%) ;
- 4 Md€ pour les majorations de pensions (+4,1%).

Le déficit cumulé du FSV serait encore de -3,8 Md€ fin 2008

Le solde cumulé du FSV est devenu négatif en 2002 et s'est creusé chaque année par la suite jusqu'en 2006. Il a fortement augmenté entre 2003 et 2005 avec la forte croissance des dépenses qui a résulté de la montée du chômage et des revalorisations du SMIC. Il a atteint - 5 Md€ fin 2006.

L'année 2007 a marqué une inversion de tendance par rapport à la dégradation de la situation financière du FSV. Le déficit cumulé a été ramené à -4,8 Md€ fin 2007, ce qui représente encore 33% des produits annuels du fonds. Il s'établirait à -3,8 Md€ fin 2008.

Le FSV n'ayant pas l'autorisation d'emprunter, son déficit cumulé pèse sur la trésorerie de la CNAV qui est le principal régime financé par ce fonds (ce phénomène n'affecte cependant les comptes du régime général que par l'intermédiaire des charges financières supplémentaires dont doit s'acquitter la CNAV afin de couvrir son déficit de trésorerie).

¹⁰⁶ Cette évolution serait liée à l'amélioration de la trésorerie du RSI attendue de la mise en place d'un interlocuteur social unique (ISU) pour les professions indépendantes, qui devrait diminuer le besoin de C3S de ce régime et donc accroître le reliquat affecté au FSV.

¹⁰⁷ Elle représente une charge de 125 M€.

FSV

	En millions d'euros						
	2005	2006	%	2007	%	2008	%
CHARGES							
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE							
II - CHARGES TECHNIQUES							
Transferts entre organismes	14 668,2	14 810,6	1,0	14 352,2	-3,1	14 449,3	0,7
Prises en charge de cotisations	14 666,8	14 808,7	1,0	14 348,8	-3,1	14 445,9	0,7
Au titre du Volontariat civil	14 511,9	14 639,0	0,9	14 182,7	-3,1	14 278,7	0,7
Au titre du chômage	8 355,2	8 243,4	-1,3	7 618,9	-7,6	7 493,5	-1,6
régime de base	2,9	3,5	21,5	38,5	++	22,0	-42,9
régime complémentaire	8 349,5	8 238,5	-1,3	7 579,9	-8,0	7 471,1	-1,4
Au titre des anciens combattants	7 933,7	7 839,4	-1,2	7 161,9	-8,6	7 039,1	-1,7
régime de base	415,8	399,1	-4,0	418,0	4,7	432,0	3,4
Majoration pour enfants	2,8	1,3	-52,9	0,4	-69,6	0,4	0,0
Majoration pour conjoint à charge	6 156,7	6 395,6	3,9	6 563,8	2,6	6 785,2	3,4
Autres charges techniques	2 604,8	2 680,4	2,9	2 674,1	-0,2	2 734,4	2,3
Prises en charge de prestations	3 551,9	3 715,2	4,6	3 889,7	4,7	4 050,8	4,1
Au titre du minimum vieillesse	3 478,4	3 641,6	4,7	3 819,2	4,9	3 977,3	4,1
Au titre des majorations de pensions	73,5	73,6	0,1	70,6	-4,0	73,5	4,1
Majoration pour enfants	154,9	169,7	9,6	165,1	-2,7	166,2	0,7
Majoration pour conjoint à charge	95,5	100,5	5,3	101,9	1,4	103,0	1,1
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	59,4	69,2	16,5	63,2	-8,7	63,2	0,0
V - CHARGES FINANCIERES	0,0	0,0	-	1,0	-	1,0	0,9
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	1,4	1,8	32,6	1,0	-46,5	1,0	0,0
dont Charges de personnel	0,7	0,8	7,1	0,7	-2,0	0,7	0,0
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	0,1	0,1	25,4	2,4	++	2,4	0,0
PRODUITS	12 663,5	13 551,2	7,0	14 503,0	7,0	15 429,6	6,4
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	12 656,5	13 549,4	7,1	14 501,5	7,0	15 428,6	6,4
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	10 554,5	11 343,9	7,5	12 183,8	7,4	13 019,0	6,9
Cotisations prises en charge par l'État	0,0	2,5	-	0,8	-69,3	0,8	0,0
Réduction ou abattement de l'assiette des cot. et contrib.	0,0	2,5	-	0,8	-69,3	0,8	0,0
CSG, impôts et taxes affectés	10 554,5	11 341,4	7,5	12 183,0	7,4	13 018,2	6,9
CSG	9 921,9	10 572,4	6,6	11 085,7	4,9	11 541,4	4,1
Sur revenus d'activité et de remplacement	8 844,3	9 259,8	4,7	9 633,2	4,0	10 014,3	4,0
Sur revenus du capital	1 016,9	1 253,7	23,3	1 389,9	10,9	1 466,5	5,5
Sur les jeux	60,7	58,8	-3,1	62,5	6,3	60,6	-3,1
Impôts et taxes affectées (ITAF)	244,6	292,1	19,4	559,5	91,5	928,0	++
C.S.S.	200,0	240,0	20,0	450,0	87,5	900,0	++
Contribution sur avantages de retraite et de préretraite	44,6	52,1	16,8	109,5	++	28,0	-74,4
Prélèvement social de 2%	388,0	476,9	22,9	537,8	12,8	548,8	2,1
II - PRODUITS TECHNIQUES	2 087,1	2 185,0	4,7	2 291,5	4,9	2 388,7	4,2
Tranferts entre organismes	2 087,1	2 185,0	4,7	2 291,5	4,9	2 388,7	4,2
Prestations prises en charge par la CNAF	2 087,1	2 185,0	4,7	2 291,5	4,9	2 388,7	4,2
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	10,3	12,8	25,0	16,3	27,3	16,0	-2,1
V - PRODUITS FINANCIERS	4,7	7,7	64,6	9,9	29,2	5,0	-49,6
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,0	0,2	++	0,1	-50,6	0,0	-
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	7,0	1,6	-76,7	1,4	-14,8	1,0	-27,7
Résultat net	-2 004,7	-1 259,4	-37,2	150,8	-112,0	980,3	550,0

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

Solde cumulé du FSV de 2005 à 2008

	En millions d'euros			
	2005	2006	2007	2008
Solde du FSV	-2 004,7	-1 259,4	150,8	980,3
Solde cumulé du FSV (avant versement au FRR)	-3 700,5	-4 959,9	-4 809,1	-3 828,8
Versement au FRR	0,0	0,0	0,0	0,0
Solde cumulé du FSV (après versement au FRR)	-3 700,5	-4 959,9	-4 809,1	-3 828,8

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

Le contexte juridique et institutionnel

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) a été instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, afin de gérer les réserves financières destinées à soutenir les régimes de retraite à partir de 2020. L'article 6 de la loi n°2001-624 du 17 juillet 2001 l'a rendu autonome à compter du 1^{er} janvier 2002. En outre, 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 soulté versée par la caisse nationale des industries électriques et gazières au régime général en contrepartie de son adossement.

Après une période transitoire de mise en place de l'établissement public, le FRR est entré depuis 2004 en phase active de placement de ses fonds. A fin 2007, le Fonds avait activé la quasi-totalité de ses réserves en mandats de gestion. Au 31 mars 2008, le montant des actifs du FRR était de 31,1 milliards d'euros, dont 17,9 milliards d'euros en actions, 11,6 milliards d'euros en obligations et 0,4 milliard d'euros d'actifs de diversification.

La soulté IEG, dont la part confiée au FRR (40%) représente 3,06 milliards d'euros, est gérée comme l'ensemble des actifs du Fonds mais elle est identifiée dans les comptes du FRR afin de la reverser dans son intégralité (augmentée de son rendement de placement) à la CNAV en 2020.

Un abondement total de 1,8 milliard d'euros en 2007

L'abondement reçu par le FRR a représenté 1,8 milliard d'euros en 2007 et provient dans sa quasi-intégralité de la part du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital. La CNAV étant déficitaire depuis 2005, aucun versement n'a été effectué à ce titre.

Le résultat financier pour 2007 s'est élevé à 2793 millions d'euros, soit une augmentation de 592 millions d'euros par rapport à 2006. Le résultat de la gestion sous mandats a atteint 2675 millions d'euros et le résultat de la gestion de trésorerie (rémunération des comptes ouverts à la Caisse des Dépôts et Consignations) s'est élevé à 118 millions d'euros.

Ces flux, enregistrés dans le compte de résultat, ne concernent que les plus-values réalisées, qui correspondent à des cessions de titres dont le prix de vente est supérieur au prix d'achat. Les plus-values latentes, qui correspondent à des titres détenus par les mandataires et qui ont des valeurs actuelles supérieures au prix d'achat, sont enregistrées au bilan, mais pas dans le compte de résultat. Elles s'élevaient au 31 décembre 2007 à 1,2 milliard d'euros.

En 2008 comme en 2007, la quasi-totalité de l'abondement proviendrait de la part du prélèvement social de 2%. Compte tenu de la situation actuelle des marchés, l'évaluation des produits financiers est, cette année, particulièrement difficile. A ce stade, aucune prévision ne serait significative. Une estimation fiable sera possible plus tard dans l'année.

Les réserves du fonds représentaient 29,4 milliards d'euros début 2008 hors soulté IEG et plus-values latentes

Les réserves constituées au 1^{er} janvier 2008 s'élèvent à 29,4 milliards d'euros hors soulté IEG et plus-values latentes. En raison des aléas relatifs aux marchés, une incertitude particulière pèse sur leur prévision. Comme tout investisseur de long terme, le FRR s'expose à l'intérieur de sa période de placement à des variations de la valeur de ses actifs liées à celles des marchés financiers qui peuvent être globalement importantes, tant à la baisse qu'à la hausse. La performance globale du FRR doit donc être mesurée sur plus longue période.

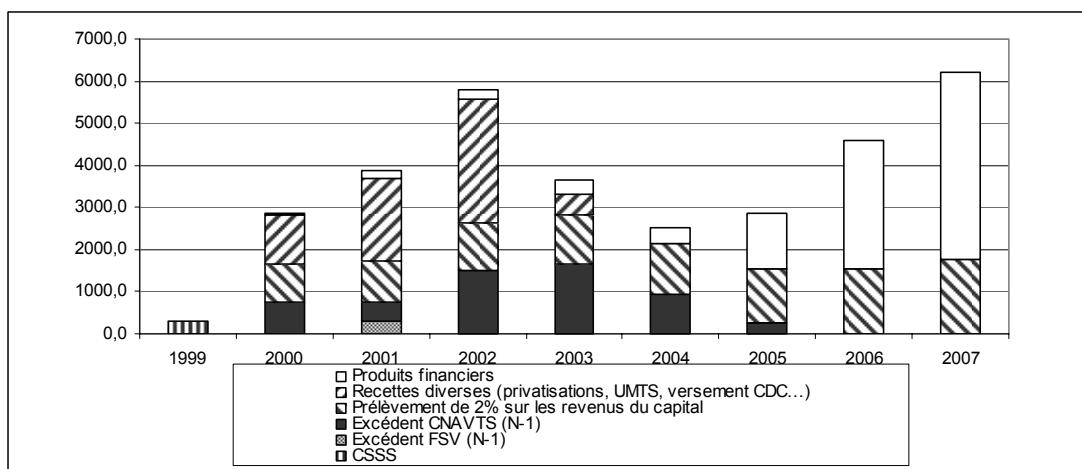
Tableau 1 – Comptes du FRR

En M€	2005	2006	2007
PRODUITS	2 877,0	4 601,7	6 209,0
Abondements	1 529,3	1 551,1	1 797,0
Excédents CNAVTS (N-1)	254,6	0,0	
Prélèvement de 2% sur le revenu du capital	1 271,4	1 545,0	1 781,8
UMTS	0,1	2,8	11,0
Contribution de 8,2% sur l'épargne salariale	3,2	3,3	4,2
Produits financiers	1 347,7	3 050,6	4 412,0
Produits de trésorerie courante	175,2	125,6	118,0
Produits de gestion financière	1 172,5	2 925,0	4 294,0
Soulte IEG	3 060,0		
Produits de gestion financière soulte IEG	62,1	297,3	361,6
Produits exceptionnels	0,8	0,2	0,0
CHARGES	622,6	917,5	1 687,7
Frais de gestion administrative	60,4	68,3	68,9
Charges de gestion financière	562,0	849,2	1 618,8
Charges exceptionnelles	0,2	0,0	
Compte de résultat (produits financiers-charges) (hors soulte)	725,1	2 133,3	2 724,3
Solde annuel hors soulte et hors plus-values latentes	2 254,4	3 684,2	4 521,3
Solde cumulé hors soulte et hors-plus values latentes	21 200,1	24 884,4	29 405,7
Performance des placements	12,4%	11,2%	4,8%

Source DSS/5a

La performance annuelle des placements du FRR sur l'année 2007 (produits financiers nets de charges et plus-values latentes) s'établit à 4,8%. La baisse de la performance entre 2006 et 2007 s'explique essentiellement par l'impact de la crise financière de l'été 2007 sur le portefeuille du fonds. En tant qu'investisseur de long terme, le FRR s'expose aux variations conjoncturelles du marché qui se traduisent par des plus ou moins values, mais qui restent latentes. La performance annuelle moyenne depuis sa création est restée positive en 2007 à 6,3%, en dépit des perturbations du marché.

Graphique 1 – Structure des recettes du FRR



14-3

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 finance également avec les Conseils généraux l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) ; elle finance une majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour les familles monoparentales. Elle accompagne aussi la mise en place des maisons départementales du handicap.

Trois étapes du fonctionnement de la caisse peuvent être distinguées à travers ses comptes :

- En 2004, l'inscription de charges et de produits en demi-année ;
- En 2005, une première année pleine de perception de recettes propres, de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de contribution aux dépenses médico-sociales ;
- A partir de 2006, le démarrage des dépenses de prestation de compensation du handicap (PCH) et l'intégration dans les comptes de la CNSA de l'ensemble des dépenses médico-sociales via des dotations ONDAM par la sécurité sociale¹⁰⁸. Est mis en place un objectif global de dépenses (OGD) délégué à la CNSA et financé par le montant d'ONDAM transféré par l'assurance maladie et par l'apport propre de la CNSA (voir encadré). La structure des produits et charges de la CNSA en est largement reconfigurée du fait de l'intégration de l'ONDAM médico-social dans le champ de gestion de la caisse (voir tableaux 2 et 3 et graphiques 1 et 2).

L'objectif global de dépenses (OGD) est sous-consommé en 2007

La CNSA est excédentaire en 2007 à hauteur de 298 M€. Ce montant s'ajoute aux réserves accumulées au 31 décembre 2006 (660 M€). Le résultat cumulé de la caisse s'établit ainsi à 958 M€ fin 2007.

Les produits et charges de la CNSA ont atteint 15,3 Md€ en 2007. La part prépondérante de ce montant représente les transferts entre la CNSA et les régimes d'assurance maladie à la fois en charges et en produits.

En 2007, les produits se répartissent comme suit :

- 11,8 Md€ de contribution des régimes d'assurance maladie, correspondant à l'ONDAM médico-social, inscrits dans les comptes de la CNSA au titre de produits de gestion technique ;
- La contribution « de solidarité pour l'autonomie » (CSA) constituée d'un prélèvement au taux de 0,3 % à compter du 1er juillet 2004 portant d'une part sur les revenus salariaux, en contrepartie de la suppression d'un jour férié, et d'autre part sur les revenus du patrimoine et de placement, additionnel au prélèvement de 2 % sur le capital (2,2 Md€ en 2007) ;
- 0,1 point de CSG (1,1 Md€ en 2007) anciennement affecté au fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) et au fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD), auxquels la CNSA s'est substituée.

Ces deux derniers produits sont les produits propres de la CNSA.

¹⁰⁸ A l'exception de quelques structures relatives notamment à l'addictologie qui n'entrent pas dans le champ de la CNSA.

Tableau n°1 : Descriptif des recettes propres de la CNSA

Dénomination	Assiette	Champ	Taux en 2004	Taux en 2005	Taux en 2006	Recouvrement
CSG sur les revenus d'activité (art. L 136-1 à L136-5 CSS)	97% du revenu brut	Employeurs publics et privés Revenu salarial et non salarial		0,1%		
CSG sur les revenus de remplacement	Personnes imposables à l'IR uniquement. * 97% de l'allocation chômage, * 100% des IJ et des pensions brutes de retraite et préretraite		0,1 % sur les ménages imposables à l'IR uniquement			Compétence URSSAF
CSG placement (art. L 136-7 CSS / art. 1600-0 C CGI)	voir glossaire			0,1%		Compétences DGFIP
CSG patrimoine (art. L 136-6 CSS / art. 1600-0 C CGI)				0,1%		Compétences DGFIP
CSG jeux (art. L 136-7-1 CSS)				0,1%		
Nouvelle contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)	100% du revenu brut	Employeurs publics et privés Revenu d'activité professionnelle (hors ETI)	0,3% à compter du 1er juillet 2004	0,3%	0,3%	Compétence URSSAF
Prélèvement additionnel au 2% capital patrimoine	Assiette de la CSG patrimoine placement - voir glossaire		0,15%	0,3%	0,3%	Compétences DGFIP
Prélèvement additionnel au 2% capital placement			0,3% à compter du 1er juillet 2004	0,3%	0,3%	

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 correspond à la somme de deux éléments :

- 1° une contribution de l'assurance maladie qui figure au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté en loi de financement de la sécurité sociale dont le montant est également fixé par l'arrêté précité ;
- 2° la part des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées.

Sur la base de cet objectif est fixé le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journées et tarifs. Ce montant est réparti en dotations régionales et départementales limitatives par la CNSA.

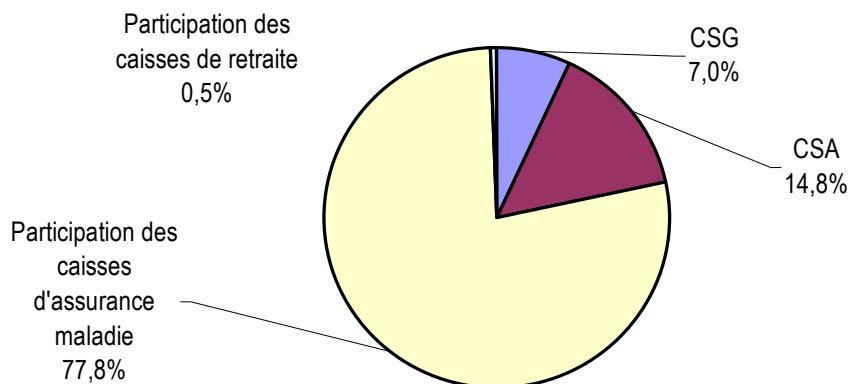
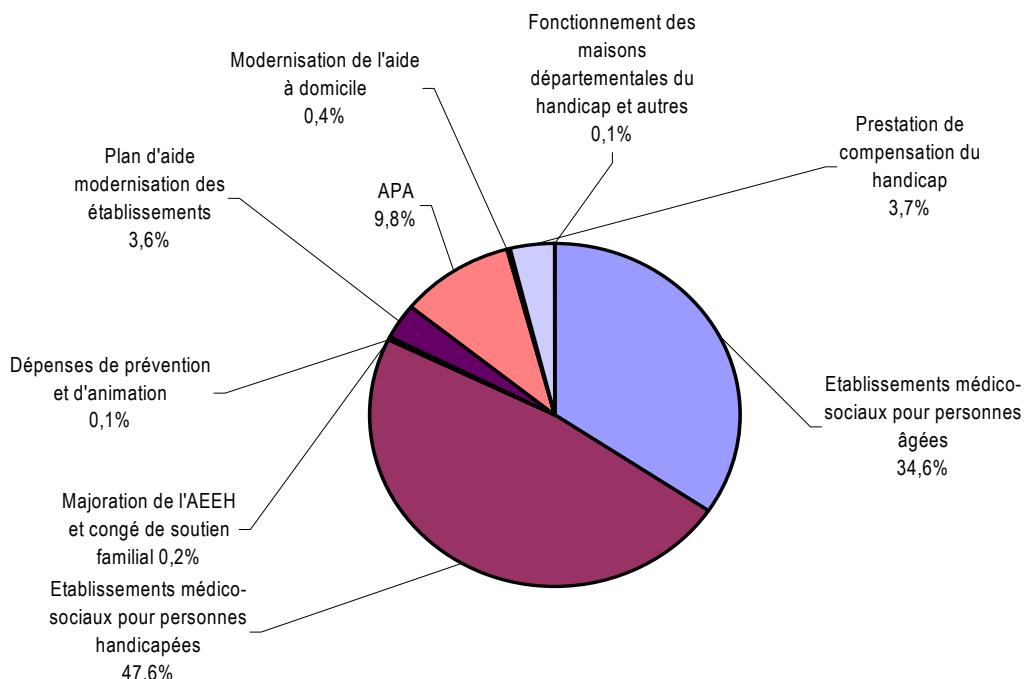
- 0,1 Md€ de produits représentant pour l'essentiel la participation des régimes d'assurance vieillesse (65 M€) et les produits financiers de la caisse (37 M€).

En ce qui concerne les charges, il faut distinguer :

- 12,5 Md€ de versements aux régimes d'assurance maladie correspondant à des dépenses de ces régimes enregistrées au titre des charges de prestations relatives aux établissements et services médico-sociaux, dont 11,8 Md€ financés par l'ONDAM médico-social (4,8 Md€ au titre des personnes âgées et 7,0 Md€ au titre des personnes handicapées). Le reste de ce montant, soit 699 M€ (+54% par rapport à 2006) est financé par la CSA. Ces montants de prestations sont inférieurs à ceux budgétés dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD)¹⁰⁹ (12,9 Md€), qui affiche donc une sous-consommation de 431 M€ tous régimes. Cette sous-consommation globale se décompose entre un dépassement de 57 M€ de l'objectif relatif aux personnes handicapées et une sous-consommation de 488 M€ de celui relatif aux personnes âgées. Comme lors des exercices précédents, cette sous-consommation s'explique par la montée en charge progressive du financement des mesures nouvelles budgétées qui se traduit par des effets reports sur l'exercice suivant (délais de construction, de recrutement...).
- 2,1 Md€ de concours, allant pour 2,1 Md€ aux départements (au titre de l'APA, de la PCH¹¹⁰ et du financement des maisons départementales du handicap, 40 M€ à la CNAF (19 M€ la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et 11 M€ au titre du congé de soutien familial mis en place par le décret n° 2007-573 du 20 avril 2007) et pour 20 M€ à l'Etat au titre des groupes d'entraides mutuelles ; depuis 2007 une subvention de 1,5 M€ est versée en faveur de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (l'ANESM). Ces charges sont financées par la CSA (pour 47,27% de son montant), par l'intégralité de la CSG ainsi que par les produits financiers de l'organisme. Un prélèvement sur le budget de ces postes finance également les dépenses de modernisation, de professionnalisation et formation.
- En 2007, la CNSA a également financé sur les excédents des années précédentes de nouveaux plans d'aide à la modernisation des établissements au titre de charges exceptionnelles : 130 M€ destinés aux établissements pour personnes âgées et 56 M€ pour les établissements pour personnes handicapées. Depuis 2006, ces dépenses font l'objet de provisions (pour charges exceptionnelles), puis lors de leur décaissement effectif (avec des décalages possibles compte tenu des délais de mise en œuvre de ces plans) sont comptabilisées symétriquement en charges (exceptionnelles) et en reprises sur provisions ce qui explique les taux de croissance élevés sur ces lignes. En 2007, cette opération représente 76 M€ de dépenses effectives au titre du plan de modernisation de 2006, lequel, en 2006, a fait l'objet d'un provisionnement de 489 M€.
- Enfin la CNSA finance également des dépenses de modernisation de l'aide à domicile et d'animation de prévention et études au titre des dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie et d'autres actions pour 115 M€..

¹⁰⁹ En 2006 est mis en place un objectif global de dépenses (OGD) délégué à la CNSA et financé par le montant d'ONDAM transféré par l'assurance maladie et par l'apport propre de la CNSA (voir encadré).

¹¹⁰ Comme cela a été retracé dans les programmes de qualité et d'efficience annexés à la LFSS 2008 (indicateur 4.2. « Part des dépenses d'APA et de PCH financées par la CNSA »), les concours versés par la CNSA au titre de la PCH restent très largement supérieurs aux débours effectifs des départements au titre de cette prestation (en 2006, ils finançaient ces derniers à 350%).

Graphique n°1 : Répartition des produits de la CNSA en 2007**Graphique n°2 : Répartition des charges de la CNSA en 2007**

Le solde 2007 n'est excédentaire que du fait de la sous-consommation de l'OGD à hauteur de 431 M€ inscrit en section 1 (Financements des établissements ou services sociaux et médico-sociaux). Ces réserves doivent contribuer à faire face à l'évolution dynamique des dépenses attendue à l'avenir.

En 2008, le solde comptable de la CNSA reste tributaire de la montée en charge des mesures nouvelles sur champ médico-social

La prévision du solde 2008 de la CNSA est délicate, compte tenu des écarts à l'objectif traditionnellement constatés sur les établissements et services médico-sociaux, résultant du calendrier de réalisation effective des mesures nouvelles. Les comptes présentés ici reposent sur l'hypothèse forte qu'il n'y aura pas de sous-consommation de l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD).

En 2008, les charges globales de la CNSA augmenteraient de 14,9%. Ce taux particulièrement élevé est moins dû aux évolutions des dépenses traditionnelles de la CNSA qu'à deux phénomènes qui viennent les majorer :

- Par construction, l'hypothèse de non reconduction de la sous-consommation de l'OGD induit des taux de progression particulièrement importants des dépenses entre 2007 et 2008, qui toutefois ne refléteront pas l'évolution réelle en cas de nouvelle sous-consommation de l'objectif 2008.
- A ce premier effet s'ajoute celui du redimensionnement de l'ONDAM médico-social pour 2008 qui a impliqué l'intégration à celui-ci de dépenses antérieurement rattachées à d'autres sous-objectifs de l'ONDAM (cf. fiche 8-2) pour 0,3 Md€. Si cette intégration n'a aucun impact sur le solde de la CNSA puisqu'elle se traduit également par des produits supplémentaires des régimes d'assurance maladie pour le même montant, elle contribue à majorer les taux d'évolution entre 2007 et 2008.

Outre ces dépenses, la CNSA financerait également en 2008 les plans d'aides à la modernisation des établissements à hauteur de 605 M€ (305 M€ au titre de 2006 et 2007 et 300 M€ au titre du nouveau plan 2008). Celles-ci restent inscrites comme en 2006 et 2007 en charges exceptionnelles.

Les concours aux départements (rassemblant la participation de la CNSA à l'APA, à la PCH et aux maisons départementales des personnes handicapées ainsi que les dépenses de modernisation de l'aide à domicile) devraient, eux, augmenter de 4,1% après +7,4% entre 2006 et 2007.

Les produits connaîtraient symétriquement un rythme de croissance rapide (+9,5%) bien qu'inférieur à celui des charges. La participation des caisses d'assurance maladie progresserait de 9,4% (à hauteur de la progression de l'ONDAM médico-social intégrant son changement de périmètre - cf. supra).

Les recettes propres de la CNSA (CSA et CSG) augmentent de 5,1% (+4,2% pour la CSG et +5,5% pour la CSA).

L'évolution des produits reflète également les mouvements prévus en reprises sur provision au titre des plans de modernisation de 2006 et 2007 et autres provisions (305 M€ en 2008 contre 128 M€ en 2007 au titre de 2006 soit 0,2 point d'évolution supplémentaire).

Au total, sous ces hypothèses conventionnelles, la CNSA serait déficitaire à hauteur de 480 M€, son solde cumulé s'établissant à +479 M€ fin 2008.

Les écarts de prévision à la LFSS 2008

Le résultat 2007 est amélioré d'environ 152 M€ par rapport à la prévision établie en lors de la LFSS 2008. Celle-ci correspondait à un excédent de 136 M€ sur l'exercice alors que l'excédent effectivement constaté s'est élevé à 298 M€.

Cet écart s'explique essentiellement par un écart en charges de 130 M€, correspondant pour 70 M€ à une sous-consommation de l'OGD médico-social supérieure aux prévisions de la LFSS, le reste correspondant à une sous-exécution d'autres budgets.

La nouvelle prévision pour 2008 serait dégradée de 26 M€ par rapport à celle présentée dans le cadre du vote de la LFSS pour 2008. L'écart le plus significatif sur les charges est l'inclusion dans les prévisions d'une nouvelle augmentation de 50 M€ en faveur des plans de modernisation. En produits, les rendements de la CSA et de la CSG sont légèrement révisés à la hausse (+16 M€ et +15 M€ respectivement). Comme les textes prévoient que l'intégralité de la CSG et 46% du produit de CSA (taux fixés par la LFSS 2008) sont automatiquement affectés à des dépenses, cette révision des produits se traduit par des charges supplémentaires de 22 M€. En revanche, le reste du surplus de la CSA (8,6 M€) améliore à la marge le solde 2008 puisqu'il est affecté à l'OGD, fixé, lui, par l'arrêté du 18 mars 2008.

Remarques sur le compte de la CNSA présenté à la CCSS

La présentation du compte de la CNSA suit la même logique comptable que celle retenue pour les comptes des autres organismes suivis par la CCSS : dans le compte de résultat d'un exercice donné, sont retracés uniquement les dépenses et les produits de cet exercice (les excédents éventuels d'un exercice étant inscrits au bilan de l'année). Comme en 2006, la présentation du budget prévisionnel de la CNSA pour 2007 obéit à une logique différente, puisqu'une partie des excédents de 2004, 2005 et 2006 est comptabilisée en ressources de l'exercice 2007, afin de financer des plans de modernisation des établissements médico-sociaux.

Par ailleurs, la loi du 11 février 2005 (article 60) a prévu de retracer les ressources et les charges de la CNSA en six sections distinctes. Dans un souci de cohérence avec la présentation des comptes des autres organismes, ces sections ne sont pas distinguées ici (tableau 2). Le tableau 3 détaillant les charges techniques permet néanmoins une lecture de l'évolution des charges relatives aux principales sections de la caisse.

Tableau 2 – Compte de la CNSA 2004-2008

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
CHARGES	1 083,8	2 438,0	++	14 036,7	7,0	15 026,1	7,0	17 264,4	14,9
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	1 074,3	2 428,0	++	13 527,4	9,1	14 755,9	9,1	16 645,2	12,8
I - PRESTATIONS SOCIALES	1 070,1	2 403,1	++	0,2	++	6,2	++	20,0	++
II - CHARGES TECHNIQUES	0,2	2,2	++	13 418,8	9,3	14 669,9	9,3	16 587,1	13,0
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	4,0	22,4	++	6,0	++	23,6	++	13,9	-41,3
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	0,0	0,0	-	102,4	-48,4	52,9	-48,4	24,2	-54,2
V - CHARGES FINANCIERES	0,0	0,3	--	0,0	++	3,2	++	0,0	-
B - CHARGES DE GESTION COURANTE		10,0		9,7	23,0	11,9	23,0	14,2	19,4
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	9,5			499,6	-48,3	258,4	-48,3	605,0	++
PRODUITS	1 486,9	2 965,6	99,4	14 165,3	8,2	15 324,5	8,2	16 784,7	9,5
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	1 476,5	2 953,4	++	14 163,9	8,2	15 318,3	8,2	16 784,3	9,6
CSG	522,7	939,7	79,8	1 021,3	8,7	1 078,0	5,6	1 123,1	4,2
Contribution solidarité autonomie 0,3% (CSA)	910,8	1 948,7	++	2 084,9	7,0	2 219,6	6,5	2 341,5	5,5
Contribution des régimes maladie à la CNSA	s.o.	s.o.		10 976,0	7,4	11 791,0	7,4	12 899,0	9,4
Participations des régimes de retraite		62,2		63,4	60,0	101,4	60,0	65,5	-35,4
Reprise sur provisions				5,9	++	128,1	++	305,0	++
Produits financiers				11,7	--	0,0	--	50,0	-
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,0	4,5	-	0,0	++	0,2	++	0,2	0,0
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	10,4	7,7	-25,7	1,4	++	6,1	++	0,3	-95,8
Résultat net (1)	403,1	527,6	+	128,6	++	298,4	++	-479,7	--

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

Résultat cumulé (2)	4,3	531,9		660,5		958,9		479,2	
----------------------------	------------	--------------	--	--------------	--	--------------	--	--------------	--

(1) Le résultat de l'exercice 2004 ne concerne que la période 01.07.2004 - 31.12.2004. Le solde présenté ne tient pas compte de 398,8 M€ de charges exceptionnelles, dont 392,5 M€ liées aux transferts des droits et obligations du FFAPPA au moment de sa liquidation.

(2) Le résultat cumulé 2004 prend en compte les charges exceptionnelles évoquées au (1).

Tableau 3 – Evolution détaillée des charges de gestion technique 2004-2008

	2004 année partielle	2005	2006	2007	2008
TOTAL CHARGES TECHNIQUES	1 074,3	2 428,0	13 527,5	14 755,9	16 645,2
Transferts entre organismes	1 070,1	2 403,1	13 418,9	14 669,9	16 587,1
Concours versé aux régimes d'assurance maladie	145,3	524,1	11 430,5	12 490,3	14 266,6
Financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées (3)	144,9	374,1	4 692,1	5 200,5	6 607,6
- mesures financées par l'apport CNSA	144,9	374,1	323,1	405,5	1 089,6
- ONDAM budgétaire	-		4 369,0	4 795,0	5 518,0
Financement des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées	-	150,0	6 738,4	7 289,8	7 659,0
- mesures financées par l'apport CNSA	-	150,0	131,4	293,8	278,0
- ONDAM budgétaire	-		6 607,0	6 996,0	7 381,0
Financement des dépenses de prévention et d'animation					
ANESM	-	-	-	1,5	1,5
Concours versé à la CNAF au titre de la majoration parents isolés de l'AES	-	-	16,3	19,0	20,1
Concours versé à la CNAF au titre des congés de soutien scolaire				10,5	10,5
Concours aux départements	924,8	1 369,8	1 972,1	2 128,6	2 264,4
Allocation personnalisée d'autonomie	894,9	1 341,1	1 411,4	1 521,4	1 590,8
Modernisation de l'aide à domicile	29,9	29,7	17,4	26,7	78,4
Prestation de compensation du handicap	-		523,3	530,5	565,3
Fonctionnement des maisons départementales du handicap	-		20,0	50,0	30,0
Divers fonds de concours au budget de l'État (dont GEM, groupe d'entraide mutuelle)	-	509,2		20,0	24,0
Plan de modernisation des établissements pour personnes âgées					
Plan de modernisation des établissements pour personnes handicapées					
AUTRES CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	4,2	24,9	108,6	86,0	58,1

³ Les charges relevant des unités de soins de longue durée ne figurent pas dans la présentation du compte.

source: SD1/SD6/CNSA

THEME 15

LES COMPTES DU REGIME GENERAL

15-1

CNAM – MALADIE

Le déficit de la CNAM a à nouveau été réduit en 2007

L'année 2007 s'inscrit dans l'évolution, déjà constatée en 2005 et 2006, d'une amélioration continue du solde, passé de -11,6 Md€ en 2004 à -4,6 Md€ en 2007 (après -5,9 Md€ en 2006).

Une croissance des prestations en accélération en 2007

La dynamique des prestations sociales (y.c. les dotations aux provisions nettes des reprises sur provisions) connaît une accélération en 2007 (+4,1% contre +3,7% en 2006). Elle reste donc proche de celle de 2005 (+4,1%) mais inférieure à celles de 2004 et 2003 (+5,2% et 6,6% respectivement).

- Sur l'ensemble des régimes, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont augmenté en 2007 de 4,2%, contre 3,1% en 2006. Cette accélération, après quatre années de décélération continue, concerne surtout les soins de ville (+4,6% contre +2,6% en 2006), les dépenses relatives aux établissements de santé progressant également mais dans une moindre mesure (+3,3% contre +3,0% en 2006)(cf. fiche 8-2).
- Les prestations hors ONDAM ont significativement ralenti :
 - Les charges des prestations invalidité ont poursuivi le ralentissement déjà observé en 2006 (+3,0% en 2007 contre +4,8% en 2006 et +7,7% en 2005). Des facteurs démographiques jouent en ce sens. En effet, la dernière génération creuse, celle de 1945, a dépassé les 60 ans en 2005 et ne relève plus du dispositif invalidité de la branche maladie (cf. fiches 8-4 et 9-9). Les générations suivantes, celles du baby boom, sont de taille comparable entre elles, il y a donc un équilibre entre les entrées et les sorties de la tranche d'âge avec la plus forte prévalence d'invalidité (les 50-60 ans).
 - Les charges de prestations maternité hors ONDAM (principalement les indemnités journalières maternité et paternité) ont également sensiblement ralenti du fait de la diminution des naissances (cf. fiche 8-4).

Les autres postes de charges (hors prestations, provisions pour prestations et hors CNSA) ont enregistré une nouvelle hausse

Sur ces postes, qui représentent environ 8% de l'ensemble des charges de la branche, la progression est de 2,6% en 2007 contre 2,0% en 2006.

Quatre postes expliquent l'essentiel de cette augmentation :

- Les charges exceptionnelles qui, après neutralisation des écritures nécessaires au remboursement de la dette de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale¹¹¹, augmentent de 220M€ (+122,0%) du fait de la prise en compte sur cette ligne des dépenses d'exonération du ticket modérateur au titre des ALD 31-32 pour l'année en attendant leur basculement sur le champ des prestations légales¹¹².

¹¹¹ Ces écritures consistent en une inscription en charges et en produits exceptionnelles, du montant remboursé par l'Etat à la branche (dans le cas de la CNAM-maladie 2,3 Md€).

¹¹² Ces écritures consistent en une inscription en charges et en produits exceptionnelles, du montant remboursé par l'Etat à la branche (dans le cas de la CNAM-maladie 2,3 Md€).

¹¹² Traditionnellement, les dépenses relatives à la prise en charge de l'exonération du ticket modérateur au titre des ALD 31-32 étaient inscrites dans le FNASS dans la limite de son budget. Il est prévu qu'elles basculent dans le champ des prestations légales dans le courant de l'année 2008. En attendant, elles sont actuellement comptabilisées en charges exceptionnelles par la CNAM.

- Les charges de gestion courante (+4,7% contre -2,7% en 2006 soit une hausse de 230 M€), dont la progression apparente est liée à un effet de champ¹¹³.
- Les charges financières, qui augmentent de 120 M€ (+96,1%) pour s'établir à 255 M€.
- Les charges au titre des subventions, participations et contributions au financement des fonds nationaux qui progressent de 17,3% (+200 M€). Un effet de champ intervient également sur ce poste puisqu'il comprend le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) créé le 1^{er} juillet 2007 au sein duquel sont désormais retracées les dépenses relatives aux réseaux de soins auparavant comptabilisées en prestations.

En revanche, les charges de compensations diminuent de 406 M€ (-12,3%), traduisant une forte baisse de la compensation généralisée (-170 M€) et du montant des acomptes de compensations bilatérales (-120 M€) ainsi que des compensations intégrales (-80 M€) (cf. fiche 5-3).

Les recettes de la CNAM sont restées dynamiques en 2007

La croissance globale des produits nets (hors variation des transferts CNSA notamment) a été de 4,9% en 2007. Ses principaux moteurs sont les produits de la CSG (+5,6%) et les cotisations, y compris la compensation des exonérations (+ 4,2% en 2007).

La diminution du poste « Autres impôts et taxes affectés » s'explique par la baisse de rendement des taxes médicaments (-300 M€ par rapport à 2006) induite notamment par la diminution du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques.

Le déficit de la CNAM diminuerait de nouveau en 2008

Le déficit s'établirait à -4,1 Md€ en 2008, soit une amélioration du solde de 0,5 Md€ par rapport à l'exercice 2007.

Les charges nettes progresseraient au même rythme qu'en 2007 (+3,8%) tandis que la croissance des produits nets ralentirait (+4,3% contre +4,9% en 2007).

En ce qui concerne les charges, la progression des prestations sociales (y.c. dotations aux provisions nettes des reprises sur provisions) en 2008 serait très proche de celles des années précédentes (+3,9% après +4,1% en 2007 et +3,7% en 2006).

L'augmentation des charges non remboursées de CMU-C (puisque dépassant le forfait actuel) est également sensible (380 M€ en 2008 contre 135 M€ en 2007). Elle est compensée par une baisse des autres charges techniques hors versement à la CNSA.

Pour les produits, plusieurs phénomènes se conjuguent :

- La croissance de la recette de CSG ralentirait en 2008 (+4,2%, contre +5,6% en 2007 et +7,4% en 2006).
- Sous l'hypothèse d'une progression de la masse salariale de 4,8%, la croissance des produits de cotisation s'établirait à +3,5% seulement. L'exercice 2008 subit en effet l'impact en année pleine de l'exonération des heures supplémentaires. Celle-ci est compensée par une nouvelle affectation de recettes fiscales (cf. fiche 06-04). C'est ce qui explique largement la forte croissance du poste « impôts et taxes affectés » hors CSG (+6,9%).

¹¹³ Cette progression résulte en grande partie du nouveau périmètre de consolidation des comptes qui enregistre dorénavant dans ce poste les frais de gestion des œuvres rattachées à la CNAM et de certains des fonds qu'elle gère. A partir de 2007, le compte de la CNAM intègre donc les charges et les produits de gestion de ses œuvres (au lieu de les combiner pour ne retenir que les résultats de celles-ci). En 2007 ces produits et charges sont à peu près équivalents (pour un montant d'environ 180 M€).

- Les produits techniques hors versement CNSA diminueraient de 350 M€ (-21,5%) essentiellement du fait de la diminution des produits de compensations (-370 M€) dont le niveau 2007 avait été particulièrement élevé du fait de régularisations en ce sens à la fois pour les compensations bilatérales et pour la compensation généralisée maladie (cf. fiche 5-2).
- Les rendements des recours contre tiers et de la remise conventionnelle sont, eux, revus à la baisse tandis qu'en base un produit au titre d'une régularisation sur les avances de trésorerie aux hôpitaux (+95 M€) ne se renouvelle pas.

Les écarts à la LFSS 2008

Le résultat 2007 s'est amélioré de 1,6 Md€ par rapport à la prévision établie pour la LFSS 2008. Les charges ont été revues à la baisse (-475 M€) et les produits à la hausse (+1,1 Md€).

Les principaux écarts de **charges** proviennent des dépenses de prestations maladie-maternité inférieures d'environ 230 M€ à la prévision de la LFSS (y compris dotations, nettes des reprises sur provisions et y compris les transferts avec la CNSA). Cette diminution est principalement due à la requalification de 200 M€ de dépenses hospitalières en dépenses de la branche ATMP (100 M€ au titre de 2007 et 100 M€ portant régularisation au titre de 2006, cf. fiche 15-3), à une révision de la part des régimes dans l'objectif global des dépenses de la CNSA pour l'exercice 2007 et à un effet de champ non intégré alors, dû à la création du FIQCS.

Concernant les charges autres que les prestations sociales, les cotisations prises en charge par la CNAM ont été revues à la baisse (-94 M€) comme les montants de compensations (-62 M€, principalement du fait d'une révision des compensations intégrales) et les charges de prise en charge des soins des Français à l'étranger (-209 M€ en comptant les montants en charges et en dotations aux provisions). Les pertes sur créances et des dotations aux provisions pour créances (+106 M€) et les autres charges de prestations sociales (+14 M€) ont été revues à la hausse.

S'agissant des **produits**, la CSG a eu un rendement plus élevé que prévu (+834 M€, cf. fiche 03-02). Il en a été de même pour les cotisations (-72 M€ pour les cotisations du secteur privé mais +183 M€ sur les autres cotisations nettes des cotisations prises en charge par la CNAM). Sur les autres postes, les impôts et taxes affectées hors paniers ont eu un rendement inférieur de 98 M€ aux prévisions qui s'explique en grande partie par la révision à la baisse du rendement des taxes pharmaceutiques (-170 M€). De même, les produits des remboursements de prestations au titre des étrangers soignés en France ont été inférieurs de 64 M€ à la prévision LFSS, ce qui s'explique par une certaine normalisation des flux après une année marquée par une écriture de régularisations en produits de plusieurs exercices en produits à recevoir. En revanche, les autres produits de gestion technique ont été fortement revus à la hausse (+193 M€) de même que les produits de compensations (+44 M€).

Le solde de gestion courante s'est amélioré par rapport à la prévision de la LFSS de 91 M€.

La nouvelle prévision pour 2008 est moins dégradée d'environ 80 M€ que celle de la LFSS pour 2008, La révision à la hausse des charges étant plus faible que celle des produits. Les principaux éléments de révision sont les suivants.

En **charges**, la révision à la hausse des prestations légales maladie-maternité (y compris dotations et reprises) s'élève à 380 M€ compte tenu d'un dépassement prévisionnel de l'ONDAM 2008 tous régimes sur les soins de ville (cf. fiche 8-2)¹¹⁴. Les pertes sur créances

¹¹⁴ L'impact du dépassement prévisionnel de l'ONDAM 2008 (+700 M€ tous régimes) apparaît ici atténué sur le poste « prestations » de la CNAM car jouent en sens contraire deux éléments non intégrés lors de la prévision pour la LFSS : d'une part, la prise en compte du partage entre branche ATMP et branche maladie des charges hospitalières en faveur de cette dernière et d'autre part, la sortie des dépenses des réseaux de soins du champ des prestations au profit du FIQCS.

et les dotations aux provisions pour créances sont revues à la hausse (+57 M€) ainsi que la charge au titre des dépassements du forfait de CMU-C (+130M€).

En sens inverse, les charges seraient moindres que prévu sur certains postes, soins des français à l'étranger (-230 M€), des autres charges techniques (-110 M€) compensations (-89 M€), prises en charge de cotisations par la CNAM (-56 M€).

Concernant les **produits**, la recette de CSG est revue à la hausse pour 309 M€ essentiellement par un effet de base, les produits de cotisations d'environ 119 M€ et les divers produits techniques de 25 M€. Ceci est en grande partie compensé par le moindre rendement des impôts et taxes affectées hors panier fiscal (-175 M€) ainsi que par de moindres remboursements au titre des prestations servies à des assurés étrangers (-174 M€).

Par ailleurs, le solde de gestion courante serait amélioré de 64 M€.

CNAM-maladie : charges

	2005	2006	%	2007	%	2008	%	En millions d'euros
CHARGES	135 715,2	152 640,3	12,5	161 531,8	5,8	165 862,3	2,7	
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	130 412,9	147 342,8	13,0	153 518,7	4,2	160 012,9	4,2	
I - PRESTATIONS SOCIALES	116 284,4	122 130,4	5,0	127 559,4	4,4	132 473,8	3,9	
Prestations légales	115 258,6	121 047,8	5,0	126 471,4	4,5	131 432,0	3,9	
Prestations légales « maladie-maternité »	111 025,1	116 619,6	5,0	121 915,8	4,5	126 764,4	4,0	
Prestations légales « invalidité »	4 072,0	4 268,7	4,8	4 397,8	3,0	4 511,3	2,6	
Prestations légales « décès »	161,6	159,6	-1,3	157,8	-1,1	156,3	-0,9	
Prestations extralégales	455,8	426,5	-6,4	380,0	-10,9	285,0	-25,0	
Autres prestations	569,9	656,0	15,1	708,0	7,9	756,7	6,9	
Actions de prévention	303,0	343,2	13,2	381,2	11,1	406,4	6,6	
Prestations : conventions internationales	266,9	312,9	17,2	276,5	-11,6	300,0	8,5	
Autres prestations	0,0	0,0	-97,7	50,3	++	50,3	0,0	
II - CHARGES TECHNIQUES	6 027,8	15 564,0	++	15 940,7	2,4	16 774,6	5,2	
Transferts entre organismes	5 377,9	14 967,8	++	15 163,2	1,3	16 222,9	7,0	
Compensations	3 022,1	3 305,4	9,4	2 899,5	-12,3	2 830,4	-2,4	
Compensation généralisée	284,2	230,3	-19,0	61,0	-73,5	26,3	-56,8	
Compensations bilatérales	1 866,0	1 942,7	4,1	1 789,3	-7,9	1 752,0	-2,1	
Compensations intégrales (Intégration financière au RG)	871,9	1 132,4	29,9	1 049,2	-7,4	1 052,0	0,3	
Prises en charge de cotisations	1 746,8	1 694,3	-3,0	1 627,3	-4,0	1 772,5	8,9	
Prises en charge de prestations	0,0	9 425,1	-	10 077,4	6,9	11 020,1	9,4	
versement ONDAM médico-social à la CNSA	0,0	9 425,1	-	10 077,4	6,9	11 020,1	9,4	
Transferts divers	609,0	543,0	-10,8	559,0	3,0	599,9	7,3	
Autres charges techniques	649,9	596,2	-8,3	777,5	30,4	551,7	-29,0	
Subventions	162,9	174,1	6,9	219,1	25,8	135,6	-38,1	
Contributions Financement de fonds nationaux	487,0	422,1	-13,3	464,4	10,0	316,9	-31,8	
FMES (ex-FASMO)	338,1	274,1	-18,9	316,4	15,4	252,9	-20,1	
Autres fonds	148,8	148,0	-0,6	148,0	0,0	64,0	-56,8	
Participations	0,0	0,0	-	94,0	-	99,2	5,5	
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	893,3	965,8	8,1	996,6	3,2	1 200,4	20,4	
Autres charges techniques	189,0	163,0	-13,7	208,8	28,1	445,4	++	
Pertes sur créances irrécouvrables	704,4	802,8	14,0	787,9	-1,9	755,1	-4,2	
- sur cotisations, impôts et produits affectés	674,4	763,4	13,2	746,3	-2,2	713,5	-4,4	
- sur prestations	30,0	39,4	31,4	41,6	5,5	41,6	0,0	
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	7 143,6	8 552,6	19,7	8 766,9	2,5	9 174,1	4,6	
- pour prestations sociales	6 991,5	7 915,6	13,2	8 444,3	6,7	8 952,0	6,0	
- pour dépréciation des actifs circulants	76,6	143,5	87,4	119,2	-16,9	0,0	--	
- pour autres charges techniques	75,5	493,5	++	203,4	-58,8	222,1	9,2	
V - CHARGES FINANCIERES	63,8	130,1	++	255,1	96,1	390,0	52,9	
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	5 259,5	5 119,4	-2,7	5 348,0	4,5	5 438,9	1,7	
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	42,8	178,1	++	2 665,1	++	410,4	-84,6	

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

CNAME-maladie : produits

	2005	2006	%	2007	%	2008	En millions d'euros
PRODUITS							
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	127 706,6	146 704,3	14,9	156 902,7	7,0	161 754,8	3,1
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	127 513,2	146 478,4	14,9	154 211,1	5,3	161 326,7	4,6
Cotisations sociales	119 931,5	126 731,4	5,7	132 012,1	4,2	137 865,0	4,4
Cotisations sociales des actifs	61 009,4	63 116,6	3,5	65 350,8	3,5	67 642,7	3,5
Cotisations patronales	60 164,4	62 261,2	3,5	64 437,4	3,5	66 704,9	3,5
cotisations des inactifs	56 826,1	58 679,2	3,3	60 598,1	3,3	63 150,3	4,2
Autres cotisations sociales	456,0	502,5	10,2	523,6	4,2	539,6	3,1
Majorations et pénalités	215,0	160,8	-25,2	199,3	24,0	204,1	2,4
Cotisations prises en charge par l'État	174,0	192,1	10,4	190,5	-0,8	194,0	1,8
Cotisations prises en charge par la Sécu.	7 288,3	1 365,0	-81,3	1 611,2	18,0	1 821,7	13,1
Produits entité publique autre que l'Etat	1 384,6	1 335,7	-3,5	1 227,7	-8,1	1 349,1	9,9
CSG, impôts et taxes affectés	570,8	866,3	51,8	670,2	-22,6	644,3	-3,9
CSG	49 678,4	60 047,8	20,9	63 152,3	5,2	66 407,2	5,2
Impôts et taxes affectées (ITAF)	43 968,5	47 138,8	7,2	49 792,8	5,6	51 875,5	4,2
ITAF liés à la consommation	4 934,9	12 907,1	++	13 358,9	3,5	14 281,7	6,9
ITAF acquittés par les personnes morales	3 378,7	6 083,8	80,1	6 241,2	2,6	6 554,1	5,0
Contribution additionnelle à la CSSS	794,3	4 676,1	++	5 193,3	11,1	5 766,9	11,0
ITAF liés à des activités éco. ou profession.	794,3	854,6	7,6	917,3	7,3	966,0	5,3
Autres ITAF (dont 2% capital)	761,8	2 147,3	++	1 924,4	-10,4	1 960,7	1,9
II - PRODUITS TECHNIQUES	775,1	1,9	-99,8	0,5	-72,9	250,0	++
Transferts entre organismes	1 651,5	11 101,7	++	12 336,4	11,1	13 508,8	9,5
Compensations	1 229,5	10 676,7	++	11 930,0	11,7	13 102,0	9,8
Prise en charge de prestations	173,6	243,0	40,0	516,4	++	147,3	-71,5
Prestations prises en charge par la CNAF	593,3	9 982,1	++	10 855,2	8,7	12 391,8	14,2
Prestations prises en charge par la CNSA	187,3	197,0	5,2	204,1	3,6	213,5	4,6
Prestations prises en charge par la CNSA	406,0	9 785,1	++	10 651,0	8,8	12 178,3	14,3
Transferts divers entre organismes	462,7	451,6	-2,4	558,4	23,7	562,8	0,8
Contributions publiques	411,4	412,8	0,4	397,8	-3,7	398,2	0,1
Remboursement de prestations	246,3	248,4	0,8	250,1	0,7	253,5	1,4
Autres contributions publiques	165,0	164,4	-0,3	147,6	-10,2	144,7	-2,0
Autres contributions	10,6	12,2	15,8	8,6	-29,8	8,6	0,0
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	1 138,6	1 427,5	25,4	1 392,2	-2,5	1 217,9	-12,5
Recours contre tiers	715,6	773,9	8,1	832,0	7,5	808,9	-2,8
Remise conventionnelle	308,8	506,8	64,1	356,3	-29,7	300,0	-15,8
Autres produits techniques	114,1	140,7	23,2	198,5	41,1	103,5	-47,9
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	4 783,8	7 207,9	50,7	8 460,6	17,4	8 734,9	3,2
- pour prestations sociales	4 623,1	6 991,8	51,2	7 915,6	13,2	8 444,3	6,7
- pour dépréciation des actifs circulants	144,9	121,6	-16,1	120,5	-0,9	10,0	-91,7
- pour autres charges techniques	15,8	94,6	++	424,5	++	280,6	-33,9
V - PRODUITS FINANCIERS	7,9	9,9	25,9	9,7	-2,1	0,0	--
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	127,4	163,7	28,5	364,4	++	370,6	1,7
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	66,0	62,1	-5,8	2 327,2	++	57,5	-97,5
Résultat net	-8 008,6	-5 936,1	-25,9	-4 629,2	-22,0	-4 107,5	-11,3

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

	2006	2006	%	2007	%	2008	En millions d'euros
Charges nettes	130 341,1	135 316,6	3,8	140 403,6	3,8	145 684,4	3,8
Produits nets	122 332,5	129 380,5	5,8	135 774,4	4,9	141 576,9	4,3
Résultat net	-8 008,6	-5 936,1	1,9	-4 629,2	1,2	-4 107,5	0,5

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

Les charges nettes sont diminuées des reprises de provisions sur prestations, et n'intègrent pas les dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants. Les charges nettes sont également réduites à compter de 2006 du montant de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA.

Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations, et sont diminués des dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants. Les produits nets sont également réduits à compter de 2006 du montant de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA.

15-2

LE PASSAGE DES DEPENSES DU CHAMP DE L'ONDAM AUX PRESTATIONS MALADIE-MATERNITE DE LA CNAM

Les prestations et l'ONDAM sont deux visions distinctes des dépenses d'assurance maladie. Dans le premier cas l'approche est comptable. Les prestations de l'année N sont figées une fois pour toutes au mois de mars de l'année N+1 lors de la clôture des comptes des régimes. L'ONDAM correspond quant à lui à une approche économique des dépenses. L'analyse porte sur les remboursements afférents aux soins de l'année N. Cette approche oblige à corriger les réalisations jusqu'en mars de l'année N+2. Par ailleurs les champs couverts par ces deux notions sont très différents.

Le raisonnement ci-dessous consiste à partir de l'évolution entre 2006 et 2007 des réalisations de l'ONDAM, à champ constant, pour aboutir à l'évolution des charges comptables de prestations maladie enregistrées dans les comptes clos 2006 et 2007 de la CNAM.

1/ Selon les dernières données disponibles, le taux d'évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM en 2007 est de 4,2%. Ce taux est calculé à champ constant, à savoir sur le périmètre de l'ONDAM 2007.

2/ **Retour aux périmètres ONDAM propres à chaque exercice.** Une première étape pour passer de l'ONDAM aux prestations comptables consiste à revenir aux réalisations sur les périmètres respectifs de l'ONDAM afférents à chaque année, à champ non constant donc. Contrairement à l'exercice 2006 pour lequel les changements de périmètre étaient nombreux par rapport à 2005, il y a très peu de modifications de périmètre pour 2007. La seule modification concerne les IFSI (Instituts de Formation en Soins Infirmiers) qui relevaient antérieurement des établissements de santé financés par dotation globale et qui ont été transférés aux collectivités locales le 1^{er} juillet 2005. Deux transferts de 178M€ ont déjà eu lieu en 2005 et 2006. Celui de l'année 2007 s'élève à 74M€ du fait d'une régularisation.

3/ **Passage de la vision économique à la vision comptable.** Afin de revenir aux chiffres du compte clos 2006, il est nécessaire de rétablir les montants de provisions de clôture en ignorant les corrections ultérieures de ces provisions qui ont permis d'affiner le constat économique des dépenses au titre de l'année. Il convient donc de retirer des réalisations 2006 les dépenses comptabilisées en 2007 au titre de 2006 et d'y réintégrer les provisions qui étaient enregistrées en mars 2007 et qui avaient été reprises depuis. Ces modifications ne concernent pas l'année 2007 puisque les provisions pour 2007 ne seront revues qu'en mars 2009 (clôture des comptes 2008). En l'occurrence, les provisions enregistrées en mars 2007 ont été proches des dépenses comptables de 2007 au titre de 2006 (l'écart n'est que de 30 M€).

4 et 5/ **Passage du champ ONDAM au champ des seules prestations.** Le champ de l'ONDAM est plus large que celui des prestations puisqu'il inclut des dépenses d'une autre nature. Ainsi, en 2006 et 2007 il faut exclure les dépenses de soins des français à l'étranger, les dépenses relatives à Saint Pierre & Miquelon et Mayotte qui ne sont pas intégrées aux prestations du régime général, les aides à la télétransmission, les dotations au FMESPP (Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés) et au FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville), les remboursements de ticket modérateur au titre des ALD 31 et 32 (affections de longue durée) et les dépenses de prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé. A contrario, il convient d'ajouter l'apport de la CNSA pour aboutir au montant total de prestations médico-sociales versées par l'assurance maladie.

6/ **Passage des dépenses tous régimes aux dépenses du régime général.** Pour cela, seules les dépenses du compte de la CNAM relevant du champ des prestations sont

conservées. Les dépenses du régime général évoluent sensiblement plus vite que celles regroupant tous les régimes (d'environ 0,2 point par différence des lignes (5) et(6) du tableau ci-dessous), ce qui s'explique notamment par les dynamiques démographiques respectives des différents régimes.

7/ Passage des prestations tous risques aux seules prestations maladie-maternité. Enfin, l'ONDAM couvrant plusieurs risques, il convient donc de retirer le risque accidents du travail pour aboutir aux seules prestations maladie-maternité.

Au total en 2007, les prestations maladie-maternité de la CNAM progressent un peu plus rapidement que les dépenses du champ de l'ONDAM (4,3% contre 4,2%). Or, traditionnellement l'écart est plus important (environ 0,2 point) du fait de l'accroissement tendanciel du poids démographique du régime général dans l'ensemble des régimes. Ce phénomène existe en 2007, comme l'illustre le taux d'évolution (+4,5%) constaté sur le champ des prestations du régime général (branches maladie et AT-MP), mais il est en grande partie neutralisé par une révision de la répartition des dépenses entre les branches maladie et AT-MP : la requalification de 200 M€ de dépenses hospitalières en dépenses de la branche ATMP en 2007 (cf. fiche 15-3) a réduit pour cet exercice la part des dépenses maladie maternité dans l'ensemble des dépenses du régime général. Sans cette correction, l'évolution des dépenses sur ce champ serait en effet de l'ordre de 4,5%.

Tableau de passage ONDAM-prestations pour 2006 et 2007

Périmètre	en milliards d'euros		
	2006	2007	taux d'évolution
1/ ONDAM (périmètre constant de 2007)	141,8	147,8	4,2%
2/ ONDAM (périmètre de l'année considérée)	141,9	147,8	4,1%
3/ Dépenses hors corrections de provisions	141,9	147,8	4,1%
4/ Passage au champ des prestations (hors part CNSA)	138,6	144,4	4,2%
5/ Prise en compte des dépenses CNSA	139,1	145,1	4,3%
6/ Dépenses du régime général	117,8	123,1	4,5%
7/ Prestations RG, risques maladie-maternité	114,8	119,7	4,3%

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6B)

15-3

CNAM – ATMP

Le déficit de la CNAM AT-MP se creuse en 2007

Avertissement : à compter de 2006, des écritures symétriques majorant les charges et les produits concernent la part de l'ONDAM médico-social supporté par la branche accidents du travail et l'insuffisance de financement du FCAATA (pour respectivement 53 et 63 M€ en 2007). A ceci s'ajoute en 2007, des écritures exceptionnelles relatives à l'apurement de la dette de l'Etat¹¹⁵ pour un montant de 245 M€. Dans toute la suite, pour une bonne compréhension, les analyses porteront sur les charges et les produits nets qui neutralisent ces écritures.

L'exercice 2007 a été marqué par une croissance des charges nettes particulièrement soutenue : +9,8% contre +3,2% en 2006. Les produits nets ont été dynamiques (+5,8% contre +7,5% en 2006) mais insuffisamment pour compenser l'accélération des charges. Le déficit s'est en conséquence dégradé de 400 M€ entre 2006 et 2007.

L'accélération des charges provient pour l'essentiel de nouvelles écritures comptables faisant suite à des observations de la Cour des comptes:

- Une provision de 150 M€ a été portée au compte 2007 de la branche au titre de la reprise des déficits 2006 et 2007 du FCAATA¹¹⁶ ;
- La Cour a relevé une anomalie dans la déclaration des soins prodigués au titre des AT¹¹⁷ dans certains établissements évaluée à 100 M€ par an. La correction de cette sous-déclaration a conduit à majorer les charges hospitalières de la branche AT de 200 M€ en 2007 (100 M€ au titre de 2007 et 100 M€ portant régularisation au titre de 2006) et à minorer à due concurrence les charges correspondantes de la branche maladie.

Les prestations légales (prestations pour incapacité temporaire et pour incapacité permanente y compris les dotations nettes aux provisions¹¹⁸), qui représentent environ deux tiers de l'ensemble des charges, ont augmenté fortement en 2007 (+7,6%, soit +514 M€). La correction des dépenses en établissements évoquée plus haut contribue pour 3 points à cette hausse. Les prestations exécutées en ville augmentent de +7% en 2007 (contre +2,5% en 2006), sous l'effet d'une accélération des dépenses en indemnités journalières (+7,3% en 2007 contre +2,1% en 2006) et dans une moindre mesure, de la croissance des autres soins de ville¹¹⁹ (+6% en 2007 contre +3,8% en 2006).

Enfin, les transferts sont en très forte hausse en 2007 (+16,6% contre +1,6% en 2006) du fait, d'une part, de l'augmentation de 100 M€ de la dotation de la branche au FCAATA,

¹¹⁵ Cf. fiche 7-2 sur les créances sur l'Etat.

¹¹⁶ Cette écriture vient compléter le schéma mis en œuvre en 2006 à la demande de la Cour des comptes et visant à retracer les dettes du FCAATA dans les comptes de la branche AT (via une écriture symétrique en charges, neutre sur le solde et correspondant au déficit de trésorerie du fonds). A compter de 2007, la Cour a demandé à ce que les créances soient provisionnées à 100%, de sorte que le déficit du FCAATA pèse désormais sur le solde de la branche AT.

¹¹⁷ Certains hôpitaux publics ne déclarent en effet aucune prise en charge au titre du risque accident du travail. La CNAM procède désormais dans ce cas à une correction visant à porter le taux d'accidents du travail parmi les soins prodigués au niveau de la moyenne nationale constatée sur les autres établissements.

¹¹⁸ Agrégat = prestations + dotations aux provisions pour prestations – reprises aux provisions sur prestations. On raisonne sur cet agrégat, car c'est l'agrégat comptable qui s'approche le plus des prestations en date de soin.

¹¹⁹ Cf. fiche 8-3.

d'autre part, de l'augmentation de 80 M€ du transfert à la CNAM au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et enfin, de la hausse de la compensation AT des Mines (+18%) qui intègre cette année une régularisation exceptionnelle de 38 M€¹²⁰.

S'agissant des recettes, les produits nets augmentent de 560 M€ en 2007

Cette croissance est essentiellement celle de l'agrégat composé des cotisations et des compensations d'exonérations par dotation budgétaire et affectation de recettes fiscales (97% des recettes) qui croît à un rythme rapide (+5,2%) en lien avec le dynamisme de la masse salariale du secteur privé (+4,8% en 2007). Dans une moindre mesure, elle résulte d'un rendement en forte croissance des recours contre tiers (+50 M€ soit +15% en 2007).

En 2008, le résultat s'améliorerait de près de 800 M€ pour s'établir à +337 M€

Sous les effets simultanés d'un léger recul des charges nettes (-0,7% après la forte hausse de +9,8% en 2007) et de l'accélération des recettes (+7% en 2008), le solde deviendrait excédentaire pour la première fois depuis 2001.

Concernant les charges, leur légère diminution résulterait en premier lieu de l'atténuation des facteurs exceptionnels de charge constatés en 2007. Ainsi, la provision au titre du déficit du FCAATA atteindrait 20 M€ en 2008 contre 150 M€ inscrits en 2007 et la correction portant sur les dépenses hospitalières ne serait plus que de 100 M€ en 2008 contre 200 M€ en 2007. De même, la compensation AT des Mines n'intègre plus la régularisation de 38M€ et baisserait au total de 110M€ (soit -20% sur 2008). Toutes choses égales par ailleurs, les charges liées à ces écritures diminueraient de 340 M€ en 2008.

En second lieu, la baisse s'explique par un ralentissement des autres charges :

- les dotations aux fonds amiante croîtraient de +4,5% contre 9,8% en 2007 ;
- la croissance des prestations exécutées en ville ralentirait de presque 3 points, du fait d'un infléchissement des IJ AT (+4,5% en 2008 contre +7,3% en 2007) et dans une moindre mesure d'une modération des dépenses de soins de ville hors IJ (+2,5% contre +6% en 2006) ;
- les prestations d'incapacité permanente connaîtraient une croissance modérée¹²¹ de +2,6% en 2008.

Le dynamisme des recettes serait porté par une masse salariale dynamique et la suppression d'une partie des exonérations AT

Cette suppression qui ne concerne pas les exonérations générales a deux effets :

- La suppression des exonérations non compensées augmente mécaniquement les cotisations de la branche d'un montant estimé à 180 M€ en 2008 ce qui améliore le solde d'autant.
- La suppression des exonérations ciblées et compensées augmente les cotisations AT mais diminue d'autant les prises en charge par l'Etat (cette opération est neutre sur le solde de la branche mais constitue en revanche une économie pour l'Etat).

En outre, les produits de la branche AT sont portés par le dynamisme de la masse salariale dont l'hypothèse de croissance pour 2008 est de +4,8%. Enfin, on peut noter que la branche AT n'est concernée par les exonérations heures supplémentaires que marginalement ; celles-ci portent en effet aux trois-quarts sur les cotisations salariales alors que la branche n'est financée que par les cotisations employeurs.

¹²⁰ La branche AT-MP du régime général équilibre la branche AT-MP du régime minier.

¹²¹ Cf. fiche 8-4 sur les prestations maladie et ATMP hors ONDAM.

Les écarts à la LFSS 2008

Le résultat de 2007 est dégradé de 89 M€ par rapport à la prévision établie pour la LFSS 2007.

Cet écart résulte d'écarts de prévision se compensant partiellement. Les charges ont dans l'ensemble été sous-estimées :

- 200 M€ de correction portant sur les dépenses hospitalières ;
- 30 M€ au titre des autres dépenses de prestations suite à des dépenses de soins de ville plus rapides que prévu ;
- 60 M€ au titre de la compensation AT des Mines incluant la régularisation exceptionnelle de 38M€.

Ces surcroûts de charges ont en partie été compensés par des recettes plus dynamiques que prévu (l'agrégat cotisations évolue de +5,2% au lieu de +3,9% prévu, soit 130 M€ de recettes supplémentaires), par un rendement des recours contre tiers supérieur de 60 M€ et par un déficit de trésorerie du FCAAATA inférieur de 15 M€.

Pour 2008, la prévision fait l'hypothèse d'un excédent supérieur de 81 M€ à la prévision LFSS.

Cet écart s'explique par l'anticipation d'un montant de recettes plus élevé, celles-ci bénéficiant d'un effet base. La croissance de l'agrégat des cotisations devrait s'établir à +7,2%, soit 0,4 point (170 M€) de plus que la prévision LFSS et le rendement des recours contre tiers devrait être supérieur de près de 50 M€.

La correction de 100 M€ des dépenses hospitalières et une prévision de déficit à provisionner de -20 M€ pour le FCAAATA viendraient atténuer l'augmentation des recettes.

CNAM AT-MP : Charges

CNAM-A - AT	2005	2006	%	2007	%	2008	%
CHARGES	9 787,7	10 262,5	4,9	11 435,9	11,4	11 071,0	-3,2
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	9 039,3	9 503,5	5,1	10 422,7	9,7	10 289,8	-1,3
I - PRESTATIONS SOCIALES	6 826,1	6 938,5	1,6	7 431,7	7,1	7 557,5	1,7
Prestations légales	6 613,1	6 744,0	2,0	7 244,0	7,4	7 372,2	1,8
Prestations légales « AT-MP »	6 613,1	6 744,0	2,0	7 244,0	7,4	7 372,2	1,8
Prestations d'incapacité temporaire	2 936,3	2 969,7	1,1	3 362,2	13,2	3 390,8	0,9
Prestations exécutées en ville	2 439,4	2 499,6	2,5	2 675,2	7,0	2 785,0	4,1
Prestations en nature	479,8	498,1	3,8	528,1	6,0	541,3	2,5
Indemnités journalières	1 959,6	2 001,6	2,1	2 147,1	7,3	2 243,7	4,5
Prestations exécutées en établissements	496,9	470,1	-5,4	687,0	46,1	605,8	-11,8
Prestations d'incapacité permanente	3 676,8	3 774,3	2,7	3 881,8	2,9	3 981,3	2,6
Prestations extralégales	6,4	4,8	-24,8	4,9	1,5	5,0	2,2
Autres prestations	206,7	189,7	-8,2	182,8	-3,6	180,4	-1,3
II - CHARGES TECHNIQUES	1 820,3	2 051,3	12,7	2 325,5	13,4	2 264,0	-2,6
Transferts entre organismes	1 016,8	1 033,2	1,6	1 204,9	16,6	1 093,4	-9,3
Compensations	593,6	567,0	-4,5	658,6	16,2	544,9	-17,3
Compensation AT des Mines	483,5	460,3	-4,8	545,2	18,4	434,8	-20,2
Compensation AT des Salariés agricoles	110,2	106,6	-3,2	113,3	6,2	110,0	-2,9
Prises en charge de prestations	54,5	97,2	78,3	96,6	-0,7	96,1	-0,5
Versement ONDAM médico-social à la CNSA	0,0	52,0	-	52,6	1,2	57,5	9,4
Revertement au FCAT par la CNAMTS	54,5	45,2	-17,0	44,0	-2,8	38,5	-12,4
Transferts divers	368,7	369,0	0,1	449,7	21,9	452,5	0,6
Transfert CNAM-AT vers CNAMTS	330,0	330,0	0,0	410,0	24,2	410,0	0,0
Autres transferts divers	40,0	39,0	-2,4	39,7	1,8	42,5	7,0
Autres charges techniques	803,5	1 018,1	26,7	1 120,6	10,1	1 170,6	4,5
Contributions Financement de fonds nationaux	802,9	1 017,4	26,7	1 117,6	9,8	1 167,6	4,5
FMES (ex-FASMO)	2,9	2,4	-16,4	2,6	7,4	2,6	0,0
FCAAATA	600,0	700,0	16,7	800,0	14,3	850,0	6,3
FIVA	200,0	315,0	57,5	315,0	0,0	315,0	0,0
Participations	0,5	0,7	47,7	0,9	26,5	0,9	0,0
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	99,5	201,6	++	170,2	-15,5	116,3	-31,7
Autres charges techniques	5,7	95,6	++	65,5	-31,5	23,6	-63,9
Perdes sur créances irrécouvrables	93,8	106,0	13,0	104,8	-1,2	92,6	-11,6
- sur cotisations, impôts et produits affectés	84,1	94,1	11,9	91,0	-3,3	78,6	-13,6
- sur prestations	9,8	11,9	22,2	13,8	15,4	14,0	2,0
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	293,3	305,1	4,0	472,6	54,9	342,0	-27,6
- pour prestations sociales	281,5	286,2	1,7	304,9	6,5	317,4	4,1
- pour dépréciation des actifs circulants	11,1	18,8	69,2	167,7	++	24,6	-85,3
- pour autres charges techniques	0,7	0,0	--	0,0	-	0,0	-
V - CHARGES FINANCIERES	0,1	7,0	++	22,7	++	10,0	-55,9
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	746,9	756,7	1,3	767,3	1,4	780,3	1,7
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	1,5	2,4	60,3	245,9	++	0,9	-99,6

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

CNAM AT-MP : Produits

En millions d'euros

CNAM-A - AT	2005	2006	%	2007	%	2008	%
PRODUITS	9 349,6	10 203,8	9,1	10 980,9	7,6	11 408,5	3,9
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	9 336,6	10 181,3	9,0	10 712,9	5,2	11 385,7	6,3
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	8 698,3	9 401,5	8,1	9 903,1	5,3	10 607,0	7,1
Cotisations sociales	7 059,5	7 518,6	6,5	7 781,5	3,5	8 548,6	9,9
Cotisations sociales des actifs	7 031,7	7 489,7	6,5	7 752,9	3,5	8 519,2	9,9
Cotisations sociales salariés	7 031,7	7 489,7	6,5	7 752,9	3,5	8 519,2	9,9
Autres cotisations sociales	3,1	3,3	5,9	3,5	7,8	3,8	7,0
Cotisations prises en charge par l'État	1 477,5	258,7	-82,5	287,9	11,3	68,1	-76,3
Produits entité publique autre que l'Etat	3,5	4,2	20,1	5,1	21,6	5,1	0,0
CSG, impôts et taxes affectés	157,8	1 620,0	++	1 828,6	12,9	1 985,1	8,6
Impôts et taxes affectées (ITAF)	0,0	1 619,7	-	1 828,5	12,9	1 985,0	8,6
ITAF liés à la consommation	0,0	600,4	-	688,4	14,7	758,0	10,1
ITAF acquittés par les personnes morales	0,0	777,1	-	879,1	13,1	960,6	9,3
ITAF liés à des activités éco. ou profession.	0,0	242,2	-	260,9	7,7	266,4	2,1
Autres ITAF (dont 2% capital)	157,8	0,3	-99,8	0,1	-78,9	0,1	0,0
II - PRODUITS TECHNIQUES	0,9	54,9	++	57,5	4,6	68,7	19,6
Transferts entre organismes	0,9	54,9	++	57,5	4,6	68,7	19,6
Compensations	0,1	0,1	2,4	0,0	--	0,0	-
Compensations intégrales (Intégration financière au RG)	0,1	0,1	2,4	0,0	--	0,0	-
Prise en charge de prestations	0,0	54,0	-	55,6	3,0	66,9	20,2
Prestations prises en charge par la CNSA	0,0	54,0	-	55,6	3,0	66,9	20,2
Transferts divers entre organismes	0,8	0,8	7,2	1,9	++	1,9	0,0
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	358,2	433,8	21,1	460,1	6,0	400,4	-13,0
Recours contre tiers	345,0	330,6	-4,2	380,5	15,1	362,7	-4,7
Autres produits techniques	13,2	103,2	++	79,6	-22,9	37,7	-52,6
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	267,7	288,7	7,8	291,7	1,1	309,0	5,9
- pour prestations sociales	262,8	281,5	7,1	286,2	1,7	304,9	6,5
- pour dépréciation des actifs circulants	4,8	6,3	31,4	5,0	-21,6	3,6	-27,0
- pour autres charges techniques	0,1	0,8	++	0,5	-36,3	0,5	0,0
V - PRODUITS FINANCIERS	11,4	2,3	-79,8	0,6	-75,5	0,6	0,0
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	9,3	13,6	46,4	16,3	19,9	16,5	1,7
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	3,7	9,0	++	251,7	++	6,2	-97,6
Résultat net	-438,2	-58,7	-86,6	-455,0	++	337,5	-

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

CNAM-A - AT	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Charges nettes	9 429,7	9 727,4	3,2	10 682,2	9,8	10 605,4	-0,7
Produits nets	8 991,5	9 668,6	7,5	10 227,3	5,8	10 942,8	7,0
Résultat	-438,2	-58,7		-455,0		337,5	

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

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

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

Les charges et les produits nets sont réduits à compter de 2006 du montant de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA d'une part, et de l'insuffisance de financement du FCAAATA d'autre part. Les écritures comptables exceptionnelles liées à l'apurement de la dette de l'Etat en 2007 sont également neutralisées.

En 2007, le déficit de la CNAV s'est fortement creusé pour atteindre 4,6 milliards d'euros

Globalement, les charges ont progressé de 7,6% par rapport à l'exercice 2006. En neutralisant l'effet de l'apurement de la dette de l'Etat à l'égard de la CNAV en 2007¹²², l'augmentation est de 6,3% par rapport à 2006.

Les charges de prestations légales ont augmenté de 6,1%, les pensions de droits propres et de droits dérivés ont progressé respectivement de 6,5% et de 4,3%. L'accélération des droits propres tient notamment à la poursuite de la montée en charge de la mesure de retraite anticipée et à l'arrivée à 60 ans des premières générations du baby boom (cf. fiches 10-1 et 10-2). Les pensions de retraite ont été revalorisées de 1,8% au 1^{er} janvier 2007 comme en 2006.

Les transferts de compensation ont augmenté de 0,5% en 2007 (contre une baisse de 1% en 2006) principalement du fait de la légère hausse de la compensation généralisée¹²³.

Le transfert de la CNAV vers les régimes spéciaux au titre des rachats de périodes de non titulaires a augmenté d'environ 120 M€ en 2007¹²⁴ atteignant près de 480 M€.

A compter de 2007, suivant une recommandation de la cour des comptes, la CNAV inscrit une provision d'un montant de 260 M€ de façon à anticiper les versements de cotisations à la fonction publique et aux régimes spéciaux lors de la validation de services auxiliaires dans ces régimes¹²⁵.

Les charges financières ont augmenté de 240 M€ s'établissant à près de 490 M€ : l'absence de réserve de trésorerie de la CNAV dont les excédents des exercices passés ont été intégralement reversés au FRR, les insuffisances de trésorerie du FSV qui ne peut rembourser la totalité des sommes dues à la CNAV, le poids de la dette de l'Etat avant son remboursement, ainsi que l'accroissement du déficit propre de la CNAV expliquent la forte augmentation de ces charges.

Les produits ont progressé de 4,5% (3,2% en neutralisant l'impact de l'apurement de la dette de l'Etat à l'égard de la CNAV). L'agrégat constitué des cotisations sociales des actifs,

¹²² La dette de l'Etat constatée au 31 décembre 2006 à l'égard du régime général a fait l'objet d'une opération d'apurement en octobre 2007. Cette opération a fait l'objet d'écritures symétriques en charges et en produits exceptionnels (donc sans effet sur le solde) pour un montant de 1,1 Md€.

¹²³ Les charges de compensation du régime général sont marquées par deux phénomènes aux effets opposés : d'une part, la convergence des ratios démographiques des régimes réduit les charges de compensation entre le bloc salariés et les régimes des non-salariés et d'autre part, le fait que le régime général ait la masse salariale la plus dynamique des régimes salariés accroît sa charge de compensation interne aux régimes de salariés. Jusqu'en 2006, le premier effet est prépondérant. En 2007, les deux effets se compensent presque parfaitement. En 2008, le second prend nettement le dessus.

¹²⁴ Un changement de législation oblige les personnes titularisées dans la fonction publique qui souhaitent voir intégrer des périodes de non titulaires dans leur carrière de la fonction publique à racheter ces périodes avant le 31 décembre 2008. A partir de cette date, les demandes ne pourront être faites que dans les deux années suivant la titularisation.

¹²⁵ A compter de 2008, une reprise sur provision d'un même montant sera portée au compte de manière à couvrir les versements de cotisations des anciens agents des régimes spéciaux qui n'auraient pas suffisamment cotisé pour ouvrir droit à pension dans ces régimes.

des prises en charge de cotisations par l'Etat et des recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations générales a augmenté de 5,3% (contre +5,9% en 2006). Cette progression repose notamment sur le dynamisme de la croissance de la masse salariale en 2007 (+4,8%).

Le transfert en provenance de la CNAF au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) a diminué de 2,8% par rapport à 2007 compte tenu d'une régularisation au profit de la CNAF au titre des exercices précédents pour un montant global de près de 250 M€. Hormis cet effet, le poste AVPF aurait augmenté de 3,2% en 2007.

Le transfert du FSV au titre du chômage a diminué de 7,9% par rapport à l'exercice précédent. Cette diminution tient essentiellement à la baisse du nombre de chômeurs. Elle s'explique également par le ralentissement de la revalorisation de la cotisation de référence (+2,5% en 2007 contre + 5,5% en 2006 voir fiche 14-1). A l'inverse, les transferts à la charge du FSV au titre du minimum vieillesse et des majorations de pensions ont progressé de 3,3% par rapport à 2006.

Le déficit se creuserait à nouveau en 2008 pour atteindre 5,6 Md€

Les charges augmenteraient de 4,5% en 2008 (+5,7% en neutralisant l'impact de l'apurement de la dette l'Etat à l'égard de la CNAV en 2007). Les prestations légales croîtraient de 5,9% (soit un rythme légèrement moins élevé qu'en 2007) compte tenu notamment d'une moindre revalorisation des pensions¹²⁶. Les transferts de compensation à la charge de la CNAV augmenteraient de 2,9% en 2008 (cf. *supra*). Les charges financières progresseraient de près de 230 M€.

Les prévisions font état d'une progression **des produits** de 3,6% en 2008 (+4,9% en neutralisant l'effet de l'apurement de la dette de l'Etat en 2007). L'agrégat « cotisations » évoqué précédemment croîtrait de 5,2% en lien notamment avec le dynamisme prévu de la masse salariale en 2008 (+4,8%). Le transfert en provenance de la CNAF au titre de l'AVPF progresserait de 8,1% (+1,9% en neutralisant la régularisation effectuée en 2007). Le transfert du FSV au titre du chômage continuerait de diminuer mais à un rythme moins élevé qu'en 2007 enregistrant un recul de 1,7% compte tenu de la baisse prévue du nombre de chômeurs. Le transfert en provenance du FSV au titre des majorations de pensions devrait progresser de 4,9% par rapport à l'exercice précédent. Par ailleurs, les prises en charge de prestations par le FSV au titre du minimum vieillesse devraient croître à un rythme plus soutenu qu'en 2007 (+2% contre +0,3% en 2007), conséquence notamment d'un versement d'une prime exceptionnelle de 200 € aux allocataires du minimum vieillesse en mars 2008 (voir fiche 10-2).

Les écarts à la prévision de la LFSS 2008

Le **solde de l'exercice 2007**, qui s'élève à -4,6 Md€, est proche de la prévision de la LFSS 2008 qui tablait sur un déficit plus dégradé d'environ 10 M€. Néanmoins, ce léger écart s'explique par un niveau de recettes supérieur à celui qui était prévu alors même que les charges ont augmenté plus vite qu'anticipé.

Côté produits, l'agrégat constitué des cotisations sociales, des prises en charge de cotisations par l'Etat et des recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations générales est supérieur de 440 M€ à la prévision¹²⁷. De plus, le transfert AVPF en provenance de la CNAF a été régularisé en 2007. Cette régularisation comptable portant sur les exercices précédents se traduit par une révision à la baisse non anticipée du transfert

¹²⁶Les pensions ont été réévaluées de 1,1% au 1^{er} janvier 2008. Par ailleurs, une revalorisation exceptionnelle de 0,8% sera accordée au 1^{er} septembre 2008 portant la revalorisation des pensions en 2008 à +1,4% en moyenne annuelle (cf. fiches 10-1 et 10-2).

¹²⁷ Notamment en raison d'erreur d'estimation des produits à recevoir de cotisations en 2006 (cf. fiche 6-1).

d'un montant de 240 M€. S'agissant des charges, l'agrégat « prestations »¹²⁸ est inférieur de 60 M€ à la prévision. De plus, en 2007, la CNAV a inscrit une provision non anticipée au titre des versements de cotisations aux régimes spéciaux pour un montant total de 260 M€.

En outre, de nombreux postes de charges (notamment transferts entre régimes, frais financiers...) et de produits (essentiellement prises en charges de cotisations du FSV au titre du chômage, opérations sur créances...) sont révisés à la hausse. Au total, l'impact de ces révisions améliore de 10 M€ le solde de la CNAV.

La nouvelle prévision pour l'exercice 2008 est plus dégradée que la prévision de la LFSS 2008. Cet écart est le résultat d'une révision à la hausse des charges plus élevée que celle des produits. En charges, l'agrégat « prestations » précité est fortement revu à la hausse. Cette révision, évaluée à près de 610 M€ est due notamment à une modification des hypothèses relatives au comportement de départ des assurés, ainsi qu'à la revalorisation exceptionnelle de 0,8% au 1^{er} septembre 2008 qui contribue pour 230 M€ à la hausse des prestations. L'actualisation des produits porte essentiellement sur l'agrégat « cotisations » dont l'estimation est corrigée à la hausse d'environ 320 M€. En outre, de nombreux postes de charges (notamment transferts entre régimes, frais financiers...) et de produits (essentiellement prises en charges de cotisations du FSV au titre du chômage, transfert AVPF...) sont réévalués à la hausse. Au total, le solde de l'exercice 2008 est révisé d'environ 380 M€ par rapport à celui retenu lors de la LFSS 2008.

CNAV - Charges

	2005	2006	%	2007	%	2008	%
CHARGES	81 419,8	85 616,1	5,2	92 136,0	7,6	96 255,0	4,5
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	80 173,3	84 616,1	5,5	90 019,2	6,4	95 205,4	5,8
I - PRESTATIONS SOCIALES	73 453,9	77 824,0	5,9	82 583,6	6,1	87 374,0	5,8
Prestations légales	73 166,5	77 543,0	6,0	82 297,5	6,1	87 120,1	5,9
Prestations légales « vieillesse »	73 101,6	77 494,6	6,0	82 250,6	6,1	87 077,0	5,9
Prestations de base	71 724,9	76 090,9	6,1	80 806,0	6,2	85 608,3	5,9
Droits propres	64 042,9	67 911,8	6,0	72 306,0	6,5	76 801,3	6,2
Pension normale	48 952,3	52 299,8	6,8	56 119,3	7,3	59 988,1	6,9
Pension inaptitude	6 254,6	6 329,2	1,2	6 476,3	2,3	6 616,7	2,2
Pension invalidité	4 544,6	4 743,1	4,4	5 003,1	5,5	5 292,5	5,8
Majorations	4 291,3	4 539,8	5,8	4 707,3	3,7	4 904,1	4,2
Droits dérivés	7 670,7	8 081,7	5,4	8 429,5	4,3	8 736,3	3,6
Avantages principaux (hors majorations)	7 075,0	7 478,2	5,7	7 827,7	4,7	8 129,9	3,9
Majorations	595,7	603,5	1,3	601,8	-0,3	606,4	0,8
Divers	11,4	97,4	++	70,5	-27,7	70,7	0,3
Prestations au titre d'un adossement	1 376,7	1 403,7	2,0	1 444,5	2,9	1 468,7	1,7
Prestations légales « veuvage »	64,9	48,4	-25,4	44,1	-8,9	40,2	-8,9
Prestations légales « invalidité »	0,0	0,0	-	2,8	-	2,9	2,6
Prestations extralégales	287,4	281,0	-2,2	286,1	1,8	253,9	-11,3
II - CHARGES TECHNIQUES	5 867,7	5 799,6	-1,2	5 956,3	2,7	6 149,5	3,2
Transferts entre organismes	5 867,7	5 799,6	-1,2	5 956,3	2,7	6 149,5	3,2
Compensations	5 236,9	5 186,1	-1,0	5 213,7	0,5	5 364,5	2,9
Compensation généralisée	5 100,0	4 833,6	-5,2	4 843,6	0,2	4 994,4	3,1
Compensations intégrales (Intégration financière au RG)	92,1	329,4	++	332,5	0,9	332,5	0,0
Compensations partielles	44,9	23,1	-48,6	37,6	62,6	37,6	0,0
Transferts divers	261,7	253,6	-3,1	259,3	2,3	277,5	7,0
Transferts vers régimes spéciaux	369,0	360,0	-2,5	483,3	34,3	507,5	5,0
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	477,0	521,5	9,3	508,5	-2,5	472,7	-7,0
Autres charges techniques	39,7	41,1	3,5	41,8	1,5	42,3	1,3
Pertes sur créances irrécouvrables	437,2	480,4	9,9	466,7	-2,8	430,3	-7,8
- sur cotisations, impôts et produits affectés	434,3	476,9	9,8	462,6	-3,0	426,0	-7,9
- sur prestations	2,9	3,4	16,1	4,1	19,5	4,3	5,9
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	283,1	214,4	-24,3	479,0	++	489,3	2,1
- pour prestations sociales	278,7	208,4	-25,2	212,4	2,0	222,7	4,8
- pour dépréciation des actifs circulants	4,3	6,0	39,1	6,0	-0,1	6,0	0,0
- pour autres charges techniques	0,0	0,0	-	260,6	-	260,6	0,0
V - CHARGES FINANCIERES	91,7	256,6	++	491,8	91,7	720,0	46,4
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	979,8	997,7	1,8	1 031,1	3,3	1 048,6	1,7
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	266,6	2,3	-99,1	1 085,7	++	1,0	--

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

¹²⁸ Il s'agit des charges nettes supportées par la CNAV, l'agrégat est ainsi constitué des prestations légales + dotations aux provisions – reprises pour prestations – prises en charge de prestations par le FSV.

Note : A compter de 2006, les paiements hors électroniques, qui s'élèvent à 85 M€, ne sont plus comptabilisés en dotations aux provisions mais au niveau de la ligne « divers ».

A compter de 2007, le régime général sert une allocation supplémentaire d'invalidité aux titulaires d'un avantage viager n'ayant pas l'âge requis pour bénéficier de l'ASPA (article L.815-24 du CSS).

CNAV - Produits

CNAVTS - Vieillesse	2005	2006	%	2007	%	2008	%
PRODUITS	79 543,4	83 761,3	5,3	87 564,0	4,5	90 704,3	3,6
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	79 455,2	83 571,5	5,2	86 319,8	3,3	90 597,6	5,0
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	61 910,0	65 644,3	6,0	69 214,6	5,4	72 824,6	5,2
Cotisations sociales	55 647,7	58 390,6	4,9	60 628,5	3,8	61 185,1	0,9
Cotisations sociales des actifs	54 986,1	57 677,3	4,9	59 826,8	3,7	60 331,8	0,8
Cotisations sociales salariés	54 133,5	56 795,2	4,9	58 932,8	3,8	59 428,4	0,8
Autres cotisations sociales	493,4	523,3	6,1	613,7	17,3	661,0	7,7
Majorations et pénalités	168,1	190,0	13,0	188,1	-1,0	192,3	2,2
Cotisations prises en charge par l'État	5 399,5	1 109,8	-79,4	1 290,3	16,3	1 531,4	18,7
CSG, impôts et taxes affectés	862,8	6 143,9	++	7 295,8	18,7	10 108,2	38,5
Impôts et taxes affectées (ITAF)	0,0	5 785,4	-	6 889,4	19,1	9 688,3	40,6
ITAF liés à la consommation	0,0	2 145,2	-	2 588,1	20,6	3 959,0	53,0
ITAF acquittés par les personnes morales	0,0	2 775,2	-	3 376,4	21,7	4 405,0	30,5
ITAF liés à des activités éco. ou profession.	0,0	865,1	-	924,8	6,9	944,3	2,1
Contribution sur avantages de retraite et de préretraite	0,0	0,0	-	0,0	-	380,0	-
Autres ITAF (dont 2% capital)	862,8	358,5	-58,5	406,4	13,4	419,9	3,3
II - PRODUITS TECHNIQUES	17 240,0	17 518,4	1,6	16 767,1	-4,3	17 189,9	2,5
Transferts entre organismes	17 129,8	17 387,6	1,5	16 627,8	-4,4	17 038,3	2,5
Compensations	62,5	129,7	++	0,0	-	0,0	-
Prises en charge de cotisations	12 028,3	11 899,1	-1,1	11 171,3	-6,1	11 381,6	1,9
- non assises sur un revenu spécifique	4 224,7	4 212,6	-0,3	4 095,4	-2,8	4 428,9	8,1
- par le FSV	7 803,6	7 686,6	-1,5	7 075,9	-7,9	6 952,7	-1,7
Prise en charge de prestations	4 644,2	4 871,6	4,9	5 030,8	3,3	5 224,5	3,8
Prestations prises en charge par le FSV	4 644,2	4 871,6	4,9	5 030,8	3,3	5 224,5	3,8
Au titre du minimum vieillesse	1 812,3	1 895,1	4,6	1 900,2	0,3	1 939,0	2,0
Au titre des majorations de pensions	2 831,9	2 976,5	5,1	3 130,6	5,2	3 285,5	4,9
Transferts divers entre organismes	107,8	195,1	80,9	128,3	-34,3	128,3	0,0
Transferts spécifiques à certains régimes	287,0	292,2	-	297,4	1,8	304,0	-
Contributions publiques	110,2	130,7	18,7	139,3	6,6	151,6	8,8
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	87,4	106,5	21,8	108,1	1,5	104,1	-3,7
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	217,3	298,5	37,4	227,4	-23,8	478,9	++
- pour prestations sociales	185,3	186,0	0,4	187,2	0,6	198,3	6,0
- pour dépréciation des actifs circulants	32,0	112,4	++	40,2	-64,2	20,0	-50,3
- pour autres charges techniques	0,0	0,0	-	0,0	-	260,6	-
V - PRODUITS FINANCIERS	0,5	3,8	++	2,7	-29,2	0,0	-98,3
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	79,9	97,2	21,6	93,7	-3,6	95,3	1,7
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	8,3	92,6	++	1 150,5	++	11,4	-99,0
Résultat net	-1 876,3	-1 854,8	-1,1	-4 572,0	++	-5 550,7	21,4

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

CNAVTS - Vieillesse	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Charges nettes	80 795,8	84 947,1	5,1	90 395,6	6,4	95 624,7	5,8
Produits nets	78 919,5	83 092,3	3,0	85 823,6	3,3	90 073,9	5,0
Résultat	-1 876,3	-1 854,8	-	-4 572,0	-	-5 550,7	-

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

Note : A partir de 2008, la CNAV bénéficie de deux nouvelles recettes pour un montant de 380 M€ d'une part, la contribution sur les préretraites d'entreprise créée par la loi de réforme des retraites de 2003, jusqu'alors affectée au fonds de solidarité vieillesse (FSV), ira désormais à la CNAV (le rendement de cette mesure s'élève à 80 M€ en 2008). D'autre part, 2008 est marquée par la création d'une contribution sur le montant des indemnités de mise à la retraite, dont le produit sera affecté à la CNAV (pour un montant de 300 M€).

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

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

En 2007, les écritures symétriques en charges et produits exceptionnels liées à l'opération d'apurement de la dette de l'Etat envers le régime général sont également neutralisées.

La branche famille enregistre en 2007 un excédent de 156 millions d'euros

Ce résultat représente une amélioration de 1,0 Md€ par rapport à 2006.

Les prestations légales ont ralenti en 2007 alors que les prestations extralégales ont observé un fort dynamisme

Globalement, les charges ont progressé de 4,8% par rapport à l'exercice 2006. En neutralisant l'effet de l'apurement de la dette de l'Etat à l'égard de la CNAF en 2007¹²⁹, l'augmentation est de 2,1% par rapport à 2006.

En 2007, les prestations légales ont progressé de 3,0%, soit un rythme moins rapide qu'en 2006 (+4,5%). Cette décélération tient notamment à la fin de la montée en charge de la PAJE : le bloc des aides destinées à la petite enfance (PAJE + APJE + AFEAMA + APE + AGED) a crû de 4,3% entre 2006 et 2007. Les prestations liées au handicap (allocation adultes handicapés et allocation d'éducation de l'enfant handicapé) sont restées dynamiques en 2007 (+5,4%).

De même, les dépenses d'action sociale (hors plans crèches), ont progressé de 4,7% en 2007 après un ralentissement en 2006 (+0,4%). Cette progression s'explique notamment par une augmentation des prestations de service ordinaire qui ont été étendues aux départements d'outre-mer en 2007.

Les charges de la branche famille au titre de sa participation au financement du FNAL (pour le financement de l'APL et de L'ALT) connaissent un rythme heurté (-5,4% en 2007, après +7,3% en 2006). Des écritures successives de régularisations sur exercices antérieurs, qui font suite à diverses ré-estimations de la clé de financement de la CNAF dans l'APL, ont été enregistrées dans les comptes en 2006 et en 2007 (augmentant les charges en 2006 et les réduisant en 2007, voir fiche 12-2).

Par ailleurs, le transfert vers la CNAV au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) est en diminution en 2007 (-2,8%). L'exercice 2007 est en effet marqué par :

- une écriture de régularisation de l'AVPF au titre des exercices 2000 à 2004, qui minore les charges de la CNAF d'un montant d'environ 520 M€ en 2007 ;
- et une écriture de régularisation au titre des exercices 2004 et 2005 majorant ces charges de près de 270 M€.

Après neutralisation de l'effet de l'apurement de la dette de l'Etat à l'égard de la CNAF, les produits de la CNAF ont progressé de 4,1% en 2007

Les recettes de la branche sont composées pour près de 83% de cotisations sociales et de CSG. A ce titre les produits de la branche dépendent beaucoup du rythme de croissance de la masse salariale du secteur privé qui a atteint 4,8% en 2007 (sur le champ de recouvrement des Urssaf). La CNAF a aussi bénéficié de la dynamique des recettes de cotisations et de CSG sur le secteur public en 2007.

La CNAF enregistre enfin une régularisation APL positive du FFIPSA au titre des exercices 2005 et 2007 de l'ordre de 74 M€.

¹²⁹ La dette de l'Etat constatée au 31 décembre 2006 à l'égard du régime général a fait l'objet d'une opération d'apurement en octobre 2007. Cette opération a fait l'objet d'écritures symétriques en charges et en produits exceptionnels (donc sans effet sur le solde) pour un montant de 1,5 Md€.

L'excédent de la CNAF devrait croître en 2008 et atteindre près de 0,4 Md€

Une progression des charges plus rapide en 2008 (après retraitement de l'effet de l'apurement de la dette de l'Etat)

Dans un contexte de fin de la montée en charge de la PAJE, la croissance des charges en 2008 (+3,3 % après neutralisation de l'effet d'apurement de la dette de l'Etat) s'expliquerait principalement par le dynamisme des prestations extra-légales et l'augmentation des transferts vers la CNAV et le FNAL.

Les prestations légales ralentiraient (+2,1% en 2008, après +3,0 % en 2007), la montée en charge de la PAJE étant quasiment achevée. La moindre progression des prestations liées au handicap est, quant à elle, principalement imputable à des raisons comptables et à l'ouverture d'un droit d'option entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et la prestation de compensation du handicap, qui est financée par la CNSA (voir fiche 12-2).

Les prestations extralégales progresseraient à un rythme plus élevé en 2008 (+10,5% contre 4,7% en 2007) en raison de la progression des prestations de service portée notamment par la revalorisation des prix plafonds (en fonction de l'indice mixte prix-salaires, +2,2%, retenu comme base de prévision pour la COG).

Les transferts au titre de l'AVPF et du financement du FNAL enregistreraient en 2008 le contre-coup des opérations de régularisation comptables globalement favorables à la CNAF, ce qui les conduit à être très dynamiques.

Après retraitement, les produits augmenteraient de 3,7% en 2008

La croissance des produits est tirée à la baisse par une très faible progression des remboursements de prestations (AAH, API) par l'Etat (+1% en 2008), en lien avec une évolution modérée des dépenses au titre de ces prestations.

L'agrégat constitué des cotisations sociales, des impôts et produits affectés augmenterait de 4,2% sous l'hypothèse d'une croissance de la masse salariale du secteur privé de 4,7% en 2008.

Les écarts à la prévision de la LFSS 2008

Le solde de l'exercice 2007 s'élève à +156 M€, en amélioration de 650 M€ par rapport à la prévision de la LFSS 2008. Cet écart est imputable aux facteurs suivants :

- s'agissant des charges :
 - une progression moins rapide que prévue des dépenses d'action sanitaire et sociale (-140 M€), liée à une montée en charge des contrats « enfance jeunesse » qui se substituent aux anciens dispositifs plus coûteux ;
 - l'effet des régulations comptables au titre de l'AVPF, qui jouent globalement pour 250 M€ au profit de la CNAF ;
- s'agissant des produits, une révision à la hausse de 180 M€ de la CSG et de 20 M€ sur les cotisations.

Enfin, divers postes de charges et de produits sont révisés à la hausse pour un total de 40 M€.

La nouvelle prévision pour l'exercice 2008 est améliorée par rapport à la LFSS 2008 compte tenu d'une révision à la baisse des charges (-55 M€) et à la hausse des produits (+75 M€). La première s'explique essentiellement par une révision à la baisse des dépenses d'action sanitaire et sociale (due à l'effet base 2007).

La seconde découle d'une révision à la hausse des recettes de CSG de 72 M€. Au total, ces révisions améliorent la prévision du solde 2007 de 130 M€.

CNAF : Charges

	2005	2006	%	2007	%	2008	En millions d'euros
CHARGES	52 059,6	54 172,5	4,1	56 782,7	4,8	57 105,5	0,6
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	50 068,7	52 133,6	4,1	53 273,2	2,2	54 975,1	3,2
I - PRESTATIONS SOCIALES	39 157,5	40 800,6	4,2	42 069,3	3,1	43 235,2	2,8
Prestations légales	35 833,8	37 463,4	4,5	38 574,2	3,0	39 374,7	2,1
Prestations légales « famille »	35 833,8	37 463,4	4,5	38 574,2	3,0	39 374,7	2,1
Allocations en faveur de la famille	16 615,4	16 210,0	-2,4	16 197,7	-0,1	16 299,8	0,6
allocation familiales	11 951,6	12 121,8	1,4	12 299,9	1,5	12 350,7	0,4
complément familial	1 594,9	1 596,9	0,1	1 585,4	-0,7	1 582,7	-0,2
allocation pour jeune enfant	986,0	287,9	-70,8	2,1	-99,3	0,0	--
allocation d'adoption	0,9	0,1	-89,3	0,0	-48,1	0,0	--
allocation de soutien familial	1 070,9	1 099,4	2,7	1 181,3	7,4	1 246,7	5,5
allocation de parent isolé	971,7	1 064,2	9,5	1 075,3	1,0	1 063,4	-1,1
allocation de présence parentale	39,3	39,6	0,7	53,6	35,4	56,3	4,9
Allocations pour la garde des enfants	8 507,2	10 152,6	19,3	10 909,2	7,5	11 260,9	3,2
allocation parentale d'éducation	1 569,1	442,1	-71,8	-1,1	--	0,0	--
AFEAMA	1 611,4	838,3	-48,0	286,3	-65,9	113,7	-60,3
AGED	97,9	54,4	-44,5	31,3	-42,5	12,0	-61,5
Prestation d'accueil du jeune enfant	5 228,9	8 817,7	68,6	10 592,8	20,1	11 135,2	5,1
Primes	590,9	619,8	4,9	620,0	0,0	634,0	2,3
Allocations	2 138,7	3 445,7	61,1	4 003,1	16,2	4 072,2	1,7
Complément de libre choix d'activité	1 169,6	1 975,1	68,9	2 299,2	16,4	2 330,1	1,3
Complément de libre choix du mode de garde	1 329,6	2 777,1	++	3 670,6	32,2	4 098,9	11,7
Allocations en faveur de l'éducation (ARS)	1 381,1	1 389,8	0,6	1 381,1	-0,6	1 399,8	1,4
Allocations en faveur du logement	3 495,2	3 615,7	3,4	3 672,1	1,6	3 887,0	5,9
Allocations en faveur des handicapés	5 552,6	5 798,3	4,4	6 112,9	5,4	6 217,9	1,7
Frais de tutelle	201,2	215,8	7,3	221,6	2,7	227,5	2,7
Autres allocations et prestations	81,1	81,2	0,1	79,6	-1,9	81,7	2,6
Prestations extralégales	3 323,5	3 337,1	0,4	3 495,0	4,7	3 860,5	10,5
Autres prestations	0,2	0,1	-60,3	0,0	-50,6	0,0	0,0
II - CHARGES TECHNIQUES	10 286,2	10 643,6	3,5	10 439,2	-1,9	11 102,8	6,4
Transferts entre organismes	6 718,8	6 818,6	1,5	6 814,9	-0,1	7 269,6	6,7
Prises en charge de cotisations	4 224,4	4 212,3	-0,3	4 095,0	-2,8	4 428,5	8,1
- non assises sur un revenu spécifique (AVPF)	4 224,4	4 212,3	-0,3	4 095,0	-2,8	4 428,5	8,1
Prises en charge de prestations	2 316,6	2 433,4	5,0	2 543,5	4,5	2 652,3	4,3
Majoration pour enfants	2 087,1	2 185,0	4,7	2 291,5	4,9	2 388,7	4,2
Congé paternité	229,5	248,5	8,2	252,0	1,4	263,6	4,6
Transferts divers	177,8	172,8	-2,8	176,4	2,1	188,8	7,0
Autres charges techniques	3 567,3	3 825,0	7,2	3 624,3	-5,2	3 833,2	5,8
Financement FNAL	3 490,6	3 745,7	7,3	3 543,9	-5,4	3 751,9	5,9
Autres	76,7	79,3	3,4	80,4	1,3	81,3	1,2
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	485,4	464,0	-4,4	493,3	6,3	467,1	-5,3
Autres charges techniques	78,3	31,4	-59,9	45,7	45,7	45,7	0,0
Pertes sur créances irrécouvrables	407,1	432,6	6,3	447,6	3,5	421,4	-5,8
- sur cotisations, impôts et produits affectés	300,1	331,1	10,3	344,8	4,1	317,2	-8,0
- sur prestations	107,0	101,6	-5,1	102,8	1,2	104,2	1,4
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	139,4	223,6	60,4	263,0	17,6	170,0	-35,4
- pour prestations sociales	70,1	142,2	++	151,2	6,3	154,4	2,1
- pour dépréciation des actifs circulants	69,4	81,3	17,3	81,3	-0,1	15,1	-81,4
- pour autres charges techniques	0,0	0,1	-	30,5	++	0,5	-98,3
V - CHARGES FINANCIERES	0,1	1,8	++	8,4	++	0,0	--
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	1 814,4	1 886,2	4,0	1 912,5	1,4	2 002,4	4,7
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	176,5	152,6	-13,5	1 597,0	++	128,1	-92,0

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

CNAF : Produits

	2005	2006	%	2007	%	2008	%
PRODUITS	50 745,1	53 281,4	5,0	56 938,6	6,9	57 498,7	1,0
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	49 987,1	52 704,1	5,4	55 068,6	4,5	57 134,5	3,8
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	43 602,3	45 871,0	5,2	47 950,0	4,5	49 972,4	4,2
Cotisations sociales	29 321,3	30 449,7	3,8	31 384,0	3,1	32 565,9	3,8
Cotisations sociales des actifs	29 220,4	30 340,4	3,8	31 273,8	3,1	32 454,1	3,8
Cotisations sociales salariés	25 950,9	26 910,7	3,7	27 719,4	3,0	28 762,6	3,8
Cotisations patronales	25 950,9	26 910,7	3,7	27 719,4	3,0	28 762,6	3,8
Cotisations sociales non-salariés	3 269,5	3 429,7	4,9	3 554,3	3,6	3 691,5	3,9
Majorations et pénalités	100,9	109,4	8,4	110,2	0,7	111,8	1,5
Cotisations prises en charge par l'État	3 255,2	580,9	-82,2	707,4	21,8	760,7	7,5
Cotisations prises en charge par la Sécu.	266,3	262,1	-1,6	256,5	-2,1	274,2	6,9
CSG, impôts et taxes affectés	10 759,5	14 578,3	35,5	15 602,0	7,0	16 371,6	4,9
CSG	10 431,9	11 083,8	6,2	11 656,7	5,2	12 159,6	4,3
Impôts et taxes affectées (ITAF)	0,0	3 493,5	-	3 945,2	12,9	4 211,9	6,8
ITAF liés à la consommation	0,0	1 297,7	-	1 499,5	15,5	1 607,4	7,2
ITAF acquittés par les personnes morales	0,0	1 673,5	-	1 885,0	12,6	2 032,8	7,8
ITAF liés à des activités éco. ou profession.	0,0	522,3	-	560,7	7,4	571,7	2,0
Autres ITAF (dont 2% capital)	327,6	1,0	-99,7	0,1	-88,1	0,0	-
II - PRODUITS TECHNIQUES	6 063,9	6 312,5	4,1	6 601,2	4,6	6 667,0	1,0
Transferts entre organismes	57,5	16,4	-71,5	19,0	15,7	20,1	5,8
Prise en charge de prestations	0,0	16,3	-	19,0	16,0	20,1	5,8
Prestations prises en charge par la CNSA	0,0	16,3	-	19,0	16,0	20,1	5,8
Transferts divers entre organismes	57,5	0,1	--	0,0	-59,9	0,0	0,0
Contributions publiques	6 006,4	6 296,1	4,8	6 582,2	4,5	6 646,9	1,0
Remboursement de prestations	6 004,3	6 296,1	4,9	6 582,2	4,5	6 646,9	1,0
Autres contributions publiques	2,0	0,0	--	0,0	-	0,0	-
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	147,0	291,8	98,6	229,4	-21,4	236,9	3,3
Autres produits techniques	146,9	291,8	98,6	229,3	-21,4	236,9	3,3
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	80,5	158,6	97,1	224,4	41,5	138,2	-38,4
- pour prestations sociales	44,1	67,6	53,3	92,2	36,4	94,1	2,1
- pour dépréciation des actifs circulants	36,4	90,8	++	132,2	45,6	44,1	-66,7
- pour autres charges techniques	0,0	0,3	++	0,0	-89,3	0,0	0,0
V - PRODUITS FINANCIERS	93,5	70,1	-25,0	63,7	-9,1	120,0	88,3
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	292,7	301,4	3,0	323,8	7,4	339,0	4,7
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	465,3	276,0	-40,7	1 546,1	++	25,1	-98,4
Résultat net	-1 314,5	-891,0	-32,2	155,9	--	393,1	++

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

CNAF - Famille	2005	2006	%	2007	%	2008	%
Charges nettes	51 646,1	53 692,5	4,0	54 784,4	2,0	56 679,1	3,5
Produits nets	50 331,6	52 801,4	4,9	54 940,3	4,1	57 072,2	3,9
Résultat	-1 314,5	-891,0	--	155,9	--	393,1	--

Les charges nettes sont diminuées des reprises sur provisions sur prestations et n'intègrent pas les dotations aux provisions et les admissions en non valeur (ANV) sur actifs circulants.

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

En 2007, les écritures symétriques en charges et produits exceptionnels liées à l'opération d'apurement de la dette de l'Etat envers le régime général sont également neutralisées.

15-6

DU RESULTAT COMPTABLE A LA VARIATION DE TRESORERIE

La trésorerie des organismes du régime général fait l'objet d'une centralisation sur un compte géré par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ouvert auprès de la caisse des dépôts et consignations (CDC). Les données de trésorerie fournissent une vision de la situation du régime général complémentaire de celle apportée par les données comptables puisque l'essentiel des opérations des organismes trouve une traduction immédiate sur le compte de l'ACOSS. Ainsi, une fois exclues les opérations de reprises de déficits par la CADES (1994, 1996, 1998 puis 2004, 2005, 2006 et 2007¹³⁰), les transferts des excédents de la CNAV au FRR entre 1999 et 2005, et les apurements de dettes de l'État, la variation annuelle de trésorerie¹³¹ reflète largement le résultat du régime général (voir graphique page suivante).

En 2007, le résultat en droits constatés du régime général (-9,5 Md€) a différé de -3,0 Md€ de la variation de trésorerie de l'Acoss (-12,5 Md€, hors opération d'apurement de la dette de l'État et reprise de dette Cades). Cet écart s'explique par différents éléments (voir tableau page suivante) :

- le décalage entre le fait générateur et les remboursements de l'État vis-à-vis du régime général, au titre des compensations des exonérations de cotisations pour l'année 2007, a accru le besoin de trésorerie de 1,5 Md€ en 2007 ;
- de même, l'insuffisance des versements budgétaires de l'année 2007 au titre de l'allocation adulte handicapé (AAH) et l'allocation parent isolé (API) a dégradé la trésorerie de 0,3 Md€ ; cette insuffisance a été comblée en janvier 2008 par les versements décidés en loi de finance rectificative ;
- pour la première année depuis 2001, le FSV a pu rembourser une partie de la dette accumulée, ce qui a amélioré la variation de trésorerie du régime général de 0,1 Md€ en 2007. La dette au 31 décembre 2007 serait cependant de 5,4 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 ; ceux opérés en 2005 et 2006 ont été en adéquation avec les dotations et ils leur ont été inférieurs de 0,6 Md€ en 2007 ;
- les décalages temporels entre les comptes en droits constatés (les opérations sont comptabilisées à la naissance du droit) et les données de trésorerie (les opérations sont enregistrées lors du paiement) ont contribué à accroître le besoin de trésorerie de 0,6 Md€ et de 1,9 Md€ en 2007 ; sont inclus ici les décalages sur les cotisations dans les Urssaf¹³², ceux liés aux prestations familiales, aux pensions de retraite (généralement versées le mois suivant le mois de comptabilisation) et à certaines opérations au siège de l'ACOSS¹³³ ; en 2007 sont notamment inclus dans cette rubrique les versements de janvier 2008 décidés en LFR au titre de la compensation des allègements généraux et les produits à recevoir venant compenser les exonérations sur les heures supplémentaires. Ces dernières étant en effet compensées à l'euro l'euro, un produit à

¹³⁰ En 2007, il n'y a pas eu de reprise de dette à proprement parler mais un versement par la CNAM d'un trop perçu de 65 M€ au titre de la reprise par la CADES en 2006.

¹³¹ 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.

¹³² 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 »

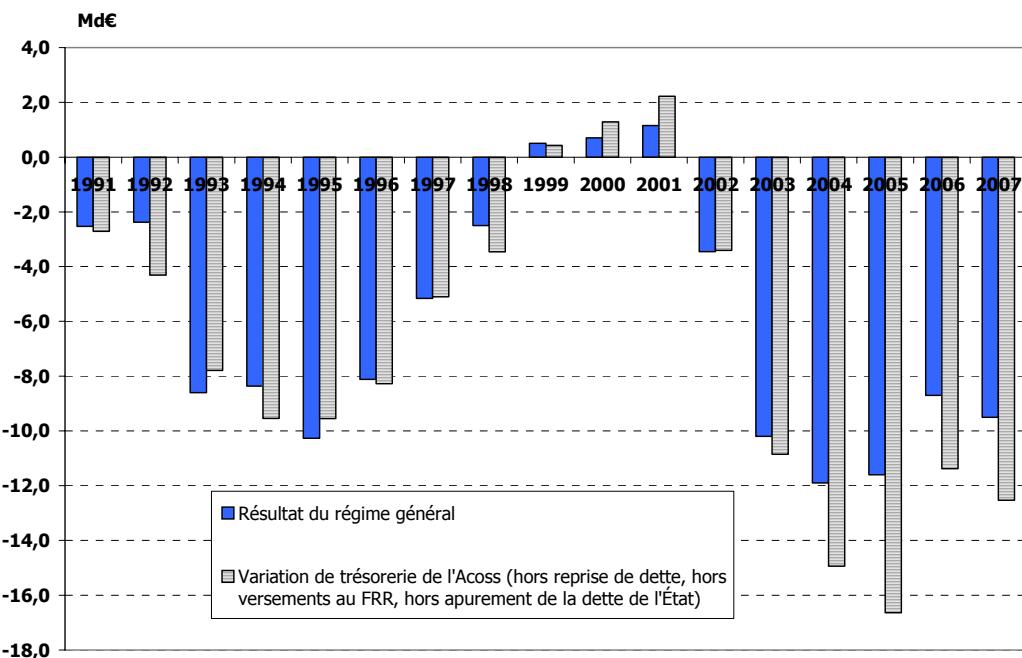
¹³³ En revanche sont exclus dans cette analyse les effets de remboursement des prestations maladie (soins de ville ou hôpitaux), la variabilité des délais rendant difficile l'estimation de ces décalages.

recevoir de recettes fiscales a été comptabilisé pour neutraliser les moindres produits correspondants dans les produits à recevoir des cotisations ;

- les "autres éléments" regroupent des corrections plus difficilement estimables, notamment des effets d'opérations de clôture des comptes (produits à recevoir, charges à payer, provisions) qui contribuent au résultat du régime général sans contrepartie en trésorerie et des effets de décalages de remboursement des prestations maladie. En 2007, la comptabilisation dans les comptes de la branche AT et de la branche vieillesse de provisions spécifiques s'est traduite par un alourdissement du résultat comptable de 0,4 Md€ ;
- la gestion par l'ACOSS du recouvrement de recettes et la gestion de dépenses au titre des tiers a contribué à la variation de trésorerie pour -0,1 Md€ en 2006 et pour -0,4 Md€ en 2007 hors apurement des dettes de l'État; d'une part les Urssaf sont chargées du recouvrement de recettes pour des tiers (FSV, Cades, CNSA...) avec des rétrocessions ajustées en fonction des informations mensuelles issues de la comptabilité des Urssaf ; d'autre part les organismes prestataires assurent la gestion de dépenses qui sont en partie ou en totalité prises en charge par l'État, les départements ou certains fonds (RMI, allocations logement, AME, fonds CMU...), avec des délais de remboursement qui sont parfois importants ;
- la reprise de la dette de la CNAM par la Cades, prévue dans la loi d'août 2004 relative à l'assurance maladie, s'est traduite par des versements qui ne sont pas comptabilisés dans son résultat comptable (après avoir reçu 5,7 Md€ en 2006, 6,6 Md€ en 2005 et 35,0 Md€ en 2004, l'Acoss a remboursé 65 M€ de trop perçu en 2007) ;
- l'opération d'apurement des dettes de l'État au titre des années 2006 et antérieures effectuée en octobre 2007 a rehaussé le niveau du solde Acoss de 5,079 Md€.

Cette dernière opération a limité la dégradation de la trésorerie de l'ACOSS à -7,5 Md€ en 2007.

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 encassements/décaissements avant (les chiffres établis par cette méthode sont par nature plus proches de la trésorerie que les droits constatés)

Le passage entre résultat en droits constatés et variation de trésorerie de 2005 à 2007
 (en Md€)

		2005	2006	2007
Résultat en droits constatés	(1)	-11,6	-8,7	-9,5
Corrections	(2)	-5,1	-2,6	-2,6
Remboursement exonérations (Etat, Forec)		-2,1	-0,7	-1,5
Insuffisance FSV		-1,9	-1,2	0,1
Insuffisance AAH API et autres prestations (Etat)		-0,2	-0,1	-0,3
Décalage sur les participations à certains fonds		0,1	0,1	0,6
Décalages temporels "droits constatés - trésorerie"		-1,1	-0,6	-1,9
Autres éléments		0,0	-0,1	0,4
Variation de trésorerie du régime général	(3)=(1)+(2)	-16,7	-11,3	-12,1
(hors versements des excédents passés)				
Variation de trésorerie pour des tiers	(4)	0,1	-0,1	-0,4
Variation de trésorerie de l'Acoss	(5)=(3)+(4)	-16,6	-11,4	-12,5
(hors reprises de dette et hors versements au FRR)				
Versement des excédents passés de la CNAVTS	(6)	-0,3	0,0	0,0
Variation de trésorerie de l'Acoss hors apurement de la dette Etat et hors reprise de dettes Cades	(7)=(5)+(6)	-16,9	-11,4	-12,5
Apurement de la dette de l'Etat	(8)			5,1
Variation de trésorerie de l'Acoss yc apurement dette Etat et hors reprise de dette Cades	(9)=(8)+(7)	-16,9	-11,4	-7,4
Reprise de dette de la Cades	(10)	6,6	5,7	-0,1
Variation de trésorerie de l'Acoss yc apurement dette Etat et reprise de dette Cades	(11)=(9)+(10)	-10,3	-5,7	-7,5

LES CHARGES ET PRODUITS FINANCIERS DE L'ACOSS

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est chargée de la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime général (article L. 225-1 du Code de la sécurité sociale). De plus, afin de garantir les conditions d'une gestion transparente des branches du régime général, l'ACOSS assure aussi l'individualisation de leur trésorerie.

Ces dispositions conduisent donc à faire supporter par chaque branche les charges financières correspondant à son propre besoin de financement ou à lui affecter les produits financiers inhérents à sa capacité de financement.

Une augmentation forte des charges financières du régime général

Le solde de trésorerie de l'ACOSS au 31 décembre 2007 s'est élevé à -20,1 milliards d'euros, contre -12,5 milliards d'euros à fin 2006.

Le 1^{er} octobre 2007, l'Etat a apuré sa dette vis-à-vis du régime général au titre des exercices 2006 et antérieurs pour un montant de 5,1 milliards d'euros. En conséquence, le solde au 31 décembre 2007 s'est élevé à -20,1 milliards d'euros. Hors cet apurement, la variation annuelle de trésorerie aurait été de -12,5 milliards d'euros et le solde moyen de l'année se serait établi à -17,1 milliards d'euros. Le point bas de la trésorerie aurait atteint -28,0 milliards d'euros le 1^{er} octobre, soit l'équivalent du plafond de ressources non permanentes fixé en LFSS 2007. Grâce au versement de l'Etat, le point bas s'est finalement situé le 28 septembre à -24,9 milliards d'euros et le solde moyen annuel a été de -15,8 milliards d'euros. L'ACOSS a dû recourir à l'emprunt tous les jours de l'année 2007, ce qui a entraîné 656,4 millions d'euros de charges financières.

L'essentiel des charges financières supportées par le régime général correspond aux intérêts sur les emprunts contractés auprès de son partenaire financier, la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Dans le cadre de la convention conclue entre l'ACOSS et la CDC pour la période 2006-2010, le taux d'intérêt, calculé à partir de l'EONIA, varie selon l'instrument financier choisi et le volume des emprunts (Cf. Encadré 1).

Une petite partie des charges financières supportées par le régime général correspond aux intérêts versés dans le cadre d'émissions de billets de trésorerie, en application de l'article 38 de la LFSS 2007.

Au total, compte tenu des produits financiers d'un montant de 10,9 millions d'euros, le résultat financier net de la trésorerie du régime général pour 2007 s'est élevé à -647,9 millions d'euros, après -271,5 millions d'euros en 2006 (285,6 millions d'euros de charges et 14,1 millions d'euros de produits).

Les charges et les produits financiers des branches du régime général

La partie la plus importante des charges financières de 2007 est imputable à la branche vieillesse (491,8 millions d'euros, contre 257 millions d'euros en 2006). En effet, cette branche supporte les frais liés aux déficits cumulés du Fonds de solidarité vieillesse dans la mesure où ce fonds n'a pas d'autorisation d'emprunt et opère ses versements à la CNAV en fonction des ressources dont il dispose.

Le montant des frais financiers à la charge de la branche maladie est de 250,8 millions d'euros. De même, le déficit de la branche AT-MP a généré 22,6 millions d'euros de frais financiers alors que la branche famille, qui bénéficie d'excédents de trésorerie, a perçu 48,5 millions d'euros de produits financiers.

Les rapports entre l'ACOSS et la CDC, le partenaire financier traditionnel du régime général, sont régis par la convention 2006-2010 du 21 septembre 2006.

Concernant la tenue de compte, depuis 2001, la CDC facture à l'ACOSS son coût pour un montant de 3,7 M€ par an. La convention prévoit la possibilité d'une réduction de coût en cas d'économie réalisée par l'ACOSS ou par le réseau CDC.

Concernant le financement des besoins de trésorerie, la convention prévoit 5 types d'avances : les avances prédéterminées sur 1 à 6 mois, les avances prédéterminées sur 14 à 29 jours, les avances prédéterminées sur 7 à 13 jours, les avances à 24 heures et les avances le jour même. Les avances prédéterminées d'un exercice peuvent avoir une durée de vie jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

Depuis 2007, en application de la loi de financement pour 2007, l'ACOSS a aussi la possibilité d'émettre des billets de trésorerie sur les marchés financiers dans la limite de 5 Md€ qui peut être portée à un montant supérieur à l'initiative des tutelles.

Bilan financier du régime général (en millions d'euros)

	2006	2007
Charges financières	285,1	658,8
Intérêts débiteurs sur avances prédéterminées CDC	236,9	518,8
Intérêts débiteurs sur avances au jour le jour CDC	46,1	32,0
Intérêts débiteurs sur avances exceptionnelles de trésorerie	0,0	0,0
Pénalités sur tunnels de prévisions et avances à 24h	0,1	0,8
Intérêts débiteurs sur avances auprès de spécialistes en valeur du trésor	0,0	0,0
Intérêts débiteurs sur billets de trésorerie	2,0	107,2
Produits financiers	14,1	10,9
Intérêts créditeurs sur compte CDC	14,1	10,9
Intérêts sur valeurs mobilières de placement	0,0	0,0
Résultat financier net par branche	-332,3	-716,7
Assurance maladie	-126,6	-250,8
Accidents du travail	-5,9	-22,6
Allocations familiales	56,8	48,5
Assurance vieillesse	-256,6	-491,8

L'articulation entre les frais financiers (produits ou charges) et le fonds national de gestion administrative (FNGA).

Pour plusieurs raisons dont principalement l'incidence du recouvrement pour compte de tiers et la disparité entre les taux débiteurs et créditeurs, la somme des charges financières et des produits des branches calculées de la façon prévue par les textes ne correspond pas à la somme des charges et des produits financiers du régime général.

En conséquence, si le montant net des intérêts imputés par la CDC sur le compte de l'ACOSS (647,9 M€ en 2007) est inférieur à la somme des montants nets des intérêts imputés par l'ACOSS aux branches (716,7 M€), la différence s'ajoute aux dépenses du fonds national de gestion administrative (FNGA) et vient donc augmenter la contribution des branches au financement de ce fonds. Dans le cas contraire, la différence est ajoutée aux recettes du fonds et vient réduire la contribution des branches au fonds.

15-8

DU RESULTAT COMPTABLE DU REGIME GENERAL AU SOLDE DE FINANCEMENT DES ASSO

Périmètre des ASSO en comptabilité nationale

En comptabilité nationale, les Administrations de sécurité sociale (ASSO) constituent le sous-secteur des administrations publiques qui comprend les régimes d'assurance sociale obligatoires et les organismes dépendant de ces régimes (ODASS, principalement les hôpitaux).

- a) **Les régimes d'assurance sociale** couvrent des risques et besoins sociaux dont la liste est publiée dans le Système européen des comptes nationaux et régionaux (SEC95,§ 4.84) et qui ouvrent droit à des prestations sociales. Ils regroupent les organismes à comptabilité complète qui ont pour activité le versement de prestations sociales, dont les ressources principales sont des cotisations sociales obligatoires, et dont les administrations publiques fixent ou approuvent le taux. Ainsi figurent dans ce sous-secteur les caisses de Sécurité sociale qui relèvent du Code de la Sécurité sociale, mais aussi les régimes complémentaires de retraite à statut conventionnel ainsi que l'UNEDIC (organisme paritaire privé de gestion de l'assurance chômage)

En revanche, le sous-secteur des ASSO exclut les régimes privés d'assurance sociale, les régimes directs d'employeurs ainsi que l'assistance sociale qui se distingue de l'assurance sociale, par le fait que le versement de prestations ne suppose pas le versement préalable de cotisations sociales.

Les régimes d'assurance sociale des administrations de sécurité sociale comprennent :

- Le régime général de la sécurité sociale ;
 - Les fonds spéciaux, qui versent des prestations sociales et sont financés par des quotes-parts de cotisations provenant des caisses de sécurité sociale ou qui répartissent les recettes affectées entre les différentes caisses (FIVA, CNSA, FSV) ;
 - 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 ;
 - Le régime d'indemnisation du chômage ;
 - Les régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés (ARRCO, AGIRC...).
- b) **Les organismes dépendant des assurances sociales (ODASS)** – qui dépendent des administrations de Sécurité sociale – comprennent :
- Les hôpitaux de l'Assistance publique ainsi que les hôpitaux privés du service public (EPSPH) financés selon la Tarification à l'Activité (T2A), qui se substitue aux dotations globales hospitalières.
 - Les œuvres sociales intégrées aux organismes de Sécurité sociale.

Eléments de passage entre la comptabilité des organismes et la comptabilité nationale

Les écarts conceptuels entre le résultat comptable et la capacité de financement

De façon générale, on pourrait dire en référence à la comptabilité d'entreprise que *la capacité de financement* calculée par les comptables nationaux est proche de *la capacité d'autofinancement* diminuée du solde des opérations en capital¹³⁴ (investissement brut, subventions d'investissement et dotations en capital). Pour passer du résultat comptable à la capacité de financement au sens de la comptabilité nationale, certains retraitements sont donc nécessaires. Il convient notamment de :

Prendre en compte les investissements au moment de la dépense et exclure les dotations aux amortissements

La formation brute de capital fixe (investissement au sens de la comptabilité nationale) est évaluée, en comptabilité nationale, comme le solde des acquisitions nettes des cessions d'immobilisations physiques, en valeur brute. La FBCF est enregistrée dans sa totalité, au moment où la dépense (ou la recette en cas de cession) d'investissement est effectuée.

De manière symétrique, la comptabilité nationale retrace dans la capacité de financement des ASSO les subventions d'investissement pour la totalité de leur montant, au moment où elles sont versées, alors que dans les comptes des organismes de sécurité sociale, seule joue dans le résultat comptable la quote-part des subventions virée au compte de résultat.

Les dotations en capital et les prélèvements sur réserve à des établissements faisant partie des administrations publiques sont retracés en comptabilité nationale dans la capacité/besoin de financement. C'est le cas par exemple du versement de l'excédent de la CNAV au Fonds de réserve des retraites (FRR) qui n'est pas classé en ASSO en comptabilité nationale mais en organisme divers d'administration centrale (ODAC).

Exclure les dotations nettes des reprises sur provisions (hors celles inscrites au titre des prestations versées)

En règle générale, les provisions ne sont pas reprises en comptabilité nationale. Toutefois dans le cas du versement des prestations, leur prise en compte (dotations aux provisions et reprises sur provisions pour prestations) permet de rapprocher le moment d'enregistrement de la date de soin. Ces provisions sont, à ce titre, enregistrées en prestation. Les autres dotations aux provisions (et reprises sur provisions) ne sont pas comptabilisées dans les opérations de comptabilité nationale.

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 influer considérablement sur le niveau du résultat comptable alors qu'ils sont neutres sur la capacité de financement des organismes.

¹³⁴ 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 et à faire des arbitrages entre ces informations.

Des règles de priorité pour enregistrer les transferts entre unités du secteur des Administrations publiques

Actuellement, au sein des ASSO, les flux croisés annuels entre organismes de sécurité sociale ne sont pas toujours équilibrés. Par ailleurs, les ASSO reçoivent des transferts d'autres administrations, notamment de l'État. Ces transferts doivent nécessairement être réconciliés au sein du secteur des Administrations publiques. Cela nécessite, lorsqu'il n'existe pas clairement de notions de droits constatés, d'établir une hiérarchie entre sous-secteurs. Ces corrections qui n'ont pas d'impact sur la capacité de financement des administrations publiques prises dans leur ensemble peuvent modifier le passage du résultat comptable à la capacité de financement pour un organisme donné.

D'autres corrections ponctuelles peuvent être apportées aux comptes

Les comptes nationaux sont contraints de respecter le principe d'enregistrement des seuls flux de l'année civile. Ce principe peut, en comptabilité privée être exceptionnellement contourné et il arrive que les comptes d'un organisme soient établis sur une période supérieure à l'année. En comptabilité nationale, ne pas corriger ces comptes conduirait à une incohérence avec les comptes des unités contreparties (eux-mêmes établis pour une année civile). Par ailleurs, cela conduirait aussi à une perte de sens de l'indicateur de Maastricht « déficit/PIB », le dénominateur étant évalué pour l'année civile. Ce type de correction a été notamment effectué dans le passé à l'occasion du premier exercice du FOREC.

L'adossement du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG)

Le régime de retraite des IEG a été rattaché aux régimes de droit commun (régime général et régimes complémentaires) en 2005. Pour assurer la neutralité de l'adossement à la caisse nationale d'assurance vieillesse, il a été convenu que les IEG versent une somme forfaitaire libératoire (soulte) à la CNAV. Une partie de la soulte (3,060 Md€) a été versée en 2005 au fonds de réserve de retraite (FRR). Le montant restant (4,589 Md€) donnera lieu à des annuités indexées sur les prix, versées à la CNAV, soit 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 est enregistré en 2005 en comptabilité nationale, soit 7,6 Md€ et il convient donc pour les années suivantes de neutraliser les annuités figurant dans les comptes de la CNAV.

Cette soulté est retracée dans les recettes de la CNAV en contrepartie de créances sur le FRR (3,1 Md€) et les IEG (4,6 Md€). Ces créances donnent lieu à des revenus financiers : d'une part les plus values et les produits financiers dégagés par le FRR sur ses placements relatifs à la partie de la soulté qu'il gère et d'autre part le paiement d'intérêts par les IEG. Au terme du dispositif la somme des intérêts versés par les IEG sera égale à la différence entre les 20 annuités reçues par la CNAV et leur valeur actualisée (4,6 Md€) enregistrée en 2005, assurant ainsi – sur la durée du dispositif – la neutralité du traitement de comptabilité nationale en terme de capacité/besoin de financement de la CNAV.

Par ailleurs, les régimes de retraites complémentaires ont bénéficié en 2005 d'une soulté (droit d'entrée) de 0,8 Md€, enregistrée en recette de ces organismes.

Tableau de passage du résultat comptable à la capacité de financement pour le régime général

En milliards €

	2004	2005	2006
Résultat des organismes du régime général	-11,9	-11,6	- 8,7
Dotations et reprises sur provision	-1,3	-0,3	- 0,4
Opérations en capital	-1,0	-0,3	0,0
<i>Dont versement de la CNAV au FRR</i>	<i>-0,9</i>	<i>-0,3</i>	
Plus ou moins values (sur immobilisations financières)	-0,0	-0,0	0,0
Corrections de synthèse	-0,2	+0,3	-0,1
Traitements de l'adossement du régime de retraite des IEG		+7,8	0,1
<i>Dont : Soulte IEG versée à la CNAV</i>		<i>+7,6</i>	<i>0,0</i>
<i>Produits financiers reçus du FRR</i>		<i>0,3</i>	<i>0,4</i>
<i>Annulation de l'annuité</i>		<i>-0,3</i>	<i>- 0,3</i>
<i>Intérêts reçus des IEG</i>		<i>+0,2</i>	<i>0,0</i>
Capacité (+) / besoin (-) de financement du régime général	-14,4	-4,2	- 9,1
Capacité (+) / besoin (-) de (MSA+FFIPSA)	- 0,7	-1,8	- 2,1
Capacité (+) / besoin (-) de l'UNEDIC	- 4,6	- 2,8	+ 0,9
Capacité (+) / besoin (-) des autres régimes	+ 5,2	+ 7,4	+ 8,8
<i>Dont adossement des IEG aux régimes complémentaires</i>		<i>+0,8</i>	<i>0,0</i>
Capacité (+) / besoin (-) de financement des ODASS	-0,1	-1,4	- 1,8
Capacité (+) / besoin (-) de financement des ASSO	-14,6	-2,8	- 3,3

15-9

LES REPRISES DE DETTE PAR LA CADES

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été créée par l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996.

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (article 20) limite dorénavant les possibilités de transfert de dette à la CADES en imposant que toute nouvelle opération de ce type soit accompagnée de l'affectation à cette caisse de recettes nouvelles permettant de ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale.

Au 31 décembre 2007, compte tenu des encaissements de CRDS à hauteur de 55,5 Md€ depuis sa création, la dette amortie atteint 34,7 Md€ et les intérêts versés représentent 20,9 Md€. Le montant de la dette restant à amortir s'élève à 73 milliards d'euros

Les dispositions relatives à la CADES inscrites dans la loi du 13 août 2004

La loi du 13 août 2004 (article 76) a prévu une double reprise de dettes : pour le déficit cumulé de l'assurance maladie au 31 décembre 2004 (exercices 1999 à 2004) dans la limite de 35 Md€ ; pour le financement des déficits prévisionnels des exercices 2005 et 2006 dans une limite de 15 Md€ pour l'ensemble de ces deux exercices.

Le financement de ce dispositif a reposé à la fois sur un allongement de la durée de vie de la CADES et sur un élargissement de l'assiette de la CRDS sur les revenus salariaux (à l'instar de la CSG) à 97% du salaire (au lieu de 95% antérieurement). Le taux de la CRDS est resté inchangé (0,5%).

L'opération prévue par la loi de 2004 s'est achevée en 2007

Le total des dettes reprises par la CADES en application de la loi de 2004 s'élève à 47,25 Md€ soit 2,75 Md€ de moins que la limite fixée par le législateur et environ 40% du total des dettes reprises par la CADES depuis sa création. Ces reprises de dettes ont fortement amélioré la trésorerie du régime général et permis de minorer substantiellement ses charges financières, à hauteur de 148 M€ en 2004, de 816 M€ en 2005, de 1323 M€ en 2006 et 1950 M€ en 2007. Dans le détail, les opérations ont été les suivantes :

- La reprise de dette effectuée en 2004, correspondant au déficit prévisionnel cumulé de la CNAM à fin 2004 d'un montant total de 35 Md€, a donné lieu à quatre versements de la CADES à l'ACOSS, échelonnés entre le 1^{er} septembre et 9 décembre 2004.
- La reprise de dette effectuée en 2005 s'est élevée à 6,61 Md€. Ce montant correspond, pour 8,3 Md€, à la reprise du déficit prévisionnel 2005 et pour - 1,69 Md€, à une régularisation de la reprise de dette opérée en 2004 (le déficit cumulé réellement constaté à fin 2004 s'étant élevé à 33,31 Md€ au lieu des 35 Md€ initialement prévus). Cette opération s'est traduite par un versement unique en date du 7 octobre 2005.
- En 2006, un montant de 5,7 Md€ a été repris par la CADES dont 6 Md€ au titre de la reprise du déficit prévisionnel 2006 et - 0,3 Md€ au titre de la régularisation de la reprise de dette opérée en 2005 (le déficit réel de cet exercice s'étant élevé à 8 Md€ au lieu du montant de 8,3 Md€ initialement prévu). Cette somme a fait l'objet d'un versement unique effectué le 6 octobre 2006.
- En 2007, une dernière opération (décret 2007-1750 du 12 décembre 2007) a permis de tenir compte du déficit réellement constaté en 2006. L'ACOSS a reversé, à ce titre, 64,7 M€ à la CADES.

Reprises de dettes par la CADES depuis l'origine

(en milliards d'euros)

Année de reprise de dette	1996	1998	2003	2004	2005	2006	2007	Tous exercices
Régime Général	20,89	13,26						34,15
CNAM				35,0	6,61	5,70	-0,06	47,25
Etat (1)	23,38							23,38
CANAM	0,46							0,46
Champ FOREC	-		1,28	1,10				2,38
TOTAL	44,73	13,26	1,28	36,10	6,61	5,70	-0,06	107,62

(1) Le montant indiqué représente le montant en capital augmenté des intérêts d'emprunts. En effet, la CADES a repris, en 1996, la dette de l'Etat au titre d'une dette sociale ancienne dont 16,8 Md€ en capital et 6,58 Md€ en intérêts.

Ressources de la CADES

Hormis le produit de la vente des biens immobiliers qui appartenaient aux caisses du régime général, l'essentiel des ressources de la CADES est constitué du produit de la CRDS. Cette contribution, d'un taux de 0,5 %, est assise sur les revenus d'activité, de remplacement, de placement et du patrimoine ainsi que sur les jeux et les objets précieux.

En 2007, le rendement de la CRDS a été de 5,68 Md€, en progression de 3,7 %, et le produit attendu en 2008 est estimé à 5,98 Md€, soit un accroissement de 5,2 % par rapport à 2007.

L'évolution du rendement de la CRDS est globalement liée à la croissance économique. L'évolution entre 2006 et 2007 est cependant limitée en raison de l'impact exceptionnel, sur 2006, de la taxation des plans d'épargne logement (art 10 de la LFI pour 2006). L'augmentation entre 2007 et 2008 devrait, à contrario, être accentuée par la mesure relative aux dividendes (article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008).

Le financement des reprises de dette par la CADES

Pour faire face à ses engagements, la CADES est habilitée à contracter des emprunts, selon une stratégie élaborée par son Conseil d'administration et dont les principes fondamentaux sont :

- ➔ La minimisation du coût des financements, avec un recours prioritaire aux financements de marché ;
- ➔ La crédibilité de la signature (emprunts obligataires de référence liquides en euros) ;
- ➔ L'utilisation d'une grande palette d'instruments financiers (émissions obligataires indexées sur l'inflation, programme de titres à moyen terme, papiers commerciaux, crédits syndiqués....)
- ➔ Une diversification géographique des sources de financement (émissions obligataires en dollars américains, australiens, canadiens...), 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....)

Les reprises de dettes prévues par la loi du 13 août 2004 ont conduit la CADES à mettre en œuvre des programmes d'émissions importants, à hauteur de 41 Md€ en 2004, de 35,3 Md€ en 2005 et de 20 Md€ en 2006. Concentrées sur le second semestre en 2004 et majoritairement effectuées sur le 1er semestre en 2005, les émissions de la CADES liées à la reprise de dette en 2004 ont bénéficié d'excellentes conditions financières liées au niveau très bas de la courbe des taux et à l'intérêt soutenu des investisseurs français et internationaux.

Depuis, la CADES a continué ses programmes d'émission sur l'ensemble des marchés internationaux, refinançant dans de bonnes conditions les transferts de dette successifs réalisés en 2005 (6,61 Md€) et 2006 (5,7 Md€), et transformant sa dette à court terme, en dette à moyen et long terme. Compte tenu de ces versements et des échéances de dettes (environ 6,4 Md€), un programme de 9,3 Md€ a été réalisé en 2007. Le programme prévu en 2008 devrait porter sur 9 Md€.

La CADES, l'une des plus grandes agences européennes, bénéficie de conditions de financement aussi favorables que celles de la Banque Européenne d'Investissement et de la KFW allemande (Kasse für Wiederaufbau), notées, comme elle, triple A par les principales agences de notation internationales.

ANNEXES

ANNEXE 1

DISPOSITIONS 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)

La Commission des comptes de la sécurité sociale analyse les comptes des régimes de sécurité sociale.

Elle prend, en outre, connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi, ainsi que d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par le régime général de la sécurité sociale avec l'Etat et tous autres institutions et organismes. Elle inclut, chaque année, dans un de ses rapports, un bilan de l'application des dispositions de l'article L. 131-7.

La commission, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, du Conseil économique et social, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales, des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, des organismes mutualistes, des professions et établissements de santé, ainsi que des personnalités qualifiées.

Elle est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le premier président de la cour des comptes pour une durée de trois ans, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale sont communiqués au Parlement.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les périodes au cours desquelles se tiendront les deux réunions annuelles obligatoires de la commission.

ANNEXE 2

DISPOSITIONS 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 désigné respectivement par le président de l'Assemblée nationale et par le président du Sénat ;
 - 2° Un membre du Conseil économique et social désigné par le président du Conseil économique et social ;
 - 3° Un magistrat de la Cour des comptes désigné par le premier président de la Cour des comptes ;
 - 4° Douze représentants des organisations professionnelles syndicales et sociales désignés à raison de :
 - a) Cinq par les organisations syndicales les plus représentatives des salariés ;
 - b) Trois par le conseil national du patronat français ;
 - c) Un par la confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
 - d) Un par la fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;
 - e) Un par l'assemblée permanente des chambres de métiers ;
 - f) Un par l'union nationale des associations familiales.
 - 5° a) Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;
 - b) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
 - c) Le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4 ;
 - d) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;
 - e) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales ;
 - f) Le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ;
 - g) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;
 - h) Le président du conseil d'administration de la Caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce ;
 - i) Le président du conseil d'administration de la Caisse de compensation de l'assurance vieillesse artisanale ;
 - j) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;
 - k) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;
 - l) La commission comprend en outre un représentant des régimes autres que ceux énumérés ci-dessus, désigné après entente entre les présidents des caisses et institutions intéressés ou, à défaut, par le ministre chargé de la sécurité sociale ;
 - m) Le président du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse ;
 - n) Le président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires ;
 - o) Le président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraites des cadres ;
 - p) Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;
- 6° Le président du Centre national des professions de santé ainsi que cinq représentants des organisations professionnelles de médecins et trois représentants des établissements de soins désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale ;
- 7° Sept personnalités qualifiées désignées pour leur compétence particulière par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D. 114-2

Un secrétaire général permanent, nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale, assure l'organisation des travaux ainsi que l'établissement du rapport prévu à l'article D. 114-3.

Article D. 114-3

La commission se réunit au moins deux fois par an, à l'initiative de son président .

La commission est réunie une première fois entre le 15 avril et le 15 juin et traite des comptes du régime général de sécurité sociale.

La seconde réunion se déroule entre le 15 septembre et le 15 octobre. Les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale y sont présentés à la commission et analysés par elle.

Elle reçoit communication des comptes des régimes de sécurité sociale établis pour l'année antérieure et des comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année suivante par les directions compétentes des ministères concernés, qui assistent aux séances de la commission .

La commission prend en outre connaissance des comptes définitifs et prévisionnels, établis dans les mêmes conditions, des régimes complémentaires de retraites rendus obligatoires par la loi.

Le secrétaire général permanent établit un rapport qui est exposé à la commission et transmis au Gouvernement en vue de sa présentation au Parlement.

La commission peut créer, en son sein, des groupes de travail sur des thèmes déterminés.

Elle peut faire participer à ses travaux les experts de son choix et procéder à toute audition qu'elle jugera utile.

Article D.114-4

Il est alloué une indemnité forfaitaire mensuelle au secrétaire général permanent.

Le secrétaire général permanent peut faire appel à des rapporteurs extérieurs qui perçoivent pour leurs travaux des vacations dont le nombre est fixé par le secrétaire général permanent selon l'importance des travaux effectués.

Le taux unitaire des vacations est fixé à 1/1 000 du traitement brut annuel afférent à l'indice brut 494 soumis à retenue pour pension.

Ces vacations sont exclusives de toute autre rémunération pour travaux effectués pour le compte du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le montant de l'indemnité allouée au secrétaire général permanent et le nombre maximum annuel de vacations susceptibles d'être allouées à un même rapporteur extérieur, en application du présent article, sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de la fonction publique

ANNEXE 3
COMPOSITION DE LA COMMISSION DES COMPTES
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

PRÉSIDENTS

M. Éric WOERTH, Ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M^{me} Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et de la Vie associative
M. Xavier BERTRAND, Ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité
M^{me} Valérie LÉTARD, Secrétaire d'État auprès de M. Xavier BERTRAND, chargée de la Solidarité
M^{me} Nadine MORANO, Secrétaire d'État auprès de M. Xavier BERTRAND, chargée de la Famille

I - PARLEMENTAIRES**DÉPUTÉS**

M. Bernard PERRUT	Député du Rhône
M. Yves BUR	Député du Bas-Rhin
M. Alain CLAEYS	Député de Vienne
M. Pierre MORANGE	Député des Yvelines

SÉNATEURS

M. Jean-Jacques JEGOU	Sénateur du Val de Marne
M. Jean-Marc JUILHARD	Sénateur du Puy de Dôme
M. Michel MERCIER	Sénateur du Rhône
M. Alain VASSELLE	Sénateur de l'Oise

II - CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

M. Jean-Michel LAXALT	Membre du Conseil économique et social
-----------------------	--

III - COUR DES COMPTES

M. Laurent RABATÉ	Conseiller maître à la Cour des comptes
-------------------	---

IV - ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES, SYNDICALES ET SOCIALES

M. Jean-René BUISSON	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M ^{me} Véronique CAZALS	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M ^{me} Marie-Christine FAUCHOIS	Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
M. Jean-Bernard BAYARD	Président de la Commission sociale de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA)
M. Pierre MARTIN	Président de l'Union professionnelle artisanale (UPA)
M. Pierre-Yves CHANU	Confédération générale du travail (CGT)
M. François FONDARD	Président de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)
M. Jean-Marc BILQUEZ	Secrétaire confédéral de la Confédération générale du travail Force Ouvrière (FO) – secteur protection sociale
M ^{me} Danielle KARNIEWICZ	Secrétaire nationale du pôle protection sociale de la Confédération française de l'encadrement (CFE) et de la Confédération générale des cadres (CGC)
M ^{me} Isabelle SANCERNI	Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
M. Philippe LE CLÉZIO	Secrétaire confédéral de la Confédération française démocratique du travail, section Sécurité sociale – retraite – prévoyance (CFDT)
M. Jean-François VEYSSET	Vice-Président de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)

V - ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

M. Jean-Claude AUROUSSEAU	Président du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM)
M. Gérard PELHATE	Président du conseil d'administration des Caisses centrales de mutualité sociale agricole (CCMSA)
M. Gérard QUEVILLON	Président du conseil du Régime social des indépendants (RSI)
M. Gérard VERDUN	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)
M. Claude DOMEIZEL	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)
M. Michel REGEREAU	Président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
M ^{me} Danielle KARNIEWICZ	Présidente 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. Pierre BURBAN	Président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS)
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. Jean-Louis BUHL	Président du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)
M. Jean-Pierre DAVANT	Président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
M. Bernard DEVY	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)

VI - CENTRE NATIONAL DES PROFESSIONS DE SANTÉ

M. Jean-Jacques MAGNIES
Président du centre national des professions de santé (CNPS)

PROFESSIONS DE LA SANTÉ

M. Félix BENOUAICH
M. Dinorino CABRERA
M. Michel CHASSANG
M. Martial OLIVIER-KOEHRET
M. Jean-Claude RÉGI
ALLIANCE
Président du syndicat des médecins libéraux (SML)
Président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)
Président de la Fédération française des médecins généralistes (MG France)
Président de la Fédération médecins de France (FMF)

ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

M. Antoine DUBOUT
M. Jean-Loup DUROUSSET
M. Gérard VINCENT
Président de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP)
Président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
Délégué général à la Fédération hospitalière de France (FHF)

VII - PERSONNES QUALIFIÉES

M. Philippe GAERTNER
M^{me} Olivia EKERT-JAFFÉ
M. Bernard LEMOINE
M. Philippe NASSE
M. Alain ROUCHÉ
M. François JOLICLERC
Président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)
Responsable de l'Unité recherche démographique économique – Institut national d'études démographiques (INED)
Vice-Président délégué – Les entreprises du médicament (LEEM)
Président de la Commission des comptes de la santé Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)
Secrétaire national de l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) – secteur protection sociale, prévoyance collective

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. François MONIER
Conseiller-maître à la Cour des comptes

ADMINISTRATIONS INVITÉES

M ^{me} Annie PODEUR	Directrice des Hôpitaux – ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative
M. Didier HOUSSIN	Directeur de la Direction générale de la santé – ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative
M. Dominique LIBAULT	Directeur de la Sécurité sociale – ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité – ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M ^{me} Anne-Marie BROCAS	Directrice de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité – ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M. Noël RENAUDIN	Président du Comité économique des produits de santé – ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative
M. Jean-Philippe COTIS	Directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) – ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi
M. Philippe JOSSE	Directeur du Budget – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M. Xavier MUSCA	Directeur général du Trésor et de la Politique économique – ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi
M. David LITVAN	Sous-directeur de la comptabilité de l'État à la Direction générale des Finances publiques – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M. Eric TISON	Adjoint au sous-directeur de la protection sociale – ministère de l'Agriculture et de la Pêche
M. Jean-Christophe MARTIN	Directeur du Commerce, de l'Artisanat, des Services et des Professions libérales – ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi
M. René SÈVE	Directeur général – Centre d'analyse stratégique (CAS)
M. Jean-Philippe GAUDEMÉT	Chef de Mission Sécurité sociale et action sociale – Contrôle général économique et financier – Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi – ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports – ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique
M. Guy DE MONCHY	Chef de Mission de contrôle économique et financier – CNAV